

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

3 (61) / 2014

Public establishment “Ukrainian Institute of Strategic Researches MHC 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 – 2014
Тернопіль – 2014

Свідоцтво про державну реєстрацію серія KB № 374 від 23.03.99
Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2014 № 3(61)
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 **Г.О. Слабкий**

Ю.Б. Яценко (*заст. головного редактора*), А.Г. Шульгай (*відповід. редактор*), Л.Я. Ковальчук
(*заст. головного редактора*), О.Р. Ситенко (*відповід. редактор*), Ю.В. Вороненко, А.О. Голяченко,
О.М. Голяченко, Т.С. Грузева, О.М. Дзюба, В.М. Лехан, Н.В. Медведовська, А.М. Сердюк,
Н.О. Теренда, Л.А. Чепелевська, Н.П. Ярош

РЕДАКЦІЙНА РАДА

В.О. Волошин (*Київ*), М.В. Голубчиков (*Київ*), О.З. Децик (*Івано-Франківськ*),
Івона Бояр (*Польща*), В.І. Клименко (*Запоріжжя*), О.М. Ковальова (*Полтава*),
С.А. Куковякін (*Росія*), А.С. Кутуза (*Київ*), О.В. Любінець (*Львів*),
П.С. Мельник (*Київ*), Р.О. Моїсеєнко (*Київ*), А.М. Нагорна (*Київ*), В.А. Огнєв (*Харків*),
Н.О. Сайдакова (*Київ*), В.Й. Шатило (*Житомир*)

Журнал включено до Переліку №1 наукових фахових видань України, в яких можуть публікуватися
результати дисертаційних робіт на здобуття вченого ступеня кандидата і доктора наук
(додаток до постанови Президії ВАК України від 14.04.10 №1-05/3)
Журнал включено до міжнародної наукометричної бази Google Scholar

Рекомендовано до друку Вченою радою
Українського інституту стратегічних досліджень
(протокол № 9 від 13.10.2014)

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 KB №12202-1086P від 15.01.2007 р.

Адреса видавництва і друкарні

46001, м. Тернопіль, Майдан Волі, 1

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

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

Організація медичної допомоги

Слабкий Г.О., Качур О.Ю. Проблеми в організації променевої діагностики на вторинному рівні надання медичної допомоги та шляхи їх вирішення

5

Rejzvikh O.E., Shnaider S.A. The organization of stomatological aid to children in Ukraine in 2013

9

Картавцев Р.Л. Оцінка лікарями забезпеченості закладів охорони здоров'я медичним обладнанням

15

Бурдим Ю.В. Концептуальні підходи до організації медичної допомоги пацієнтам хірургічного профілю на первинному рівні

19

Реформування системи охорони здоров'я

Ковтун М.І. Особливості соціально-психологічного аспекту надання висококваліфікованої офтальмологічної допомоги в умовах реформування галузі

23

Управління охороною здоров'я

Sytenko O.R., Kucherenko N.T., Smirnova T.M. Modern problems of health care system of Ukraine (analytical literature review)

27

Петрашик Ю.М. Якість медичних послуг: особливості, роль, фактори

32

Здоров'я населення: тенденції та прогнози

Повч З.В. Динаміка та регіональні особливості захворюваності населення України на хвороби ока та його додаткового апарату

35

Завалко Ю.М., Андрейко М.Ф. Позитивна динаміка лікарняної летальності хворих на шизофренію: організаційний та клінічний аспекти

42

Смірнова В.К., Панчишин Н.Я., Голяченко Б.А. Артеріальний тиск студентів Тернопільського медичного університету імені І.Я. Горбачевського п'ятого року навчання

47

Наука – практиці охорони здоров'я

Klimenyk V.P., Ocheredko O.M. Geostatistical modelling of demographical input into cardiovascular diseases related disability rates in Zhytomyrska oblast, Ukraine

51

Медичні норми

Якобчук А.В. Міжнародні механізми створення і закріплення нормативних актів з прав людини у сфері ВІЛ/СНІДу та контролю за їх дотриманням

59

Organization of medical care

Slabkyi G.O., Kachur O.Ju. Problems in the organization of beam diagnostics at secondary level of health care and ways of their solve

Rejzvikh O.E., Shnaider S.A. The organization of stomatological aid to children in Ukraine in 2013

Kartavtsev R.L. Estimation by doctors provision of health care facilities the medical equipment

Burdym Yu.V. Conceptual approaches to the medical aid organization to patients with surgical profile at the primary level

Reforming of health care system

Kovtun M.I. Features of social and psychological aspect of highly qualified ophthalmologic aid providing in conditions of branch reforming

Health care management

Sytenko O.R., Kucherenko N.T., Smirnova T.M. Modern problems of health care system of Ukraine (analytical literature review)

Petrashyk Y.M. Quality of medical services: features, role, factors

Health of the population: tendencies and forecasts

Povch Z.V. Dynamics and regional features of morbidity of the Ukrainian population on eye and its additional device diseases

Zavalko J.M., Andreiko M.F. Positive dynamics hospital mortality patients with schizophrenia: organizational and clinical aspects

Smirnova V.K., Panchyshyn N.Ya., Holyachenko B.A. Blood pressure students of the fifth year study of Ternopil medical University by I.Ya. Horbachevsky

The science for health care practice

Klimenyk V.P., Ocheredko O.M. Geostatistical modelling of demographical input into cardiovascular diseases related disability rates in Zhytomyrska oblast, Ukraine

Medical standards

Yakobchuk A.V. International mechanisms of creating and sustaining regulations under human rights in the HIV/AIDS sphere and control over their observance

Огляд наукової літератури

Піщиков В.А, Кондратюк Н.Ю., Торжевська О.М., Шестак Н.В. Систематизація та аналіз існуючих методологічних підходів до превентивного консультування пацієнтів працівниками первинної медичної допомоги (аналітичний огляд літератури) **63**

Історія медицини

Кадобний Т.Б., Боцюк І.З., Лабівка О.В. Духовні та здоров'язберігаючі основи давньоруських цілителів **69**

Дискусії

Крекотень О.М. Суб'єктивна оцінка стану здоров'я працівників провідних галузей економіки **72**

Корпоративна інформація

Конгрес Міжнародного товариства істориків медицини **79**

Некрологи

Пам'яті ректора ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України», члена-кореспондента НАМН України, професора Ковальчука Леоніда Якимовича **80**

The review of the scientific literature

Pisichykov V.A., Kondratiuk N.Yu., Torzhevskaya O.M., Shestak N.V. Ordering and analysis of existing methodological approaches to preventive consultation of patients by primary care workers (analytical literature review)

History of medicine

Kadobnyi T.B., Botsyuk I.Z., Labivka A.V. Spiritual and health keeping basis of activity of old Russian healers

Discussions

Krekoten O.M. Subjective assessment of health condition of employees involved in the leading branches of economy

Corporative information

Congress of the International Society of Historians of Medicine

Obituaries

In memory of Rector of SHEI "Ternopil Medical State University by I.Ya. Horbachevsky Ministry of Health of Ukraine", Correspponding Member of the National Academy of Medical Scienes of Ukraine, Professor Leonid Yakymovych Kovalchuk

ПРОБЛЕМИ В ОРГАНІЗАЦІЇ ПРОМЕНЕВОЇ ДІАГНОСТИКИ НА ВТОРИННОМУ РІВНІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА ШЛЯХИ ЇХ ВИРІШЕННЯ

Ужгородський національний університет¹
ДУ “Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України”², м. Київ

Мета: виявити проблеми в організації променевої діагностики на вторинному рівні надання медичної допомоги та запропонувати шляхи їх вирішення у ході створення госпітальних округів.

