

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

2 (56) / 2013

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

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

BULLETIN
OF SOCIAL HYGIENE
AND HEALTH PROTECTION
ORGANIZATION OF UKRAINE

SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL

Київ – 2013
Тернопіль – 2013

Свідоцтво про державну реєстрацію серія КВ № 374 від 23.03.99
Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2013 №2(56)
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*),
Ю.Б. Яценко (*заст. головного редактора*) О.Р. Ситенко (*відповід. редактор*), Б.П. Криштопа,
В.Ф. Москаленко, М.Є. Поліщук, А.М. Сердюк, І.М. Солоненко, Ю.В. Пакін,
Л.А. Чепелевська, А.О. Голяченко, В.М. Лехан, Н.О. Теренда, 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)
Журнал включено до міжнародної наукометричної бази Google Scholar

Рекомендовано до друку Вченою радою
Українського інституту стратегічних досліджень
(протокол №4 від 23.05.2013)

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

Здоров'я населення: тенденції та прогнози

Скороход А.В., Цупро О.М. Розрахунок ризику захворюваності населення (на прикладі Сумської області).

Організація медичної допомоги

Шкробот В.В., Шкробот С.І., Корнієнко Г.Ф. Можливість та доцільність реорганізації роботи реєстратури поліклінічних закладів.

Теренда Н.О. Кардіохірургічна допомога в Україні.

П'ятночка І.Т., Корнага С.І., П'ятночка В.І. Психопрофілактика у практиці лікаря-фтизіатра.

Реформування системи охорони здоров'я

Самоходський В.М., Голяченко Б.А. Медико-економічні механізми реалізації організаційних стандартів, критеріїв і нормативів як основи створення комп'ютерних програм для сімейних лікарів.

Державне управління

Ситенко О.Р. Державна політика в охороні здоров'я як важлива складова виконання стратегій ВООЗ.

Формування здорового способу життя

Андрієвський І.Ю. Паління як атерогенний фактор у молоді віком 16–19 років.

Наука – практиці охорони здоров'я

Мазепа Ю.С., Терещенко В.П., Піщиков В.А. Щодо організаційного забезпечення застосування ентеросорбентів у медичній практиці.

Р.М. Борис, Р.М. Марценюк В.П. Інформаційна система лабораторної діагностики політравм

Дискусії

Голяченко О.М., Панчишин Н.Я., Смірнова В.Л., Романюк Л.М., Федчишин Н.Є., Литвинова О.Н. Соціальна медицина знову на роздоріжжі.

Рецензії

Теренда Н.О. Рецензія на книгу Я. Ганіткевича "Український медичний календар на 2013 рік".

Health of the population: tendencies and forecasts

4 *Skorokhod A.V., Tsupro O.M.* Calculation of morbidity risk (by the example of Sumy region).

Organization of medical care

8 *Shkrobot V.V., Shkrobot S.I., Korniyenko H.F.* Possibility and expedience of reorganisation work of policlinics office register.

12 *Terenda N.O.* Cardio surgical care in Ukraine.

16 *Pyatnochka I.T., Kornaga S.I., Pyatnochka V.I.* Psychoprophylaxis in the practice of tb doctors.

Reforming of health care system

19 *Samohodskiy V.M., Holyachenko B.A.* Medical and economic mechanisms of realisation of organisational standards, criteria and norms as the basis for creating computer programs for family doctors.

The government

28 *Sytenko O.R.* State policy in health care as an important component of implementation WHO strategies.

Formation of healthy life style

33 *Andriyevskiy I.Yu.* Smoking as atherogenic factor among young people aged 16–19 years.

The science for health care practice

39 *Mazepa Yu.S., Tereschenko V.P., Pischikov V.A.* The system of providing enterosorbents in medical practice.

44 *Borys R.M., Martsenyuk V.P.* Informative system of laboratory diagnostics of politravm

Discussions

49 *Golyachenko O.M., Panchyshyn N.Ya., Smirnova V.L., Romanyuk L.M., Fedchyshyn N.E., Lytvynova O.N.* Social medicine again at the crossroads.

Review

54 *Terenda N.O.* Review on Ya. Hanitkevych' book "Ukrainian Medical Calendar for 2013".

А.В. СКОРОХОД, О.М. ЦУПРО (Київ, Суми)

РОЗРАХУНОК РИЗИКУ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НАСЕЛЕННЯ (НА ПРИКЛАДІ СУМСЬКОЇ ОБЛАСТІ)

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика
Сумська обласна державна адміністрація

Стаття присвячена питанням розрахунку ризиків захворюваності на прикладі даних Сумської області. Виявлені закономірності щодо ризиків захворюваності населення області свідчать про необхідність запровадження певних медико-соціальних заходів з метою зниження їх реалізації.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: **захворюваність, розрахунок ризику захворюваності, організація медичної допомоги.**

Відновлення здоров'я населення, незважаючи на збільшення середньої тривалості життя, є актуальною проблемою для всього світу. В Україні вона постає як проблема збереження здоров'я нації.

Підвищення ступеня ризику в економічній і соціальній сферах можна розглядати, таким чином, як закономірний, природний в наших умовах процес, як «зворотний бік» підвищення економічної свободи. У цьому зв'язку виникає необхідність створення механізмів і форм соціального захисту, адекватних новим соціально-економічним умовам, новому співвідношенню інтересів держави та людини. Виходячи з цього, масштаб проблеми щодо компенсації соціальних ризиків у кожній конкретній країні чи окремому регіоні визначається соціально-економічними й екологічними умовами життя населення, а успішне її розв'язання залежить, передусім, від організації системи охорони здоров'я та рівня забезпечення соціальних потреб населення [1].

Сьогодні в Україні загострилися не тільки проблеми у сфері екології, але й проблеми, що пов'язані зі станом здоров'я населення. Відомо, що ризик втрати здоров'я нації та ризик майбутніх соціально-економічних втрат взаємопов'язані, а економія ресурсів на охорону здоров'я сьогодні може обернутися величезними втратами у майбутньому.

Матеріал і методи дослідження. Для розрахунку ризиків використано дані ретроспективного аналізу форм звітності №12 «Звіт про захворювання, зареєстровані у хворих, які проживають у районі обслуговування лікувально-профілактичного закладу» за період 2006–2011 рр. закладів охорони здоров'я (міських та центральних районних лікарень) Сумської області (всього 112 од.).

У більшості наукових досліджень в поняття «ризик» разом з вірогідністю настання негативної події вкладається й інша пов'язана з цією подією характеристика – «розмір завданої шкоди». Це приводить до трактовки кількісної міри ризику як математичного очікування шкоди, яке визначається на безлічі можливих несприятливих подій (величині середнього ризику). Такий підхід до трактовки ризику широко застосовується в теорії штучного інтелекту, де ризик розпізнавання інформації визначається як математичне очікування втрат від похибок розпізнавання. Те ж саме спостерігається при розробці процедур прийняття рішень в якості міри ризику, де також розглядається аналогічний показник – середньоочікувана величина втрат у випадку невірному рішенні [2].

Виходячи з вищенаведеного, для дослідження було застосовано метод розрахунку абсолютного ризику захворюваності [6]. Абсолютний ризик (AP , Experimental Event Rate, EER) – це частка хворих від загального обсягу групи. Цей показник розраховують як для експонованих, так і для неекспонованих осіб. Він відбиває ризик розвитку захворювання за наявності (чи відсутності) фактору ризику [5].

У випадку розрахунку AP_e для ефекту, що вивчається, в групі експонованого населення:

$$AP_e = \frac{A}{a}$$

б) Розрахунок стандартної похибки AP (S_{AP}):

$$S_{AP} = \sqrt{AD \times (1 - AD) / n}$$

n – обсяг експонованої вибірки.

в) Розрахунок довірчого інтервалу AP (ДІАР):

$$ДІАР = AD \pm S \times t$$

Для 95% ДІ, то $t=1,96$, для 99%ДІ, то $t=2,58$
 S – стандартна похибка АР.

Результати дослідження та їх обговорення. Виділяють чотири головні фактори ризику, що впливають на кінцевий стан здоров'я окремої людини та нації в цілому [2]:

- рівень життя і соціальної комфортності проживання в країні, що визначається загальними соціально-економічними індикаторами розвитку економіки;

- стан екології, що залежить від рівня забруднення чи зникнення окремих компонентів природного середовища та вимірюється рівнем гранично допустимих концентрацій (ГДК) забруднення;

- рівень розвитку охорони здоров'я, її матеріально-технічна база, кадрове забезпечення, розміри застосування прогресивних методів і технологій діагностики та лікування;

- фактори ризику, що пов'язані з поширеністю окремих захворювань і смертністю від них.

Стан здоров'я кожної людини генетично успадковується, але потім піддається соціальним

й екологічним втручанням, які сильно різняться по країнах та регіонах проживання. Ось чому зазначені групи ризиків доцільно розглядати з урахуванням фонів різного типу, а одними з впливових чинників соціальних ризиків є захворюваність, смертність, інвалідизація, втрата працездатності внаслідок ушкодження здоров'я людини [3], тобто ті ризики, що компенсуються програмами страхування, до яких можна віднести і добровільне медичне страхування.

Аналіз рівня ризиків для населення України є одним з основних джерел обґрунтування запровадження добровільного медичного страхування. Тому важливими є розрахунки фонових ризиків захворюваності населення, які були проведені в Сумській області.

Розрахунки ризиків виникнення захворювань проводилися відповідно до захворюваності населення в розрізі районів та нозологічних груп. Такі розрахунки необхідні для виявлення можливих ризиків, витрат на охорону здоров'я в цілому та для страхових компаній для компенсації коштів (табл. 1).

Таблиця 1. Розрахунки абсолютних ризиків загальної захворюваності у Сумській області за районами (2006-2011 рр.), %

Територія	Рік					
	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Сумська область	75,00	74,98	75,46	76,52	76,58	77,75
Заклади охорони здоров'я м. Суми	95,08	97,31	96,41	96,43	95,50	96,53
Заклади охорони здоров'я в районах області	68,54	69,17	68,77	70,08	70,49	71,71
Білопільський район	73,50	75,94	74,63	78,37	73,62	71,93
Буринський район	71,39	76,40	70,76	72,19	72,04	77,01
Великописарівський район	74,70	71,98	67,09	68,47	67,79	69,89
Глухівський район	62,54	62,04	63,43	67,30	69,55	72,61
Конотопський район	67,65	66,21	67,03	68,40	72,47	72,80
Краснопільський район	66,35	67,08	67,49	72,98	69,16	69,26
Кролевецький район	74,17	76,88	75,47	76,14	77,17	78,43
Лебединський район	67,17	67,99	68,76	69,75	71,16	70,08
Липоводолинський район	70,60	71,41	73,06	68,78	67,24	65,95
Недригайлівський район	70,84	69,17	69,28	70,60	68,18	71,25
Охтирський район	72,52	70,62	71,11	69,43	71,10	72,95
Путівльський район	60,97	62,31	62,58	63,91	66,58	68,76
Роменський район	77,21	77,01	73,86	75,43	74,48	76,13
Середино-Будський район	54,05	56,67	57,86	60,92	66,04	66,09
Сумський район	66,33	66,38	67,82	65,11	65,16	67,77
Тростянецький район	64,84	67,26	70,14	73,88	73,28	76,51
Шосткинський район	64,72	67,32	65,03	67,85	66,26	68,38
Ямпільський район	64,11	69,19	69,83	67,63	70,42	65,30

Як видно з таблиці 1, найбільший ризик захворіти спостерігався у м. Суми, який практично не зменшився з 2007 р. (на рівні 95%), що з великою вірогідністю можна пояснити значною кількістю підприємств хімічної промисловості, розташованих в межах міста, діяльність яких, безумовно, впливає на стан здоров'я населення (ВАТ «СНВО ім. Фрунзе», ВАТ «Сумхімпром», ВАТ «Насосенергомаш», ДП «Завод обважнених бурильних ведучих труб», ТОВ «Гуала Кложерс Україна», ЗАТ «Технологія»).

До цієї ж групи територій можна віднести Роменський, Великописарівський, Кролевецький, Білопільський, Охтирський і Буринський райони, де ризик захворіти на всі хвороби становить понад 70%. Характерно, що на територіях саме цих районів також знаходиться більшість промислових підприємств області. Слід зазначити, що за останні роки ризик захворіти для жителів даних місцевостей не тільки не знизився, але й зріс,

що підтверджується даними УОЗ Сумської обласної державної адміністрації [4].

Аналіз ризиків захворювань за окремими нозологіями показав наступне. Найбільша вірогідність захворіти населенню області припадає на хвороби системи кровообігу (у 2006 р. – 31,35%, у 2011 р. – 31,87), а серед даного класу хвороб – на гіпертонічну хворобу (2006 р. – 13,20%, 2011 р. – 14,33%) та ішемічну хворобу серця (2006 р. – 10,11%, 2011 р. – 10,45%). Отримані дані можна пояснити кількома причинами – великою часткою людей пенсійного віку в області (до 25%), впливом соціальних та екологічних чинників.

На другому місці за рівнем ризику знаходяться хвороби органів дихання, величина якого коливалась від 15,94% у 2006 р. до 17,27% у 2011 р.

Серед інших хвороб слід виокремити хвороби органів травлення, ока та його придаткового апарату, ендокринної системи (табл. 2).

Таблиця 2. Ризики захворюваності за окремими нозологічними формами, %

Клас хвороб та окремі нозології за МКХ-10	Рік					
	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Усі хвороби A00-T98	75,00	74,98	75,46	76,52	76,58	77,75
Хвороби системи кровообігу I00-I99	31,35	31,51	31,56	31,64	31,94	31,87
Хвороби органів дихання J00-J99	15,94	16,21	16,30	16,67	16,13	17,27
Гіпертонічна хвороба (всі форми) I10-I13, I20, X.7	13,20	13,37	13,53	13,70	14,09	14,33
Ішемічна хвороба серця I20-I25	10,11	10,23	10,21	10,23	10,43	10,45
Хвороби органів травлення K00-K93	8,93	9,02	9,24	9,42	9,54	9,59
Хвороби ендокринної системи, розлади харч. та порушення обміну речовин E00-E90	6,71	6,54	6,33	6,28	6,29	6,06
Хвороби ока та його придаткового апарату H00-H59	6,23	6,02	5,90	5,86	5,90	5,72
Хвороби сечостатевої системи N00-N99	5,52	5,48	5,48	5,42	5,36	5,44
Цереброваскулярні хвороби I60-I69	5,29	5,26	5,32	5,27	5,43	5,39
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини M00-M99	5,27	5,13	5,05	4,92	5,07	4,94
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників S00-T98	3,03	3,15	3,26	3,21	3,19	3,07

Висновки

Таким чином, виявлені закономірності щодо ризиків захворюваності населення в Сумській області засвідчили необхідність запровадження певних медико-соціальних заходів з метою зниження їх реалізації. Насамперед це стосується удосконалення організації надання медичної допомоги у напрямку підвищення рівня її ефективності та якості. Тому на перший план виходять заходи з профілактики захворювань з великою вірогідністю ризику, а також своєчасної діагно-

тики та попередження переходу їх у хронічну форму. Зазначене можливо за умов запровадження нових медичних та управлінських технологій, до яких можна віднести інноваційні діагностичні технології та інформаційні технології, медичні стандарти, а також удосконалення методів фінансування надання медичної допомоги населенню.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з оцінкою вірогідних ризиків захворювань для України в цілому.

Список літератури

1. Вялков А. И. Организационно-методические аспекты снижения рисков в медицинской практике / А. И. Вялков, В. З. Кучеренко // Главврач. – 2006. – № 2. – С. 7.
2. Качинський А. Б. Екологічна безпека України: Системний аналіз перспектив покращення. Серія “Екологічна безпека” / А. Б. Качинський [Електронний ресурс]. Режим доступу : <http://old.niss.gov.ua/book/Kachin/index.htm>. – Назва з екрану.
3. *Мировая* статистика здравоохранения. – ВОЗ, 2010. – 177 с.
4. *План* основних організаційних заходів управління охорони здоров'я Сумської обласної державної адміністрації на 2013 рік [Електронний ресурс]. –Режим доступу : <http://www.state-gov.sumy.ua/medicine>. – Назва з екрану.
5. Подольная М. А. Показатели и методика расчета эпидемиологических характеристик риска / М. А. Подольная, Б. А. Кобринский // Рос. вестн. перинатол. и педиатрии. – 2000. – № 6. – С. 52–54.
6. *Риски* и их оценка в медико-биологических исследованиях : [метод. реком.] / Максимов С. А., Зинчук С. Ф., Давыдова Е. А., Зинчук В. Г. – Кемерово, 2010. – 28 с.

**РАСЧЕТ РИСКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ
(НА ПРИМЕРЕ СУМСКОЙ ОБЛАСТИ)**

А.В. Скороход, О.М. Цупро (Киев, Суммы)

Статья посвящена вопросам расчета рисков заболеваемости на примере данных Сумской области. Установленные закономерности относительно рисков заболеваемости населения области свидетельствуют о необходимости внедрения определенных медико-социальных мероприятий с целью снижения их реализации.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **заболеваемость, расчет риска заболеваемости, организация медицинской помощи.**

CALCULATION OF MORBIDITY RISK (BY THE EXAMPLE OF SUMY REGION)

A.V. Skorokhod, O.M. Tsupro (Kyiv, Sumy)

Article is devoted to calculating of morbidity risks an example of data of Sumy region. The revealed laws of morbidity risks of region indicate the need for the introduction of certain medical and social measures to reduce in their implementation.

KEY WORDS: **morbidity, morbidity risk calculation, organization of medical care.**

Рукопис надійшов до редакції 21.03.2012
Рецензент: к.е.н. М.В. Шевченко

В.В. ШКРОБОТ, С.І. ШКРОБОТ, Г.Ф. КОРНІЄНКО (Тернопіль)

МОЖЛИВІСТЬ ТА ДОЦІЛЬНІСТЬ РЕОРГАНІЗАЦІЇ РОБОТИ РЕЄСТРАТУРИ ПОЛІКЛІНІЧНИХ ЗАКЛАДІВ

Тернопільська обласна комунальна клінічна психоневрологічна лікарня

Розглянуто необхідність пріоритетного фінансування медичних закладів первинного рівня регіону, кінцеві результати якого підтверджуються наявними обліково-статистичними формами.

Результати оглядів на усіх трьох рівнях медичної допомоги повинні фіксуватися у формі №025/о кожного оглянутого, клінічно, лабораторно та інструментально обстеженого пацієнта.

Принцип заповнення і зберігання форми №025/о у реєстратурі поліклініки (у кожній – свій екземпляр) давно себе вичерпав.

Запропонована та обґрунтована можливість і доцільність зберігання форми №025/о “на руках” кожного жителя відповідної території, у яку будуть вноситися результати їх оглядів, проведених обстежень і лікування, імунізації, реабілітаційних заходів тощо при зверненні до лікарів усіх ланок охорони здоров'я.

Наведені результати практичного застосування інформаційних технологій у поліклінічному відділенні шляхом застосування комп'ютерних програм, розроблених інженером лікарні.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: фінансування охорони здоров'я, обліково-звітна документація, форма №025/о, комп'ютеризація первинної ланки медичної допомоги.

Серед сучасних проблем охорони здоров'я України слід виділити найпріоритетніші – недостатню якість медичної допомоги, дефіцит її фінансування та нераціональність використання ресурсів [3].

Основні завдання держави полягають у забезпеченні населення високоякісною медичною допомогою, розвитку системи охорони здоров'я з орієнтацією на запобігання захворюванням, популяризації здорового способу життя, забезпеченні доступності медичної допомоги, реформуванні механізмів фінансування і управління галуззю [2].

Сьогодні, коли зменшилась вагомість лікарняних листків, і усвідомлення необхідності оплати медичних послуг на побутовому рівні стало домінуючим (хоч суб'єктивно, як і раніше, малоприйнятне для більшості хворих), коридори поліклінічних закладів дещо спорожніли.

Реалії життя такі, що більшість людей звертаються за медичною допомогою тоді, коли їхній стан стає зовсім нестерпним або навіть загрозливим. Значна частина з них у такому стані шпиталізується у лікарню, а первинна ланка, у тому вигляді, як вона продовжує існувати, фактично нерідко ігнорується і поступово занепадає [1].

Метою даного дослідження є ствердження, що для проведення реформування галузі охорони здоров'я слід визначити порядок і механізми пріоритетного фінансування, кадрового та матеріально-технічного забезпечення закладів охорони здоров'я. Медична допомога має надаватися

з чітким дотриманням маршруту звернення пацієнта, де першим етапом є первинна медико-санітарна допомога. Водночас у наявній в Україні моделі охорони здоров'я частка такої допомоги в загальному комплексі медичної допомоги населенню невиправдано низька, тому виконання функцій первинної допомоги відбувається на вторинному (стаціонар) та навіть на третинному рівнях. Практично відсутній механізм планування та оцінки роботи медичних закладів відповідно до наданих медичних послуг, а отже і фінансування за цим чинником.

Матеріали і методи. Проведено системний аналіз зберігання та руху облікової медичної документації.

Результати дослідження та їх обговорення. Починаючи з 2005 р., було зроблено певні кроки стосовно запровадження системних реформ в охороні здоров'я. За ініціативи МОЗ уряду країни у 2009 р. прийняв рішення щодо проведення інвентаризації усіх закладів охорони здоров'я (ЗОЗ), незалежно від їх відомчого підпорядкування. За даними вказаної інвентаризації (матеріали ДМП “Полімед”), підпорядковані ЗОЗ існують в 14-ти різних відомствах [8].

Дані таблиці переконливо свідчать, що розподіл цих коштів вкрай нерівномірний, що створює нерівність можливостей різних верств населення у медичному обслуговуванні.

На етапі практичної реалізації програми реформування медичної галузі до 40% всіх коштів (бюджети сіл, селищ, міст районного значення, обласних центрів) концентруються на районно-

Таблиця. Дані про видатки за міністерствами та відомствами, надані аналітичній групі МОЗ України (млн грн)

Структури, що мають у своєму підпорядкуванні ЗОЗ	Видатки Державного бюджету на охорону здоров'я	Кількість населення, що обслуговується	Видатки на 1 особу, що обслуговується (грн)
Міністерство охорони здоров'я	3 169,8/21 755,5	46 192 300	471
Академія медичних наук	887,1	800 000 консультацій, 79 000 операцій	1 009
Міністерство оборони	407,9	757 759	538
Міністерство транспорту та зв'язку	306,4	1 734 367	177
Міністерство внутрішніх справ	213,1	680 558	313
Служба безпеки України	105,4	105 500	999
Міністерство праці та соціальної політики	57,0	80 000	713
Національна академія наук	13,6	50 408	269
Адміністрація Державної прикордонної служби	не надано	80 000	не надано

му рівні, тобто їх основним розпорядником стають центри первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД).

За необхідності надання консультативної допомоги на вторинному та третинному рівнях пацієнту видається відповідне скерування (форма №028-1/о) до спеціаліста, на основі якого особа звільняється від оплати за надану послугу [7]. Фінансові взаєморозрахунки будуть проведені на основі відповідних облікових статистичних форм. У випадках звернення пацієнта до спеціаліста вторинного рівня без скерування з первинного рівня послугу оплачує пацієнт [5].

Аналогічний підхід передбачається і при зверненні пацієнта у заклад третинного рівня.

Подана інформація переконливо характеризує ступінь важливості чіткого обліку вказаних маршрутів документообігу та їх взаємовідповідність.

Перевіряти достовірність внесених в них даних будуть як спеціалісти відповідних ЗОЗ, так і контролюючих фінансових, юридичних та правоохоронних органів.

Повнота, якість та об'єктивність ведення документації матиме особливе значення у випадках непередбачених наслідків надання лікувально-діагностичної допомоги пацієнтам.

Спеціалісти усіх рівнів (фельдшерського пункту, лікарської амбулаторії, ЦПМСД, профільні спеціалісти вторинного та третинного рівнів) намагатимуться отримати оригінали результатів обстеження та проведеного лікування на попередніх етапах надання медичної допомоги пацієнту.

Розраховувати на можливість ксерокопіювання вказаних документів малоімовірно через недостатнє забезпечення вказаними апаратами медичних закладів.

Необхідно також враховувати вимоги законів України "Про захист персональних даних"

№ 2297-VI від 01 червня 2010 року та "Про доступ до публічної інформації" № 2939-VI від 13 січня 2011 року, затверджених Президентом України В. Януковичем [4;5].

Паперовим носієм усіх видів інформацій про стан здоров'я пацієнтів, результат імунопрофілактики інфекційних захворювань, надання лікувально-діагностичної допомоги, перенесені захворювання та конкретна їх терапія тощо служить "Медична карта амбулаторного хворого", форма №025/о. Принцип зберігання її в реєстратурі поліклінічного закладу (лікарської амбулаторії, ЦПМСД, номерної та районної лікарень) давно себе вичерпав [9]. Досвід наших консультативних та інспекторських виїздів у медичні заклади області засвідчує, що комплектація їх реєстратур обліковими формами №025/о не перевищує 60–70%, третина з яких – дублікати оригіналів.

Враховуючи людський фактор (епідемічні по ГРВІ та грипу періоди року, відпускна кампанія, хвороби працівників тощо) своєчасність доставки форми №025/о з реєстратури у кабінет відповідного спеціаліста при зверненні до нього пацієнта, як і повернення її в реєстратуру, сумнівна.

Оформлення результатів консультативного огляду пацієнта спеціалістом вимагає значних затрат часу. Доказом реальності звернення пацієнта до лікаря слугуватиме відповідна облікова форма (№025-6-1/о, та №074/о) з внесеними діагнозами спеціалістів та прийнятими експертними рішеннями [7].

Слід також враховувати, що територіальні поліклініки припиняють роботу у ЦРЛ близько 17 години, в обласних центрах – 18–19 години, тобто до 50% доби пацієнт позбавлений можливості мати, за потреби, форму №025/о за умови зберігання її в реєстратурі закладу (це без урахування 4–7 вихідних та святкових днів щомісяця).

Вищенаведене переконливо свідчить про необхідність знаходження паперового носія інформації (форма №025/о) про стан здоров'я пацієнта у нього "на руках". Негативні фактори від такого підходу практично відсутні, а переваги – очевидні.

Необхідно також пам'ятати, що акушерсько-гінекологічна, дитяча служби, спеціалізовані медичні заклади (онко-, туб-, нарко-, психіатричні і т.п.), мають свої реєстратури, інформація з яких практично недоступна спеціалістам первинної ланки. Це саме стосується і відомчих медичних закладів.

Без чітко функціонуючої системи одержання, обробки усіх видів медичної інформації на всіх рівнях фінансові взаєморозрахунки неможливі, в т.ч. і заробітна плата медичних працівників, що неминуче викличе їх обґрунтовані скарги.

При позитивному вирішенні нашої пропозиції видача форми №025/о пацієнтам "на руки" проводиться під підпис кожного жителя відповідної території. Не підлягає зберіганню форма №025/о у пацієнтів, які взяті на облік наркологом, психіатром, онкологом, фтизіатром тощо, яка знаходиться у реєстратурі відповідного закладу.

Таким чином, основним носієм інформації про стан здоров'я кожного жителя від його народження до початку реформування галузі охорони здоров'я була і залишається "Медична карта амбулаторного хворого", форма №025/о. При стабілізації економічної ситуації в державі поряд з вказаними паперами відбуватиметься впровадження в документообіг електронної картки.

Нами розроблена та успішно впроваджена в роботу реєстратури програма комп'ютерного обліку, факту та результатів амбулаторного прийому психіатром кожного пацієнта з м. Тернополя в об'ємі інформації з "Талону амбулаторного пацієнта", форма №025-6/о. Результати консультативних оглядів пацієнтів неврологічного та психіатричного профілів з районів області та м. Тернополя оформляються в "Талоні амбулаторного пацієнта при наданні консультативної поліклінічної допомоги", форма №025-5/о. Дані з кожного вказаного талону також вносяться в програму, розроблену нашим програмістом. Все це дає можливість оперативного одержання інформації про кожного з прийнятих пацієнтів за 17 параметрами, що важливо для аналітичної роботи в розрізі ЦРЛ, м. Тернополя та окремих спеціалістів.

Висновки

1. У підготовчий період до впровадження механізму реалізації програм реформування медичної галузі необхідно напрацювати конкретні документальні підходи їх втілення в щоденну практичну діяльність медустанов.

2. Документальним підтвердженням надання необхідної лікувально-діагностичної допомоги

пацієнту будуть загальноприйняті облікові статистичні форми.

3. Паперовий носій медичної інформації, форма №025/о, – найбільш доступний для впровадження в щоденну роботу ЗОЗ, якщо електронні носії вказаної інформації відсутні.

4. Оптимальним підходом до зберігання форми №025/о кожного жителя усіх вікових груп є видача "на руки" пацієнту (крім певних категорій населення).

5. Для забезпечення своєчасності та об'єктивності проведення фінансових взаєморозрахунків між медичними закладами усіх трьох рівнів обов'язкове використання загальновідомих обліково-статистичних форм.

6. Без налагодження комп'ютерного обліку пацієнтів лікарських амбулаторій, ЦПМСД на районному та міському рівнях об'єктивність статистичної обробки даних про надання лікувально-діагностичної та профілактичної допомоги на всіх рівнях прикріпленому населенню викликає обґрунтований сумнів.

Перспективи подальших досліджень. Медична галузь тісно пов'язана з накопиченням і обробленням значних обсягів інформації. Від якості методів роботи з медичною інформацією залежить ефективність надання першої медичної допомоги та в подальшому лікування пацієнта. З метою забезпечення якості медичної допомоги існує потреба у накопиченні та аналізі даних впродовж тривалого періоду, застосуванні електронних експертних систем.

Інформаційні ресурси та технології обробки інформації в охороні здоров'я розробляються без забезпечення необхідного рівня централізації та координації робіт. У більшості випадків відсутня взаємодія регіональних інформаційних систем з аналогічними в інших регіонах.

Дані проблеми свідчать про необхідність докорінної зміни підходів до інформатизації охорони здоров'я, посилення координуючої ролі держави та створення єдиного інформаційного простору у сфері охорони здоров'я. Без таких підходів можливість одержання інформації з різних рівнів, надання пацієнтам медичної допомоги, фінансові взаєморозрахунки за надані їм медичні послуги викликає сумніви.

У подальшій роботі ми будемо напрацьовувати, наполегливо пропагувати та відстоювати саме такі підходи до ефективного та оперативного використання можливостей сучасних інформаційних технологій в наданні якісної медичної допомоги пацієнтам.

Розраховувати на можливість централізованої сертифікації вказаних регіональних комп'ютерних програм безперспективно через високу вартість вказаної процедури.

Список літератури

1. Колоденко В. А. Реорганізація амбулаторно-поліклінічної мережі. Участь громадськості / В. А. Колоденко, М. М. Тишук // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2001. – № 1. – С. 37–41.
2. Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи / В. М. Князевич, В. В. Лазоришинець, І. В. Яковенко [та ін.]. – К., 2009. – С. 17.
3. Пономаренко В. М. Актуальність проблеми якості медичної допомоги на сучасному етапі реформування охорони здоров'я України / В. М. Пономаренко, А. Б. Зіменковський // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2005. – № 1. – С. 44–48.
4. Про доступ до публічної інформації : Закон України № 2939-VI від 13.01.2011 [Електронний ресурс]. – Шлях доступу : <http://www.moz.gov.ua/> – Назва з екрану.
5. Про затвердження методичних рекомендацій МОЗ України щодо регіональних планів модернізації мережі закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу : наказ МОЗ України №713 від 11.09.2012 р. [Електронний ресурс]. – Шлях доступу : <http://www.moz.gov.ua/> – Назва з екрану.
6. Про захист персональних даних : Закон України № 2297-VI від 01.06.2010 р. [Електронний ресурс]. – Шлях доступу : <http://www.moz.gov.ua/> – Назва з екрану.
7. Про удосконалення моніторингу первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини та уніфікації відповідної облікової медичної документації : наказ МОЗ України №1 від 08.01.2004 р. [Електронний ресурс]. – Шлях доступу : <http://www.moz.gov.ua/> – Назва з екрану.
8. Пропозиції щодо реформування галузі. – К. : ДМП “Полімед”, 2010. – С. 35.
9. Сімейна медицина / за ред. проф. В. Б. Гощинського, проф. Є. М. Стародуба. – Тернопіль. : ТДМУ “Укрмедкнига”, 2005. – С. 16.

ВОЗМОЖНОСТЬ И ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ РЕОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ РЕГИСТРАТУРЫ ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

В.В. Шкробот, С.И. Шкробот, Г.Ф. Корниенко (Тернополь)

Рассмотрена необходимость приоритетного финансирования медицинских учреждений первичного звена региона, конечные результаты которого подтверждаются существующими учетно-статистическими формами.

Результаты осмотров на всех трех уровнях медицинской помощи должны фиксироваться в форме №025/о каждого осмотренного, клинически, лабораторно и инструментально обследованного пациента.

Принцип заполнения и хранения формы №025/о в регистратуре поликлиники (в каждой – свой экземпляр) давно себя исчерпал.

Предложена и обоснована возможность и целесообразность хранения формы №025/о “на руках” каждого жителя соответствующей территории, в которую будут вноситься результаты их осмотров, проведенных обследований и лечения, иммунизации, реабилитационных мероприятий и т.п. при обращении к врачам всех звеньев здравоохранения.

Приведены результаты практического применения информационных технологий в поликлиническом отделении путем использования компьютерных программ, разработанных инженером больницы.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: финансирование здравоохранения, учетно-отчетная документация, форма №025/о, компьютеризация первичного звена медицинской помощи.

POSSIBILITY AND EXPEDIENCE OF REORGANISATION WORK OF POLICLINICS OFFICE REGISTER

V.V. Shkrobot, S.I. Shkrobot, H.F. Korniyenko (Ternopil)

The necessity of the priority financing of medical establishments of primary link of region the eventual results of which are confirmed by existent registration considered - statistical forms.

The results of examinations of inhabitants on all 3 stages of medical care must be reflected in a form 025/o of every examined, clinically, laboratory and the instrumentally inspected patient.

Principle of filling and storage of form 025/o in the register office of polyclinic (in each - own copy) a long ago exhausted itself.

Offered and grounded possibility and practical experience of storage of form 025/o “on the hands” of every inhabitant of the proper territory, at which the results of their examinations will be bring in, conducted inspections and treatment, immunization, measures of rehabilitations, etc. at an address to the doctors of all links of health protection.

The results of practical application of information technologies of are resulted in a polyclinic separation by the use of the computer programs, developed by the engineer of hospital.

KEY WORDS: financing of health care, registration of current documentation, form 025/o, computerisation of primary link of medical care.

Рукопис надійшов до редакції 14.03.2013

Рецензент: к.мед.н., доц Н.О. Теренда

Н.О. ТЕРЕНДА (Тернопіль)

КАРДІОХІРУРГІЧНА ДОПОМОГА В УКРАЇНІ

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

Стаття присвячена аналізу динаміки надання кардіохірургічної допомоги в Україні за період 1996–2012 рр. Проведено статистичне дослідження з використанням даних Центру медичної статистики. Встановлено кількісне зростання надання кардіохірургічної допомоги в Україні за останні 15 років, особливо у 2004 р. та 2008 р. Поряд із збільшенням оперативних втручань, збільшилася і кількість серцево-судинних хірургів, зросла їх професійна майстерність та кваліфікація. Також за останні 15 років відбувся значний прогрес у зменшенні післяопераційної летальності.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: динаміка кардіохірургічних втручань, серцево-судинні хірурги, післяопераційна летальність у кардіохірургічних хворих.

На теренах України сформувалася потужна школа кардіохірургів. Започаткував її розвиток А.Г. Підріз, який вперше у світовій практиці у 1897 році успішно прооперував вогнепальне поранення серця. Згодом у 20-х роках 20 століття в Києві працював видатний хірург Є. Черняхівський. Найвідомішим кардіохірургом України був М.М. Амосов – засновник і директор Київського НДІ серцево-судинної хірургії МОЗ УРСР, який розробив і впровадив у медичну практику оригінальні апарати штучного кровообігу, вперше в країні провів протезування мітрального клапану, вперше в світі створив і впровадив у практику протитромбічні протези серцевих клапанів. Його відомими послідовниками стали М.В. Даниленко, Г.В. Книшов, Л.Л. Ситар, Б.М. Тодуров [1-3].

Мета дослідження: вивчення динаміки оперативних втручань на серці протягом останніх 15 років.

Матеріали і методи. Дослідження проводили на основі вивчення даних ДЗ «Центру медичної статистики» показників здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 1996–2012 роки. У статистичну обробку матеріалу входило вивчення показників динамічного ряду та кореляційно-регресійного зв'язку.

Результати дослідження та їх обговорення. За період з 1996 по 2012 рр. на теренах України істотно збільшилася кількість операцій на серці. Так, у 1996 р. вона становила 0,41 на 10 000 населення, а у 2012 р. – 4,80 на 10 000 населення, що свідчить про зростання у 11,7 разу. Те саме можна сказати і про активність хірургічних втручань. Частка оперативних втручань на серці щодо загальної кількості операцій збільшилася у 9 разів.

За період 1996–2012 рр. збільшилася кількість імплантацій кардіостимулятора у 4,5 разу. Істотно зросла кількість оперативних втручань на

відкритому серці та з приводу аорто-коронарного шунтування (відповідно у 11,6 та 18 разів).

У динаміці зростання оперативних втручань на серці можна виділити два періоди (2004 р. і 2008 р.), у які відмічається високий темп приросту (відповідно 28,3% та 33,3%). Така ж тенденція простежується і у структурі операцій. Темп приросту за 2004 р. та 2008 р. при операціях на відкритому серці становив 61,1% та 31,7% відповідно, при аортокоронарному шунтуванні – 40,0% і 45,5%, при імплантації кардіостимулятора – 56,7% (у 2003 р.) і 17,1% (у 2008 р.).

Цікава динаміка спостерігається і щодо розподілу самих оперативних втручань (табл. 1). Так, у їх структурі можна виділити найбільшу частку – імплантації кардіостимулятора. У 1996 р. вона становила 56,1%, проте поступово зменшувалася до 21,7% у 2012 р. Частка операцій на відкритому серці за досліджуваний період залишилася майже без змін (18–22%). Значне зростання – у 2,3 разу – відбулося з приводу аорто-коронарного шунтування (від 3,2% до 7,5%).

Істотне зростання кількості оперативних втручань відобразилося і на чисельності медичних працівників кардіохірургічних відділень, зокрема серцево-судинних хірургів.

За період з 1996 по 2012 р. в Україні зросла кількість серцево-судинних хірургів (показник наочності склав 175,5% порівняно із 1996 р.). Зростання це відбувалося поступово, хоча можна відмітити певні періоди (2001–2004 рр. і 2008–2010 рр.), коли воно проходило більш інтенсивно. Так, наприклад, темп приросту у 2001 р. становив 8,62%, у 2004 р. – 10,68%, у 2008 р. – 7,10% (табл. 2).

Оперативні втручання на серці складні і вимагають високої кваліфікації хірургів. За весь досліджуваний період більшість серцево-судинних хірургів закладів МОЗ України мали кваліфікаційну категорію (від 65,7% у 1998 р. до 72,7% у 2012 р.) (табл. 3). Також поступово зростали їх

Таблиця 1. Структура хірургічної допомоги в Україні (на 10 000 населення) у 1996–2012 рр.

Рік	Операції на серці	Частка від всіх оперативних втручань, %	Операції на відкритому серці	Частка від операцій на серці, %	аорто-коронарне шунтування	Частка від операцій на серці, %	імплантації кардіостимулятора	Частка від операцій на серці, %
1996	0,41	0,10	0,08	19,51			0,23	56,10
1997	0,44	0,10	0,08	18,18			0,21	47,73
1998	0,6	0,10						
1999	0,5	0,10						
2000	0,6	0,12						
2001	0,62	0,13	0,10	16,13	0,02	3,23	0,31	50,0
2002	0,76	0,15	0,14	18,42	0,04	5,26	0,30	39,47
2003	0,92	0,18	0,18	19,57	0,05	5,43	0,47	51,09
2004	1,18	0,22	0,29	24,58	0,07	5,93	0,50	42,37
2005	1,32	0,25	0,30	22,73	0,08	6,06	0,55	41,67
2006	1,59	0,30	0,33	20,75	0,09	5,66	0,66	41,51
2007	1,86	0,35	0,41	22,04	0,11	5,91	0,70	37,63
2008	2,48	0,46	0,54	21,78	0,16	6,45	0,82	33,06
2009	3,09	0,6	0,64	20,71	0,22	7,12	0,83	26,86
2010	3,14	0,59	0,68	21,66	0,25	7,96	0,86	27,39
2011	3,48	0,65	0,82	23,56	0,31	8,91	0,91	26,15
2012	4,8	0,9	0,93	19,38	0,36	7,5	1,04	21,67

Таблиця 2. Чисельність серцево-судинних хірургів, включаючи лікарів у НДІ та закладах підготовки кадрів системи МОЗ України, та забезпеченість ними населення у 1996–2012 рр.

Рік	Серцево-судинні хірурги		Абсолютний приріст	Темп росту, %		Темп приросту, %
	абсолютні дані	на 10тис. населення		при змінній основі	при постійній основі (показник наочності)	
1996	253	0,05	-	-	100,0	-
1997	272	0,05	19	107,5	107,5	7,51
1998	277	0,06	5	101,8	109,5	1,82
1999	249	0,05	-28	89,9	98,4	-10,1
2000	232	0,05	-17	93,2	91,7	-6,83
2001	252	0,05	20	108,6	99,6	8,62
2002	264	0,06	12	104,8	104,3	4,76
2003	281	0,06	17	106,4	111,1	6,44
2004	311	0,07	30	110,7	122,9	10,68
2005	315	0,07	4	101,3	124,5	1,29
2006	341	0,07	26	108,3	134,8	8,25
2007	338	0,07	-3	99,1	133,6	-0,88
2008	362	0,08	24	107,1	143,1	7,10
2009	387	0,08	25	106,9	153,0	6,91
2010	412	0,09	25	106,5	162,8	6,46
2011	425	0,09	13	103,2	168,0	3,16
2012	444	0,10	19	104,5	175,5	4,47

професійна майстерність та кваліфікація. Так, якщо у 1996 р. серед серцево-судинних хірургів мали вищу, першу та другу категорію відповідно 42,2%, 34,7% та 23,1%, то у 2012 р. ці показники становили 57,3%, 25,1% та 17,6%. Ці дані свідчать

про зростання кількості спеціалістів із вищою категорією, їх частка серед інших серцево-судинних хірургів протягом останніх 5 років стабілізувалася в межах 57,3–60,5%. Збільшення відбувалося за рахунок підвищення кваліфікації

Таблиця 3. Дані про атестацію лікарів у закладах МОЗ України у 1996–2012 рр.

Рік	Серцево-судинні хірурги	З них мають кваліфікаційну категорію	Вищу	I	II	Частка атестованих лікарів від загального числа лікарів, %
1996	253	173	73	60	40	68,4
1997	272	200	97	66	37	73,5
1998	277	182	105	51	26	65,7
1999	249	181	98	57	26	72,7
2000	232					
2001	252	178	113	38	27	70,6
2002	264	194	114	48	32	73,5
2003	281	197	124	43	30	70,1
2004	311	217	136	47	34	69,8
2005	315	226	138	53	35	71,7
2006	341	233	131	64	38	68,3
2007	338	243	134	64	45	71,9
2008	362	253	146	55	52	69,9
2009	387	263	159	57	47	68,0
2010	412	297	176	64	57	72,1
2011	425	310	179	69	62	72,9
2012	444	323	185	81	57	72,7

та, відповідно, зменшення групи спеціалістів з другою категорією (протягом останніх 5 років зменшилося відсоткове співвідношення щодо інших категорій із 20,6% до 17,6%). Частка серцево-судинних хірургів першої категорії за останні 5 років стабілізувалася в межах 21,7–25,1.

Істотне зростання хірургів із вищою категорією почалося у 2001 р. (показник наочності щодо

1996 р. – 154,8%) і у 2012 р. досягло збільшення у 2 рази порівняно із 1996 р. Відповідно змінювалися і показники щодо першої та другої категорії.

Поряд з активною хірургічною діяльністю покращувалася і якість проведених втручань. Про це свідчить зменшення летальності у прооперованих хворих у 4 рази протягом досліджуваного періоду. Ця динаміка показувала плавне змен-

Таблиця 4. Післяопераційна летальність з приводу операцій на серці в Україні у 1996–2012 рр.

Рік	Операції на серці	На відкритому серці	Аорто-коронарне шунтування	Імплантації кардіостимулятора
1996	5,48	12,53		1,29
1997	4,24	10,43		0,48
1998	3,79			
1999	4,16			
2000	3,38			
2001	3,14	7,59	3,33	0,66
2002	2,90	6,28	2,39	0,75
2003	2,3	4,88	4,39	0,31
2004	2,8	5,58	3,43	0,38
2005	2,69	5,93	5,15	0,66
2006	2,32	6,25	3,64	1,07
2007	2,31	5,82	5,44	0,67
2008	1,94	4,67	5,43	0,93
2009	1,69	3,51	3,42	0,92
2010	2,12	3,7	3,18	1,5
2011	1,33	2,37	2,05	0,65
2012	1,37	2,94	2,00	0,89

шення, лише у 2004 р. та у 2010 р. темп приросту становив 21,7% і 25,4% відповідно, тоді як в інші роки він мав від'ємне значення в межах від -22,6% до -0,4% (табл. 4).

Подібна динаміка відмічалася і стосовно певних оперативних втручань. Так, показник наочності у 2012 р. порівняно з 1996 р. відповідно склав для операцій на відкритому серці 23,5%, аорто-коронарного шунтування – 60,1%, імплантації кардіостимулятора – 69%.

При детальнішому аналізі післяопераційної летальності з приводу аорто-коронарного шунтування виявлено спочатку зростання її до 2007–2008 рр. (показник наочності у 2007–2008 рр. до 2001 р. становив 163,4–163,1%), а потім плавну тенденцію до зменшення (показник наочності 2012 р. до 2001 р. становив 60,1%). Післяопераційна летальність з приводу операцій на відкритому серці мала стійку тенденцію до зниження за весь досліджуваний період.

Аналіз післяопераційної летальності з приводу імплантації кардіостимулятора показав тенден-

цію до її зниження, але певних закономірностей не виявлено.

Висновки

1. Проведені дослідження показали кількісне зростання надання кардіохірургічної допомоги в Україні за останні 15 років.

2. У динаміці зростання оперативних втручань на серці можна виділити два періоди (2004 р. та 2008 р.), у які спостерігалися високі темпи приросту (28,3% і 33,3% відповідно).

3. За період з 1996 р. по 2012 р. в Україні зросла кількість серцево-судинних хірургів. Особливо це стосується двох періодів – 2001–2004 рр. і 2008–2010 рр. Також істотно покращилася їхня професійна майстерність та кваліфікація.

4. Якісні зміни у наданні кардіохірургічної допомоги в Україні за останні 15 років підтверджуються значним прогресом у зменшенні післяопераційної летальності.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні історичних етапів становлення кардіохірургії в Україні та зіставленні їх з отриманими статистичними дослідженнями.

Список літератури

1. Видатний вчений в області медицини і біокібернетики, хірург, академік, професор [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://greatest.com.ua/a/amosov_mykola. – Назва з екрану.
2. *Визначні імена у світовій медицині* / за ред. О. А. Грандо. – К. : РВА „Тріумф”, 2001. – 319 с.
3. *Ганіткевич Я.* Історія української медицини в датах та іменах / Я. Ганіткевич. – Л., 2004. – 364 с.

КАРДИОХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В УКРАИНЕ

Н.А. Теренда (Тернополь)

Статья посвящена анализу динамики оказания кардиохирургической помощи в Украине за период 1996–2012 гг. Проведено статистическое исследование с использованием данных Центра медицинской статистики. Установлено количественное увеличение оказания кардиохирургической помощи в Украине за последние 15 лет, особенно в 2004 г. и 2008 г. Наряду с увеличением оперативных вмешательств, увеличилось и количество сердечно-сосудистых хирургов, возросли их профессиональное мастерство и квалификация. Также за последние 15 лет произошел значительный прогресс в уменьшении послеоперационной летальности.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: динамика кардиохирургических вмешательств, сердечно-сосудистые хирурги, послеоперационная летальность у кардиохирургических больных.

CARDIO SURGICAL CARE IN UKRAINE

N.O. Terenda (Ternopil)

This article analyzes the dynamics of providing cardio surgical care in Ukraine during the period 1996–2012 years. Statistical research using data from the SI “Center of Medical Statistics” has been carried out. Quantitative growth of providing cardio surgical care in Ukraine was established over the last 15 years, especially in 2004 and 2008. Along with the increase of surgery, also increased the number of cardiovascular surgeons, increased their professional skills and qualifications. Also over the last 15 years, there was significant progress in reducing of postoperative mortality.

KEY WORDS: dynamic of cardiac surgery, cardiovascular surgeons, postoperative mortality in cardio surgical patients.

Рукопис надійшов до редакції 12.04.2013
Рецензент: д.мед.н., проф. А.О. Голяченко

І.Т. П'ЯТНОЧКА, С.І. КОРНАГА, В.І. П'ЯТНОЧКА (Тернопіль)

ПСИХОПРОФІЛАКТИКА У ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ-ФТИЗИАТРА

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

У статті наведені дані про психічні розлади у хворих на туберкульоз легень і про особливе значення психопрофілактики у ліквідації цих розладів.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: **туберкульоз, нервово-психічні розлади, лікування.**

Подолання епідемії туберкульозу, зниження захворюваності, смертності, медико-соціальних та економічних збитків від недуги є гострою проблемою сьогодення не тільки в Україні, але й у багатьох країнах світу. Туберкульоз – інфекційна хвороба, яку спричиняють мікобактерії туберкульозу (МБТ). Захворювання перебігає з періодичними загостреннями, рецидивами та ремісіями, уражає переважно найбільш вразливі, соціально дезадаптовані, групи населення, спричиняє високу тимчасову та стійку втрату працездатності і вимагає тривалого комплексного лікування [5].

Однією з важливих складових лікування хворих на туберкульоз є нормалізація психо-невротичних порушень, які нерідко спостерігаються у хворих [1;4]. Ці порушення потрібно своєчасно розпізнати, щоб відразу ж встановити оптимальний взаємозв'язок з хворим, провести адекватне обстеження та лікування. На превеликий жаль, лікарі не завжди беруть до уваги індивідуальні особливості хворого, його психо-невротичний стан [2], хоча це є доволі актуальним. В Україні ця актуальність знаходиться дещо поза увагою науковців і клініцистів через перевагу у фтизіатрії нозоцентричного специфічного біологічно-орієнтованого підходу до лікування туберкульозу легень відповідно до стандартизованої програми терапії [1].

Мета дослідження: показати можливі нервово-психічні порушення, які спостерігаються у хворих на туберкульоз легень, і шляхи їх подолання.

Матеріали і методи. На підставі власних багаторічних спостережень та окремих досліджень, а також літературних даних показано можливі психічні розлади у хворих на туберкульоз, під час тривалої антимікобактеріальної терапії (АМБТ), а також після її завершення. Акцентується увага фтизіатрів на дотриманні ними етичних та деонтологічних принципів у повсякденній професійній діяльності.

Результати дослідження та їх обговорення. Характер змін у психіці хворого може бути досить різноманітним – від слабо виражених невротичних і невротоподібних до короточасних психопатичних, котрі суттєво змінюють клінічну

картину туберкульозного процесу. При туберкульозі нерідко спостерігаються швидка втомлюваність і дратівливість, емоційна неврівноваженість, ейфорія або різко пригнічений настрій. Це, до певної міри, можна пояснити кисневим голодуванням організму, зокрема головного мозку, внаслідок недостатньої легеневої вентиляції [3]. З цим співзвучні наші дослідження. При поширеному тривалому туберкульозному процесі значно погіршується функція зовнішнього дихання (ФЗД), що супроводжувалося зниженою сатурацією крові киснем (SaO_2). З наростанням тривалості захворювання і поширеності легеневого процесу, туберкульозної інтоксикації, закономірно знижується насичення крові киснем, що проявляється суб'єктивними і об'єктивними змінами з боку легенево-серцевого апарату і, зокрема, психо-неврологічного статусу.

Іноколи хворі на туберкульоз вирізняються дивною розумовою працездатністю, гарним настроєм, хоча це не завжди відповідає важкості туберкульозного процесу. Це, на думку В.Ф. Матвеева [3], пояснюється продуктами життєдіяльності мікобактерій туберкульозу, дія яких схожа на легке алкогольне сп'яніння.

Значне місце у психологічній картині хворих на туберкульоз належить іпохондричним порушенням, фіксуванням на своїх фізичних функціях, що проявлялось значною кількістю скарг на погане здоров'я, з виразною тенденцією входу в хворобу, схильністю до різноманітних психо-невротичних реакцій. Так, результати проведеного нами дослідження за психологічною методикою РНП (рівень невротизації і психопатизації; Н.Б. Ласко, 1978) засвідчили, що розлади психічної діяльності спостерігаються у 70,3% хворих на вперше діагностований туберкульоз легень (ВДТБЛ). Психопатизація констатована у 30,7% пацієнтів, невротизація – у 23,8%. Поєднання психопатизації і невротизації спостерігались у 15,8% осіб. До того ж слід зазначити, що у хворих з поширеним деструктивним процесом і виразними явищами інтоксикації нервово-психічні порушення були частішими і проявлялися у яскравішій формі.

Отже, основне завдання, яке стоїть перед фтизіатром при першій зустрічі, – заспокоїти хворого, нівелювати його емоційну напругу, підвищену увагу до аналізу своїх відчуттів, перебудувати його ставлення до перспективи лікування і виходу із хвороби. Це потребує доброзичливого контакту і взаєморозуміння. Оскільки кожний хворий страждає по-різному, ставлення до захворювання теж різне, але найбільш частим є елемент страху, який інколи виступає на перший план у стривоженій психіці пацієнта. Тому підхід до хворого і перший контакт з ним завжди повинен бути і лікувальною процедурою. Винятково слушні та справедливі у цьому контексті слова знаменитого психоневролога В.М. Бехтерева: «Якщо у хворого після розмови з лікарем не настає полегшення, то це не лікар». Однак, як би це не звучало, повідомлення про туберкульоз викликає у хворого страх, жах, розпач, глибоке потрясіння. У такій ситуації з першої зустрічі необхідно переконливо заспокоїти хворого, зменшити його емоційну напругу, вселити віру у позитивний результат лікування та виходу із хвороби.

У сприятливих випадках у пацієнта з'являється бажання обстежуватися та лікуватися, тобто формується добрий контакт, оптимальна співдружність з лікарем. Однак інколи спостерігається виразний негативізм до лікування, цілковита байдужість до власного здоров'я і небезпеки для оточуючих; контакт з лікарем порушується, і лікування стає неможливим.

Трапляються і такі випадки, коли хворі на активну форму туберкульозу бояться «знову» заразитися і відмовляються від стаціонарного лікування або самовільно залишають стаціонар. У таких випадках, у доброзичливій, аргументованій формі, необхідно розповісти хворому, що таке туберкульоз, про шляхи його передачі, небезпеку для членів сім'ї та колективу, в якому пацієнт перебував, про можливість видужання за умови виконання лікарняного режиму, регулярного прийому антимікобактеріальних препаратів (АМБП). Водночас і фтизіатри повинні вірити у позитивні наслідки лікування. Адже сучасна АМБТ дозволяє домогтися припинення бактеріовиділення у 97,3% вперше діагностованих хворих і закриття порожнин розпаду у 81,5% уже через 6 місяців лікування [2]. Той факт, що не всі випадки захворювання вдаєтьсявилікувати за допомогою АМБП, не є випадковим, оскільки він закладений у самій суті хіміотерапії, основними принципами і метою якої є вплив на мікроорганізм. При цьому упускається з поля зору інший, не менш важливий, бік проблеми лікування – реактивна здатність організму і стан нервової системи.