Матеріали і методи. Методологічною базою дослідження став системний підхід та системний аналіз. База наукового дослідження охоплювала 12 центральних районних та 5 центральних міських лікарень. У дослідженні використані наступні методи: статистичний, контент-аналізу, експертних оцінок.

Результати. Встановлено ряд проблем в організації променевої діагностики на рівні ЗОЗ вторинного рівня надання медичної допомоги – недосконалі матеріально-технічна база, кадрове забезпечення та організаційно-управлінські технології, які унеможливають обстеження пацієнтів з використанням променевих методів дослідження відповідно до клінічних протоколів.

Висновки. На результативність використання променевої діагностики на вторинному рівні надання медичної допомоги можна впливати через удосконалення ресурсного забезпечення і заходів організаційно-управлінського характеру, насамперед шляхом узгодження вимог клінічних протоколів, табелів оснащення та типових штатних розписів при розробці стандартів забезпечення ЗОЗ нового типу.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: променева діагностика, організація, проблема, шляхи рішення.

В Україні проводиться реформа охорони здоров'я [2,5], метою якої є підвищення якості та ефективності медичної допомоги [4]. Важливою в організації медичної допомоги є діагностична складова, у тому числі променеві методи дослідження [3]. Якість надання діагностичної допомоги населенню визначає відповідність обсягів та термінів обстеження клінічним протоколам [1].

Мета роботи: вивчити та проаналізувати проблеми в організації променевої діагностики на вторинному рівні надання медичної допомоги та причини їх виникнення, запропонувати шляхи їх вирішення у ході створення госпітальних округів.

Матеріали і методи. У дослідженні використано підхід, рекомендований А. Донабедіан, за яким характеризуються структура, процес і результат будь-якого процесу [6]. У даному випадку організація променевої діагностики на вторинному рівні надання медичної допомоги.

У дослідженні самостійно та в різних комбінаціях використані наступні методи:

- *статистичний* – з метою вивчення та аналізу показників ресурсного (матеріально-технічного і кадрового) забезпечення закладів охорони здоров'я (ЗОЗ);

- *контент-аналізу* – для зіставлення табелів оснащення, типових штатних нормативів центральних районних (ЦРЛ) та центральних міських

лікарень (ЦМЛ) та положень клінічних протоколів з проведення променевої діагностики, затверджених МОЗ України;

- *експертних оцінок* – для визначення відповідності обсягів та термінів проведення променевих методів обстеження пацієнтам вимогам клінічних протоколів МОЗ України.

Експертній оцінці підлягало по 40 історій хвороби з кожного ЗОЗ: 480 із ЦРЛ та 200 із ЦМЛ. Експертизі підлягали історії хвороби пацієнтів, у яких за вимогами клінічних протоколів застосування променевих методів обстеження було обов'язковим. Кожна історія хвороби підлягала експертизі тільки один раз. Експертами виступали дослідники та завідувачі відділень.

Методологічною базою дослідження стали системний підхід та системний аналіз.

База наукового дослідження охоплювала 12 ЦРЛ та 5 ЦМЛ, у яких надається вторинна медична допомога дорослому населенню.

Статистична обробка отриманих даних проводилася з використанням пакету статистичного аналізу Microsoft Excel за допомогою програми Statistika-6.

Результати дослідження та їх обговорення. Структурна компонента організації променевої діагностики на вторинному рівні надання медичної допомоги характеризується й оцінюється наявністю та якістю ресурсів (кадрових, ма-

теріально-технічних) та організаційних форм променевої діагностики. Таким чином, структура характеризує умови для організації променевої діагностики. Структурний аспект може визначатися як по відношенню до ЗОЗ з його ресурсним забезпеченням (кадровим, матеріально-технічним), організацією роботи, так і до кожного медичного працівника ЗОЗ окремо, та оцінюється ефективність використання променевої діагностики для підвищення якості медичної допомоги.

Результати оцінки структурної компоненти організації променевої діагностики наведені у табл. 1. Отримані в ході дослідження дані вказують на недостатній рівень укомплектованості ЗОЗ обладнанням для променевої діагностики (66,7%

і 80%) та високий рівень його зношеності (58,3% та 60% відповідно), низький рівень забезпеченості витратними матеріалами (25,0% та 40,0%) та медичними кадрами (на рівні 67–80%). Причому рівень ресурсного забезпечення ЦРЛ є нижчим, ніж ЦМЛ.

Зіставлення затверджених МОЗ України таблиць оснащення ЦРЛ та ЦМЛ і клінічних протоколів з надання медичної допомоги за окремими нозологіями вказує на їх невідповідність та неможливість при нормативному оснащенні ЗОЗ виконання, в плані забезпечення пацієнтам променевої діагностики, галузевих нормативів обстеження, а відповідно, і якості медичної допомоги.

Таблиця 1. Показники структурної компоненти променевої діагностики, %

Показник	ЦРЛ	ЦМЛ
Оснащення відповідно до Табеля оснащення, затвердженого МОЗ України	66,7	80,0
Рівень оснащення, що використовується довше нормативного терміну	58,3	60,0
Забезпеченість витратними матеріалами, до нормативу	25,0	40,0
Штатний розпис відповідає галузевому нормативу	8,3	40,0
Укомплектованість штатних посад лікарів	75,0	80,0
Укомплектованість штатних посад середніх медичних працівників	66,7	80,0

Зіставлення нормативів кадрового забезпечення ЦРЛ та ЦМЛ медичними працівниками для проведення променевих методів обстеження, визначених наказом МОЗ України від 22.02.2002 року №33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я» зі змінами і доповненнями, та клінічних протоколів з надання медичної допомоги за окремими нозологіями також вказує на неможливість при нормативному кадровому забезпеченості виконання галузевих нормативів із забезпечення пацієнтів сучасною променевою діагностикою.

Далі вивчалася компонента процесу. Компонента процесу є складовою сучасного управління організацією променевої діагностики пацієнтам на

рівні ЗОЗ. Вона включає організаційні технології променевої діагностики, тобто виконання медичним персоналом своїх функцій з обстеження пацієнтів з використанням променевих методів, взаємовідносини між персоналом і пацієнтом.

Результати оцінки компоненти процесу організації променевої діагностики наведені у табл. 2. Встановлено, що променеві методи дослідження цілодобово проводяться у всіх ЦМЛ та у 75,0% ЦРЛ. У вихідні та святкові дні та нічний час лікарі з променевих методів дослідження чергують вдома у 80,0% ЦМЛ та 58,3% ЦРЛ. Водночас лікарі-спеціалісти не проходили підготовку з інтерпретації результатів обстеження пацієнтів з використанням методів променевої діагностики.

Таблиця 2. Показники компоненти процесу променевої діагностики, %

Показник	ЦРЛ	ЦМЛ
Проміневе обстеження проводиться цілодобово	75,0	100,0
У вихідні та святкові дні лікарі з променевої діагностики чергують вдома	58,3	80,0
У нічний час лікарі з променевої діагностики чергують вдома	58,3	80,0
Усі лікарі-спеціалісти пройшли підготовку з інтерпретації результатів променевих методів обстеження	-	-

Результат – компонента системи, що відображає ефективність використання променевої діагностики.

Оцінка результативності організації променевої діагностики (табл. 3) показала недостатній рівень використання променевих методів обсте-

ження відповідно до клінічних протоколів за обсягом (49,8% у ЦРЛ та 60,0% у ЦМЛ) та низький рівень за термінами (35,8% та 49,0% відповідно), а також досить високий рівень непроведення обстежень (7,1% та 15,5%).

Таблиця 3. Показники результатів використання променевої діагностики, %

Показник	ЦРЛ	ЦМЛ
Обстеження відповідно до клінічного протоколу за обсягом	49,8	60,0
Обстеження відповідно до клінічного протоколу за терміном	35,8	49,0
Зазначене клінічним протоколом обстеження не проведено	7,1	15,5

Висновки

У ході дослідження виявлено проблеми в організації променевої діагностики на рівні ЗОЗ вторинного рівня надання медичної допомоги – це недосконалі матеріально-технічна база, кадрове забезпечення та організаційно-управлінські технології, які унеможливають обстеження пацієнтів з використанням променевих методів дослідження відповідно до клінічних протоколів. З огляду на це на результативність використання променевої діагностики на рівні ЦРЛ та ЦМЛ можна впливати через удосконалення ресурсного

забезпечення і заходів організаційно-управлінського характеру. Насамперед необхідно на галузевому рівні при розробці стандартів забезпечення ЗОЗ нового типу (лікарні інтенсивного та планового лікування, клініко-діагностичні поліклініки та центри) у ході створення госпітальних округів узгодити вимоги клінічних протоколів, табелів оснащення та типових штатних розписів.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням впливу променевої діагностики на результати лікувального процесу в стаціонарних умовах на рівні вторинної медичної допомоги.

Список літератури

1. Вуори Х. В. Обеспечение качества медицинского обслуживания. Концепция и методология / Х. В. Вуори. – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 1985. – 179 с.
2. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – № 1 (13). – С. 5–23.
3. Нагорна А. М. Проблеми якості в охороні здоров'я: монографія / А. М. Нагорна, А. В. Степаненко, А. М. Морозов. – Кам'янець-Подільський : Абетка-НОВА, 2002. – 384 с.
4. Охорона здоров'я України : стан, проблеми, перспективи. – Київ-Тернопіль, 2009. – 440 с.
5. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Донецькій, Дніпропетровській, Вінницькій областях та м. Києві : Закон України № 3612-VI від 7.07.2011 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
6. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care / A. Donabedian // *Mildank memorial Fund quarterly*. – 1966. – Vol. 44. – P. 166–206.

ПРОБЛЕМЫ В ОРГАНИЗАЦИИ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ НА ВТОРИЧНОМ УРОВНЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

Г.А. Слабкий¹, А.Ю. Качур²

Ужгородский национальный университет¹

ГУ “Украинский институт стратегических исследований МЗ Украины”², г. Киев

Цель: обнаружить проблемы в организации лучевой диагностики на вторичном уровне оказания медицинской помощи и предложить пути их решения в ходе создания госпитальных округов.

Материалы и методы. Методологической базой исследования стал системный подход и системный анализ. База научного исследования охватила 12 центральных районных и 5 центральных городских больниц. В исследовании использованы следующие методы: статистический, контент-анализа, экспертных оценок.

Результаты. Выявлен ряд проблем в организации лучевой диагностики на уровне УЗ вторичного уровня оказания медицинской помощи – несовершенная материально-техническая база, кадровое обеспечение и организационно-управленческие технологии, которые не позволяют проводить обследование пациентов с использованием лучевых методов исследования в соответствии с клиническими протоколами.

Выводы. На результативность использования лучевой диагностики на вторичном уровне оказания медицинской помощи можно влиять через усовершенствование ресурсного обеспечения и мероприятий организационно-управленческого характера, прежде всего путем согласования требований клинических протоколов, таблиц оснастки и типовых штатных расписаний при разработке стандартов обеспечения УЗ нового типа.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **лучевая диагностика, организация, проблема, пути решения.**

PROBLEMS IN THE ORGANIZATION OF BEAM DIAGNOSTICS AT SECONDARY LEVEL OF HEALTH CARE AND WAYS OF THEIR SOLVE

G.O. Slabkiy¹, O.Ju. Kachur²

Uzhgorod National University¹

Public establishment "Ukrainian Institute of Strategic Researches MHC of Ukraine", Kyiv

Purpose: to identify problems in the organisation of beam diagnostics at secondary level of health care and offer ways of their decision in the course of hospital districts creation.

Materials and methods. The system approach and the system analysis became methodological base of study. Database of scientific research covered 12 central regional and 5 central city hospitals. In study following methods have been used: statistical, content analysis, expert estimations.

Results. A number of problems in the organisation of beam diagnostics at HCF secondary level of health care have been established - the material base, personnel provision and organizational technologies that prevent examination of patients using beam methods of research according to clinical protocols are imperfect.

Conclusions. On the effectiveness of beam diagnostics use at secondary level of health care can be affected by improving resource provision and measures of organizational and management character, first of all by coordination of clinical protocols requirements, sheets of equipment and typical lists of staff by standards development of ensure HCF new type.

KEY WORDS: **beam diagnostics, organization, problem, decision ways.**

Рукопис надійшов до редакції 10.10.2014 року

Відомості про авторів:

Слабкий Геннадій Олексійович – д.мед.н., проф. кафедри громадського здоров'я Ужгородського національного університету; E-mail: g.slabkiy@mail.ru.

Качур Олександр Юрійович – к.мед.н., н.с. ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України». Телефон: +38 (044) 576-41-19.

O.E. REYZVIKH, S.A. SHNAIDER

THE ORGANIZATION OF STOMATOLOGICAL AID TO CHILDREN IN UKRAINE IN 2013

SE «The Institute of Stomatology of the NAMS of Ukraine», Odesa

Purpose: to give the characteristics of the state of system, staff potential and the level of stomatological aid to children in Ukraine in 2013.

Materials and methods. The forms of state statistical reports, the data of market reviews, the materials, presented in the reference books of the Center of Medical Statistics of the MoH of Ukraine, the normative documents has been analyzed. The main methods of medical statistics are used.

Results. Stomatological aid to children of Ukraine was given in 1356 healthcare facilities by 21295 dentists. Reduction the number of children examined for 2006-2013 makes 526 thousand of children. Proportion of treated teeth with caries over to all visits is 52.8%. Proportion of complicated caries to all treated teeth is 19.3%.

Conclusions. It was possible to calculate risk group among children, which makes 36.8%. That is 1/3 children of Ukraine at the age from 0 to 17 years are not examined by dentist and are not sanitized annually.

KEY WORDS: **children, stomatological aid.**

The reformation of health protection in the XXI century in Ukraine is rather intensive. At present WHO distinguish 3 main tendencies in Ukraine:

1. Unreasonable excessive attention to specialized medical aid.
2. The use of administrative methods with short-term results.
3. Keeping to the principle of non-interference in management and as a result – unregulated commercialization in the field.

These tendencies run counter to the quality and affordability of medical aid.

International experience shows, that the problems of stomatological service and aid cannot be solved without involvement of few sources of financing, without taking into consideration social factors, without expressed interrelation with state authority. The only method of the decrease in main stomatological diseases of population is prevention. The state is not able to organize the effective system of stomatological aid without the support from the specialists and population [1].

One of the prior directions of the activity of health protection sphere in 2013 was the improvement of medical aid to the vulnerable sections of population – elderly people, disabled people, children. Among all age stratus of population the general morbidity of children takes the first place. In its structure the respiratory diseases prevail. The social factors (day regimen, nutrition, living conditions, etc.) influence most of all on children's health [2;3;4].

The aim of the work: to give the characteristics of the state of system, staff potential and the level

of stomatological aid to children in Ukraine in 2013 on the grounds of medial and statistical information.