Таким чином, можна стверджувати, що одним з лікувальних факторів, який позитивно впливає на нервову систему, є психотерапія, і вона виявиться ефективною лише тоді, коли буде про-

думанною, планомірною і послідовною, залежно від перебігу захворювання та етапу лікування.

Розумний, доброзичливий вплив на психіку хворого є винятково потрібним в теперішній час – час широкого розповсюдження хіміорезистентного туберкульозу, як і поєднання його з ВІЛ/СНІДом. У таких випадках особливо важливим є не лише виявити різноманітні неврологічні наслідки, але й, передусім, домогтися перебудови особистості хворого, як в плані його поглядів на таку особливість недуги, так і на майбутнє.

Однак лікарям-фтизіатрам слід пам'ятати, що у благородній, звеличеній їх діяльності є і непрогнозований, непередбачуваний бік, який дуже важко на них відбивається, завдаючи їм інколи глибокої психотравми, зводячи їм інколи глибини психотравми – це недосконалість медичної науки. Жодна з професій не завдає стільки важких переживань і потрясінь, як лікарська. Хворі та їхні рідні схильні завжди звинувачувати лікаря, якщо хворобу не подолано. Люди, зазвичай, вимагають, щоб лікар конкретно передбачив тривалість і наслідки захворювання. Лікар може лише прогнозувати, успіх чи невдача лікування не завжди від нього залежать. Жоден чесний розумний лікар не може дати абсолютної гарантії щодо ефективності чи наслідків лікування [3]. Тим більше сьогодні, у час патоморфозу туберкульозу, хіміорезистентності та поєднання його з ВІЛ/СНІДом.

Іншим важливим моментом лікарської діяльності, хоча і нечастим, є випадки безсилля медицини, зокрема і у фтизіатрії. Однак і у такій ситуації лікар не повинен ставати прихильником бездіяльності, безпорадності, абсолютного безсилля до терапевтичних можливостей. Лікар зобов'язаний боротися за життя, не опускаючи безнадійно руки при будь-яких обставинах, доти, доки жевріє іскра життя. Видатний український професор терапевт В.М. Коган-Ясний сказав: «Немає безнадійних хворих, є безнадійні лікарі». Адже надія – фактор колосальної сили. Це не що інше, як активна дієва мобілізація всіх сил організму через нервову систему, яка нерідко творить дива. Покращується стан хворих, які, здавалося б, приречені на смерть. До речі, навіть у тих випадках, коли людина невиліковно хвора, надія може приховати час її смерті і, таким чином, дозволить легше перенести фатальний кінець.

Лікар повинен виявляти теплоту, турботу і духовну участь у стражданнях хворого, тобто проявити свої особисті якості – простоту і стриманість, скромність і акуратність, сердечність і спостережливість по відношенню до пацієнта і членів його сім'ї.

Зазвичай хворі на мультирезистентний туберкульоз потребують тривалого стаціонарного лікування, строком 8 і більше місяців [6]. Тривала ізоляція від сім'ї, рідних і близьких людей доволі негативно впливає на психічний стан хворого. Це може проявитися страхом, душевними пережи-

ваннями, а інколи розладами поведінки, зокрема протестом, недисциплінованістю, відмовою від прийому ліків, хірургічного втручання чи подальшого стаціонарного лікування. У такому випадку авторитет лікаря-фтизіатра, його доброзичливе ставлення, спроможні переконати хворого у позитивних можливостях лікування. У випадках появи побічних реакцій, спричинених АМБП, потрібно доступно та аргументовано роз'яснити хворому подібні побічні ефекти і можливість їх ліквідації.

Практичний досвід засвідчує, що різноманітні негативні реакції з боку хворих в процесі тривалої хіміотерапії швидко нівелюються при розумній співдружності пацієнта з медичним персоналом, передусім лікарем. У випадках, коли АМБП не призводить до повноцінного видужання, показане хірургічне втручання, яке нерідко є цілком несподіваним для хворого і може спричинити своєрідний психологічний «спалах». Це може бути виною самого фтизіатра, котрий ще на початку лікування повинен був націлювати хворого на можливість проведення хірургічного втручання за відсутності ефекту від консервативної терапії. Виправданим і корисним у таких випадках є переведення хворого за 2–3 тижні до операції у фтизіо-хірургічне відділення, де пацієнт познайомиться з обстановкою відділення, медичним персоналом, післяопераційними хворими, а головне – з хірургом, якому довіряє. Оскільки хворий активно лікується лише у того спеціаліста, якому довіряє. Там, де добре проведена психологічна підготовка хворого, встановлений належний

контакт з хворим, лікування відбувається у сприятливій атмосфері, а післяопераційні ускладнення спостерігаються рідше. Загалом робота з хворим потребує від усіх співробітників хірургічного відділення єдиного взаєморозуміння і поведінки. Натомість ухиляння від прямих відповідей на запитання породжують у хворого сумніви, недовіру і можуть викликати цілу низку шкідливих ятрогенних реакцій. Крім усього вищенаведеного, в обсяг завдань фтизіатра входить спостереження і лікування пацієнтів після виписки із стаціонару.

Висновки

Основна задача, яка стоїть перед лікарем будь-якої спеціальності, з першої зустрічі заспокоїти хворого, усунути його емоційну тривогу, підвищену увагу до аналізу своїх відчуттів, перебудувати його ставлення до перспектив лікування і виходу з хвороби. Ця, на перший погляд проста, задача потребує доброзичливого контакту і взаєморозуміння. І починати цей процес потрібно з першої зустрічі з хворим, зокрема з моменту з'ясування даних анамнезу захворювання і життя.

Тактовність лікаря, його витримка, вміння переконливо і логічно усунути затьмарені гіпотези хворого, довести необґрунтованість і хибність побудованої ним концепції хвороби, досить швидко формує авторитет лікаря в очах хворого, повагу до нього як спеціаліста і людини, якій можна довірити своє життя.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні психоневрологічного статусу хворих з різними типами туберкульозного процесу.

Список літератури

1. Бодро М. Г. Психічні розлади у хворих з вперше виявленим туберкульозом легень (клініка, діагностика, корекція) : дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.01.16 Д / М. Г. Бодро. – Д., 2006. – 144 с.
2. Воліна Л. М. Роль психотерапії в процесі лікування хворих на туберкульоз легень / Л. М. Воліна // Зупинимо туберкульоз в Україні. – 2012. – № 12. – С. 21.
3. Матвеев В. Ф. Основы медицинской психологии и деонтологии / В. Ф. Матвеев. – М. : Медицина, 1984. – 176 с.
4. Туберкульоз : [підр.] / І. Т. П'ятночка [та ін.]. – Тернопіль : ТДМУ, 2005. – 283 с.
5. Туберкульоз: організація діагностики, лікування та контролю за смертністю : [виробниче видання] / Феценко Ю. І., Мельник В. М., Турченко Л. В., Лірник С. В. – К. : Здоров'я, 2010. – 448 с.
6. Туберкульоз: уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. – К., 2012. – 166 с.

ПСИХОПРОФИЛАКТИКА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ФТИЗИАТРА

І.Т. Пятночка, С.І. Корнага, В.І. Пятночка (Тернопіль)

В статье приведены данные о психических расстройствах у больных туберкулезом легких и об особом значении психопрофилактики в ликвидации этих расстройств.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **туберкулез, нервно-психические расстройства, лечение.**

PSYCHOPROPHYLAXIS IN THE PRACTICE OF TB DOCTORS

I.T. Pyatnochka, S.I. Kornaga, V.I. Pyatnochka (Ternopil)

The article presents data on mental disorders in lung tuberculosis patients and the special significance psychoprophylaxis to eliminate these disorders.

KEY WORDS: **tuberculosis, psychological disorders, treatment.**

Рукопис надійшов до редакції 28.02.2013
Рецензент: к.мед.н., доц. Н.О. Теренда

В.М. САМОХОДСЬКИЙ, Б.А. ГОЛЯЧЕНКО (Кіровоград)

МЕДИКО-ЕКОНОМІЧНІ МЕХАНІЗМИ РЕАЛІЗАЦІЇ ОРГАНІЗАЦІЙНИХ СТАНДАРТІВ, КРИТЕРІЇВ І НОРМАТИВІВ ЯК ОСНОВИ СТВОРЕННЯ КОМП'ЮТЕРНИХ ПРОГРАМ ДЛЯ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ

Кіровоградська обласна лікарня

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

Пропонуються науково обґрунтовані механізми реалізації комплексу організаційних стандартів, критеріїв і нормативів як основи для створення комп'ютерних програм. Це дозволить спростити та удосконалити процес моніторингу, виміру, аналізу та оцінки, у т.ч. вартості роботи сімейного лікаря, за умови їх відповідного узгодження і затвердження в якості нормативного документу медичними асоціаціями та уповноваженим на те органом.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: медико-економічні механізми, організаційні стандарти, критерії, нормативи, вартість працездатності лікаря, комп'ютерна програма.

Відповідно до програми реформування медичної галузі, найпріоритетнішою ланкою в системі первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) сьогодні є сімейний лікар [1;7;9;2].

Рівень якості та ефективності медичної допомоги в зоні відповідальності амбулаторії сімейної медицини (АСМ) залежить від зацікавленої професійної координованої взаємодії сімейного лікаря з лікувальними закладами вторинного і третинного рівнів у принципово важливих розділах, таких як профілактичні огляди (ПО), діагностика, лікування тощо. Але у зв'язку з необхідністю виконання сімейним лікарем 29 функціональних обов'язків [11] та внаслідок надмірного перевантаження у нього не вистачає часу навіть на якісне виконання профілактичних оглядів [4]. Цілком очевидно, що проаналізувати колосальний масив інформації щодо обліку та оцінки своєї щоденної роботи, в т.ч. щодо реалізації механізму організаційних стандартів, критеріїв і нормативів, зокрема економічних аспектів, сімейному лікарю абсолютно неможливо без створення та використання відповідних комп'ютерних програм. Такі програми вкрай необхідні не лише для сімейного лікаря, але і для всіх професійно зацікавлених фахівців медичного округу регіону.

Мета дослідження. Оскільки структура охорони здоров'я в Україні, як відомо, побудована на показниках директивно-планової системи, а стандартизація організаційних технологій у системі управління якістю лише започатковується і

зумовлює необхідність наукових досліджень в цьому напрямку [1;7;5], нами пропонуються деякі організаційні стандарти, критерії і нормативи як основа для комп'ютерних програм, що, на нашу думку, удосконалив процес визначення рівня якості та ефективності у діяльності сімейних лікарів [10]. Завдяки останнім сімейний лікар отримує можливість зосередитись на процесах моніторингу, виміру, аналізу та оцінки, у т.ч. і лікувального процесу, в закладах II і III рівня, що сприяло б поліпшенню кожного виду діяльності останнього і системи ПМСД в цілому. Якщо наші організаційні стандарти на основі згоди і за відсутності заперечень з принципових питань у більшості зацікавлених фахівців будуть прийняті як нормативний документ [3], то моніторинг показників якості та ефективності роботи сімейного лікаря дасть можливість медичним експертам і керівникам медичного округу в комп'ютерному режимі віртуально контролювати динаміку показників якості та ефективності, а також проводити оцінку результатів роботи сімейних лікарів регіону за будь-який термін.

Матеріали і методи. Основа даної статті склали матеріали докторської дисертації і монографії автора [12,14], присвячені науковому обґрунтуванню медико-економічних механізмів реформування в системі охорони здоров'я на прикладі однієї з медичних служб регіону, методика визначення вартості працездатності медичного персоналу і ціни медичної послуги [3], а також результати комплексного обстеження мешканців

в зоні відповідальності однієї з АСМ м. Кіровограда [21;17].

Проведено структурно-логічний аналіз алгоритму застосування організаційних стандартів, критеріїв і нормативів, з використанням аутохронометражу, порівняльного аналізу та логічного узагальнення в технології виконання профілактичних оглядів, визначення вартості амбулаторного прийому та стаціонарного лікування мешканців в зоні відповідальності АСМ, у т.ч. у закладах II і III рівнів [5;14;16].

Результати дослідження та їх обговорення. Організаційний стандарт – це комплекс організаційних заходів, обов'язкових для виконання медичним персоналом, зміст і якість реалізації яких сприяє отриманню максимальної ефективності у процесі ПО та оздоровлення мешканців в зоні відповідальності АСМ.

На прикладі аналізу діяльності вказаної АСМ нами здійснена спроба продемонструвати механізм виконання деяких організаційних стандартів, критеріїв і нормативів як необхідної інформації для створення відповідних комп'ютерних програм, з допомогою яких буде значно спрощена можливість об'єктивної оцінки якості та ефективності медичної допомоги.

Профілактичні огляди. Як відомо, найпріоритетнішим розділом роботи сімейного лікаря є проведення ПО, від якості виконання яких залежать, зокрема, і результати його економічної діяльності. Алгоритм комплексного застосування організаційних стандартів, критеріїв і нормативів в процесі виконання ПО доцільно застосувати у такій послідовності.

Реалізувати т. зв. «оптимальну модель» профоглядів в зоні відповідальності АСМ. Оптимальна модель – це такий організаційний стандарт, який передбачає обґрунтовані розрахунками конкретні кількісні та якісні показники діяльності сімейного лікаря. Вони характеризують максимально можливі результати його роботи в існуючих реальних умовах даної АСМ. Вказана модель включає такі технологічні розділи, як ідеальний, максимальний, реальний і фактичний, що виконують роль критеріїв. Цей стандарт передбачає необхідність планування реальної можливості виконання сімейним лікарем ПО з обов'язковим виконанням оптимальної технології останніх. Розрахунок та порівняльний аналіз показників вказаних критеріїв є необхідною передумовою визначення конкретного обсягу та якості роботи сімейного лікаря [12;14;16].

Показник ідеального варіанту оптимальної моделі (ІВОМ) приймається за 100% і відіграє роль універсального критерію, оскільки визначає найвищу потребу населення в цих оглядах, тобто в нашому випадку обстеження всіх 1389 меш-

канців в зоні відповідальності АСМ. Даний варіант має назву «ідеальний», тому що в сьогоденні реальних умовах є практично нездійсненним внаслідок певних суб'єктивних і об'єктивних причин. Якнайкраще виконання вказаного варіанту, в принципі, економічно вигідне сімейному лікарю (раннє виявлення хвороб, зменшення терміну і вартості лікування).

Максимальний варіант оптимальної моделі (МВОМ) як критерій передбачає необхідність обстеження усіх осіб із числа декретованого контингенту, який складає в аналізованій АСМ 1142 особи, або 82,2% по відношенню до ІВОМ. У результаті проведення ПО в аналізованій АСМ із 1389 мешканців побажали обстежитись тільки 318 осіб, у яких виявлено 175 захворювань (55,03%). Частка охоплення ПО по відношенню до універсального критерію (ІВОМ) склала 23,01%. Ці показники можуть розглядатись як критерії, наприклад, в процесі визначення професійного рейтингу діяльності сімейних лікарів регіону.

З точки зору Європейського бюро ВООЗ, яку озвучив Ханув [18], саме такими критеріями слід оцінювати ефективність як показник співвідношення між фактичним впливом діючої медичної служби – 23,01% (наш ФОВ) та максимально можливим впливом цієї служби в ідеальних умовах – 100% (наш ІВОМ).

Вкрай низький показник охоплення ПО (23,01%) дає підстави активізувати процес виявлення хворих шляхом організації скринінгу серед населення, яке проігнорувало запрошення на ПО [16]. А це ще один організаційний стандарт. Вказаний скринінг могли б виконати середні медичні працівники в процесі подвірних обходів, коли б в їх присутності кожен мешканець міг би заповнити спеціальну анкету раннього виявлення захворювань. Сформована таким чином група ризику включається в склад декретованого контингенту (наш МВОМ) і підлягає обов'язковому обстеженню сімейним лікарем, відповідними профільними фахівцями у плановому порядку. Здійснення такого організаційного стандарту потребує також створення комп'ютерної програми.

В аспекті планування показників якості [1] ми зосередили увагу на формуванні кількісних показників, механізм застосування яких відображений у такому критерії, як реальний варіант оптимальної моделі (РВОМ).

Для вирішення питання, за який термін можливо виконати ПО вказаній кількості населення, найбільше практичне значення для сімейного лікаря набуває РВОМ, тому що при створенні оптимальної моделі ПО сімейному лікарю необхідно враховувати, крім обсягів потреб (ІВОМ, МВОМ), і реальні можливості в наданні мешкан-

цям якісного обстеження. У цьому випадку сімейний лікар може використати наступний критерій – науково обґрунтований норматив хронометражу середньої тривалості одного ПО. За нашими даними [15], у хірурга і гінеколога – це 10, терапевта і педіатра – 13, невропатолога – 11, окуліста – 15, ЛОРа – 8 хвилин технологічного робочого часу.

Дана інформація має відношення до обґрунтованого планування діяльності сімейного лікаря і складає основу розрахунку РВОМ ПО, який визначає реальну можливість і терміни якісного виконання сімейним лікарем вказаної роботи в межах МВОМ, офіційної тривалості робочого дня і його функціональних обов'язків (схема № 1).

Доведено [4], що на даному етапі, поки сімейні лікарі не набудуть достатнього досвіду для професійного проведення ПО, доцільно запрошувати відповідних профільних фахівців із лікувальних закладів другого рівня.

Вказані вище нормативи дозволяють визначити, що, наприклад, у хірурга є можливість реально планувати протягом його робочого дня (7 год 42 хв \pm 10 хв) у режимі п'ятиденного тижня 46 осіб, окуліста – 30 осіб, терапевта (сімейного лікаря) – 35 осіб.

Як відомо, у практичній діяльності лікарів часто виникає необхідність виконувати понаднормативну роботу [12, 14]. Наші методики розрахунків об'ємів працезатрат та їх вартості дозволяють визначити як конкретну величину нормативних, так і понаднормативних працезатрат лікарів, які беруть участь у обстеженні населення. А це ще один організаційний стандарт в розділі «Профілактичні огляди».

Наприклад, для сімейного лікаря понаднормативною є кількість обстежених в процесі ПО, яка перевищує його розрахунковий норматив (35 осіб) протягом робочого дня (7 год 42 хв).

Нормативи праці лікаря, які обґрунтовані методом хронометражу, є еквівалентом економічних нормативів, котрі можуть одержати вартісну оцінку у вигляді конкретної долі заробітної плати лікаря за певну медичну допомогу.

Незнання вартості медичної допомоги було найважливішою методологічною причиною економічної неефективності системи охорони здоров'я [7].

Вартість працезатрат, наприклад, терапевта – сімейного лікаря при виконанні одного ПО визначається за формулою: $C_{\text{по}} = R_{\text{ф}} \times T_{\text{нл}} \times K_{\text{п}}$: $R_{\text{б}}$ [19], де $C_{\text{по}}$ – ціна профілактичного огляду, $R_{\text{ф}}$ – річний фонд заробітної плати сімейного лікаря (19836 грн – за даними за грудень 2012 р.); $T_{\text{нл}}$ – технологічний нормативний термін одного профілактичного огляду (13 хв); $K_{\text{п}}$ – поправочний коефіцієнт розрахунків норм часу (1,12); $R_{\text{б}}$ – річний бюджет робочого часу сімейного

лікаря (116424 хв). Вираховуємо вартість одного ПО сімейним лікарем: $C_{\text{по}} = 19836 \text{ грн} \times 13 \text{ х} \times 1,12 : 116424 \text{ хв} = 2,48 \text{ грн}$.

Щодо вартості понаднормативної роботи лікаря доцільним є запропонувати систему підвищуючих коефіцієнтів. Наша методика передбачає відповідні поправки до розрахунку вартості, наприклад, виконаних понаднормативних ПО для лікарів, суть яких полягає в рекомендації подвоїти нормативну вартість одного ПО (2,48 грн \times 2), а потім цю суму помножити на підвищуючі коефіцієнти [5;9].

Як приклад, визначимо розрахунками кількість нормативних і понаднормативних ПО для хірурга I категорії і стажем понад 20 років, який бере участь у проведенні ПО мешканців із зони обслуговування аналізованої АСМ. Ним оглянуто за п'ять робочих днів 318 осіб. Як зазначалось вище, розрахунковий норматив цього лікаря за п'ять робочих днів становить (46 осіб \times 5 днів) 230 осіб та, відповідно, понаднормативних – 88 осіб (318-230). Вихідними даними для розрахунку за вищезгадану формулою для названого хірурга будуть такі: 1905 грн (зарплата з урахуванням I категорії) + 571,5 грн (надбавка за стаж більше 20 років) = 2476,5 грн; $R_{\text{ф}}$ – річний фонд його заробітної плати – становить 29718 грн (2476,5 грн \times 12 міс.). Вартість одного нормативного ПО цього лікаря відповідно до вищезгаданої формули становить: $R_{\text{ф}} = 29718 \text{ грн} \times 10 \text{ хв} \times 1,12 : 116424 \text{ хв} = 2,86 \text{ грн}$. Оскільки наш хірург виконував вищезгадані ПО мешканцям села, то в розрахунку вартості вказаної роботи передбачені підвищуючі коефіцієнти: у селі – 1,5, райцентрі – 1,3, місті – 1,12. За надання медичної допомоги дітям, меншим 3 років, та людям похилого віку (>65 років) коефіцієнт становить 1,3 [5;7]. З урахуванням вищенаведених коефіцієнтів ціна одного нормативного ПО виросте до 5,58 грн (2,86 грн \times 1,5 \times 1,3). Таким чином, ціна працезатрат лікаря після огляду 230 осіб становитиме: 230 \times 5,58 грн = 1283 грн.

Щодо ціни понаднормативних ПО 88 осіб, то тут враховується ще й вищезгадане подвоєння вартості кожного ПО. Таким чином, ціна понаднормативних працезатрат лікаря-хірурга становитиме: 2,86 грн \times 2 \times 1,5 \times 1,3 \times 88 = 981,55 грн.

Обґрунтований вищенаведеними розрахунками розподіл працезатрат медичного персоналу на нормативні і понаднормативні дає підстави стверджувати про доцільність такого медико-економічного стандарту і створення відповідних комп'ютерних програм, які суттєво спростили б, зокрема для сімейного лікаря, облік, аналіз, оцінку, у т.ч. розрахунок вартості нормативних і понаднормативних працезатрат. Саме такий спосіб оцінки праці лікарів цілком відповідає принципам системи оплати медичної праці, що складається

із двох частин – постійної і змінної [6]. Наша методика передбачає варіант, коли нормативні працезатрати, наприклад сімейного лікаря, становлять розмір основного окладу з урахуванням вказаних вище підвищуючих коефіцієнтів, а понаднормативні – другої частини з урахуванням також підвищуючих коефіцієнтів, але додатково з подвоєнням вартості одного ПО, тобто змінної.

Вказані механізми реалізації організаційних стандартів, критеріїв і нормативів, відображених у комп'ютерних програмах, дозволили б сімейному лікарю за лічені хвилини в динаміці оцінювати свою роботу і робити відповідні висновки щодо її удосконалення.

Амбулаторна та стаціонарна допомога. Основною принципом в організації процесу оздоровлення мешканців в зоні відповідальності сімейного лікаря є виконання стандартів якості діагностики і лікування, або клінічних протоколів, які рекомендовані МОЗ України.

Одним з організаційних стандартів у даному розділі роботи сімейного лікаря є диференціація хворих і хвороб на ступені складності. Визначення останніх в якості організаційних стандартів є, на нашу думку, прерогативою головних профільних фахівців медичного округу регіону, а узгодження і затвердження їх як критеріїв виконує профільна асоціація лікарів.

На прикладі захворювань ЛОР-органів нами розроблений механізм розподілу хвороб і хірургічних втручань на ступені складності [12;14]. Виявлений в процесі ПО або амбулаторного прийому гайморит (як і інші профільні захворювання) може бути катаральним – це I ступінь складності діагностики і лікування, гнійний гайморит – II ступінь. Решту більш складних захворювань носа та навколосинових синусів можна віднести до III ступеня складності захворювань та хірургічних втручань. Але, з огляду на необхідність виконання складних хірургічних втручань, може бути доцільним інший варіант, який передбачає диференціацію згаданих захворювань на п'ять ступенів складності. Наприклад, до III ступеня є сенс віднести гнійно-поліпозний гайморит (два хірургічні втручання – гайморотомія і поліпоетоміодотомія); до IV ступеня – гнійний гемісинусит, у т.ч. ускладнений, наприклад, флегмоною орбіти (гайморотомія, фронтоетоміодотомія, розтин флегмони); до V ступеня складності можна віднести усі випадки гнійного пансинуситу, у т.ч. ускладненого риногенним абсцесом мозку (двобічна гайморотомія, фронтоетоміодотомія і дренажування абсцесу мозку).

Цілком очевидно, що I ст. складності захворювань і хірургічних втручань потребує меншого обсягу діагностичних і лікувальних заходів, а також значно меншої фізичної і психоемоційної

напруги лікарів (що є компонентом поняття і працезатрати лікаря), а значить вважається менш затратною, порівняно з IV чи V ступенем, якщо аналізувати економічні аспекти процесу діагностики і лікування.

Як приклад, пропонуємо механізм реалізації в межах медико-економічного стандарту алгоритм визначення ціни працезатрат лікаря і медсестри, а також загальної вартості амбулаторного лікування хворого II ст. складності з приводу гнійного гаймориту (табл. 1) у лікувальному закладі вторинного рівня, а також розрахунок вартості стаціонарного обстеження і лікування хворого з приводу гнійно-поліпозного гемісинуситу, ускладненого флегмоною орбіти (IV ст. складності захворювання) і V ст. складності хірургічного втручання (табл. 2).

Основою для створення відповідної комп'ютерної програми є інформація про розмір заробітної плати лікаря і медсестри станом на грудень 2012 р. з урахуванням рівня їхньої кваліфікації та стажу роботи, вищезгаданих підвищуючих коефіцієнтів, а також результатів хронометражу середньої витрати робочого часу в процесі амбулаторного прийому хворого [14] та з використанням вищезгаданої формули, а також формули [3]: $C_{\text{запл}}(с) = C_{\text{пзл}}(с) \times \text{СТ}_{\text{скл.з.}} \times \text{Пкоеф1} \times \text{Пкоеф-2} + \text{Вобст} + \text{Вмм} + \text{Вмтв}$, де: $C_{\text{запл}}(с)$ – загальна ціна амбулаторного прийому для лікаря (м/сестри); $C_{\text{пзл}}(с)$ – ціна працезатрат лікаря (м/сестри); СТ скл. з – ступінь складності захворювання; Пкоеф-1 – підвищуючий коефіцієнт 1; Пкоеф-2 – підвищуючий коефіцієнт 2; В обст – вартість обстеження; В мм – вартість медикаментів і матеріалів; В мтв – вартість матеріально-технічних витрат.

Оскільки складність захворювання і хірургічного втручання повинні диференційовано впливати на формування відповідної вартості працезатрат лікаря (медсестри), то ціну однієї хвилини роботи медичного персоналу, який безпосередньо брав участь у процесі обстеження і лікування, треба помножити на ступінь складності захворювання та ступінь складності хірургічного втручання, які, на нашу думку, повинні враховуватись в якості підвищуючих коефіцієнтів.

Таким чином, загальна вартість амбулаторного прийому хворого на вторинному рівні з приводу гнійного гаймориту (II ст. складності) склали: працезатрати лікаря і медичної сестри з урахуванням кваліфікаційної категорії і стажу, ступеня складності захворювання і підвищуючих коефіцієнтів – 18,05 грн; обстеження (лабораторні, рентгенологічні) – 22,30 грн; медикаментів і матеріалів – 58,70 грн, матеріально-технічних витрат – 24,92 грн. Загальна вартість – 123,97 грн.