The materials and the methods. The forms of state statistical reports № 17 (tables 1000 and 1001); № 20 (tables 1001, 1002, 1005, 1100, 1104, 2700, 2701, 2702, 2703, 2800, 2801, 3100, 3500, 3501); № 47 (table 1800); the forms of the primary account documentation № 039-2/o and № 039-3/o; the data of market letters of the SE “the Institute of Stomatology of the NAMS of Ukraine” during 2009-2013; the materials, presented in the reference books of the Center of Medical Statistics of the MH of Ukraine and the Institute of Stomatology of NMAPE named after Shupik P.L. for 2009, 2010, 2011, 2012 and 2013; the normative documents, regulating all kinds of activities of stomatological establishments, were analyzed.

The main method of the investigation is medical-and-statistical.

The findings. In 2013 the stomatological aid to children in Ukraine was given in 1052 dentist offices in organized children groups (among them: in 30 dentist offices at colleges, 973 dentist offices at comprehensive schools); in 36 pediatric stomatological clinics, 252 pediatric stomatological departments. 16 movable stomatological out-patient clinics function in different regions of Ukraine.

Stomatological aid to children was also given in 3765 private stomatological offices and family doctor ambulatories, but there is no data on the activity of these ones.

In 2013 stomatological aid to children in Ukraine was given by 2078 (0.26 per 1000 children) pediatric dentists, 16659 dentists of general practice (3.68 per 10 000 patients), 1984 dental surgeons and 574 orthodontists.

The greatest number per 1000 children is in Ivano-Frankivs'k region (0.39), Lviv region (0.51), Kharkiv region (0.37) and in Kiev city (0.71). As for orthodontists, their total number in 2013 equaled 574 doctors; the greatest number per 10 000 children at the age of 0-17 years old is in Donets'k region (0.17), Lviv and Kharkiv regions (0.16), Poltava region (0.19) and Kiev city (0.31).

It is worth pointing out, that the distribution of the positions in different regions of Ukraine, and

also within one region for urban and rural localities differs considerably. In some regions the junior specialists with secondary education certificates take the positions of pediatric dentists.

During 2002-2013 the number of pediatric dentists shortened by 149 specialists (6.7%); the provision with pediatric dentists decreased in 0.21 correspondingly. As for orthodontists their number has shortened by 157 doctors (Tab. 1).

Table 1. The number of pediatric dentists in the clinics of MH of Ukraine and provision of children with them

Years	Dentists (the whole group)		Among them			
	Abs. number	Per 10000 patients	pediatric		orthodontists	
			Abs. number	Per 1000 patients	Abs. number	Per 10000 patients
2002	20416	4,27	2227	0,47	417	0,09
2006	20539	4,42	2116	0,46	480	0,10
2013	22223	4,91	2078	0,26	574	0,13

In 2002 64,9% of pediatric dentists (from the total number of dentists) were certified; in 2013 this index made 67,6%.

During 2002–2013 the total number of visits to pediatric dentists and junior dental specialists reduced by 290497 visits (Tab. 2). Unit weight of state-financed visits by pediatric dentists made 99.5% to the general number of visits to dentists.

It is necessary to point out, that during 11 years, the number of children, examined at planned sanitization shortened by 240410, and in comparison to 2012 – by 70916 ones. But the demographic situation in the country should be taken into consideration as well. The data on planned sanitization are given in tables 3, 4, 5.

Table 2. The number of visits to pediatric dentists and junior dental specialists

Indices	2002 (up to the age 14 inclusive)	2006 (up to the age 17 inclusive)	2013 (up to the age 17 inclusive)
The total number of visits (abs.)	13190058	14080691	12899561
The number of visits per one person (%)	1,7	1,6	1,6
The unit weight of primary visits among all visits (%)	50,9	49,6	50,8
The unit weight of state-financed visits to all visits to dentist (%)	99,5	99,8	99,5

Table 3. The work of the dentist's office. The planned sanitization of children

Indices	2002 (up to the age 14 inclusive)	2006 (up to the age 17 inclusive)	2013 (up to the age 17 inclusive)
Examined at planned sanitization	5707868	5993196	5467458
including the ones, examined in self-supporting clinics (offices)	21093	14196	15813
Unit weight of planning examined patients to the corresponding population (%)	71,8	68,1	68,4
including the ones, examined in self-supporting clinics (offices)	0,26	0,2	0,2
Unit weight of planning examined patients, applied for stomatological aid (%)	43,2	42,6	42,4
including the ones, examined in self-supporting clinics (offices)	33,2	47,8	23,7

Table 4. The planned sanitization of children in Ukraine in 2002–2013

Indices	2002 (up to the age 14 inclusive)	2006 (up to the age 17 inclusive)	2013 (up to the age 17 inclusive)
From the examined ones, requiring sanitization (abs)	2984418	3003208	2650185
Among examined at planned sanitization, requiring sanitization to the corresponding population (%)	37,5	34,1	33,2
Among examined at planned sanitization, requiring sanitization to the number of examined ones (%)	52,3	50,1	48,5
The number of sanitized ones from those, who required sanitization (abs)	2494915	2477565	2144557
Unit weight of sanitized ones at planned sanitization from the number of those, who requires (%)	83,6	82,5	80,9

Table 5. Sanitized at planned sanitization and at application for

Indices	2002 (up to the age 14 inclusive)	2006 (up to the age 17 inclusive)	2013 (up to the age 17 inclusive)
Sanitized at planned sanitization and at application for including the ones, sanitized in self-supporting clinics (offices)	3627859	3595165	3260100
Unit weight of sanitized ones to the corresponding population (%)	45,6	40,8	40,8
including the ones, sanitized in self-supporting clinics (offices)	*	*	0,2
Unit weight of sanitized ones to all visits for stomatological aid (%)	27,5	25,5	25,3
including the ones, sanitized in self-supporting clinics (offices)	*	*	21,4

At planned sanitization 5 467 458 children were examined in 2013; 5 538 374 – in 2012, and 5 993 196 – in 2006. That is, the shortening of the

number of examined children during 2012 – 2013 equaled 71 000 ones, and during 2006-2013 – 526 000 children (Fig. 1).

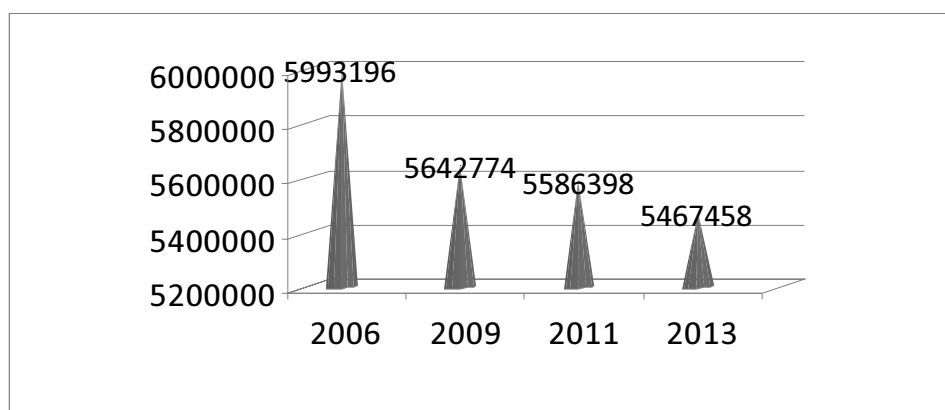


Figure 1. Children examined at planned sanitization

To calculate group of risk by the indices of planned sanitization of children the authors managed only since 2009 (Tab. 6).