Таблиця 1. Розрахунок вартості амбулаторного прийому одного хворого з приводу хрон.гнійного гаймориту (II ст. складності) виконаного різними по кваліфікації і стажу медичними працівниками*

Медичний персонал	Річний фонд зар. плати РФ в грн.	Річний бюджет робочого часу РФ, в хв.	Термін на одне захворювання			Ціна працезатрат з урахуванням підвищуючого коефіцієнта				Обстеження, у т.ч. рентгенографічне, грн	Медикаменти і матеріали, грн	Матеріально-технічні витрати, грн	Загальна вартість, грн
			норматив технологічного часу - Цт в хв.	поправочний коефіцієнт Кп	повний технологічний час - Чп в хв.	ціна амбулаторного прийому Цп в грн	ступінь складності х2	коєф. прийомудітей, людей >65 р.1,3	коєф. прийому сільських мешканців1,3				
Мінімальна тарифна ставка													
лікар	19836	115500	14	1,12	15,68	2,69	5,38	6,99	9,08	22,30	58,70	24,92	115,00
медсестра	14604	115500	14	1,12	15,68	1,98	3,96	5,14	6,68				112,60
Тарифна ставка з урахуванням категорії і стажу													
лікар I категорії	22860	115500	14	1,12	15,68	3,10	6,20	8,06	10,48	22,30	58,70	24,92	116,40
медсестра I категорії	16512	115500	14	1,12	15,68	2,24	4,48	5,82	7,57				113,49
Загальна ціна працезатрат лікаря +медсестри I категорії – 18,05 грн													
Загальна ціна прийому одного хворого – 123,97 грн													

*Примітка. Розрахунок за формулою: Цпо=РфхТнтл(с)х Кп:Рб.

Таблиця 2. Розрахунок вартості стаціонарного лікування одного хворого з приводу гнійного гемисинуситу, ускладненого флегмоною орбіти* (IV ст. складності захворювання і V ст. складності хірургічного втручання) для лікаря вищої категорії зі стажем понад 20 років

Обсяг обстеження	Ціна одного обстеження, грн	Вартість обстеження, грн
Загальний аналіз крові – 2	7,00	14,00
Аналіз крові на тривалість кровотечі і термін згортання крові – 1	3,00	3,00
Аналіз крові на цукор – 1	0,80	0,80
Реакція Васермана – 1	3,00	3,00
Підтвердження групи крові – 1	3,00	3,00
Біохімічні дослідження крові – 1	32,40	32,40
Загальний аналіз сечі – 2	0,50	1,00
ЕКГ – 1	10,00	10,00
Функція зовнішнього дихання – 1	4,00	4,00
Рентгенограма носа і навколоносових пазух – 1	11,00	11,00
Рентгенограма органів грудної порожнини – 1	22,00	22,00
Ціна обстеження		109,20

Примітка: шифр за МКХ-10 – J-32.4; середній термін перебування на ліжку – 10 днів.

Вартість працезатрат у процесі обстеження і лікування, в т.ч. хірургічного, у випадках, коли сімейний лікар направить свого пацієнта у медичний заклад III рівня, ми продемонструємо на прикладі вищезгаданого ЛОР-захворювання,

яким буде опікуватись хірург-отоларинголог вищої категорії зі стажем роботи понад 20 років. Вихідною інформацією для названого лікаря щодо розрахунку працезатрат є визначення ціни однієї хвилини його робочого часу за формулою:

Таблиця 3. Розрахунок вартості лікарських засобів та матеріалів для одного хворого з приводу гнійного гемисинуситу, ускладненого флегмоною орбіти (IV ст. складності захворювання і V ст. складності хірургічного втручання)

Вартість лікарських засобів та матеріалів	Ціна матеріалу, грн	Вартість курсу лікування, грн
Дицинон 10табл	1,40	1,40
Р-н 1% димедролу – 10 амп.	0,64	6,40
Р-н 10% лідокаїну – 10 амп.	1,25	12,50
Р-н промедолу 2% – 1,0 амп.	-	-
Фізіологічний розчин 0,9% 5,0–2 амп.	0,70	1,40
Р-н 5% амінокапронової кислоти 100,0 №2	7,85	15,70
Крапельниця №2	5,00	10,00
Кетанов 1,0 – 15 амп.	7,82	117,30
Лораксон 1,0 №14	23,95	335,30
Р-н етамзилату натрію 15 амп.	1,25	18,75
Бісептол 480,20 табл.	0,82	16,40
Эль-цет 10 таб.	1,47	14,70
Декасан 200,0 №3	22,25	66,75
Емульсія гідрокортизону 2,0 – 1 амп.	3,50	3,50
Мазь «Рятівник» – 1 шт.	19,25	19,25
Шприци 2,0 №3	0,65	1,95
Шприци 5,0 №40	0,85	34,00
Шприци 20,0 №7	1,80	12,60
Бинти широкі – 7 шт.	3,75	26,25
Марля – 5м	15,75	15,75
Вага – 25,0	8,50	8,50
Загальна вартість		746,40

Ц хв.р.ч.л. = МЗПлвк : РДн.м.: Трдл, де: Ц хв.р.ч.л. – ціна хвилини робочого часу лікаря вищої категорії і стажем роботи >20 років; МЗПл.в.к – місячна заробітна плата лікаря вищої категорії з урахуванням стажу; Рднм – робочі дні місяця (грудень); Тр.д.л. – тривалість робочого дня лікаря в хвилинах. Ц хв.р.ч.л.= 2639 грн : 21 р. день: 462 хв= 27 коп.

Як уже зазначалось, у розрахунку вартості працезатрат названого лікаря використовуються вищезазначені підвищуючі коефіцієнти – ступінь складності захворювання (IV), ступінь складності хірургічного втручання (V), лікування сільського мешканця у місті (1,2) та вік пацієнта понад 65 років (1,3). З урахуванням останніх, ціна однієї хвилини робочого часу лікаря становитиме (27 коп х 4 х 1,2 х 1,3) 1,68 грн без урахування хірургічного втручання, і в 2,10 грн буде оцінена 1 хв тривалості операції (табл. 2-4). Ціна однієї хвилини роботи хірурга та анестезіолога вищої категорії та стажу >20 років – 1,68 грн, хірургічної роботи – 2,14 грн.

Таким чином, загальна вартість працезатрат лікаря в процесі виконання «хронометражних» розділів роботи з урахуванням IV ст. складності хвороби і відповідних підвищуючих коефіцієнтів

(ціна однієї хвилини, як зазначалось, 1,68 грн) склала (390 хв х 1,68 грн.) – 655,20 грн. А з урахуванням працезатрат лікаря при виконанні ним вказаних хірургічних втручань V ст. складності становить (150 хв х 2,10 грн) – 315 грн. Загальна вартість даної роботи лікаря-хірурга становить: 655,20 грн + 315,00 грн = 852 грн.

Хронометражні фрагменти лікаря-анестезіолога (всього 320 хв) щодо вказаного хворого з урахуванням IV ст. складності хвороби становитимуть: 320 хв х 1,68 грн = 537,60 грн.

Загалом вартість працезатрат ЛОР-лікаря (хірурга) і анестезіолога, які характеризуються хронометражем, в даному випадку становлять 655,20 грн + 315,00 грн + 537,60 грн = 1507,80 грн.

Вартість забезпечення медикаментами і матеріалом вказаних хірургічних втручань (наркоз + чотири операції), з урахуванням використаного хірургічного інструментарію, апаратури, тощо, склала 700 грн. Послуги параклінічних відділень – 109,20 грн. Медикаменти і матеріали у післяопераційному періоді – 746,40 грн. Матеріально-технічні витрати – (275,08х10 ліжко-днів) – 2750,70 грн. Загальна вартість – 5814,10 грн.

Враховуючи механізм формування заробітної плати лікаря за радянських часів, який, на жаль,

Таблиця 4. Хронометраж роботи лікаря

№ з/п	Хронометражні розділи в технології процесу лікування	Хронометраж, хв.	Вартість фрагментів роботи, грн
1	Анамнез та обстеження ЛОР-органів	20	33,60
2	Записи в історії хвороби	15	25,20
3	Лист призначення	5	8,40
4	Внутрішкірна проба на антибіотики і р-н лідокаїну	30	50,40
5	Передопераційний епікриз	10	16,80
6	Операції – гайморотомія, поліпоектомія, фонтотомія, розгин флегмони орбіти	150	315,90
7	Робота анестезіолога	320	537,60
8	Протоколи операцій в історії хвороби і операційний журнал	30	50,40
9	Спостереження за хворими після операції	50	84,00
10	Щоденне спілкування і обстеження хворого в палаті (5 хв х 10 л/дн)	50	84,00
11	Видалення тампонів із порожнини, дренажів синусів	30	50,40
12	Визначення групи крові і резус-фактора	30	50,40
13	Щоденники в історії хвороби (5 хв х 10)	50	84,00
14	Консультація кардіолога вищої категорії	40	67,20
15	Виписний епікриз	30	50,40
16	Загальна вартість		1507,80

суттєво не змінився за часи незалежності України [13], та з огляду на розмір заробітної плати у лікарів Білорусії – 338 доларів, Росії – 568, Голландії – 6307 доларів [8], представлено обґрунтування і механізм реалізації диференційованого стимулювання лікаря з прив'язкою до якості і шкали складності наданої медичної допомоги [7], напевно, є тим найменшим, що сьогодні можна запропонувати для підвищення зарплати лікарів та покращання якості медичної допомоги.

Як видно з таблиць 2, 3, 4, обґрунтована розрахунками вартість лікування одного хворого із зони відповідальності аналізованої АСМ дає підстави стверджувати про необхідність вирішення проблем, пов'язаних з механізмом компенсації сімейним лікарем, як фондотримача, певної суми лікувальному закладу вторинного і третинного рівня або лікарю, з яким укладено відповідну угоду.

Висновки

1. Сімейному лікарю проаналізувати великий масив інформації щодо обліку і оцінки щоденної роботи, у т.ч. стосовно реалізації механізму організаційних стандартів, критеріїв і нормативів, зокрема економічних аспектів своєї діяльності, абсолютно неможливо без створення та використання відповідних комп'ютерних програм.

2. Якщо рекомендовані організаційні стандарти на основі згоди і за відсутності заперечень з принципових питань у більшості зацікавлених фахівців будуть прийняті як нормативний документ, то моніторинг показників якості та ефектив-

ності роботи сімейного лікаря дасть можливість медичним експертам і керівникам медичного округу в комп'ютерному режимі віртуально контролювати динаміку показників якості та ефективності, а також проводити оцінку результатів роботи сімейних лікарів регіону за будь-який термін.

3. Організаційний стандарт – це комплекс організаційних заходів, обов'язковий для виконання медичним персоналом алгоритм, зміст і якість реалізації яких сприяє отриманню максимальної ефективності у процесі профілактичних оглядів та оздоровлення мешканців в зоні відповідальності АСМ.

4. Оптимальна модель профілактичних оглядів – це такий організаційний стандарт, який передбачає обґрунтовані розрахунками конкретні кількісні та якісні показники діяльності сімейного лікаря. Вони характеризують максимально можливі результати його роботи в існуючих реальних умовах даної АСМ.

5. Ідеологічною основою оптимальної моделі профілактичних оглядів повинні бути принципи найбільш повного охоплення вказаними оглядами населення з обов'язковим використанням оптимальної технології даної роботи.

6. Інформація про динаміку показників ідеального, максимального, реального і фактичного організаційних варіантів в якості критеріїв за допомогою відповідних комп'ютерних програм дозволила би проводити моніторинг, аналіз та оцінку профілактичних оглядів, а також обґрунтоване планування реальної кількості останніх, яку сімейний лікар може якісно виконати в межах офіцій-

ної тривалості робочого дня і його функціональних обов'язків.

7. До набуття сімейним лікарем достатнього досвіду доцільним є запрошення в АСМ бригади профільних фахівців із територіального об'єднання для проведення профілактичних оглядів.

8. Оскільки із всіх норм працевзатрат основоположною є норма робочого часу, то головним у визначенні нормативних і понаднормативних працевзатрат є хронометраж технологічних елементів праці лікаря, який (хронометраж) в якості еквівалента економічного нормативу може одержати фінансову оцінку у вигляді певної долі заробітної плати лікаря.

9. Можливість розрахунку вартості нормативних і понаднормативних працевзатрат з урахуванням ступеня складності захворювання і хірургічного втручання, підвищуючих коефіцієнтів,

дозволяє визначити розмір матеріального стимулювання більш інтенсивної, складної та якісної праці лікаря.

10. З огляду на розмір заробітної плати в Росії і країнах Заходу, представлено обґрунтування вартості працевзатрат лікаря і рекомендації з її підвищення, напевно, є найменшим, що сьогодні можна запропонувати в якості спонукального мотиву для більш ефективної лікарської праці.

Перспективи подальших досліджень. Використовуючи наведений в статті алгоритм розрахунків, визначити середню прогнозовану вартість як працевзатрат лікарів, так і загальну вартість процесу оздоровлення виявлених хворих відповідно до клінічних протоколів, що дає змогу провести попередній підрахунок реальних подушових витрат ПМСД на основі договірних угод між сімейним лікарем і надавачем послуг.

Список літератури

1. *Вороненко Ю. В.* Методичні підходи до впровадження стандартизації організаційних технологій у системі управління якістю медичної допомоги / Ю. В. Вороненко, В. В. Горачук // Укр. мед. часоп. – 2012. – № 5 (91). – С. 108–110.
2. *Реформа охорони здоров'я в Україні* / О. М. Голяченко, Г. С. Стеценко, А. І. Побережний [та ін.]. – Тернопіль, 2006. – 159 с.
3. *Голяченко О. М.* Актуальні проблеми здоров'я української людності / О. М. Голяченко, А. О. Голяченко, А. Г. Шульгай. – Тернопіль : Лілея, 2012. – 116 с.
4. *Системний аналіз затрат робочого часу сімейного лікаря в амбулаторії загальної практики-сімейної медицини Харківської області* / М. М. Коренев, Т. Н. Суліма, Т. В. Пересыпкина [и др.] // Сімейна медицина. – 2010. – № 3 (33). – С. 15–20.
5. *Корнійчук О. П.* Удосконалення економічного механізму розвитку первинної медико-санітарної допомоги в Україні / О. П. Корнійчук // Укр. мед. часоп. – 2012. – № 3 (89). – С. 128–133.
6. *Лехан В. М.* Система охорони здоров'я в Україні: підсумки, проблеми, перспективи / В. М. Лехан. – К. : Сфера, 2002. – 28 с.
7. *Линник С. О.* Сучасні проблеми управління національної системи охорони здоров'я та шляхи їх подолання. / С. О. Линник, Н. П. Кризина, Г. Я. Пархоменко // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2012. – № 3 (53). – С. 46–52.
8. *Литвинова О. Н.* Економічні питання охорони здоров'я України / О. Н. Литвинова, Л. М. Романюк, В. С. Коломийчук // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2012. – № 1. – С. 95–97.
9. *Лисенко Г. І.* Сімейна медицина в Україні : сучасні досягнення та перспективи розвитку (за результатами III з'їзду сімейних лікарів) / Г. І. Лисенко // Сімейна медицина. – 2012. – № 1. – С. 6–7.
9. *Лисенко Г. І.* Нормативно-правові аспекти впровадження інформаційних технологій в систему первинної медико-санітарної допомоги / Г. І. Лисенко, К. Ю. Кувіта // Сімейна медицина. – 2012. – № 2. – С. 25–28.
10. *Про організацію роботи закладів (підрозділів) загальної практики – сімейної медицини* : наказ МОЗ України від 23.07.2001 р. № 303 [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
11. *Самоходський В. М.* Наукове обґрунтування медико-економічних механізмів реформування управління отоларингологічної служби на етапі переходу до БСМ. : автореф. дис. Д-ра мед. наук. / В. М. Самоходський. – К., 1994. – 32 с.
12. *Самоходський В. Н.* Заробітна плата в здравоохранении / В. М. Самоходський // Medicus Amicus. – 2003. – № 1.
13. *Самоходський В. Н.* Больница страховой медицины. Натурный эксперимент (организационные, медико-экономические и правовые механизмы) / В. Н. Самоходський. – Кировоград, 2004. – 242 с.
14. *Самоходський В. М.* До методики визначення вартості працевзатрат сімейного лікаря при виконанні профілактичних оглядів / В. М. Самоходський // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2011. – № 1. – С. 73–78.
15. *Самоходський В. М.* Оптимальна модель профілактичних оглядів як організаційний стандарт для сімейного лікаря / В. М. Самоходський // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2011. – № 3. – С. 65–70.
16. *Степанова О.* За что мы так себя не любим / О. Степанова // Украина-Центр. – 2011. – № 16. – С. 2.
17. *Хану В.* Обеспечение качества медицинского обслуживания / В. Хану – Копенгаген : ВОЗ, 1985. – 177 с.
18. *Шипова В. М.* Нормирование труда в здравоохранении / В. М. Шипова, В. А. Гаврилов, Ю. Н. Мисник // Сов. здравоохран. – 1991. – № 5. – С. 3–10.

МЕДИКО-ЕКОНОМИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РЕАЛИЗАЦИИ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ СТАНДАРТОВ, КРИТЕРИЕВ И НОРМАТИВОВ КАК ОСНОВЫ СОЗДАНИЯ КОМПЬЮТЕРНЫХ ПРОГРАММ ДЛЯ СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ

В.Н. Самоходский, Б.А. Голяченко (Кировоград)

Предлагаются научно обоснованные механизмы реализации комплекса организационных стандартов, критериев и нормативов как основы для создания компьютерных программ. Это должно упростить и усовершенствовать процесс мониторинга, измерения, анализа и оценки, в т.ч. стоимости работы семейного врача, при условии их соответствующего согласования и утверждения в качестве нормативного документа медицинскими ассоциациями и уполномоченным на это органом.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **медико-экономические механизмы, организационные стандарты, критерии, нормативы, стоимость трудозатрат врача, компьютерная программа.**

MEDICAL AND ECONOMIC MECHANISMS OF REALISATION OF ORGANISATIONAL STANDARDS, CRITERIA AND NORMS AS THE BASIS FOR CREATING COMPUTER PROGRAMS FOR FAMILY DOCTORS

V.M. Samohodskiy, B.A. Holyachenko (Kirovograd)

The paper suggests scientifically grounded mechanisms of realising complex of organisational standards, criteria computer programs which enable to simplify and improve the process of monitoring, measuring, analysis and estimation of the cost of the family doctor medical work on condition of its proper agreement by medical associations and authorized organs as a normative document.

KEY WORDS: **medical and economic mechanisms, organizational standards ,criteria ,norms, cost of doctor's work, computer program.**

Рукопис надійшов до редакції 19.03.2013
Рецензент: д.мед.н., проф. О. М. Голяченко

О.Р. СИТЕНКО (Київ)

ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я ЯК ВАЖЛИВА СКЛАДОВА ВИКОНАННЯ СТРАТЕГІЙ ВООЗ

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

Представлено основні завдання блоку «Державна політика» Міжгалузевої комплексної програми “Здоров’я нації” на 2002–2011 роки та результати її виконання.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: **стратегії ВООЗ, державна політика, результати діяльності, охорона здоров’я.**

Втілення Політики ЗДВ-21 в Україні відбувається різними шляхами, одним з яких стала розробка Міжгалузевої комплексної програми “Здоров’я нації” на 2002–2011 роки. В основу Програми покладено принципи державної політики у сфері охорони здоров’я, а також стратегій ВООЗ щодо охорони здоров’я. Однак і досі існує проблема в недостатньому висвітленні досвіду, який було отримано у процесі виконання Програми. Проведене дослідження сприятиме цілеспрямованому пошуку шляхів вирішення проблем у сфері державного управління охороною здоров’я.

У працях вітчизняних учених приділено значну увагу вирішенню проблеми розвитку державної політики у напрямку втілення стратегій ВООЗ.

Міжгалузева комплексна програма “Здоров’я нації” на 2002–2011 роки була затверджена постановою Кабінету Міністрів України № 14 від 10.01.2002 р. Цей нормативно-правовий акт охоплював діяльність усіх галузей народного господарства та державні цільові програми, що стосуються питань охорони здоров’я. До виконання Програми на державному рівні були залучені міністерства України (16), державні комітети (11), Державний департамент України з питань виконання покарань, Національна академія наук, академії медичних та педагогічних наук, ЦК профспілки працівників охорони здоров’я. В Україні вперше виконувалася така масштабна програма. З метою виконання заходів Програми на місцях було створено відповідні регіональні програми [2;5;7].

Програма була розроблена на виконання Указу Президента України від 06.12.2005 р. № 1694 “Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров’я населення”, постанови Кабінету Міністрів України від 13.06.2007 р. № 815

“Про затвердження Національного плану розвитку системи охорони населення на період до 2010 року” [9]. Для здійснення моніторингу виконання Програми було проведено структурування сфери функціонування системи охорони здоров’я, яке передбачало методологічну єдність її складових: державна політика у сфері охорони здоров’я; здоров’я різних верств населення; захворюваність населення на найбільш поширені хвороби; організація медичної та соціальної допомоги; фінансові, кадрові, медикаментозні та технічні ресурси охорони здоров’я; діяльність санітарно-епідеміологічної служби; профілактична спрямованість та формування здорового способу життя; інформатизація та наукове забезпечення охорони здоров’я [3;4;10].

Фундаментом Програми став спеціально сформований блок «Державна політика», у якому визначено основні напрямки виконання її заходів на законодавчому рівні.

Водночас в Україні ще недостатньо досліджені питання щодо формування та проведення державної політики галузі в сучасних умовах з урахуванням вимог ВООЗ. Саме це і визначило мету роботи.

Мета роботи: представити виконання основних завдань блоку «Державна політика» в рамках виконання Міжгалузевої комплексної програми “Здоров’я нації” на 2002–2011 роки.

Матеріали і методи. У дослідженні застосовувався інформаційно-аналітичний метод.

Результати дослідження та їх обговорення. В основу розроблення Програми покладено принципи державної політики у сфері охорони здоров’я, а також стратегій ВООЗ щодо охорони здоров’я. Членство України у ВООЗ зобов’язує її в повному обсязі виконувати усі настанови, викладені у міжнародних стратегіях цієї організації.

Згідно з прийнятим у 1998 р. ВООЗ документом "Політика досягнення здоров'я для всіх у двадцять першому столітті" (ЗДВ-21), усі країни – члени Євробюро ВООЗ повинні розробити і здійснювати таку політику на державному, регіональному та місцевому рівнях за підтримки відповідних міністерств та інших центральних органів виконавчої влади. Забезпечення впровадження міжнародних стратегій, які прийняті і рекомендовані ВООЗ для застосування її державам-членам, а також необхідність проведення моніторингу за виконанням завдань міжнародних стратегій у вітчизняній системі охорони здоров'я і зумовили актуальність створення Програми.

Запровадження Програми мало на меті поліпшення демографічної ситуації, збереження і зміцнення здоров'я населення, підвищення якості та ефективності медико-санітарної допомоги, забезпечення соціальної справедливості і прав громадян на охорону здоров'я.

Основні завдання Програми:

- поліпшення стану здоров'я усіх верств населення, зниження рівнів захворюваності, інвалідності, смертності, подовження тривалості життя та активного довголіття;
- проведення активної демографічної політики, охорона материнства і дитинства;
- удосконалення нормативно-правової бази охорони здоров'я відповідно до світових стандартів; запровадження правових, економічних, управлінських механізмів, забезпечення конституційних прав громадян на охорону здоров'я;
- розроблення і реалізація міжгалузевих стратегій, спрямованих на пропаганду, формування і заохочення здорового способу життя;
- оздоровлення довкілля, забезпечення ефективного попередження і здійснення контролю за шкідливими для здоров'я чинниками в об'єктах довкілля;
- запровадження ефективної системи багатоканального фінансування, збільшення бюджетних асигнувань на охорону здоров'я; сприяння діяльності закладів охорони здоров'я усіх форм власності;
- оптимізація організації медико-санітарної допомоги населенню, забезпечення її високої якості та ефективності, пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини;
- поліпшення медичної допомоги вразливим верствам населення та жителям села;
- забезпечення населення ефективними, безпечними і якісними лікарськими засобами та виробами медичного призначення;
- підвищення ефективності використання наявних кадрових, фінансових та матеріальних ресурсів охорони здоров'я;
- створення сучасної системи інформаційного забезпечення у сфері охорони здоров'я;

- удосконалення інноваційної політики, планування наукових досліджень з пріоритетних напрямів охорони здоров'я;

- розширення міжнародного співробітництва та партнерства, забезпечення інтеграції вітчизняної системи охорони здоров'я в міжнародну систему;

- посилення правових вимог до лікарської етики і деонтології [8].

Основні напрямки роботи за Програмою окреслено у спеціально сформованому блоці "Державна політика у сфері охорони здоров'я", який містить увесь спектр проблем медичної галузі та окреслює шляхи їх вирішення [1], а саме:

- Удосконалення відповідно до світових стандартів і вимог Європейського Союзу нормативно-правової бази з питань регламентації діяльності і регулювання відносин у сфері охорони здоров'я.

- Визначення пріоритетів надання медико-санітарної допомоги громадянам з метою встановлення гарантованого державою обсягу безоплатної медичної допомоги у державних і комунальних закладах охорони здоров'я.

- Створення системи охорони здоров'я з визначенням рівних прав для діяльності медичних закладів усіх форм власності, навчальних закладів, інститутів, центрів, лабораторій галузі.

- Створення ефективної системи фінансування охорони здоров'я, джерелами якої повинні бути бюджетні кошти, внески на соціальне медичне страхування та кошти інших джерел, не заборонених законодавством.

- Упорядкування мережі, удосконалення структури і функції закладів охорони здоров'я згідно з потребою населення міської і сільської місцевості.

- Передбачення проведення перспективних наукових досліджень для розроблення нових медичних технологій.

- Забезпечення оснащення сучасними телекомунікаційними засобами та обладнанням відділень планової та невідкладної допомоги, станцій швидкої допомоги.

- Підготовка та запровадження стандартів медичних технологій.

- Здійснення заходів щодо децентралізації управління в галузі охорони здоров'я, сприяння медичній практиці на підприємницьких засадах, впровадженню і створенню ринкових механізмів регулювання та функціонування галузі, створення умов для здорової конкуренції між закладами охорони здоров'я всіх форм власності.

- Створення на основі стандартів якості системи забезпечення і контролю ефективності медичної допомоги, удосконалення системи атестації закладів охорони здоров'я, атестації медичних і фармацевтичних працівників і системи оплати праці відповідно до ступеня атестації.

- Створення єдиної системи інформаційно-го забезпечення охорони здоров'я із широким використанням комп'ютерної техніки, уніфікацією методів і засобів інформування, розвитком інформаційних мереж, використанням системи наукової медичної інформації, удосконаленням медико-статистичної служби.
- Удосконалення організаційних форм діяльності, методів керівництва та господарювання із застосуванням економічних важелів у галузі охорони здоров'я, узгоджуючи їх із законодавством про місцеве самоврядування.
- Розробка і реалізація засад правового і соціального захисту пацієнтів та медичних працівників шляхом прийняття відповідних законів та інших нормативно-правових актів.
- Створення ефективної системи забезпечення хворих сучасними медичними технологіями, ефективними методами діагностики, профілактики, лікування і реабілітації.
- Удосконалення структури і підвищення ефективності здійснення державного санітарно-епідеміологічного нагляду.
- Пропагування кращого досвіду роботи з реформування системи охорони здоров'я, роз'яснення його мети і шляхів здійснення.
- Забезпечення підготовки висококваліфікованих фахівців з організації та управління охороною здоров'я шляхом створення факультетів медичного менеджменту та маркетингу з відповідними кафедрами – менеджменту, маркетингу та економіки, психології, медичного права, соціології, а також кафедрами соціальної медицини, організації охорони здоров'я. Приведення мережі закладів медичної та фармацевтичної освіти (з урахуванням широкої практики організації навчання за контрактом) до реальних потреб України в медичних кадрах.
- Поліпшення медикаментозного і матеріально-технічного забезпечення галузі відповідно до стандартів і з урахуванням необхідності досягнення гарантованого державою обсягу безоплатної медичної допомоги громадянам у державних і комунальних закладах охорони здоров'я.
- Створення системи моніторингу здоров'я населення, що дасть можливість оцінити та визначити реальну потребу в лікувально-профілактичних та санітарно-епідеміологічних закладах, медичних кадрах, лікарських спеціальностях та гарантованого державою обсягу безоплатної медичної допомоги громадянам у державних і комунальних закладах охорони здоров'я.
- Розроблення та запровадження системи дієвої просвіти населення щодо активної соціальної орієнтації на здоровий спосіб життя шляхом формування традицій і культури здорового способу життя, престижу здоров'я, залучення гро-

мадян до активних занять фізичною культурою і спортом для збереження здоров'я та активного довголіття.