The conclusion: 1/3 of children in Ukraine is not examined and is not sanitized annually.

To determine the level of orthodontic aid turned out much more difficult than it seemed. The

government did not pay such great attention to this problem 11 years ago and even before, as it does at present.

The indices, characterizing the level of orthodontic aid to children in Ukraine are given in the table 7.

Table 6. The indices of the planned sanitization of children

Indices of sanitization	2009	2010	2011	2012	2013
Unexamined (of population)	31,1% 2 547 028	28,4% 2 294 707	30,2% 2 417 038	30,5% 2 414 572	30,5% 2 430 509
Not sanitized (of requirement)	491 222	510 614	484 658	486 515	505 628
Group of risk among children	3 038 250 37,1%	2 805 321 34,7%	2 901 696 36,3%	2 901 087 36,4%	2 936 137 36,8%

Table 7. The orthodontic aid to children

Indices	2002 (up to 14 years inclusive)	2006 (up to 17 years inclusive)	2008 (up to 17 years inclusive)	2013 (up to 17 years inclusive)
Number of patients, examined by orthodontist for the first time (abs)	*	*	10972	400196
Number of patients, examined by orthodontist for the first time (to 10 000 people)	*	*	2,9	500,8
Number of patients, having completed orthodontic treatment (abs)	81863	105303	55003	48565
Number of patients, having completed orthodontic treatment (to 10 000 people)	103,0	119,6	66,1	60,8

In 2013 the unit weight of sanitized teeth on caries to the total number of visits to dentist by children up to 17 years inclusive equaled 52.8%. The unit weight of complicated caries to the total number of teeth, sanitized on caries, made 19.3%, that is by 0.9% more than in 2012.

The data on therapeutic and preventive measures are presented in the Table 8. In 2012 the course of treatment of oral mucous membrane diseases in children was held in 142 705 cases, that is by 11 710 higher, than in 2008, at that, in private dentist's offices such aid was given in 5.3% of general cases.

Table 8. The therapeutic and preventive measures in children during 2008–2013

Indices	2008	2009	2010	2013
Number of teeth, treated on caries (abs)	7726419	7450319	7470415	6808837
Unit weight of teeth, treated on caries, to all visits to dentist (%)	55,9	56,0	55,0	52,8
Number of treated teeth with complicated caries (abs)	1299381	1305609	1293457	1312120
Unit weight of complicated caries to all teeth, treated on caries (%)	22,1	22,3	17,3	19,3
The treatment of oral mucous membrane diseases (abs)	130995	134768	143813	140415
Morbidity of oral mucous membrane (to 10 000 people)	157,3	164,6	178,0	175,7

Well-known difficulties in stomatological clinics at provision with free stomatological aid occur because of insufficient financing. Especially short material logistics is observed in pediatric dentistry [5;6].

As a result of the investigations held in Donetsk region, the authors have drawn the conclusion, that the information awareness of medical insurance of dentists at general visit of children is on the very

low level; the wish to get the information on this problem was shown by dentists at the age of 40-54 with the record of serving not less than 15 years; dentists consider their material interests to be the main motive for the beginning of the work of the system of medical insurance, this fact in its turn is explained by uncertainty in material state, connected to social transformation [6].

On the basis of the given above material we can draw the following conclusion: during 11 years the number of visits to dentist by children shortened considerably (by 290 497 visits); 99.5% of visits – to state-financed stomatological clinics. The authors managed to estimate the group of risk among children as the result of the analysis of the data of planned sanitization of children. It makes 36.8%. It means that 1/3 children in Ukraine at the age from 0 to 17 years are not examined by dentist and are not sanitized annually.

The stomatological morbidity of children remains high. The present organizational model and principles of the financing of stomatological aid cannot improve the situation. The new model of pediatric stomatological aid, which can solve the problems today, has not been created in pilot regions yet. It is necessary to elaborate the model of stomatological prophylactic medical examination of children. 95% of stomatological aid to children is given in state-financed medicoprophyllactic institutions. The new organizational scheme should stipulate the development of state-financed stomatological aid. The certified level of all kinds of free stomatological aid to children requires the exact determination.

Prospects for further research: the study results are to provide on-preventive and curative care for children, especially in organized children's groups and given somatogenic nature of dental diseases.

Literature

1. *Leontjev V. K.* Models of stomatological aid to population at market conditions [Electronic resource] / V. K. Leontjev. – Access mode : <http://www.mednovosti.by/journal.aspx?article=4620>
2. *Muzychina A. A.* The attitude of dentists at general visit of children to the problems of reformation of the system of health protection in dentistry and implementation of voluntary medical insurance and obligatory medical insurance for the improvement of dental health of children [Electronic resource] / A. A. Muzychina, I. A. Sukhobokova. – Access mode : http://archive.nbuv.gov.ua/portal/chem_biol/glv/2010_4/muzch.pdf
3. *Panchishin N. Ya.* The morbidity of children in Ukraine and the factors, influencing health of children / N. Ya. Panchishin, V. L. Smirnova, O. Ya. Galyts'ka-Kharkhalis // Urgent problems in pediatrics, obstetrics and gynecology. – 2011. – Vol. 2. – P. 131–132.
4. *The reports of the main out-of-staff specialists on dentistry in 2009.* / Dental technologies. – Special issue to the IV(XI) Congress of Ukrainian Dental Association. – Donets'k. – 2010. – 160 p.
5. *The results of the work of Health Protection in Ukraine : 2013* [Electronic resource]. – K., 2014. – Access mode : <http://www.uiph.kiev.ua/download/Vidavnictvo/Rezultati%20dijalnosti%20OZ.%202013.pdf>
6. *Ustinov O. V.* The urgent problems of health and health protection in the 3rd millennium / O. V. Ustinov // Ukrainian medical periodical. – 2013. – Vol. 3 (95).

ОРГАНІЗАЦІЯ НАДАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДИТЯЧОМУ НАСЕЛЕННЮ УКРАЇНИ У 2013 РОЦІ

О.Е. Рейзвіх, С.А. Шнайдер

ДУ «Інститут стоматології Національної академії медичних наук України», м. Одеса

Мета: надати характеристику стану мережі, кадрового потенціалу та рівня надання стоматологічної допомоги дитячому населенню України у 2013 році.

Матеріали і методи. Проаналізовано форми державної статистичної звітності, дані кон'юнктурних оглядів, матеріали Центру медичної статистики МОЗ України, відповідні нормативні документи. Застосовувалися загальноприйняті методи медичної статистики.

Результати. Стоматологічна допомога дитячому населенню України надавалась у 1356 закладах охорони здоров'я 21295 лікарями-стоматологами. Зменшення кількості оглянутих дітей за 2006–2013 рр. становить 526 тис. дітей. Питома вага пролікованих зубів з приводу карієсу до усіх відвідувань становить 52,8%. Питома вага ускладненого карієсу до усіх пролікованих зубів – 19,3%,

Висновки. Вдалося вирахувати групу ризику серед дитячого населення, що становить 36,8%. Тобто 1/3 дітей України віком від 0 до 17 років щорічно не оглядається лікарем-стоматологом і не санується.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: дитяче населення, стоматологічна допомога.

ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ УКРАИНЫ В 2013 ГОДУ*О.Э. Рейзвих, С.А. Шнайдер*

ГУ «Институт стоматологии Национальной академии медицинских наук Украины», г. Одесса

Цель: охарактеризовать состояние сети, кадрового потенциала и уровня оказания стоматологической помощи детскому населению Украины в 2013 году.