Протягом дії Програми удосконалення нормативно-правової бази відбувалося шляхом приведення законів України та інших нормативно-правових актів у відповідність до світового законодавства у цій сфері, що є важливою складовою процесу інтеграції України до ЄС та пріоритетним напрямом української зовнішньої політики. З цією метою затверджено Закон України «Про Загальнодержавну програму адаптації законодавства України до законодавства Європейського Союзу» (18.03.2004 р. №1629-IV); підготовлено законопроекти «Про ратифікацію Конвенції 102 Міжнародної Організації Праці про мінімальні норми соціального забезпечення», «Про ратифікацію Конвенції 130 Міжнародної Організації Праці про медичну допомогу та допомогу у випадку хвороби», «Про ратифікацію Європейського кодексу соціального забезпечення».

Для забезпечення конституційного права громадян на охорону здоров'я, медичну допомогу в сучасних реаліях внесено зміни до Основ законодавства України про охорону здоров'я, що затверджено Законом України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» (7.07.2011 р. № 3611-VI). Зокрема визначено чіткий розподіл медичної допомоги за видами її надання: екстрена, первинна, вторинна (спеціалізована), третинна (високоспеціалізована). Новелою є введення на законодавчому рівні поняття паліативної допомоги, яка надається пацієнтам на останніх стадіях перебігу невиліковних захворювань і включає комплекс заходів, спрямованих на полегшення їх фізичних та емоційних страждань, а також надання психосоціальної і моральної підтримки сім'ї таких пацієнтів.

У напрямку розробки державних соціальних стандартів була проведена відповідна робота (розроблено 115 стандартів за профілями надання медичної допомоги населенню в амбулаторно-поліклінічних та стаціонарних умовах).

Наказом МОЗ України від 11.08.2004 р. № 411 затверджено порядок здійснення моніторингу за виконанням та фінансовим забезпеченням державних соціальних стандартів в закладах охорони здоров'я. МОЗ України затверджено клінічні протоколи за 72 профілями надання медичної допомоги населенню.

З метою поліпшення медикаментозного і матеріально-технічного забезпечення галузі та забезпечення доступності населенню медичної допомоги проводилася робота з розробки пропозицій для внесення змін до постанови КМУ

від 11.07.02 №955 “Про затвердження Програми подання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги” щодо визначення переліку видів безоплатної медичної допомоги, які гарантуються державою. У положеннях постанови КМУ від 17.02.2010 р. №208 “Деякі питання удосконалення системи охорони здоров’я” надано визначення гарантованого обсягу медичної допомоги громадянам як одного із основних концептуальних напрямів реформування системи охорони здоров’я.

Виконання завдань Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини створило сприятливі умови щодо формування системи надання населенню високоякісної медичної допомоги, реалізації принципу організації та координації роботи лікаря загальної практики – сімейного лікаря щодо надання пацієнтам спеціалізованої та стаціонарної медичної допомоги. З метою оптимізації керованості закладів первинної ланки, використання фінансових ресурсів, що виділяються на первинну допомогу, фінансової сталості закладів ПМСД планується створення Центрів первинної медико-санітарної допомоги. До складу Центрів – закладів з правами юридичної особи – входять амбулаторії ЗП/СМ та ФАП, що забезпечують надання первинної лікарської та долікарської допомоги населенню окремого сільського району або міста чисельністю від 30 до 100 тис. осіб.

Попри деякі позитивні зрушення у напрямку оптимізації медичної допомоги сільському населенню (впровадження інформаційних систем збору та узагальнення інформації, робота з наближення висококваліфікованої медичної допомоги до мешканців віддалених районів, забезпечення закладів апаратурою та транспортом, лікарськими засобами), проблемою залишається недостатній рівень фінансового, кадрового, матеріально-технічного, у т.ч. технологічного, забезпечення сільських закладів охорони здоров’я.

З метою надання медичної допомоги та обміну медичною інформацією широко використовуються можливості мережі Internet (консультування через електронну пошту, Internet-факсимільний зв’язок, он-лайн-консультації тощо). Процес інформатизації галузі стримує відсутність фінансування на встановлення необхідного обладнання та розробку програмного забезпечення. Комп’ютерною технікою служба забезпечена на 90%, доступом до мережі Internet – на 80% від потреби (до 60% в окремих регіонах).

У напрямку реформування системи фінансування охорони здоров’я відбувалося щорічне

поетапне збільшення бюджетних асигнувань на охорону здоров’я під час формування бюджетів усіх рівнів. Водночас залишається відкритим питання запровадження обов’язкового державного медичного страхування, хоча для законодавчого врегулювання цього питання проведена досить значна робота. Продовжується розвиток лікарняних кас, кошти яких направляються на покращення медикаментозного забезпечення пацієнтів у ЗОЗ як приклад одного із механізмів солідарної акумуляції коштів територіальних громад на розвиток охорони здоров’я. Створено правове поле для запровадження фінансування постачальників медичних послуг на основі методів, спрямованих на формування в закладах охорони здоров’я стимулів до підвищення якості та економічної ефективності медичної допомоги.

Одним із суттєвих напрямів реалізації державної політики у сфері охорони здоров’я є забезпечення справедливості і рівності. Цей принцип, закладений у національному законодавстві з питань охорони здоров’я, відповідає завданням гармонізації із законодавством ЄС [6].

Висновки

Таким чином, у ході виконання заходів Програми за розділом «Державна політика» було отримано певні результати та розпочато заходи у напрямку реформування галузі охорони здоров’я в Україні. Позитивними напрацюваннями є: удосконалення нормативно-правової бази; розробка державних соціальних стандартів надання медичної допомоги населенню в амбулаторно-поліклінічних та стаціонарних умовах; нормативно-правове забезпечення населення гарантованим обсягом медичної допомоги; поступовий розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики-сімейної медицини; оптимізація медичної допомоги сільському населенню; створення науково-інформаційної комп’ютерної мережі галузі охорони здоров’я; реформування системи фінансування охорони здоров’я.

Водночас проблемними питаннями продовжують залишатися матеріально-технічне та кадрове забезпечення галузі, упорядкування мережі закладів охорони здоров’я; розвиток сільської та сімейної медицини, санітарно-просвітня робота, забезпечення рівного доступу усіх верств населення до якісної медичної допомоги тощо, що головним чином пов’язано з недостатнім фінансуванням та незавершеністю нормативно-правового врегулювання діяльності у сфері охорони здоров’я.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні шляхів впровадження політики ЗДВ-21 в Україні.

Список літератури

1. Заходи щодо виконання Міжгалузевої комплексної програми “Здоров’я нації” на 2002–2011 роки / МОЗ, АМН України. – К. : ДМП “Полімед”, 2002. – 131 с.
2. *Методологічні, методичні та організаційні аспекти моніторингу виконання Міжгалузевої комплексної програми “Здоров’я нації” на 2002–2011 роки* / В. М. Пономаренко [та ін.] // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров’я України. – 2003. – № 4. – С. 5–10.
3. *Міжгалузева комплексна програма “Здоров’я нації” 2008* / за ред. В. М. Князевича, Г. О. Слабкого. – К., 2009. – 137 с.
4. *Міжгалузева комплексна програма “Здоров’я нації” 2009* / за ред. З. М. Митника, Г. О. Слабкого. – К., 2010. – 153 с.
5. *Міжгалузева комплексна програма “Здоров’я нації” на 2002–2011 роки як крок до втілення політики ЗДВ-21 в Україні* / О. Р. Ситенко, В. А. Аксенова, Т. М. Смірнова, В. А. Русняк // Україна. “Здоров’я нації”. – 2012. – № 1 (21). – С. 86–89.
6. *Міжгалузева комплексна програма «Здоров’я нації» на 2002–2011 рр.* : [монографія] / за ред. Р. О. Моїсеєнко, Г. О. Слабкого. – К. : МОЗ, УІСД, 2012. – 290 с.
7. *Пономаренко В. М.* Координаційна роль Українського інституту громадського здоров’я в проведенні моніторингу виконання Міжгалузевої комплексної програми “Здоров’я нації” на 2002–2011 роки / В. М. Пономаренко // Міжгалузева комплексна програма «Здоров’я нації» на 2002–2011 роки – крок до реформування галузі: матеріали конференції. – Київ – Ужгород, 2006. – С. 19–27.
8. *Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми “Здоров’я нації” на 2002–2011 роки* : постанова Кабінету Міністрів України № 14 від 10.01.2002 р. [Електронний документ]. – Шлях доступу : [http : // www.rada.gov.ua](http://www.rada.gov.ua). – Назва з екрану.
9. *Про затвердження Національного плану розвитку охорони здоров’я на період до 2010 року* : постанова Кабінету Міністрів України № 815 від 13.06.2007 р. [Електронний документ]. – Шлях доступу : [http : // www.rada.gov.ua](http://www.rada.gov.ua). – Назва з екрану.
10. *Ситенко О. Р.* Про стан виконання Міжгалузевої комплексної програми “Здоров’я нації” у 2010 році / О. Р. Ситенко, В. І. Аксенова, Т. М. Смірнова // Україна. Здоров’я нації. – 2011. – № 2 (18). – С. 15–21.

ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПОЛИТИКА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ КАК ВАЖНАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ВЫПОЛНЕНИЯ СТРАТЕГИЙ ВОЗ

Е.Р. Сытенко (Київ)

Представлены основные задания блока «Государственная политика» Межотраслевой комплексной программы “Здоровье нации” на 2002–2011 годы и результаты ее выполнения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **стратегии ВОЗ, государственная политика, результаты деятельности, здравоохранение.**

STATE POLICY IN HEALTH CARE AS AN IMPORTANT COMPONENT OF IMPLEMENTATION WHO STRATEGIES

O.R. Sytenko (Kyiv)

The primary goals of block “State policy” of the Intersectoral Comprehensive Program “Nation’s Health” for 2002–2011 and results of its implementation have been submitted.

KEY WORDS: **WHO strategies, state policy, results of activity, health care.**

Рукопис надійшов у редакцію 23.04.2013
Рецензент: д.мед.н., проф. Л.А. Чепелевська

ПАЛІННЯ ЯК АТЕРОГЕННИЙ ФАКТОР У МОЛОДІ ВІКОМ 16-19 РОКІВ

Вінницький медичний коледж імені акад. Д.К. Заболотного

Досліджувався вплив паління та інших факторів на ризик виникнення і розвитку атеросклерозу та його ускладнень у молоді віком 16–19 років.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: анкетування, молодь, паління, атеросклероз, біохімічні показники ліпідного профілю, фібриноген.

Захворювання системи кровообігу є однією з основних проблем сучасної медицини. За даними Держкомстату України, смертність від хвороб системи кровообігу займає I місце у загальній структурі причин смертності населення і становить 65%. Питома вага хворих на кардіоваскулярні захворювання становить 53% всього населення України, працездатного віку – 37%. Структура захворювань системи кровообігу показана на рисунку 1.

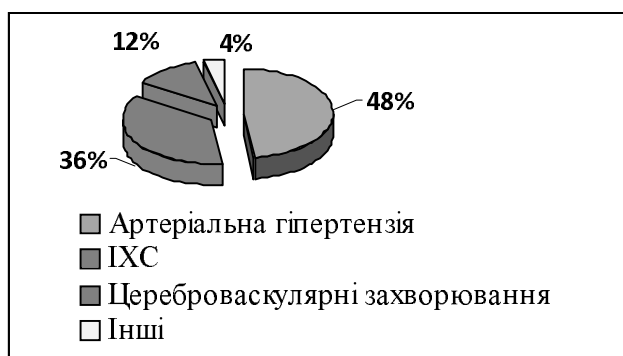


Рис. 1. Структура захворювань системи кровообігу

У переважній більшості випадків основою патогенезу захворювань системи кровообігу є атеросклеротичне ураження кровососних судин.

Атеросклероз є поліетіологічним захворюванням, у виникненні і прогресуванні якого мають значення більшість зовнішніх і внутрішніх факторів. Натепер відомо понад 30 факторів, дія яких підвищує ризик виникнення і розвитку атеросклерозу та його ускладнень. До найбільш вагомих з них слід віднести:

1. Незмінні (немодифіковані): вік; чоловіча стать; спадкові дисліпопротеїнемії.

2. Змінні (модифіковані): артеріальна гіпертензія, паління, ожиріння, цукровий діабет, гіпо-

динамія, нераціональне харчування, гіпергомоцистеїнемія [4].

Паління є реальною загрозою для здоров'я, особливо щодо кардіоваскулярних захворювань. Ризик їх розвитку у курців у 2–3 рази вищий, ніж у некурців. Як показують сучасні дослідження, паління передусім асоціюється з дисфункцією ендотелію, що є пусковим фактором розвитку і прогресування атеросклерозу. Також паління має зворотну протромботичну дію, підвищує рівень фібриногену в крові і адгезію тромбоцитів, призводить до зниження рівня ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ) і підвищення тону судинної стінки. Доведено, що відмова від паління може знизити ризик загострення ІХС протягом одного року на 50% [1].

Поширеність паління в Україні серед чоловічого населення становить 50%, що є найвищим показником серед країн Європи, а поширеність паління серед жінок – 13%, тобто спостерігається значна гендерна відмінність [8] (рис. 2).

За результатами Міжнародного Звіту про опитування HBSC (Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді), основними проблемами соціального характеру в Україні є високий рівень паління, особливо серед юнаків, легкий доступ до тютюну, високий вплив реклами тютюнових виробів, незадовільний стан здоров'я, найнижчий рівень задоволеності життям [2].

Зафіксована виразна тенденція до збільшення поширення тютюнопаління серед молоді, особливо серед молодих жінок. Так, у віковій групі 20–29 років частка жінок, що палять, у 10 разів більша, ніж у віці 60 років і старше. Нині в європейських країнах палять приблизно третина підлітків. При цьому близько 25% підлітків віком 15–16 років палять, принаймні, один раз на тиждень. Особливо небезпечним є тютюнопаління, в т.ч. пасивне, для дітей [11;12].

Серед загальної кількості курців кожна третя особа – працездатного віку. Викликає велике

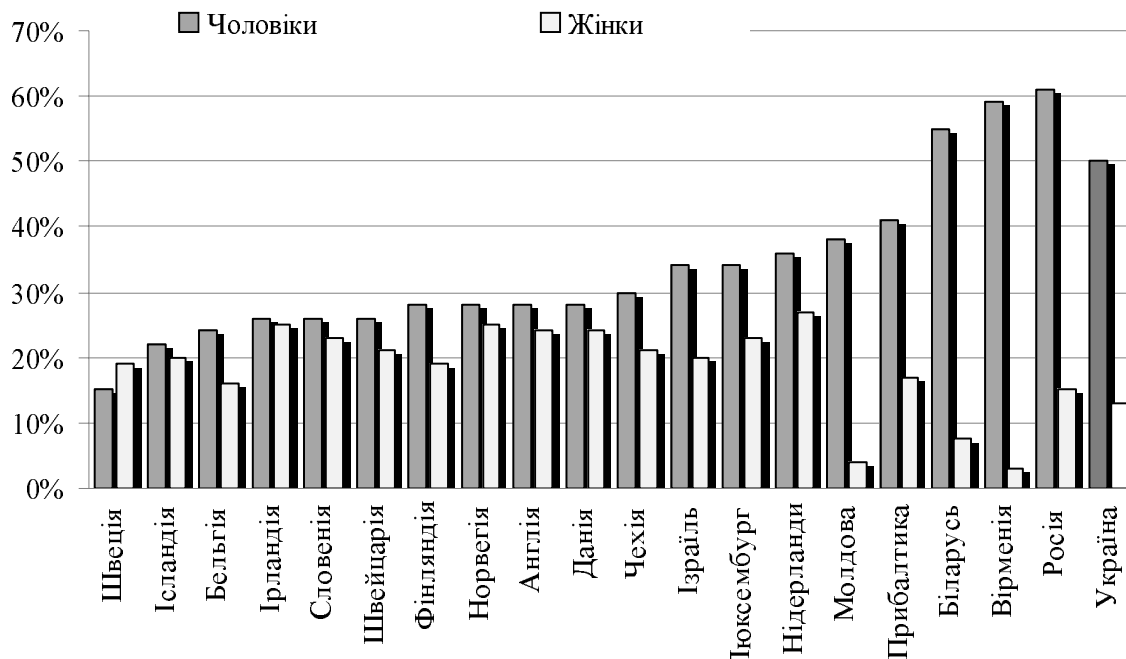


Рис. 2. Поширеність паління серед дорослого населення країн Європи (%)

занепокоєння поширення куріння серед дітей та підлітків. Зокрема, за даними опитування, у віці 12–13 років курять 0,8% дітей, у віці 14–15 років – 1% хлопців та 0,4% дівчат. Серед підлітків віком 16–17 років курять 16% хлопців та 3% дівчат. Майже кожні двоє з п'яти осіб, які курять, у середньому викурюють за добу від 16 до 20 сигарет, майже третина – від 6 до 10 сигарет (рис. 2) [6;7]. Середній вік залучення українських підлітків до куріння становить 12–13 років. На момент повноліття 82% хлопців і 72% дівчат вже здійснюють від 1–2 до 40 і більше спроб палити [5]. Від наслідків куріння в Україні щороку вмирає понад 100 тисяч осіб. Курці живуть на 7–9 років менше, ніж ті, хто не палить. Річні витрати на охорону здоров'я і втрати продуктивності, до яких призводить вживання тютюну, в Україні становлять близько \$ 2 мільярдів [7].

Мета дослідження: визначення впливу паління на біохімічні показники ліпідного профілю крові та концентрацію фібриногену.

Об'єкт дослідження: студенти Вінницького медичного коледжу ім. акад. Д.К. Заболотного (ВМК).

Матеріали і методи: соціологічне опитування шляхом анкетування; об'єктивні і лабораторні методи дослідження; статистична обробка результатів методом Ст'юдента. Вагомим вважається відмінність показників при $p < 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення. У результаті опитування було виявлено 355 студентів ВМК віком 16–19 років, що палять (23% від загальної кількості студентів в коледжі).

Для проведення дослідження було відібрано дві групи, по 30 чоловік в кожній: дослідна (які

палять) та контрольна (ті, що не палять), кількість осіб обох статей в групах була однаковою.

Розподіл студентів дослідної групи за стажем паління і за кількістю випалених цигарок на день показано на рисунках 3 і 4.

Дані проблеми пояснюють надзвичайно високий рівень поширеності паління серед молоді в

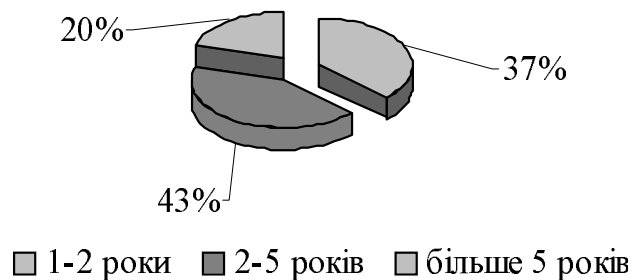


Рис. 3. Розподіл студентів дослідної групи за стажем паління

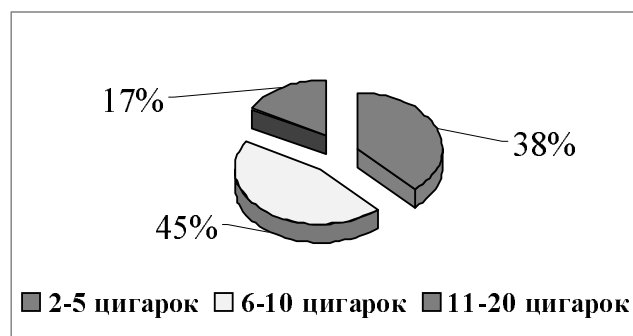


Рис. 4. Розподіл студентів дослідної групи за кількістю випалених цигарок на день

Україні: 44% серед юнаків і 23% серед дівчат, тобто спостерігається виразна гендерна відмінність початку паління та його поширеності [8].

Для того, щоб ізольовано вивчити паління як фактор атерогенності, було виключено вплив інших факторів на виникнення атеросклерозу.

Спадкові дисліпопротеїнемії, цукровий діабет, артеріальні гіпертензії у батьків студентів виключені шляхом анкетування.

Дослідження включало контроль за артеріальним тиском (АТ), пульсом, розрахунок індексу маси тіла, тест толерантності до глюкози (табл. 1).

Таблиця 1. Показники факторів ризику розвитку атеросклерозу

Показник	Дослідна група		Контрольна група	
	Натще	Через 2 години	Натще	Через 2 години
Тест толерантності до глюкози (ммоль/л)	3,7±0,3	4,4±0,2	3,6±0,1	4,2±0,3
Артеріальний тиск (мм рт. ст.)	АТ систолічний	АТ діастолічний	АТ систолічний	АТ діастолічний
	113±5	75±2	114±4	74±3
Пульс (удари за хвилину)	73±3		74±2	
Індекс маси тіла (кг/м ²)	22±1		22±1	

Раціон і режим харчування не впливали на різницю в результатах, тому що вони однакові в обох групах студентів. Усі студенти вели достатньо активний спосіб життя, що пов'язано з постійним переміщенням по навчальних базах, систематичним відвідуванням занять з фізичного виховання. У зв'язку з появою відомостей про підвищення рівня гомоцистеїну в крові у курців [3;9;10], його визначення в сироватці крові студентів не проводилось.

Лабораторні дослідження ліпідного обміну проводилися три рази з інтервалом в два тижні. Дослідження ліпідного обміну включали:

1. Визначення концентрації загального холестерину у сироватці крові ферментативно-колориметричним методом.

Показники концентрації загального холестерину у 63%±8,798 осіб дослідної та у 73%±8,074 контрольної груп відповідали оптимальному рівню. Гранично підвищений рівень спостерігався у 27%±8,074 осіб дослідної та контрольної груп. Високий рівень холестерину виявлено у 10%±5,477 студентів дослідної групи (табл. 2). Порівняння з контролем, де високий рівень холестерину не спостерігався (0%±0,058), підтверджує достовірність різниці (t=1,825 з p=0,039).

Таблиця 2. Розподіл та показники концентрації загального холестерину у сироватці крові

Група	Показник					
	оптимальний (3,0–5,1 ммоль/л)		гранично підвищений (5,1–6,1 ммоль/л)		високий (більше 6,1 ммоль/л)	
	$\bar{X} \pm \varepsilon_{0,95}$	%±m	$\bar{X} \pm \varepsilon_{0,95}$	%±m	$\bar{X} \pm \varepsilon_{0,95}$	%±m
Дослідна (курці)	3,86±0,2190	63,33±8,798	5,8025±0,1690	26,67±8,074	6,2947±0,2188	10,00*±5,477
Контрольна	3,65±0,2870	73,33±8,074	5,53±0,0,181	26,67±8,074	--	0±0,058

Примітка: * – різниця достовірна.

2. Визначення концентрації тригліцеридів у сироватці крові ферментативно-колориметричним методом.

Показники концентрації тригліцеридів у 50%±9,129% осіб дослідної та приблизно у 77%±7,722% осіб контрольної групи відповідали оптимальному рівню. Різниця виявилась суттєвою (t=2,331 з p=0,017). Гранично підвищений рівень спостерігався у 40%±8,944% осіб дослідної та у 23%±7,722% контрольної груп. Різниця на межі суттєвості (t=1,411 з p=0,084). Високий рівень тригліцеридів виявлений у 10%±5,477%

студентів дослідної групи (табл. 3). Різниця з контролем, де високий рівень тригліцеридів не встановлено (0%±0,058%), виявилась достовірною (t=1,825 з p=0,039). Таким чином, рівень тригліцеридів є більш чутливим порівняно з рівнем загального холестерину предиктором ризиків, пов'язаних з палінням.

3. Визначення концентрації холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ХС ЛПВЩ) у сироватці крові ферментативно-колориметричним методом після осадження апо-В-вмісних ліпопротеїдів (ліпопротеїдів низької та дуже низької щільності).

Таблиця 3. Розподіл та показники концентрації тригліцеридів у сироватці крові

Група	Показник					
	оптимальний (0,46–1,6 ммоль/л)		гранично підвищений (1,6–2,2 ммоль/л)		високий (більше 2,3 ммоль/л)	
	$\bar{X} \pm \varepsilon_{0,95}$	%	$\bar{X} \pm \varepsilon_{0,95}$	%	$\bar{X} \pm \varepsilon_{0,95}$	%
Дослідна (курці)	1,3147±0,082	50,00*±9,129	1,8692±0,1690	40,00±8,944	2,45±0,2432	10,00*±5,477
Контрольна	1,0390±0,1415	76,67±7,722	1,7629±0,1191	23,33±7,722	--	0±0,058

Показники концентрації ХС ЛПВЩ приблизно у 27%±8,074% дослідної групи відповідали низькому рівню. У групі контролю таких представників не виявлено (0%±0,058%), різниця достовірна (t=3,3 з p=0,0012). Гранично знижений рівень спостерігався у 57%±9,047% осіб дослідної та у 47%±9,108% контрольної груп. Високий рівень

ХС ЛПВЩ виявлений у 17%±6,805% осіб дослідної та у 53%±9,108% контрольної груп (табл. 4), різниця достовірна (t=3,2 з p=0,0015).

Таким чином, рівень концентрації ХС ЛПВ є найбільш чутливим порівняно з попередніми показниками предиктором ризиків, пов'язаних з палінням.

Таблиця 4. Розподіл та показники ХС ЛПВЩ у сироватці крові

Група	Показник					
	низький (менше 1,0 ммоль/л)		гранично знижений (1,0–1,56 ммоль/л)		оптимальний (більше 1,56 ммоль/л)	
	$\bar{X} \pm \varepsilon_{0,95}$	%	$\bar{X} \pm \varepsilon_{0,95}$	%	$\bar{X} \pm \varepsilon_{0,95}$	%
Дослідна (курці)	0,796±0,114	26,67*±8,074	1,22±0,087	56,66±9,047	1,657±0,010	16,67*±6,805
Контрольна	--	0,00±0,058	1,266±0,090	46,67±9,108	1,858±0,048	53,33±9,108

Показники концентрації ХС ЛПНЩ у 50%±9,129% осіб дослідної та у 80%±7,303% контрольної груп відповідали оптимальному рівню, різниця достовірна (t=2,57 з p=0,0078). Підвищений, але близький до оптимального, рівень спостерігався у 20%±7,303% осіб дослідної та у 13%±6,206%

контрольної груп. Гранично підвищений рівень спостерігався у 13%±6,206% дослідної та у 7%±4,555% контрольної груп. Високий рівень виявлений тільки у 17% осіб дослідної групи, а в групі контролю – не виявлений (табл. 5). Різниця достовірна (t=2,45 з p=0,010).

Таблиця 5. Розподіл та показники ХС ЛПНЩ у сироватці крові

Група	Показник							
	оптимальний (менше 2,6 ммоль/л)		підвищений, близький до оптимального (2,6–3,3 ммоль/л)		гранично підвищений (3,3–4,0 ммоль/л)		високий (більше 4,0 ммоль/л)	
	$\bar{X} \pm \varepsilon_{0,95}$	%	$\bar{X} \pm \varepsilon_{0,95}$	%	$\bar{X} \pm \varepsilon_{0,95}$	%	$\bar{X} \pm \varepsilon_{0,95}$	%
Дослідна (курці)	1,8250± 0,398	50,0*± 9,129	2,9900± 0,3000	20,00± 7,303	3,6550± 0,2930	13,33± 6,206	4,4100± 0,3370	16,67± 6,805
Контрольна	1,7021± 0,233	80,00± 7,303	2,891± 0,0460	13,33± 6,206	3,9325± 0,0585	6,67± 4,555	--	0±0,058

Спостерігалася пряма залежність показників ліпідного профілю від стажу паління, причому значення їх прогресивно зростає, за винятком показників ХС ЛПВЩ, значення яких знижується (рис. 5).