Материалы и методы. Проанализированы формы государственной статистической отчетности, данные конъюнктурных осмотров, материалы Центра медицинской статистики МЗ Украины, соответствующие нормативные документы. Применялись общепринятые методы медицинской статистики.

Результаты. Стоматологическая помощь детскому населению Украины оказывалась в 1356 учреждениях здравоохранения 21295 врачами-стоматологами. Уменьшение количества осмотренных детей за 2006–2013 гг. составляет 52,8%. Удельный вес пролеченных зубов по поводу кариеса ко всем пролеченным зубам – 19,3%.

Выводы. Удалось вычислить группу риска среди детского населения, что составляет 36,8%. То есть 1/3 детей Украины в возрасте от 0 до 17 лет ежегодно не осматриваются врачом-стоматологом и не saniруются.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **детское население, стоматологическая помощь.**

Рукопис надійшов до редакції 28.08.2014 року

Відомості про авторів:

Ольга Едуардівна Рейзвих – к.мед.н., завідувач науково-організаційного та патентно-інформаційного відділу ДУ «Інститут стоматології НАМН України». Телефон: (048) 728-24-84.

Станіслав Аркадійович Шнайдер – д.мед.н., в. о. директора ДУ «Інститут стоматології НАМН України». Телефон: (048) 728-24-60.

ОЦІНКА ЛІКАРЯМИ ЗАБЕЗПЕЧЕНОСТІ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я МЕДИЧНИМ ОБЛАДНАННЯМ

Ужгородський національний університет, Україна

Мета: вивчити рівень оцінки лікарями забезпеченості закладів охорони здоров'я медичним обладнанням.

Матеріали і методи. У ході виконання роботи було використано соціологічний метод дослідження. За спеціально розробленою анкетною формою було опитано 440 лікарів, які надають стаціонарну медичну допомогу, та 440 лікарів, які надають амбулаторно-поліклінічну медичну допомогу.

Результати. Встановлено низький рівень задоволеності лікарів вторинної і третинної ланки медичної допомоги забезпеченістю закладів медичним обладнанням за більшістю спеціальностей.

Висновки. Недостатня забезпеченість медичним обладнанням унеможливує виконання галузевих нормативів на належному рівні.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: лікар, опитування, медичне обладнання, забезпеченість.

В умовах реформування галузі охорони здоров'я [5;6] велике значення приділяється підвищенню якості та ефективності медичної допомоги, яка значною мірою залежить від ресурсного забезпечення [1;8]. Забезпечення медичним обладнанням, як складова ресурсного забезпечення, визначається галузевими нормативами [2–4], затвердженими МОЗ України. Але як показує досвід та деякі публікації [7], галузеві нормативи не дають можливості забезпечити надання медичної допомоги відповідно до стандартів медичної допомоги, якими є затверджені МОЗ України клінічні протоколи.

Мета роботи: вивчити рівень оцінки лікарями забезпеченості закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) медичним обладнанням.

Матеріали і методи. У ході виконання роботи було використано соціологічний метод дослідження. За спеціально розробленою анкетною формою було опитано 440 лікарів, які надають стаціонарну медичну допомогу (400 – у ЗОЗ вторинного рівня та 40 – у ЗОЗ третинного рівня надання медичної допомоги) та 440 лікарів, які надають амбулаторно-поліклінічну медичну допомогу (400 – у ЗОЗ вторинного рівня та 40 – у ЗОЗ третинного рівня надання медичної допомоги). При проведенні дослідження забезпечено дотримання конфіденційності інформації про респондентів.

Статистичний матеріал оброблявся за допомогою програми Statistica-6 та Microsoft Excel 2000.

Результати дослідження та їх обговорення. На початку дослідження нами були статистично оброблені результати дослідження з вивчення задоволеності лікарів, які працюють у стаціонарах другого та третього рівнів надання медичної допомоги, рівнем забезпеченості ЗОЗ медичним обладнанням (табл. 1).

Встановлено, що найбільш задоволені забезпеченістю ЗОЗ медичним обладнанням на вторинному рівні надання медичної допомоги акушери-гінекологи (58,0%), хірурги (53,0%), кардіологи (48,0%), гастроентерологи (45,4%), а найменше – ендокринологи (20,0%), урологи (30,0%), пульмонологи (31,6%). Низький рівень задоволеності виявлено серед лікарів-анестезіологів (37,6%), які надають інтенсивну медичну допомогу пацієнтам при невідкладних станах. На третинному рівні стаціонарної медичної допомоги найбільш задоволеними рівнем забезпеченості були хірурги (62,5%), акушери-гінекологи (60,0%) та офтальмологи (50,0%), а найменш задоволеними – неврологи (20,0%) та лікарі-анестезіологи (30,0%).

Далі вивчався рівень задоволеності лікарів, які працюють у поліклініках другого та третього рівнів надання медичної допомоги, рівнем забезпеченості медичним обладнанням (табл. 2).

Найвищий рівень задоволеності лікарів вторинного рівня надання амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги забезпеченням медичним обладнанням виявлено серед лікарів таких спеціальностей: офтальмологічна (74,4%), хірургічна (72,0%), отоларингологічна (67,2%), а найменший – неврологічна (38,0%), травматологічна (41,5%), терапевтична (46,0%), урологічна (49,8%). При цьому лікарі-алергологи та ендокринологи повністю не задоволені рівнем забезпеченості медичним обладнанням. На третинному рівні надання медичної допомоги найвищий рівень задоволеності лікарів забезпеченням медичним обладнанням був серед лікарів таких спеціальностей: акушерство та гінекологія і офтальмологія (100,0%), а найменший – ендокринологія (25,0%) та кардіологія і терапія (40,0%).

Наступним кроком дослідження стало вивчення можливості лікарів, які працюють у стаціонарах

Таблиця 1. Задоволеність лікарів стаціонарного сектору рівнем забезпеченості закладів охорони здоров'я медичним обладнанням, %

Спеціальність	Вторинний рівень			Третинний рівень		
	задоволені	не задоволені	не визначились	задоволені	не задоволені	не визначились
Лікар-анестезіолог	37,6	52,1	10,3	30,0	50,0	20,0
Лікар-хірург	53,0	38,8	8,2	62,5	25,5	12,0
Лікар-невролог	40,0	48,0	12,0	20,0	60,0	20,0
Лікар-нейрохірург	28,5	42,9	28,6	40,0	20,0	40,0
Лікар-акушер-гінеколог	58,0	35,0	7,0	60,0	20,0	20,0
Лікар-кардіолог	48,0	44,0	8,0	40,0	40,0	20,0
Лікар-отоларинголог	35,0	35,0	30,0	-	-	-
Лікар-офтальмолог	40,2	46,4	13,4	50,0	50,0	-
Лікар-уролог	30,0	40,0	30,0	-	-	-
Лікар-пульмонолог	31,6	45,6	22,8	-	-	-
Лікар-травматолог	40,0	44,0	16,0	-	-	-
Лікар-гастроентеролог	45,4	45,6	9,0	-	-	-
Лікар-ендокринолог	20,0	60,0	20,0	-	-	-

Таблиця 2. Задоволеність лікарів амбулаторно-поліклінічного сектору рівнем забезпеченості закладів охорони здоров'я медичним обладнанням, %

Спеціальність	Вторинний рівень			Третинний рівень		
	задоволені	не задоволені	не визначились	задоволені	не задоволені	не визначились
Лікар-акушер-гінеколог	62,0	34,0	4,0	100,0	-	-
Лікар-хірург	72,0	22,0	6,0	66,7	-	33,3
Лікар-невролог	38,0	56,0	6,0	66,7	-	33,3
Лікар-терапевт	46,0	50,0	4,0	40,0	40,0	20,0
Лікар-алерголог	-	83,4	16,6	-	80,0	20,0
Лікар-кардіолог	55,2	30,4	14,4	40,0	40,0	20,0
Лікар-отоларинголог	67,2	25,6	7,2	80,0	20,0	-
Лікар-офтальмолог	74,4	16,0	9,6	100,0	-	-
Лікар-уролог	49,8	50,2	-	66,7	-	33,3
Лікар-пульмонолог	53,6	26,3	20,1	-	-	-
Лікар-травматолог	41,5	33,6	24,9	-	-	-
Лікар-гастроентеролог	53,6	26,3	20,1	66,7	33,3	-
Лікар-ендокринолог	-	80,0	20,0	25,0	50,0	25,0

та поліклініках, надавати медичну допомогу відповідно до клінічних протоколів, які затверджені МОЗ України за відповідними спеціальностями. Перед дослідженням лікарі були ознайомлені з чинними клінічними протоколами. Результати соціологічного дослідження серед лікарів стаціонарного сектору ЗОЗ другого та третього рівнів надання медичної допомоги наведені у табл. 3.

Опитування лікарів стаціонарного сектору щодо можливості надавати медичну допомогу у визначених клінічних протоколах обсягах у цілому вказують на низький рівень таких можливостей на вторинному рівні надання медичної допомоги. Лікарі-нейрохірурги та лікарі-

ендокринологи такої можливості не мають, а за 8 спеціальностями із 14, що підлягали дослідженню (57,1%), рівень таких можливостей не сягає 20,0%. На третинному рівні надання медичної допомоги рівень вказаних можливостей загалом достовірно вищий, ніж на вторинному рівні, при низькому у лікарів-анестезіологів та лікарів-кардіологів – по 20,0%.

Наступним кроком дослідження було вивчення можливостей лікарями амбулаторно-поліклінічного сектору надавати медичну допомогу відповідно до клінічних протоколів щодо забезпечення ЗОЗ обладнанням (табл. 4).

Таблиця 3. Можливість лікарів стаціонарного сектору виконувати клініко-діагностичні вимоги клінічних протоколів, %

Спеціальність	Вторинний рівень			Третинний рівень		
	можливо	неможливо	не визначились	можливо	неможливо	не визначились
Лікар-анестезіолог	17,2	69,2	13,6	20,0	60,0	20,0
Лікар-хірург	21,8	61,3	16,9	50,0	37,5	12,5
Лікар-невролог	4,0	86,0	10,0	40,0	60,0	-
Лікар-нейрохірург	-	85,7	14,3	40,0	60,0	-
Лікар-акушер-гінеколог	31,0	54,0	15,0	60,0	20,0	20,0
Лікар-кардіолог	8,0	88,0	4,0	20,0	80,0	-
Лікар-отоларинголог	10,0	65,0	25,0	-	-	-
Лікар-офтальмолог	13,4	59,8	26,8	50,0	50,0	-
Лікар-уролог	10,0	60,0	30,0	-	-	-
Лікар-пульмонолог	22,8	46,8	-	-	-	-
Лікар-травматолог	20,0	68,0	12,0	-	-	-
Лікар-гастроентеролог	13,5	64,0	22,5	-	-	-
Лікар-ендокринолог	-	80,0	20,0	-	-	-

Таблиця 4. Можливість лікарів амбулаторно-поліклінічного сектору виконувати клініко-діагностичні вимоги клінічних протоколів, %

Спеціальність	Вторинний рівень			Третинний рівень		
	можливо	неможливо	не визначились	можливо	неможливо	не визначились
Лікар-акушер-гінеколог	50,0	38,0	12,0	100,0	-	-
Лікар-хірург	64,0	28,0	8,0	66,7	33,3	-
Лікар-невролог	12,0	78,0	10,0	60,0	20,0	20,0
Лікар-терапевт	24,0	70,0	6,0	40,0	60,0	-
Лікар-алерголог	-	91,7	8,3	-	100,0	-
Лікар-кардіолог	4,8	85,6	9,6	40,0	40,0	20,0
Лікар-отоларинголог	12,0	78,4	9,6	33,3	66,7	-
Лікар-офтальмолог	16,8	71,2	12,0	66,7	33,3	-
Лікар-уролог	8,3	75,1	16,6	33,3	66,7	-
Лікар-пульмонолог	13,4	79,9	6,7	-	-	-
Лікар-травматолог	33,2	50,2	16,6	-	-	-
Лікар-гастроентеролог	20,1	53,1	26,8	33,3	66,7	-
Лікар-ендокринолог	-	70,0	30,0	-	75,0	25,0

Результати дослідження вказують на те, що на вторинному рівні надання медичної допомоги лікарі-алергологи та ендокринологи повністю не можуть надавати амбулаторно-поліклінічну допомогу відповідно до клінічних протоколів у зв'язку з відсутністю необхідного обладнання. Низький рівень медичної допомоги відповідно до галузевого нормативу через відсутність необхідного обладнання надають лікарі за наступними спеціальностями: кардіологія (2,4%), урологія (12,0%), неврологія та отоларингологія (12,0%), пульмонологія (13,4%). На третинному рівні надання медичної допомоги лікарі-алергологи та ендокринологи теж повністю не можуть надавати

амбулаторно-поліклінічну допомогу відповідно до клінічних протоколів через відсутність необхідного обладнання. Низький рівень медичної допомоги відповідно до галузевого нормативу внаслідок відсутності необхідного обладнання надають лікарі за спеціальностями: отоларингологія, урологія, гастроентерологія – 33,3%.

Висновки

Проведене соціологічне дослідження серед лікарів вторинного та третинного рівня надання амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної медичної допомоги показало низький рівень їх задоволеності забезпеченістю медичним обладнанням та неможливість виконання галузевих нормативів

(клінічних проколів) при наявному забезпеченні медичним обладнанням цих ЗОЗ за більшістю спеціальностей.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням ефективності використання дорогого медичного обладнання у ЗОЗ.

Список літератури

1. *Нагорна А. М.* Проблеми якості в охороні здоров'я : монографія / А. М. Нагорна, А. В. Степаненко, А. М. Морозов. – Кам'янець-Подільський : Абетка-НОВА, 2002. – 384 с.
2. *Про затвердження* табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні планового лікування : наказ МОЗ України від 31.10.2011 № 734 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
3. *Про затвердження* табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні інтенсивного лікування : наказ МОЗ України від 31.10.2011 № 735 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
4. *Про затвердження* табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні відновного лікування : наказ МОЗ України від 31.10.2011 № 736 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
5. *Про порядок* проведення реформування системи охорони здоров'я у Донецькій, Дніпропетровській, Вінницькій областях та м. Києві : Закон України № 3612-VI від 7.07.2011 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
6. *Реформування* галузі охорони здоров'я: Вінницька, Донецька, Дніпропетровська, Одеська, Полтавська області, м. Київ. Результати, проблеми, шляхи вирішення : монографія. – К. : МОЗ України, ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», Міжрегіональний видавничий центр «Медінформ», 2014. – 207 с.
7. *Щорічна доповідь* про стан здоров'я населення, санітарно-епідеміологічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2013 рік : монографія / за ред. О. С. Мусія. – К., 2014. – 438 с.
8. *Donabedian A.* Evaluating the quality of medical care / A. Donabedian // *Mildank memorial Fund quarterly*. – 1966. – Vol. 44. – P. 166–206.