Показники холестеринового коефіцієнту атерогенності також зростають із стажем паління від 2,816 (1–2 роки стажу) до 3,093 (стаж більше 5 років) та кількості викурених цигарок на день від 2,621 (2–5 на день) до 3,374 (11–20).

Залежність показників ліпідного профілю холестеринового коефіцієнту атерогенності від стажу куріння виражена ще більше (рис. 6).

Наступним етапом роботи було визначення концентрації фібриногену у плазмі крові гравіметричним методом. Показники концентрації фібриногену у 70%±8,367% дослідної та у 100%±0,058% контрольної груп відповідали оптимальному рівню. Підвищений рівень виявлений

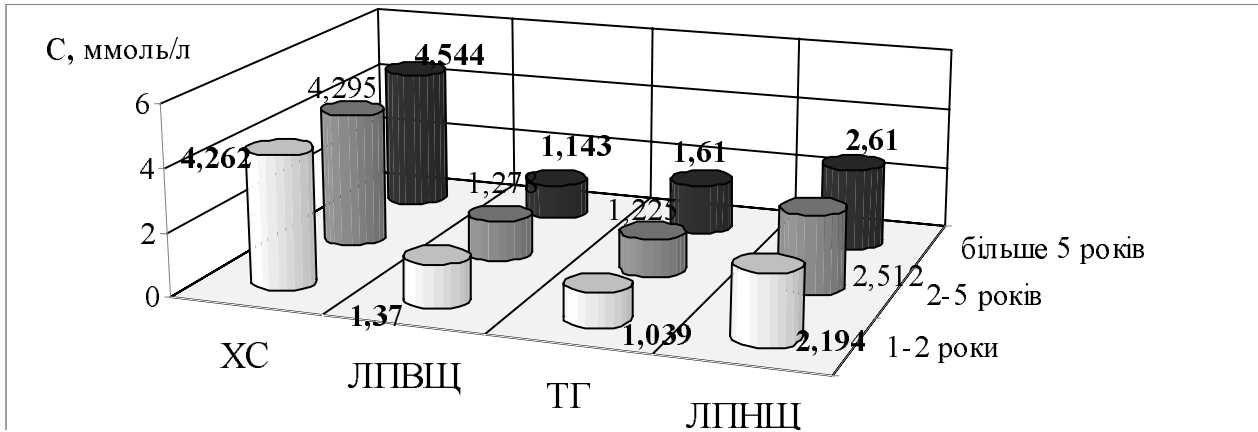


Рис. 5. Залежність показників ліпідного профілю від стажу паління

у 30%±8,367% контрольної групи. Відмінності виявились достовірними (t=3,58 з p=0,0006).

Було встановлено, що зі збільшенням стажу паління та кількості викурених цигарок на день

концентрація фібриногену в плазмі крові збільшується, зокрема від 2,908 (2–5 цигарок на день) до 5,217 (11–20).

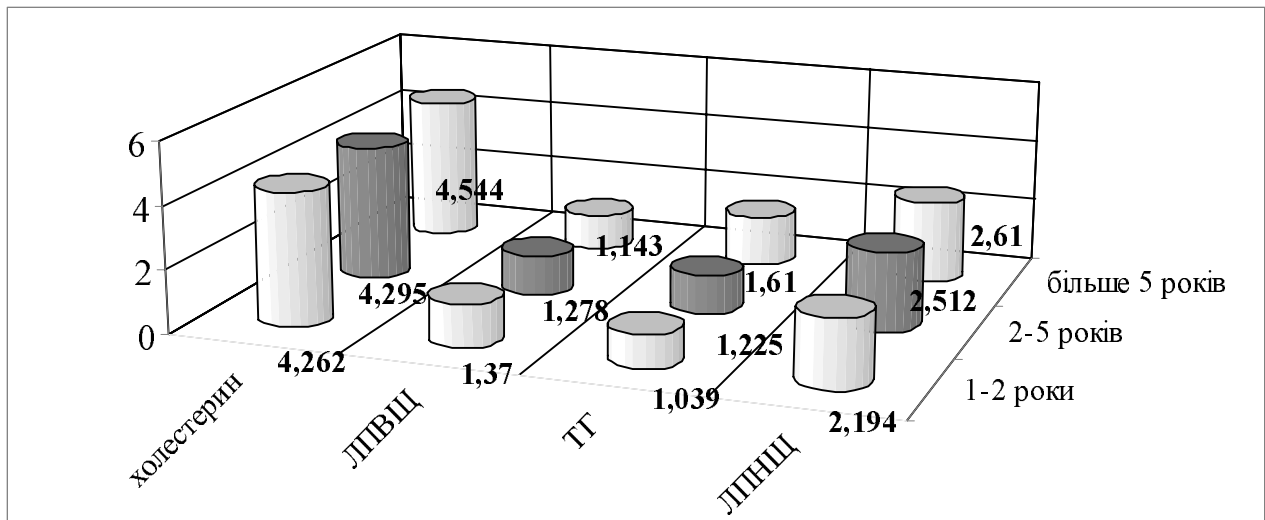


Рис. 6. Залежність показників ліпідного профілю від стажу куріння

Таблиця 6. Розподіл та показники концентрації фібриногену у сироватці крові

Група	Показник			
	оптимальний (2,0-4,0 г/л)		підвищений (більше 4,0 г/л)	
	$\bar{X} \pm \epsilon_{0,95}$	%	$\bar{X} \pm \epsilon_{0,95}$	%
Дослідна (курці)	2,9130±0,2813	70,00*±8,367	5,4267±1,4259	30,00*±8,367
Контрольна	2,5856±0,1436	100,00±0,058	--	0±0,058

Висновки

1. Вірогідність розвитку атеросклеротичних змін в організмі надзвичайно висока у студентів, які палять більше двох років і кількість викурених цигарок становить більше п'яти на день. Паралельно спостерігається підвищення концентрації фібриногену в плазмі крові, що вказує на можливість у подальшому розвитку тромбозів і порушень мікроциркуляторного русла.

2. Рівні фібриногену, концентрації ХС ЛПВ, ХС ЛПНЩ є досить чутливими предикторами індивідуального ризику, пов'язаного з палінням.

3. Як кількість цигарок, так і стаж паління, призводять до змін рівнів фібриногену, концентрації ХС ЛПВ, ХС ЛПНЩ.

4. Отримані дані доводять необхідність проведення заходів, спрямованих на зменшення експозиції до тютюну, а також попередження шкідливих змін в організмі студентів.

Список літератури

1. Влияние курения на сердечно-сосудистую систему детей и подростков / М. К. Павлова, Т. Б. Хайретдинова // Педиатрия. – 2011. – Т. 90, № 5. – С. 148–153.
2. Контроль над тютюном в Україні. Національний звіт. – К., 2009. – 127 с.
3. Костюченко Г. И. Диагностика и методы коррекции гипергомоцистеинемии в кардиологической практике : [пособ. для врачей] / Г. И. Костюченко, З. С. Баркаган. – М. : Наука, 2004. – 20 с.
4. Мітченко О. І. Дисліпідемії: діагностика, профілактика та лікування / О. І. Мітченко, М. І. Лутай. – К. : Четверта хвиля, 2007. – 56 с.
5. Поширеність тютюнопаління серед молоді: проблеми та шляхи вирішення [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://archive.nbuv.gov.ua/portal/Chem_Biol/Sigz/2008_4/PH_N4_2008_15.pdf. – Назва з екрану.
6. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2007 році [Eelectronic resource]. – Access mode : <http://www.ukrstat.gov.ua/>. – Title of a screen.
7. Тютюн в Україні: населення зменшується, кількість курців збільшується [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.icps.com.ua/doc/nl_ukr_20060619_0325.pdf. – Назва з екрану.
8. Allender S., Scarborough P., Peto V., Rayner M.; British Heart Foundation Health Promotion Research Group, Department of Public Health, University of Oxford; Leal J., Luengo-Fernandez R., Gray A.; Health Economic Research Group, Department of Public Health, University of Oxford. European cardiovascular disease statistics 2008 [Eelectronic resource]. – Access mode : <http://www.heartstats.org>. – Title from a screen.
9. Moat S. J. Plasma total homocysteine: instigator or indicator of cardiovascular disease? / S. J. Moat // Ann. Clin. Biochem. – 2008. – Vol. 45. – P. 345–348.
10. Smoking cessa-tion, but not smoking reduction, reduces plasma homocysteine levels / Stein J. H., Bushara M., Bushara K. [et al.] // Clin. Cardiol. – 2002. – Vol. 25 (1). – P. 23–26.
11. The European tobacco control report 2007 EUR/06/5062780 15 January 2007 E89842, Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark. – 160 p.
12. WHO report on the global tobacco epidemic, 2008. The MPOWER package [Eelectronic resource]. – Access mode : http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf. – Title of a screen.

КУРЕНИЕ КАК АТЕРОГЕННЫЙ ФАКТОР У МОЛОДЕЖИ В ВОЗРАСТЕ 16–19 ЛЕТ

И.Ю. Андриевский (Винница)

Исследовалось влияние курения и других факторов на риск возникновения и развития атеросклероза и его осложнений у молодежи в возрасте 16–19 лет.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **курение, атеросклероз, биохимические показатели липидного профиля, фибриноген.**

SMOKING AS ATHEROGENIC FACTOR AMONG YOUNG PEOPLE AGED 16-19 YEARS

I.Yu. Andriyevskiy (Vinnitsa)

Given study demonstrates the influence of smoking and other factors on the incidence and progression of atherosclerosis and its complications in young people aged 16-19 years.

KEY WORD: **questioning, youth, smoking, atherosclerosis, biochemical lipid profile, fibrinogen.**

Рукопис надійшов у редакцію 18.03.2013
Рецензенти: д.мед.н., проф. О.М. Очерedyкo,
д.мед.н., проф. І.В. Сергета

УДК 65.015.1.004.4.001.8:616.-085

Ю.С. МАЗЕПА¹, В.П. ТЕРЕЩЕНКО², В.А. ПІЩИКОВ¹ (Київ)

ЩОДО ОРГАНІЗАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗАСТОСУВАННЯ ЕНТЕРОСОРБЕНТІВ У МЕДИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

¹Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини Державного управління справами
² Лабораторія ендоекології та техногенно-індукованої патології Інституту сорбції та проблем ендоекології
 НАН України

На підставі власного досвіду та виходячи із загальновідомих властивостей систем, розроблено систему організаційного забезпечення застосування ентеросорбентів у медичній практиці і висвітлено передбачувані результати від її реалізації. Представлено власну інтерпретацію поняття «еферентна медицина».

КЛЮЧОВІ СЛОВА: **система, ентеросорбція, еферентна медицина.**

Забруднення довкілля та його вплив на здоров'я і благополуччя населення планети викликає все більше занепокоєння. У 2004 р. ВООЗ у «Доповіді про стан охорони здоров'я у світі» розглянула 102 категорії хвороб і зазначила, що фактори екологічного ризику роблять свій внесок у 85 з них. Така ситуація стала поштовхом до розвитку нового напрямку – так званої «еферентної медицини». Доцільність впровадження методів еферентної медицини зумовлена необхідністю очищення організму людини (як здорової, так і хворої) в умовах зростаючого забруднення довкілля пестицидами, важкими металами, радіонуклідами, ксенобіотиками. З огляду на перенасичення організму сучасної людини екзо- та ендотоксинами, вчені вважають, що без детоксикації лікування менш ефективно або взагалі неефективно. Аналіз даних літератури свідчить, що багато країн світу використовують можливості еферентної терапії у лікуванні різноманітної патології.

Сучасна медицина може запропонувати різні варіанти еферентної терапії, серед яких плазмозаміщення, плазмасорбція, гемодіаліз, гемосорбція, лімфосорбція, лікворосорбція, гемоксигенація, УФОК (ультрафіолетове опромінення крові), ВЛОК (внутрішньовенне опромінення крові), ентеросорбція та інші.

Підвищення уваги до застосування можливостей еферентної терапії в Україні виникло внаслідок погіршення показників стану здоров'я населення (протягом 5-річного періоду поширеність хвороб серед населення України зросла на 11%, захворюваність – на 3,1%, коефіцієнт смертності – на 0,3%), що також пов'язують з катастрофіч-

ною екологічною ситуацією [14]. У межах цієї проблеми, опікуючись нагальними питаннями збереження здоров'я нації, актуальним є використання ентеросорбції як найбільш фізіологічного та (що теж досить важливо з огляду на економічні негаразди) найдешевшого методу. Так, при лікуванні ряду захворювань застосування ентеросорбентів скорочує терміни терапії у 1,5–2 рази, що має суттєве економічне значення.

Професор А.Л. Костюченко [16], позиціонуючи еферентну терапію в сенсі екстракорпоральної гемокорекції, вказував, що, по суті, спостерігається становлення нового розділу клінічної медицини, котрий претендує на самостійність, бо наявні всі необхідні для цього вимоги: 1) розроблені теоретичні основи еферентної медицини; 2) запроваджені у повсякденну практику оригінальні методи лікування, властиві саме цьому розділу медичної науки; 3) достеменно є соціальне замовлення, тобто потреба лікарів-практиків щодо даного розділу лікарської діяльності; 4) з'явилися фахівці, котрі повсякденно займаються лише екстракорпоральною гемокорекцією.

Три перші позиції цілковито прийнятні щодо ентеросорбції, а от останній пункт однозначно не підходить, тому що ентеросорбенти використовують у повсякденній діяльності лікарі усіх спеціальностей [1-11;13;15;17].

Загалом, з нашої точки зору, еферентна медицина – це окреме відгалуження клінічної медицини, сутність якого полягає у корекції гомеостазу завдяки видаленню шкідливих субстанцій екстракорпоральним шляхом або за допомогою предметного введення в організм людини речовин/матеріалів, котрі можуть бути одночасно носіями корисних агентів.

У своїй роботі, результати якої наразі пропонуємо фаховій аудиторії, ми керувались тим, що різке погіршення екологічної ситуації в Україні, неконтрольований вплив факторів забруднення довкілля на населення, необхідність збереження здоров'я нації, відсутність науково обґрунтованої організації сил і засобів медичної служби для розвитку ентеросорбції як різновиду еферентної медицини потребують якомога швидшого вирішення цих питань.

Метою дослідження була розробка системи організаційного забезпечення застосування ентеросорбентів у медичній практиці.

Матеріали і методи. Для з'ясування реальної картини застосування ентеросорбційних препаратів нами, спільно з Інститутом сорбції та проблем ендоекології НАН України, була розроблена навчально-опитувальна анкета, за допомогою якої визначали обізнаність лікарів про механізми лікувальної дії ентеросорбентів, частоту їх використання у повсякденній практиці та зацікавленість в отриманні інформації щодо даної групи лікарських засобів. Анкета складалася з 14 питань. У процесі побудови анкети були використані відкриті, напівзакриті та закриті форми запитань, що дозволило отримати змістовні відповіді та підвищити якість інформації. Дані опитування були статистично оброблені у програмі SPSS Windows.

Всього нами опрацьовано 961 анкету. Результати анкетування дозволили провести оцінку рівнів обізнаності, поінформованості та практичного використання ентеросорбентів. З 54 лікувальних закладів столиці нами відібрано для до-

слідження 486 анкет, а із системи медичних закладів Державного управління справами – 475. Аналітичне опрацювання означених даних суттєво визначило положення наукового продукту. Окрім цього була задіяна інформаційна база Лабораторії ендоекології та техногенно-індукованої патології Інституту сорбції та проблем ендоекології НАН України щодо експериментальних досліджень безпечності та ефективності ентеросорбентів.

Результати дослідження та їх обговорення. Загальновідомо, що система (від гр. «складений») – це множина взаємопов'язаних об'єктів, організованих процесом системогенезу в єдине ціле і, можливо, протиставне середовищу або суперсистемі.

Система у системному аналізі – сукупність сутностей (об'єктів) та зв'язків між ними, виділених із середовища на певний час з певною метою.

Система у загальному сенсі – це сукупність міцно пов'язаних об'єктів, які мають властивості організації, спорідненості та цілісності. Термін використовується для означення як конкретної системи (наприклад, економічна система України), так і для абстрактної теоретичної моделі (наприклад, ринкова економічна система). Будь-який неелементарний об'єкт можна розглянути як підсистему цілого (якого цей об'єкт стосується), виділивши у ньому окремі частини та визначивши взаємодії цих частин, котрі служать якійсь функції.

Вочевидь у даному випадку суперсистемою щодо предмету нашої уваги є *система охорони здоров'я*, а *підсистемами* можуть бути та, що керує, й та, якою керують. Властивості систем узагальнено у таблиці.

Таблиця. Загальновідомі властивості систем

Група	Конкретний вимір
Пов'язані з метою та функціями	<ul style="list-style-type: none"> - Синергічність – односкерованість (або доцільність) дій компонентів підсилює ефективність функціонування системи. - Пріоритет інтересів системи більш широкого (глобального) рівня перед інтересами її компонентів. - Емерджентність – цілі (функції) компонентів системи не завжди збігаються з цілями (функціями) системи. - Мультиплікативність – і позитивні, і негативні ефекти функціонування компонентів у системі володіють властивістю примноження, а не додавання. - Цілеспрямованість. - Альтернативність шляхів функціонування та розвитку.
Пов'язані зі структурою	<ul style="list-style-type: none"> - Цілісність – первинність цілого щодо частини; поява у системі нової функції, нової якості, що органічно походять з елементів, які її складають, але не притаманні жодному з них, взятому ізольовано. - Неадитивність – принципове приведення властивостей системи до суми властивостей компонентів, які її складають. - Структурність – можлива декомпозиція системи на компоненти, встановлення зв'язків між ними. - Ієрархічність – кожний компонент системи може розглядатися як система (підсистема) більш широкої глобальної системи.

Група	Конкретний вимір
Пов'язані з ресурсами і особливостями взаємодії із середовищем	<ul style="list-style-type: none"> - Комунікативність – існування складної системи комунікацій із середовищем у вигляді ієрархії. - Взаємодія і взаємозалежність системи і зовнішнього середовища. - Адаптивність – прагнення до стану стійкої рівноваги, яка передбачає адаптацію параметрів системи до параметрів зовнішнього середовища, що змінюються (однак «несстійкість» не в усіх випадках є дисфункціональною для системи, вона може виступати і в якості умови динамічної рівноваги). - Надійність – функціонування системи при виході з ладу одного з її компонентів, збереженість проектних значень параметрів системи впродовж запланованого періоду.
Інші	<ul style="list-style-type: none"> - Інтерактивність – наявність системоутворюючих, системозберігаючих чинників. - Еквіфінальність – здатність системи досягати станів, незалежних від вихідних умов, які визначаються лише параметрами системи. - Спадковість. - Розвиток. - Порядок. - Самоорганізація.

Формування системних уявлень властиве багатьом розробкам науковців, особливо тим, котрі передбачають реальне практичне втілення [12]. Виходячи з цього, нами був розроблений аналі-

тичний продукт, який представив систему організаційного забезпечення застосування ентеросорбентів у медичній практиці (рис.).

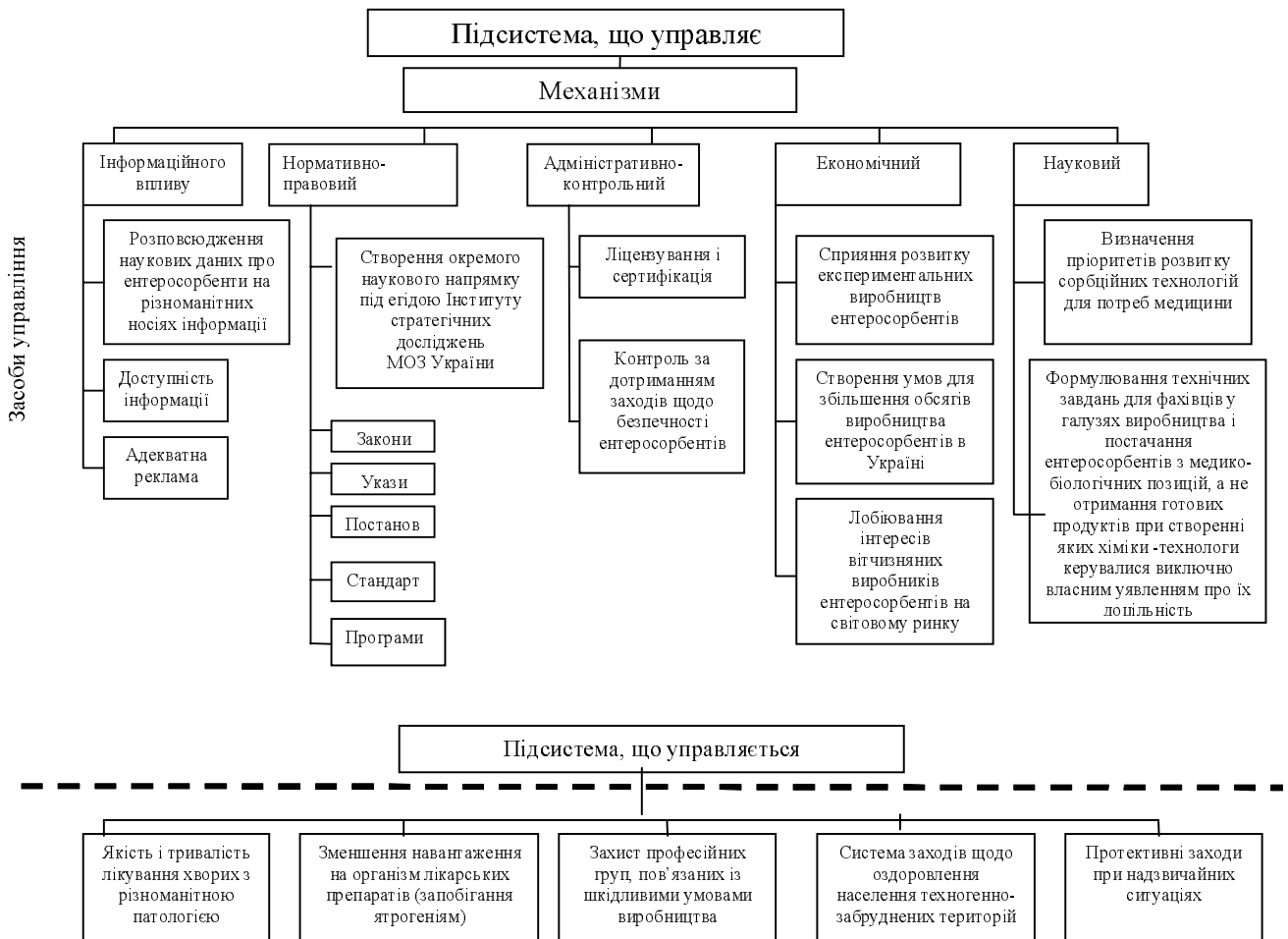


Рис. Система організаційного забезпечення застосування ентеросорбентів у медичній практиці

Аргументованими видаються наступні положення запропонованої системи:

1. Удосконалення організаційної системи. Створення під егідою Міністерства охорони здоров'я України науково-практичного напрямку щодо розвитку еферентної медицини, зокрема ентеросорбційних технологій.

2. Забезпечення доступності ентеросорбентів та запобігання зловживанням щодо цього. Формулювання технічних завдань для фахівців у галузі виробництва та постачання ентеросорбентів з позицій медико-біологічних знань.

3. Підготовка кадрів. Розповсюдження наукових даних про ентеросорбенти на семінарах, конференціях, курсах, лекціях для лікарів, а також у фахових медичних виданнях. Запровадження практики сумісних науково-практичних конференцій лікарів різних спеціальностей та розробників/виробників ентеросорбентів. Використання для висвітлення предметної інформації електронних засобів, зокрема створення окремого сайту, на якому пересічні громадяни зможуть отримувати кваліфіковані поради фахівців.

4. Визначення пріоритетів розвитку ентеросорбційних технологій для потреб медицини:

підвищення сорбційної спроможності, розробка й удосконалення ентеросорбентів для досягнення високої селективності, збільшення обсягів виробництва та розширення спектру іонообмінних ентеросорбентів. Формулювати технічні завдання для розробників та постачальників ентеросорбентів мають фахівці від медицини і біології, а не навпаки, на чому ми вже неодноразово наголошували раніше. Ні для кого не є секретом, що на сьогодні лікарі часто отримують продукти, при створенні яких хіміки-технологи користувалися власними уявленнями про їх доцільність.

Висновки

- Втілення системи організаційного забезпечення застосування ентеросорбентів у медичній практиці сприятиме якісно новому рівню впровадження еферентної медицини (насамперед ентеросорбції) в умовах поліклініки і стаціонару.

- Запропонована система організаційного забезпечення застосування ентеросорбентів у практичній медицині створить передумови для оцінки ефективності еферентної терапії як медичної технології, що, відповідно, надасть змогу відстежувати клінічну та технічну безпеку, медико-економічну ефективність і дієвість.

Список літератури

1. Гуріна Н. М. Ентеросорбенти як засіб детоксикації організму / Н. М. Гуріна, К. І. Бардахівська [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://kiulong.com.ua/content/view/full/67/58/>. – Назва з екрану.
2. Деденко І. К. Эфферентные методы лечения пищевых токсикоинфекций / И. К. Деденко, В. А. Литвинюк, В. Ф. Торбин. – К. : Нора-принт, 1998. – 360 с.
3. *Ентеросорбенти* у медичній практиці / Терещенко В. П., Піщиков В. А., Мазепа Ю. С. [та ін.] ; за ред. В. П. Терещенко, В. А. Піщикова. – К. : МВЦ «Медінформ», 2008. – 80 с.
4. *Застосування ентеросорбентів у медицині і ветеринарії* : [метод. реком.] / Терещенко В. П., Піщиков В. А., Дегтярьова Л. В. [та ін.]. – К., 2005. – 53 с.
5. Казак С. С. Використання сорбційних властивостей пшеничних висівок у лікуванні дітей, хворих на дисбактеріоз кишок / С. С. Казак, І. П. Горячева, С. П. Альвінська // Біосорбційні методи і препарати в профілактичній та лікувальній практиці : зб. наук. пр. – К., 1997. – С. 194–197.
6. *Клиническое применение препарата Энтеросгель у больных с патологией органов пищеварения* : [метод. реком. для врачей] / под ред. И. А. Маева, Ю. Н. Шевченко, А. Б. Петухова. – М. : МЗ РФ, 2000. – 90 с.
7. Леванова В. П. Лечебный лигнин / В. П. Леванова. – СПб. : ЦСТ, 1992. – 136 с.
8. Лоскутов А. И. Энтеросорбенты / А. И. Лоскутов, Н. А. Беляков, А. В. Соломенников // Энтеросорбция. – Л. : ЦСТ, 1991. – С. 9–47.
9. Мазепа Ю. С. Про доцільність залучення ентеросорбентів до протоколів лікування різноманітних захворювань / Ю. С. Мазепа, В. А. Піщиков, В. П. Терещенко // Матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. [«Медико-технологічні нормативи в роботі лікувальних закладів: сучасний стан проблеми в Україні»], (Київ, 15–16 жовт. 2009 р.). – К., 2009. – С. 45–46.
10. *Медицинская химия и клиническое применение диоксида кремния* / под. ред. А. А. Чуйко. – К. : Наукова думка, 2003. – 415 с.
11. *Методичні засади застосування ентеросорбентів при різноманітних аномаліях імунної відповіді* / за ред. В. П. Терещенко, Л. В. Дегтярьової. – К. : МВЦ «Медінформ», 2007. – 80 с.
12. Миронова С. Ф. Механізми державного управління безпекою життєдіяльності населення техногенних регіонів : автореф. дис. ... д-ра наук з держ. упр. : спец. 25.00.02 / С. Ф. Миронова. – Донецьк, 2010. – 40 с.
13. Хотимченко Ю. С. Энтеросорбенты для больных и здоровых / Ю. С. Хотимченко, А. В. Кропотов // Мед.-фарм. вестн. Приморья. – 1998. – № 4. – С. 99–107.
14. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2008 рік. – К., 2009. – С. 33–104.

15. Энтеросорбция – механизмы лечебного действия / Беляков Н. А., Соломенников А. В., Журавлева И. Н., Соломенникова Л. О. // Эфферентная терапия. – 1997. – Т. 3, № 2. – С. 20–26.
16. Эфферентная терапия (в комплексном лечении внутренних болезней / под ред. А. Л. Костюченко. – СПб. : ИКФ «Фолиант», 2000. – 432 с.
17. Mongean R. Effects of dietary fiber on vitamin E status in rats: dose-response to wheat bran / R. Mongean, W. Behrens // Nutr. Res. – 1986. – Vol. 6, № 2. – P. 215–224.

СИСТЕМА ОРГАНИЗАЦИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНТЕРОСОРБЕНТОВ В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Ю.С. Мазепа, В.П. Терещенко, В.А. Пищиков (Киев)

На основании собственного опыта, исходя из общеизвестных свойств систем, разработана система организационного обеспечения применения энтеросорбентов в медицинской практике и отражены ожидаемые результаты от ее реализации. Представлена собственная интерпретация понятия «эфферентная медицина».

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: система, энтеросорбция, эфферентная медицина.

THE SYSTEM OF PROVIDING ENTEROSORBENTS IN MEDICAL PRACTICE

Yu.S. Mazepa, V.P. Tereschenko, V.A. Pischikov (Kyiv)

Based on the results of own experience going out from well-known properties of the systems we developed the system of providing enterosorbents in medical practice and results from its realization. We also presented our interpretation of concept «Efferentiv medicine».

KEY WORDS: system, enterosorbents, efferentiv medicine.

Рукопис надійшов до редакції 26.03.2013
Рецензент: д.мед.н., проф. Л.Ф. Матюха

Р.М. БОРИС¹, В.П. МАРЦЕНЮК² (Одеса, Тернопіль)

ІНФОРМАЦІЙНА СИСТЕМА ЛАБОРАТОРНОЇ ДІАГНОСТИКИ ПОЛІТРАВМ

¹ДП “Український науково-дослідний інститут медицини транспорту МОЗ України”, м. Одеса

²ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського
МОЗ України”

У роботі представлено комп'ютерну програму “Система лабораторної діагностики політравм” (ЛДПТ). Дана система є додатком сервера Apache Tomcat, у склад якого входять Java-сервлети та JSP-сторінки, що дозволяє зберігати в базі даних MySQL результати біохімічних досліджень. Програму реалізовано в термінах мови програмування Java. Призначено для спеціалістів у сфері медичних наук, прикладного програмування, медичної кібернетики та інформатики.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: політравма, біохімічний аналіз, Java-сервлет, JSP.

Під політравмою мають на увазі складний патологічний процес, зумовлений пошкодженням кількох анатомічних ділянок або сегментів кінцівок [1]. Математична обробка результатів лабораторної діагностики політравм об'єктивно відображає системний характер викликаних патологічних порушень. Тому метою даної роботи є представлення програмної реалізації системи лабораторної діагностики політравм.

Матеріал і методи дослідження. Систему реалізовано за допомогою вільнорозповсюджуваних технологій Java Servlet та Java Server Pages (JSP) [2]. Слід зазначити, що вказані технології є практично рівносильними, оскільки кожна сторінка JSP може бути замінена відповідним сервлетом, відповідальність за виконання яких бере на себе серверна програма – рушій сервлетів. Єдине, що варто мати на увазі, це те, що на відміну від JSP сервлети мають більш виражені засоби для програмування. Система розроблялася для розгортання на Web-сервері Apache. Для підтримки Java-технологій на Web-сервері застосовується рушій сервлетів Apache Tomcat. Для збереження структурованих даних використано систему управління реляційними базами даних MySQL; при розробці графічного інтерфейсу – бібліотеку візуальних компонент AJAX.

Внутрішнє представлення інформаційної моделі, що лежить в основі розробки системи, включає (рис. 1):

- головний сервлет системи PolyTraumaServlet;
- пакет класів beans для представлення елементарних об'єктів, створюваних на основі записів бази даних;
- менеджер керування рухом даних DataManager;

– програмні класи-слуги, що безпосередньо здійснюють доступ до бази даних з метою зчитування-запису даних (Peer) – входять в пакет model;

– база даних з даними про біохімічні та мікроскопічні дослідження жовчі.

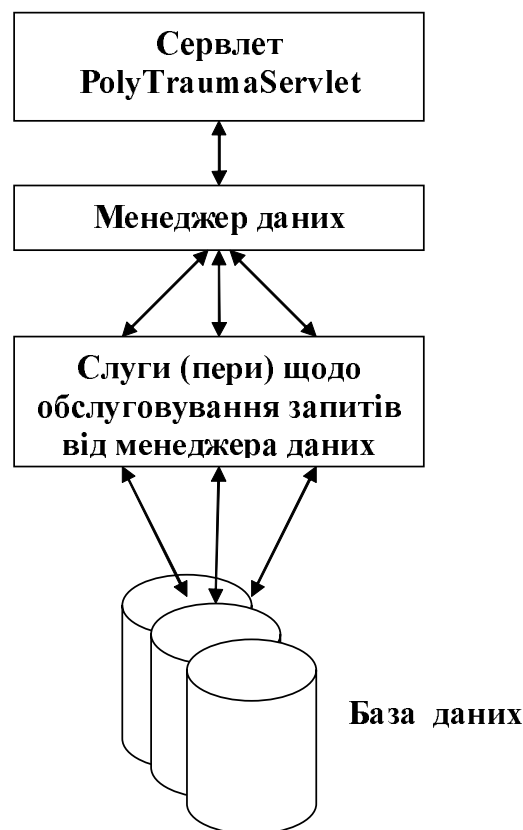


Рис. 1. Внутрішнє представлення інформаційної моделі

База даних містить такі таблиці (рис. 2):

- pt_patient – з ідентифікаційними даними пацієнтів;
- pt_biochem – з даними біохімічних досліджень.

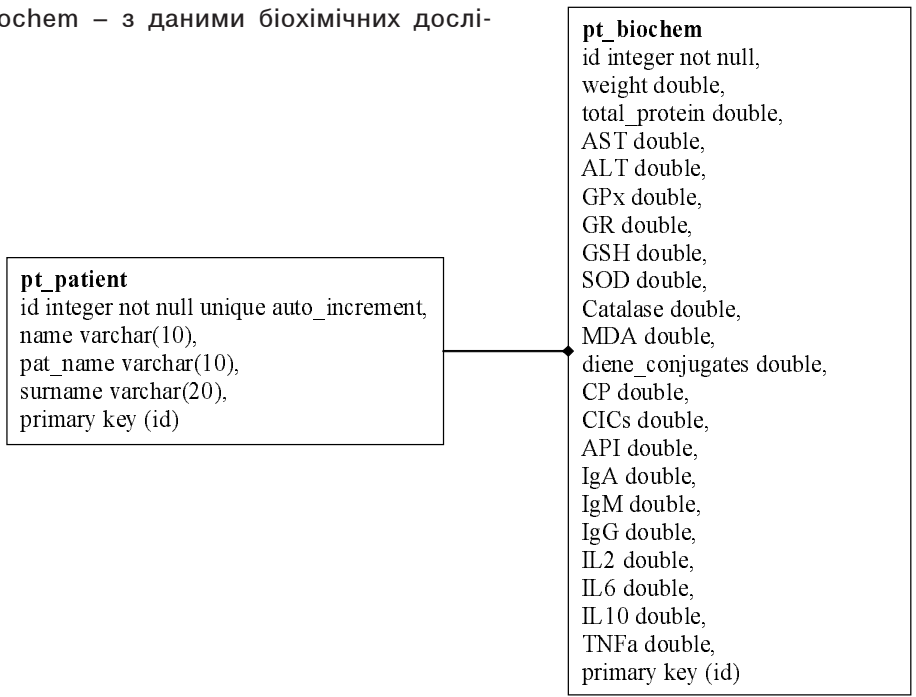


Рис. 2. Таблиці бази даних та зв'язки.

Символом позначено зв'язок «один до багатьох». Через таблицю pt_patient здійснюється доступ до даних лабораторних досліджень

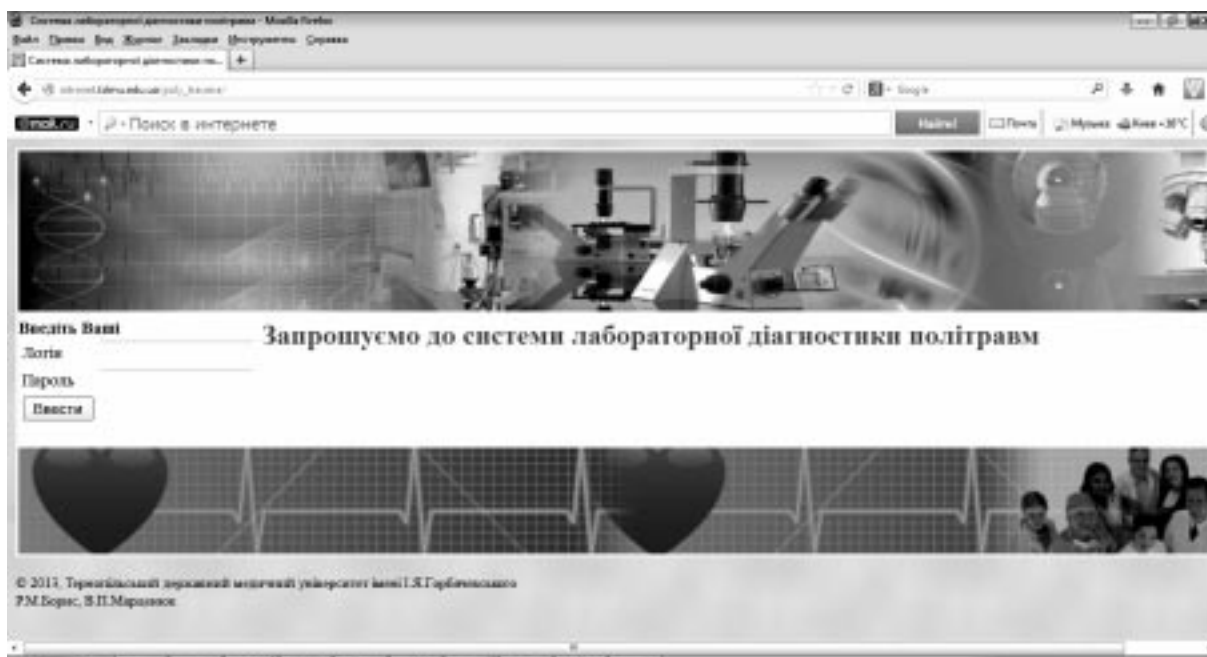
Функціональні риси, що реалізовані в програмі, включають:

- авторизований вхід у систему;
- внесення інформації про нові лабораторні дослідження;
- побудова пелюсткової діаграми на основі даних біохімічних досліджень.

Результати дослідження та їх обговорення.

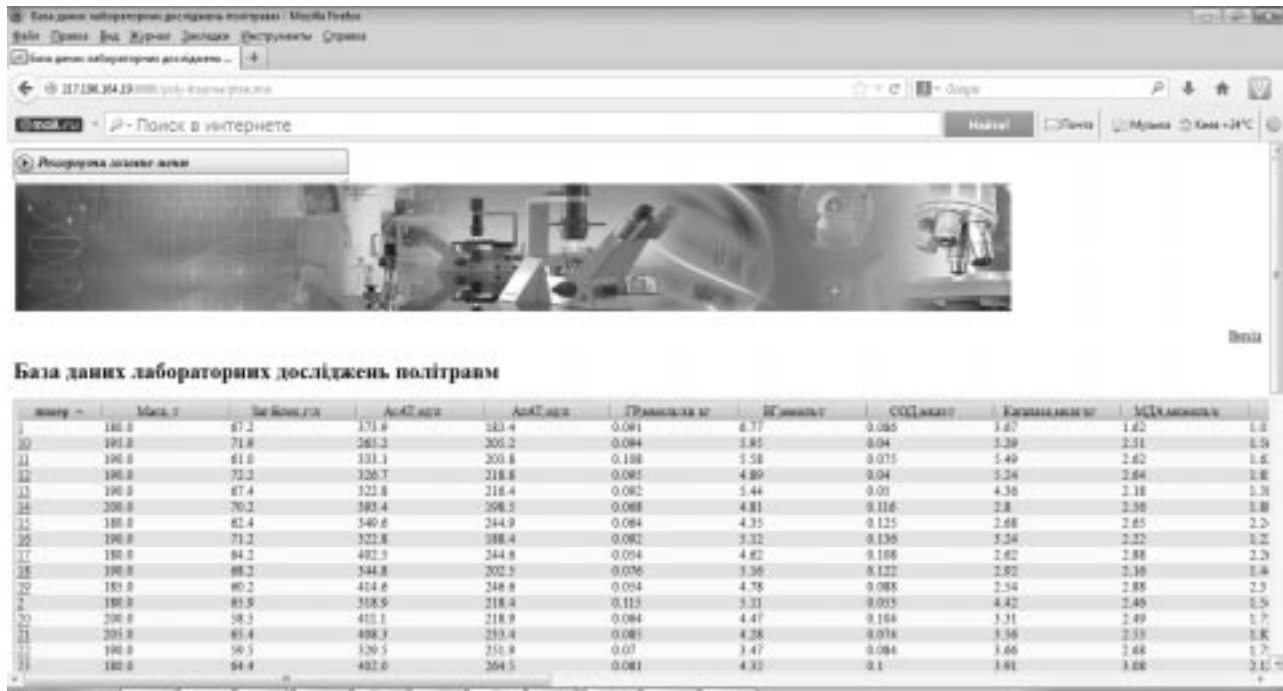
Вхід у систему. Робота в системі може здійснюватися дистанційно за допомогою одного з Web-браузерів. Система доступна за Інтернет-адресою: intranet.tdmu.edu.ua/poly_trauma/, яку слід ввести в поле «Адрес»:

http://intranet.tdmu.edu.ua/poly_trauma/
З'явиться вікно входу в систему:



Для входу в систему необхідно в поля «Логін» та «Пароль» ввести значення, під якими користувач зареєстрований у системі, та натиснути кнопку «Ввести».

Після успішної аутентифікації з'явиться головне робоче вікно системи:



Структура головного робочого вікна системи. Головне робоче вікно системи включає таблицю

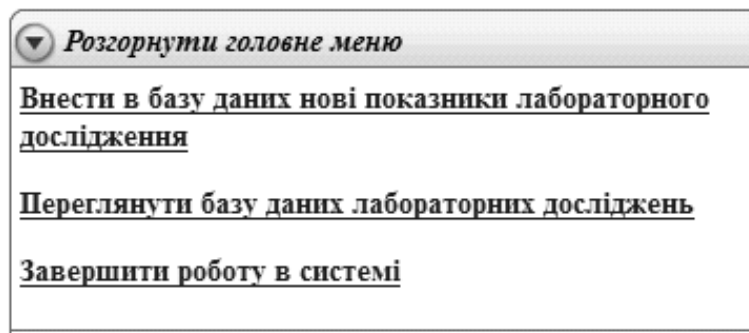
біохімічні дані лабораторної бази даних. Сюди входять основні показники біохімічних досліджень.

біохімічні дані

номер	Маса, г	Інтенсивність	АсАТ, од/г	АлАТ, од/г	Група крові	Інтенсивність	СДСА, мм/г	Кремнієвий, г/г	МДН, ммоль/г
1	180.0	87.2	171.9	181.4	0.091	8.77	0.086	3.67	1.81

Крім того, таблиця містить посилання на підпрограми побудови діаграм:

[побудувати діаграму](#)



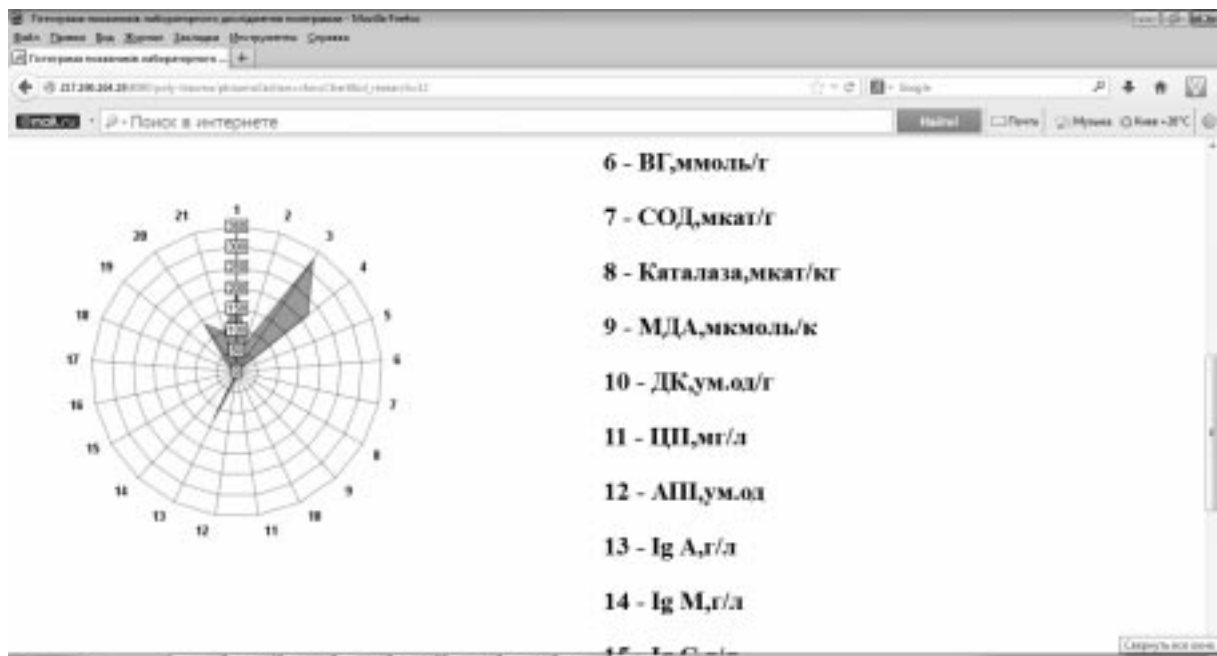
Внесення інформації про нові лабораторні дослідження політравми. Для внесення нових даних в базу даних слід в головному меню ви-

брати команду «Внести в базу даних нові показники лабораторного дослідження». З'явиться вікно для вводу даних:



У програмі реалізовано процедури валідації. Тому показники повинні мати коректні цілочисельні або дійсні числові значення. В іншому випадку з'явиться вікно з повідомленням про помилку.

Побудова пелюсткової діаграми на основі даних біохімічного дослідження. Для побудови пелюсткової діаграми потрібно, перебуваючи в головному робочому вікні системи, натиснути відповідне посилання «Побудувати діаграму». З'явиться вікно пелюсткової діаграми:



Висновки

1. Необхідність розробки Web-інтегрованої системи лабораторної діагностики впливає із системного характеру патологічних порушень при політравмі, які можуть бути виявлені на основі статистичного аналізу результатів біохімічних досліджень, що зберігаються у реляційних базах даних.

2. Систему розроблено з використанням Java та MySQL-технологій, що робить її об'єктно-орієнтованою, Web-інтегрованою та масштабованою.

3. Побудова пелюсткової діаграми на основі показників біохімічного дослідження робить систему ефективним методом підтримки прийняття рішення про вибір лікування.

Список літератури

1. Борис Р. М. Відхилення вмісту циркулюючих імунних комплексів та імуноглобулінів класів А, М, G сироватки крові в динаміці періоду гострої реакції на експериментальну краніоскелетну травму / Р. М. Борис, А. І. Гоженко // Медична хімія. – 2013. – № 2. – С. 10–14.
2. Марценюк В.П. Системи керування контентом як засіб електронної WEB-публікації медичної інформації : підхід на основі OPENCMS / В. П. Марценюк // Медична інформатика та інженерія. – 2008. – № 4. – С. 9–24.

ИНФОРМАЦИОННАЯ СИСТЕМА ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПОЛИТРАВМ

Р.Н. Борис, В.П. Марценюк (Одесса, Тернополь)

В работе представлено компьютерную программу “Система лабораторной диагностики политравм” (ЛДПТ). Данная система является приложением сервера Apache Tomcat, в состав которого входят Java-сервлеты и JSP-страницы, что дает возможность сохранять в базе данных MySQL результаты биохимических исследований. Программа реализована в терминах языка программирования Java. Предназначена для специалистов в области медицинских наук, прикладного программирования, медицинской кибернетики и информатики.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **политравма, биохимический анализ, Java-сервлет, JSP.**

INFORMATIVE SYSTEM OF LABORATORY DIAGNOSTICS OF POLITRAVM

R.M. Borys, V.P. Martsenyuk (Odesa, Ternopil)

There are presented the computer program “System laboratory diagnosis of polytrauma (LDPT).” This system is an application server, Apache Tomcat, which is composed of Java-servlets and JSP-page that allows you to store in a MySQL database the results of biochemical studies. The program is implemented in terms of the programming language Java. Designed for professionals in the field of medical sciences, application programming, Medical Cybernetics and Informatics.

KEY WORDS: **polytrauma, chemistry, Java-servlet, JSP.**

Рукопис надійшов до редакції 25.04.2013 р.
Рецензент: д.мед.н., проф. А.Г. Шулгай

УДК 616-058(091)“71”

*О.М. ГОЛЯЧЕНКО, Н.Я. ПАНЧИШИН, В.Л. СМІРНОВА, Л.М. РОМАНЮК,
Н.Є. ФЕДЧИШИН, О.Н. ЛИТВИНОВА (Тернопіль)*

СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА ЗНОВУ НА РОЗДОРІЖЖІ

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

Перший систематизований курс соціальної медицини під назвою “громадська гігієна” був прочитаний видатним українським громадським лікарем, одним із фундаторів громадської (земської) медицини О.В. Корчаком–Чепурківським у 1906 р. Цілі і завдання нової науки були сформульовані на основі аналізу 30-річної діяльності земських дільничних лікарень, які вперше у світовій історії медицини запровадили суцільну реєстрацію захворюваності населення. За радянських часів політика щодо соціальної медицини коливалася від повної заборони з фізичним знищенням провідних вчених, до напівіснування, коли соціальні фактори визнавалися як визначні у розвитку захворюваності населення, але водночас проголошувалася соціальна однорідність суспільства. Сьогодні соціальна медицина знову фактично опинилась під заборонаю через закон про персональні дані.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: соціальна медицина, історія розвитку, захворюваність населення.

Перший систематизований курс соціальної медицини під назвою “громадська гігієна” був прочитаний видатним українським громадським лікарем, одним із фундаторів громадської (земської) медицини О.В. Корчаком–Чепурківським у 1906 р. в Київському Комерційному інституті. Цілі і завдання нової науки О.В. Корчаком–Чепурківським були сформульовані на основі аналізу 30-річної діяльності земських дільничних лікарень, які вперше у світовій історії медицини запровадили суцільну реєстрацію захворюваності населення. Було доведено, чим хворіє людність, якою є інтенсивність захворюваності і якою має бути мережа лікарняних закладів, щоб медична допомога при захворюваннях була ефективною і доступною для людей. Той факт, що перший курс соціальної медицини був прочитаний поза межами вищої медичної школи, засвідчив, по-перше, консерватизм тодішньої медицини, яка не зразу зрозуміла значення нової науки, по-друге, широту її зацікавленень, з якими мають бути обізнані не лише медики, але й господарники, політики тощо, діяльність яких має вирішальне значення для громадського здоров'я, як виявилось пізніше.

Досвід суцільної реєстрації захворюваності населення, запроваджений земською медициною, досі залишається унікальним у світовій практиці. Так звані цивілізовані країни не спромоглися його запровадити, обмежившись опитуванням вибіркового груп людей.

Поступово горизонти соціальної медицини як науки розширювались, і під сучасну пору їх можна трактувати наступним чином.

Пусковим елементом є дані про здоров'я людності, передусім про її захворюваність і смертність. Ці дані вітчизняна медицина отримує, як сказано вище, шляхом суцільної реєстрації захворювань і смертей.

На підставі даних про громадське здоров'я розвивались засади організації охорони здоров'я, які включали профілактику, діагностику, лікування і реабілітацію хворих. В основу організації охорони здоров'я громадською медициною був запроваджений дільничний принцип. Її уособлював дільничний лікар, який надавав основний обсяг медичної допомоги. Подальша еволюція організаційних засад охорони здоров'я призвела до побудови трирівневої системи медичних закладів, кожний з яких мав чітко окреслені мету і завдання. Для аналізу діяльності цієї системи була запроваджена суцільна реєстрація амбулаторних відвідувань пацієнтів і випадків стаціонарного лікування, що давала змогу отримати дані стосовно потреби в матеріально-кадровому забезпеченні системи.

Ще на початку свого існування соціальна медицина дійшла висновку про соціальну обумовленість здоров'я: кожна хвороба, по суті, є соціальною – таким був її основний постулат. Однак саме це положення зробило соціальну медицину заручницею дій правлячої верхівки, відпо-

відальної за стан справ у суспільстві. Коли в країні утвердився новий соціалістичний лад, що мав на меті побудову соціального суспільства, в якому кожний працював відповідно до своїх здібностей, а отримував згідно з потребою, охорона здоров'я мала стати чи не найвагомим аргументом, що мав довести ефективність цього ладу. Докази мала надати соціальна медицина. Перше покоління соціальних медиків, що вийшло з надр громадської медицини, цих доказів не надало, бо дані про захворюваність і смертність людності свідчили про зворотне.

Тоді трапилося непередбачуване. Перше покоління фундаторів соціальної медицини було частково знищене, частково відсторонене від роботи, а сама наука заборонена. Було ліквідовано суцільну реєстрацію хвороб і смертей людності; охорона здоров'я почала розвиватись шляхом емпіричних проб, волюнтаристських рішень, заснованих на ідеологічних догмах і припущеннях.

Успіхи поєднувались з прорахунками. Ґрунтуючись на припущенні, що новий лад в короткі терміни призведе до корінного оздоровлення людності і ледве не до масового поширення фізіологічної старості, нове покоління соціальних медиків висуває положення про відмирання стаціонарів і про пріоритетний розвиток поліклінік, які мали забезпечити профілактику (диспансеризацію), діагностику і лікування хвороб. Це ніби само по собі вимагало значно менших затрат на охорону здоров'я, які порівняно із громадською медициною знизилась в десятки разів. Найприкрішим стало те, що дільничний лікар, лікар-енциклопедист, який до того ніс основну відповідальність за здоров'я пацієнта, загубився в нетрях поліклініки, перетворився в її упосліджений "гвинтик", і на місце індивідуальної відповідальності за здоров'я пацієнта прийшла колективна, де всі за одного, а один за всіх, де неможливо знайти правого і винуватого.

Іще одним емпіричним організаційним рішенням, яке було прийняте всередині 60-х років минулого сторіччя і мало фатальні наслідки для розвитку охорони здоров'я, став курс на її тотальну спеціалізацію. Цей курс остаточно звів нанівець дільничну медицину і значно поглибив колективну безвідповідальність за здоров'я пацієнта...

Після десятиліть заборони і жорстоких переслідувань всередині минулого сторіччя соціально-медичні дослідження відновлюються, але відповідних умов для розвою соціально-медичної думки не отримують. Ідеологічні марксистсько-ленінські постулати в своєму розвитку сягають теорії утворення єдиної людської спільноти – радянських людей. Саме на підставі цієї "теорії" нове покоління соціальних медиків, не обтяжене моральними принципами своїх фундаторів і на-

страшене їхньою гіркою долею, висуває положення про соціальну однорідність здоров'я радянських людей [2]. Виникає протиріччя: з одного боку, не спростовується соціальна обумовленість здоров'я, а з іншого утверджується його соціальна однорідність.

Дисонансом з теорією соціальної однорідності здоров'я людності виступає організація його охорони. В її основу ще в 30-і роки, коли були заборонені соціально-медичні дослідження, був покладений не соціально-медичний, а класовий підхід. З позицій цього підходу робітничий клас, як провідний у суспільстві, мав забезпечуватись переважаючою медичною допомогою. До територіальної мережі медичних закладів, яка існувала в містах і селах, у містах, де зосереджувався робітничий клас, додається виробнича мережа (медико-санітарні частини). Нормативи матеріально-технічного забезпечення медичних закладів у містах суттєво вищі порівняно із сільською місцевістю. Крім того, існував ще один соціальний прошарок – правляча номенклатура, яка мала спеціальну закриту мережу медичних закладів під назвою "лечсанупр". Тут були створені значно ліпші матеріальні умови, не існувало фінансових обмежень на медикаментозне забезпечення тощо. Цікава деталь, яка ілюструє повне нехтування теорією соціальної однорідності здоров'я і підкреслює антисоціально-медичну сутність радянської охорони здоров'я: посада дільничного лікаря реєструвалась на 2500 сільських мешканців, 1700 міських і 500 осіб, прикріплених до "лечсанупров".

Після відміни заборони на соціально-медичні дослідження найбільшого розмаху отримує вивчення соціальної обумовленості окремих хвороб, які засвідчують суттєві розбіжності в їхній поширеності залежно від умов і способу життя людей. Прагнучи довести скороминущість цих розбіжностей, дослідники не помічають фальсифікацій в реєстрації захворюваності і смертності та діяльності закладів охорони здоров'я. Безсумнівні успіхи у зниженні смертності немовлят поєднуються зі штучним перебільшенням цього зниження за рахунок підробки медичних документів; обґрунтовується зникнення туберкульозу, сифілісу і гонореї як соціальних хвороб і доведення їх до поодиноких випадків; у звітах про діяльність медичних закладів "досягається" 100% охоплення контингентів профілактичними оглядами і таке ж 100% диспансерне спостереження за хронічними хворими, хоча трапляється, що ці хворі стоять на диспансерному обліку тривалий час після смерті.

Дослідження зв'язку між соціальними чинниками і рівнями захворюваності і смертності населення та про те, як цей зв'язок має впливати на організацію охорони здоров'я, залишаються

вузьким місцем соціальної медицини. Наші тридцятирічні спостереження за впливом соціальних чинників на захворюваність людності дозволили зробити два основні висновки: по-перше, вивчення регіональних або територіальних відмінностей в стані здоров'я людей показало, що чим менша за своїм обсягом територія, тим вагоміші відмінності в стані здоров'я людей. Це може бути зумовлено лише одним: чим менша територія і чисельність людності, тим конкретнішим стає сполучення соціальних чинників здоров'я. Оця неповторність і своєрідність кожного такого сполучення визначає рівень здоров'я на конкретній території. Дія соціальних чинників постійно змінюється, що потребує постійного динамічного спостереження за ними або, як тепер прийнято говорити, моніторингу. Так, вищезазначеним 30-літнім моніторингом встановлено, що за ці роки 17 чинників, за якими йде спостереження (стать, вік, сімейний стан, освіта, професія, професійні шкідливості, подушний дохід, матеріальний достаток, житло, режим харчування, переважаючий стан їжі, вживання тютюну, вживання алкоголю, психоемоційні перевантаження, психічні травми в анамнезі, стосунки в сім'ї та колективі, сон) суттєво збільшили диференціацію захворюваності в межах соціальних груп [1].

Звідси випливає, що поодиноким соціально-медичних досліджень, не об'єднаних єдиною методологією і методичними підходами, недостатньо для внесення корисних змін в організацію охорони здоров'я. Потрібна загальнодержавна система на зразок тої, яку запровадили фундатори соціальної медицини. Звісно, налагодити суцільну реєстрацію хвороб і смертей у поєднанні із соціальними чинниками неможливо і нераціонально. Необхідно суцільний збір статистичної інформації доповнити вибірковою.

За основу має бути взято базовий рівень – адміністративний район у місті і селі. За пересічного числа мешканців на цьому рівні у 70–100 тисяч достатньо вибрати репрезентативну сукупність у 4 тисячі осіб, яка дасть змогу отримати достовірні дані щодо здоров'я людності в розрізі основних соціальних чинників, соціальних прошарків і забезпечити провідникам охорони здоров'я базового рівня вкрай необхідну інформацію для прийняття оптимальних управлінських рішень на конкретній території в реальному часі. Накопичення даних в динаміці покаже тенденції соціальної обумовленості здоров'я, а для провідників більш високого рівня (область, держава) слугуватимуть сумарні дані.

Соціальна медицина мусить подати докази для корінного перегляду засад організації охорони здоров'я, які у своїй сутності зберігаються в самостійній Україні з радянських часів. Для цього вбачаються два основні напрями. Перший

полягає в тому, щоб сімейний лікар, який іде на заміну дільничному і має охопити не менше 90% усього обсягу медичної допомоги, діяв з позицій соціальної медицини. Враховуючи, що соціальна медицина накопичила достатньо даних стосовно соціальної обумовленості найнебезпечніших хвороб, сімейний лікар має бути забезпечений комп'ютерними програмами, які дозволятимуть йому виділяти з-поміж його пацієнтів групи ризику стосовно цих хвороб і зосередити на них основні зусилля.

Другий напрям полягає в подоланні антисоціально-медичної сутності організації охорони здоров'я на державному рівні, яка з радянських часів в Україні не послабилась, а посилилась. В умовах побудови т.зв. ліберального ринку в Україні і зняття пресу ідеологічних догм соціальна медицина, однак, наштовхнулась на нові суттєві перепони. Основна з них – наукове обґрунтування соціального розшарування суспільства: які його критерії, в якому напрямку воно розвивається, яких меж має досягти і чим керуватись, диференціюючи стан здоров'я нації та обґрунтовуючи шляхи його поліпшення.

Досі запропоновані різні градації соціального розшарування українського суспільства. Градація перша [9]:

1) дуже багаті люди – олігархи, які нажились на паразитарному посередництві, великому експорті-імпорту;

2) багаті люди – власники бізнесу, що займаються переважно імпортом на український ринок зарубіжних неліквідів;

3) бізнесмени середнього достатку, що займаються дрібними торгівлею, виробництвом та сферою послуг;

4) чиновництво, якого стало вдвічі-втричі більше порівняно з радянськими часами;

5) бідні люди, які живуть за рахунок найманої праці;

6) дуже бідні люди, які живуть на мізерну пенсію, допомогу по безробіттю, Христовим іменем.

В українському підручнику із соціології [7] запропонована така соціальна градація, або стратифікація, українського суспільства: вищий прошарок власників (3%), середній клас (10%), низи (70%). Правда, де поділось ще 17% людності, в підручнику не вказано. Стверджується, що в радянському суспільстві соціальна різниця між прошарками становила 5–7 разів, тепер вона збільшилась до сотень разів.

Вищий клас власників послугами вітчизняної медицини не користується, а лікується за кордоном. Біди вітчизняної охорони здоров'я йому ще більш невідомі, ніж адміністративно-номенклатурній верхівці радянських часів. Середній клас послуговується переважно приватною медициною, яка частково зосереджена в приватних ме-

дичних закладах, а здебільшого під дахом державних медичних закладів, де розвинулась формально незаконна потужна приватна практика. Низи отримують мінімальну медичну допомогу в простих випадках, яку мають змогу оплатити. Дослідження показують, що лише 5% селян, що мають підвищений артеріальний тиск, отримують адекватне медикаментозне лікування, а 95% селян, що викликають швидку медичну допомогу, мусять оплачувати медикаментозне лікування. Більше того, до 30% викликів цієї допомоги до селян просто не доїжджають [4].

З позицій соціальної медицини незрозуміло, чому провідники української охорони здоров'я видають розпорядження, згідно з якими державним і комунальним закладам охорони здоров'я дозволяється за окрему плату виділяти ліжкомісце підвищеної комфортності (як в "лечсанупре") та проводити додаткові обстеження і лікувальні заходи. Невже такий підхід сприятиме подоланню соціальних відмінностей в здоров'ї нації та його загальному поліпшенню.

Ще одне завдання, яке має вирішувати соціальна медицина, – це обґрунтування економічних механізмів діяльності охорони здоров'я. Це її найбільш вузьке місце. Громадська медицина досягла пристойного рівня фінансування і не передбачала поділу ліжок за рівнем комфортності. Радянська медицина скоротила обсяг фінансування, зокрема заробітну платню медиків, порівняно із громадською, в десятки разів.

В той час, коли цивілізовані країни довели рівень фінансування охорони здоров'я до 10–15% власного валового внутрішнього продукту і вважають охорону здоров'я найважливішим чинником національної безпеки, в самостійній Україні цей відсоток упав до 2–3. Найприкріше те, що дехто з новітнього покоління соціальних медиків в Україні виправдовує подібне ставлення до охорони здоров'я нації.

І ось ще нове випробування. Виходить Закон України «Про захист персональних даних». Він регулює правові відносини, пов'язані із захистом і обробкою персональних даних, і спрямований на захист основоположних прав і свобод людини і громадянина. Зокрема права на невтручання в особисте життя у зв'язку з обробкою персональних даних. Цей Закон поширюється на діяльність з обробки персональних даних, яка здійснюється повністю або частково із застосуванням автоматизованих засобів, а також на об-

робку персональних даних, що містяться у картотеці чи призначені до внесення до картотеки, із застосуванням неавтоматизованих засобів. Положення цього Закону не поширюється на діяльність з обробки персональних даних, яка здійснюється творчим чи літературним працівником, у тому числі журналістом, у професійних цілях. За умови забезпечення балансу між правом на невтручання в особисте життя та правом на самовираження.

В цьому Законі вказується, що «обробка персональних даних здійснюється для конкретних і законних цілей, визначених за згодою суб'єкта персональних даних, або у випадках, передбачених законами України, у порядку, встановленому законодавством. Не допускається обробка даних про фізичну особу без її згоди, крім випадків, визначених законом, і лише в інтересах національної безпеки, економічного добробуту та прав людини» (ст. 6, пп.5, 6). Серед особливих вимог до обробки персональних даних належить заборона обробки даних, які стосуються здоров'я чи статевого життя (ст. 7, п. 1) [5].

Результатом цієї законотворчої діяльності стала заборона проводити нам конкретні соціально-медичні дослідження.

Не пройшло і 50-ти років, як історія із заборною соціальної медицини повторилася в нових соціально-економічних умовах. Що ж трапилось? Минуло 50 із понад 100 років існування соціальної медицини, як вона знову попала під заборону під іншим приводом. Воістину правий був видатний німецький філософ Гегель: події, що трапляються, як трагедія, потім повторюються, як фарс. Понад 50% чинників здоров'я належать до соціальних. Замість того, щоб розширювати застосування їх на практиці, ми фактично ліквідуємо їх отримання. Як в часи А. Везалія, соціальна медицина працює на органному рівні, в той час як інші фундаментальні науки працюють на рівні генному. Але чи дадуть щось медицині генні дослідження, якщо вплив соціальної природи не буде відображено в обумовленості здоров'я? Таким чином, наш студент, орієнтований глибоко у фізіології та інших фундаментальних науках, залишиться невігласом в їх соціальній обумовленості. Буде навпамацки або емпіричним способом шукати їх відображення на практиці. Сподіватимемося, що із цієї ситуації буде знайдено цивілізований вихід.

Список літератури

1. *Голяченко О. М.* Соціальна медицина / О. М. Голяченко, К. М. Сокол, Г. О. Слабкий. – Тернопіль : Лілея, 2009. – 188 с.
2. *Лисицин Ю. П.* Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения / Ю. П. Лисицин. – М. : Медицина, 1987. – Т.1. – 432 с.
3. *Оцінка виконання Міжгалузевої комплексної програми “Здоров’я нації” на 2002-2011 роки.* – К., 2006. – 204 с.
4. *Побережний А.* Організація швидкої медичної допомоги сільському населенню / А. Побережний. – Тернопіль : Лілея, 2007. – 95 с.
5. *Про захист персональних даних : Закон України із змінами, внесеними згідно із Законами № 4452-VI від 23.02.2012. та № 5491-VI від 20.11.2012* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.rada.gov.ua>. – Назва з екрану.
6. *Славина Н. Г.* Доказова медицина – нова клінічна парадигма XXI століття? / Н. Г. Славина // Мед. реабілітація, курортол., фізіотерапія. – 2005. – № 4. – С. 48–52.
7. *Танчин І. З.* Соціологія / І. З. Танчин. – К. : Знання, 2008. – 351 с.
8. *Чому вимирає українська людність* // О. М. Голяченко, Г. О. Слабкий, І. Ю. Андрієвський [та ін.] // Нов. медицини і фармації. – 2008. – № 9. – С. 21–27.
9. *Шульман Л.* Ринковий фундаменталізм / Л. Шульман // Універсум. – 2002. – № 11–12. – С. 13–17.
10. *Щорічна доповідь про стан здоров’я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію.* 2007 р. – К., 2008. – 283 с.

СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА ОПЯТЬ НА РАСПУТЬЕ

А.М. Голяченко, Н.Я. Панчишин, В.Л. Смирнова, Л.Н. Романюк, Н.Е. Федчишин, О.Н. Литвинова (Тернополь)

Первый систематизированный курс социальной медицины под названием “общественная гигиена” был прочитан выдающимся украинским общественным врачом, одним из фундаторов общественной (земской) медицины А.В. Корчаком–Чепурковским в 1906 г. Цели и задания новой науки были сформулированы на основе анализа 30-летней деятельности земских участковых больниц, которые впервые в мировой истории медицины внедрили сплошную регистрацию заболеваемости населения. В советское время политика относительно социальной медицины колебалась от полного запрета с физическим уничтожением ведущих ученых, до полусуществования, когда социальные факторы признавались как определяющие в развитии заболеваемости населения, но в то же время провозглашалась социальная однородность общества. Сегодня социальная медицина снова фактически оказалась под запретом из-за закона о персональных данных.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **социальная медицина, история развития, заболеваемость населения.**

SOCIAL MEDICINE AGAIN AT THE CROSSROADS

O.M. Golyachenko, N.Ya. Panchyshyn, V.L. Smirnova, L.M. Romanyuk, N.E. Fedchyshyn, O.N. Lytvynova (Ternopil)

The first systematic course of social medicine called “public hygiene” has been read by an outstanding Ukrainian community physician, one of the founders of the public (zemska) medicine O.V. Korchak-Chepurkivsky in 1906. Purposes and problems of new science have been formulated based on analysis of 30 years activity of rural (zemska) district hospitals, for the first time in world history of medicine have introduced continuous registration of morbidity. In Soviet period policy in social medicine fluctuated from complete prohibition with physical destruction of leading scientists to semiexistence when social factors are recognized as points in the development of morbidity, but social uniformity of society was simultaneously proclaimed. Today the social medicine again has actually appeared under ban because of the personal data law.

KEY WORDS: **social medicine, history of development, morbidity.**

Рукопис надійшов до редакції 19.04.2013
Рецензент: д-р.мед.н., проф. В.А. Кондратюк

Я. ГАНІТКЕВИЧ

УКРАЇНСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ КАЛЕНДАР НА 2013 РІК. – КИЇВ, 2012. – 68 С.

У вивченні історії медицини є певні особливості. Частіше всього науковці досліджують життєвий шлях та певні здобутки окремих відомих вчених. Систематизованих праць з історії медицини на даний час на теренах України зустрічається дуже мало, у тому числі і сучасних календарів медицини. Раніше опубліковані, в радянські часи, календарі потребують значного доопрацювання, тому що в них замовчувалися численні дані про події медицини на українських землях, про українців-медиків.

Підготовлений календар містить розширені відомості з історії медицини на землях України, про лікарів-українців і лікарів інших національностей на Волині, в Галичині, Закарпатті, Буковині. Наведено біографічні дані та згадано понад 180 лікарів.

«Український медичний календар на 2013 рік» складається із двох розділів.

У першій частині наведені в хронологічному порядку знаменні ювілейні дати з 18 по 20 століття з використанням проміжків часу в 5 років. Тут згадуються визначні особистості, які справили значний вплив на організацію лікарської праці та становлення медицини в Україні у 19–20 столітті, вивчення її історії (В. Плющ, Є. Озаркевич). Описується розвиток медичної освіти в Галичині за часів Австро-Угорської імперії (відкриття Медичної школи у Львові) та Наддніпрянській Україні (відкриття Київського імператорського університету Св. Володимира, створення Київського хірургічного товариства). Не оминув автор своєю увагою і основні дати щодо розвитку мережі лікарень «для лікування людей різного стану», клінічних кафедр, клінік, відкриття курортів (зокрема курорту «Моршин» за участі Краківського бальнеологічного товариства).

Велика увага приділяється відомим вченим, науковцям, лікарям, які зробили значний внесок у розвиток медицини краю не лише в Україні, але й за її межами. Так, у 1798 році у Петербурзі створено Медико-хірургічну академію, в якій українські вчені-медики відігравали одну з перших ролей – із восьми заснованих кафедр українці посідали в ній п'ять. Першим професором кафедри анатомії та фізіології був видатний український вчений-медик Никон Карпинський, професором хірургії – видатний український хірург, вихователь великої кількості хірургів, член Державної Медичної Колегії Яків Саполович; професором патології та терапії – Григорій Базилевич, який довгий час вивчав медицину за кордоном; професором ботаніки – видатний український ботанік та фармаколог, почесний член Державної Медичної Колегії Григорій Соболевський; акушерство та судову

медицину викладав Григорій Сухарев. Вони передали свої кафедри своїм учням, теж українським вченим – Петру Загорському, Івану Сміловському, Тимофію Сміловському та Петру Логінову.

Автор наводить біографічні дані видатних особистостей, які працювали у різних галузях медицини – анатомії, біології, патогістології (О. Івакін, Й. Гільденбранд, В. Ліндемман, О. Шумлянський), мікробіології (З. Ваксман, С. Дяченко), бактеріології (Р. Вейгль, С. Коршун, Д. Заболотний), фізіології (П. Серков, О. Макаренко), фтизіатрії (А. Собкевич), офтальмології (Н. Пучківська), хірургії (О. Богаєвський, К. Двужильна, М. Амосов, О. Арутюнов, О. Богаєвський, Є. Черняхівський), військової медицини (Я. Чаруківський). Також автор не оминув своєю увагою і лікарів – учасників визвольних змагань УНР (А. Бурачинський, М. Кудрицький).

Друга частина праці присвячена опису визначних персоналій та подій на території України з 10 до початку 20 століття. Тут згадуються основні події, які відіграли значну роль у розвитку охорони здоров'я: становлення монастирської медицини, перші медичні праці, цехи цирульників, шпиталі козаків Запорізької Січі, розвиток медичної освіти та науки, епідемії важких захворювань та боротьбу з ними.

Цінним у даній праці є підхід до обмеження календаря останнім періодом, тому що потрібен ще певний час для детального осмислення істориками подій 20-го століття і вироблення ними об'єктивної оцінки усіх реалій минулого століття. Слід сказати, що в 2004 році О. Голяченко і Я. Ганіткевич видали перший український підручник з історії медицини, в якому вони вперше виокремили роль українських вчених в історії медицини. У числі рецензентів підручника та спеціально створеної з цією метою програми були Президент Всеукраїнської Академії наук А.М. Сердюк, акад. Л. Пиріг та багато інших видатних вчених України. На жаль, цей підручник не включили в перелік обов'язкових, і замість нього перевидали підручник С.А. Верхратського. Безсумнівно, рецензована книга відповідає європейським зразкам до видання подібних матеріалів. Майбутнє за такими книжками.

Книга Я. Ганіткевича «Український медичний календар на 2013 рік» містить у собі багато цінних даних для істориків медицини, лікарів, студентів, що дозволить систематизувати знання в даній галузі та покращити процес вивчення історії медицини рідного краю.

К.мед.н., доц. Н.О. Теренда (Тернопіль)

Журнал належить до Переліку наукових видань, в яких можуть публікуватися основні результати дисертаційних робіт (розділ “Медичні науки”) ВАК України.

Тематична спрямованість журналу: питання державної політики охорони здоров'я; теоретичні основи охорони здоров'я; концептуальні основи реформування галузі; питання профілактики в охороні здоров'я; медико-демографічні та медико-соціологічні дослідження; вивчення та прогнозування здоров'я населення, розробка моделей управління здоров'ям; медичні проблеми здорового способу життя; організація охорони здоров'я населення; питання управління охороною здоров'я; економіка охорони здоров'я, страхова медицина; нормативне, правове, кадрове, інформаційне, матеріально-технічне, фінансове забезпечення системи охорони здоров'я; сучасні медичні технології; проблеми підготовки медичних кадрів та організація післядипломної освіти; організація санітарно-епідеміологічної служби; комплексна інформація системи охорони здоров'я, її правове, інформаційне, програмне і технічне забезпечення; організація наукових досліджень у системі охорони здоров'я та впровадження нововведень; питання історії медицини, медичної етики та деонтології; проблеми організації наукової медичної інформації; організація охорони здоров'я та управління нею в екстремальних умовах; міжнародний досвід з організації охорони здоров'я; міжнародне співробітництво з питань охорони здоров'я тощо.

До редакції (за адресою: 02099, м. Київ, пров. Волго-Донський, 3) подаються роботи, що **раніше ніде не друкувалися, не направлялися для опублікування в інші друковані видання**, не мають інформації, що становить державну таємницю: оригінальні статті, огляди літератури, короткі повідомлення, рецензії, реферати, інформація про роботу з'їздів, конференцій, симпозіумів, нарад, семінарів та інших наукових, науково-практичних і практичних заходів, а також рекламний матеріал; редакція надає різноманітні рекламні послуги.

Правила подання матеріалу для опублікування:

- Матеріал має супроводжуватись офіційним направленням від установи, в якій він був виконаний, з візою керівництва (наукового керівника), завіреною круглою печаткою установи, та **гарантійним листом про оплату із розрахунку 150 у.о. за 1 авторський аркуш (40 000 знаків)**, оплата здійснюється установою або автором. Якщо матеріал не має гарантійного листа, він не розглядається, автору не повертається, а передається на розгляд лише після погашення заборгованості.

- На останній сторінці статті мають бути власноручні підписи всіх авторів, **прізвище, ім'я та по батькові (повністю)**, поштова адреса, номери телефонів (службовий, домашній) автора, з яким редакція буде спілкуватися.

- Авторський текстовий оригінал має складатися з трьох примірників українською мовою: тексту (обсяг оригінальних статей, у тому числі рисунків, літератури, реферату, не більше ніж 8 с., оглядів літератури, лекцій, проблемних статей – не більше ніж 12 с., коротких повідомлень, рецензій – не більше ніж 7 с.);

- списку літератури (якщо в статті є посилання, не більше ніж 20 літературних джерел, в оглядах – не більше ніж 50);

- таблиць;

- рисунків (не більше ніж 4) і підписів до них;

- **рефератів російською, українською та англійською мовами з обов'язковим зазначенням прізвищ та ініціалів авторів цими мовами**, обсягом не більше 1/3–1/2 с.

- Статті набираються на комп'ютері в програмі Word, зберігаються у форматі .rtf і подаються роздруковані з дискетою. Текст реферату слід друкувати шрифтом 12 пунктів з міжрядковим інтервалом – 1,5, додержуючись таких розмірів берегів (полів): верхній і нижній – 20 мм, лівий – 25 мм, правий – 10 мм. Ілюстрації (діаграми, графіки, схеми) будуються в програмах Word або Excel та у вигляді окремих файлів і разом із текстовим файлом подаються на дискеті.

- На першій сторінці зазначаються: **індекс УДК ліворуч**, ініціали та прізвища авторів, місто в дужках, назва статті, назва установи, де працюють автори.

- Список літератури подається відразу під текстом за текстом. Автори згадуються за абеткою – спочатку праці вітчизняних авторів, а також іноземних, опублікованих російською чи українською мовою, далі іноземних авторів, а також вітчизняних, опублікованих іноземною мовою. Всі джерела повинні бути пронумеровані та мати не більше ніж 5-7-річну давність.

Посилання в тексті позначаються цифрами у квадратних дужках, мають відповідати нумерації у списку літератури. Оформлення бібліографії здійснюється за новим стандартом з бібліографічного опису ДСТУ ГОСТ 7.1:2006. Скорочення слів і їх поєднань наводять згідно з ДСТУ 3582-97 “Скорочення слів в українській мові у бібліографічному описі. Загальні вимоги та правила”.

- Кількість ілюстрацій (рисунок, схеми, діаграми) має бути мінімальною. Таблиці і рисунки вміщують у текст статті зразу після першого посилання на них. У підписі до рисунка наводять його назву, пояснення всіх умовних позначень (цифр, букв, кривих тощо). Таблиці повинні бути компактними, пронумерованими, мати назву. Нумери таблиць, їх заголовки та цифрові дані, оброблені статистично, мають точно відповідати наведеним у тексті. Формули надаються зробленими у редакторі формул Microsoft Equation 3.0.
- Позначки різних мір, одиниці фізичних величин, результати клінічних і лабораторних досліджень слід наводити відповідно до Міжнародної системи одиниць (СІ), медичні терміни - згідно з Міжнародною анатомічною та Міжнародною гістологічною номенклатурами, назви захворювань - за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду, лікарські засоби - за Державною Фармакопеею (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 47 грн. З приводу придбання звертатися за тел. : (0352) 52-80-09.

Редакційна Рада

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

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

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

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

ПОСТАНОВЛЯЄ:

1. Попередити установи-засновники наукових фахових видань, що у разі відсутності видань у фондах визначених ВАК бібліотек вони будуть вилучені з переліку наукових фахових видань України, в яких дозволяється друкувати результати дисертаційних досліджень.
2. Установам-засновникам фахових видань оновити склади редакційних колегій так, щоб більшість у них становили фахівці, основним місцем роботи яких є установа-засновник фахового видання.
3. Редакційним колегіям організувати належне рецензування та ретельний відбір статей до друку. Зобов'язати їх приймати до друку у виданнях, що виходитимуть у 2003 році та у подальші роки, лише наукові статті, які мають такі необхідні елементи: постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями; аналіз останніх досліджень і публікацій, в яких започатковано розв'язання даної проблеми і на які спирається автор, виділення невирішених раніше частин загальної проблеми, котрим присвячується означена стаття; формулювання цілей статті (постановка завдання); виклад основного матеріалу дослідження з повним обґрунтування отриманих наукових результатів; висновки з даного дослідження і перспективи подальших розвідок у даному напрямку.
4. Спеціалізованим ученим радам при прийомі до захисту дисертаційних робіт зарахувати статті, подані до друку, починаючи з 2003 року, як фахові лише за умови дотримання вимог до них, викладених у п.3 даної постанови.
5. Встановити обов'язковим подання до ВАК України разом із клопотанням про внесення видання до переліку фахових також копії свідоцтва про державну реєстрацію друкованого засобу у Державному комітеті інформаційної політики, телебачення та радіомовлення України.
6. Зобов'язати установи, які є засновниками фахових видань, протягом 2003 року надсилати до ВАК України один контрольний примірник видання із супровідним листом.
7. Експертним радам ВАК України провести до 1 січня 2004 року аналіз наукового рівня публікацій у фахових виданнях і подати президії ВАК України пропозиції щодо внесення відповідних змін до переліку фахових видань.

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

ДО ВІДОМА РЕКЛАМОДАВЦІВ

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

Тематика журналу:

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

Крім того, на сторінках журналу розміщуються різноманітні рекламні матеріали.

Періодичність випуску журналу – раз на квартал.

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

Розцінки на розміщення реклами:

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

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

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

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

З надією на плідну співпрацю

Головний редактор 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 24.05.2013. Формат 60x84/8. Папір офсет.
Друк офсет. Ум. друк. арк 6,98. Обл.-вид. арк. 6,54. Наклад 600. Зам. № 148