ОЦЕНКА ВРАЧАМИ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМ ОБОРУДОВАНИЕМ

Р.Л. Картавец

Ужгородский национальный университет, Украина

Цель: изучить уровень оценки врачами обеспеченности учреждений здравоохранения медицинским оборудованием.

Материалы и методы. В ходе работы использовался социологический метод исследования. По специально разработанной анкете были опрошены 440 врачей, оказывающих стационарную медицинскую помощь, и 440 врачей, оказывающих амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь.

Результаты. Установлен низкий уровень удовлетворенности врачей вторичного и третичного звена медицинской помощи большинства специальностей обеспеченностью учреждений медицинским оборудованием.

Выводы. Недостаточная обеспеченность медицинским оборудованием не позволяет выполнять отраслевые нормативы на надлежащем уровне.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: врач, опрос, медицинское оборудование, обеспеченность.

ESTIMATION BY DOCTORS PROVISION OF HEALTH CARE FACILITIES THE MEDICAL EQUIPMENT

R.L. Kartavtsev

Uzhgorod National University, Ukraine

Purpose: to study level of estimation by doctors provision of health care facilities the medical equipment.

Materials and methods. During work performance have been used sociological research method. Under specially developed questionnaire has been surveyed 440 physicians who provide inpatient medical care and 440 physicians providing outpatient medical care.

Results. Low level of satisfaction of doctors secondary and tertiary link of medical care by provision of facilities the medical equipment for the most specialties has been established.

Conclusions. Insufficient supply of medical equipment makes impossible performance of industry standards up to the mark.

KEY WORDS: doctor, survey, medical equipment, security.

Рукопис надійшов до редакції 08.10.2014 року

Відомості про автора:

Картавец Ростислав Леонідович – ген. директор Державного українського об'єднання «Політехмед»; дисертант ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України». Телефон: +38(044) 483-68-07.

УДК 616-082:617.008

Ю.В. БУРДИМ

КОНЦЕПТУЛЬНІ ПІДХОДИ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ ХІРУРГІЧНОГО ПРОФІЛЮ НА ПЕРВИННОМУ РІВНІ

ДУ “Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України”, м. Київ

Мета: розробити концептуальні підходи до організації медичної допомоги пацієнтам хірургічного профілю на первинному рівні надання медичної допомоги лікарями загальної практики – сімейними лікарями.

Матеріали і методи. Під час виконання роботи застосовувалися бібліосемантичний, структурно-логічний аналіз та метод концептуального моделювання. У ході дослідження використано результати власних попередніх досліджень. Методичною основою дослідження став системний підхід.

Результати. Було розроблено концептуальні організаційні підходи із забезпечення пацієнтів хірургічного профілю медичною допомогою ЛЗП-СЛ на первинному рівні надання медичної допомоги.

Висновки. Впровадження запропонованих інновацій дозволить усунути наявні керовані недоліки в організації ПМСД пацієнтам хірургічного профілю за рахунок удосконалення структурної компоненти та компоненти процесу.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: первинна медико-санітарна допомога, лікар загальної практики – сімейний лікар, захворювання хірургічного профілю, концептуальний підхід, інновація.

Пріоритетним напрямком розвитку національної системи охорони здоров'я визнано первинну медико-санітарну допомогу (ПМСД) на засадах сімейної медицини [1;2;4], при цьому ключовою фігурою у наданні ПМСД є лікар загальної практики – сімейний лікар (ЛЗП-СЛ). Відповідно до кваліфікаційної характеристики та визначених компетенцій, ЛЗП-СЛ має надавати пацієнтам медичну допомогу незалежно від їхнього віку та захворювання, з якими вони звернулися по допомогу [3]. У науковій літературі є достатньо робіт, присвячених обсягам медичних втручань та профілю захворювань, при яких ЛЗП-СЛ має надавати медичну допомогу [6-8], у тому числі і хірургічного [5]. При цьому робіт з оптимізації організаційних засад ПМСД пацієнтам хірургічного профілю вкрай недостатньо, що і зумовило актуальність даного дослідження.

Мета роботи: розробити концептуальні підходи до організації медичної допомоги пацієнтам хірургічного профілю на первинному рівні надання медичної допомоги лікарями загальної практики – сімейними лікарями.

Матеріали і методи. Під час виконання роботи застосовувалися наступні методи: бібліосемантичний, структурно-логічний аналіз та концептуального моделювання. У ході дослідження використано результати власних попередніх досліджень. Методичною основою дослідження став системний підхід.

Результати дослідження та їх обговорення. Нами було розроблено концептуальні організаційні підходи із забезпечення пацієнтів хірургічного профілю медичною допомогою ЛЗП-СЛ на первинному рівні надання медичної допомоги.

На початку дослідження, відповідно до компетенцій та кваліфікаційних вимог, було визначено основні напрямки діяльності ЛЗП-СЛ з надання ПМСД пацієнтам хірургічного профілю:

I. Профілактика хвороб хірургічного профілю та травм. Санітарно-просвітницька робота.

II. Діагностика гострих хірургічних хвороб. Забезпечення своєчасної госпіталізації пацієнтів. Надання медичної допомоги на догоспітальному етапі.

III. Надання невідкладної медичної допомоги при ранах та травмах з визначенням подальшого маршруту пацієнта.

IV. Забезпечення відновного лікування пацієнтів у післяопераційному періоді.

V. Диспансерний нагляд за хворими хірургічного профілю.

VI. Організація позастанціонарних форм лікування по консультативному висновку лікарів-хірургів та травматологів.

VII. Забезпечення медико-соціальною допомогою інвалідів внаслідок хірургічних захворювань.

Ключовою ідеєю при розробці концептуальних підходів стало послідовне вирішення пріоритетної проблеми – забезпечення пацієнтів хірургічного профілю доступною та якісною первинною медичною допомогою шляхом оптимізації структури і процесів надання даного виду медичної допомоги. Таким чином, у дослідженні використано підхід, рекомендований А. Donabedian, за яким характеризуються структура, процес і результат будь-якого процесу [9].

Виходячи із названих аспектів, виділено групи задач відповідно до зазначених компонент оцінки.

Структурна компонента організації медичної допомоги пацієнтам хірургічного профілю на рівні її надання ЛЗП-СЛ характеризується і оцінюється наявністю та якістю ресурсів (кадрових, матеріально-технічних) та організаційних форм ПМСД. Таким чином, структура характеризує умови для організації ПМСД хворим хірургічного профілю ЛЗП-СЛ. Структурний аспект може визначатися як щодо сімейної амбулаторії (СА) з її ресурсним забезпеченням (кадровим, матеріально-технічним), організацією роботи, так і до кожного ЛЗП-СЛ окремо, та оцінюються доступністю і якістю медичної допомоги та задоволеністю населення.

З метою забезпечення ефективності структурної компоненти нами пропонується вирішення наступних задач.

1. Кадрове забезпечення. Ця задача передбачає сучасну підготовку ЛЗП-СЛ відповідно до технологій надання ПМСД пацієнтам хірургічного профілю, що ґрунтується на доказах. Для цього передбачено:

а) удосконалення освітнього кваліфікаційного стандарту підготовки ЛЗП-СЛ з хірургії на до та післядипломному рівні;

б) безперервну післядипломну підготовку ЛЗП-СЛ шляхом:

- організації навчальних тренінгових центрів на базі найкращих центрів ПМСД (сімейних амбулаторій);

- стажування ЛЗП-СЛ на базі хірургічних відділень консультативно-діагностичних центрів;

- навчання медичного персоналу основам психології відносин між медичним персоналом та пацієнтами;

в) післядипломну підготовку сімейних медичних сестер з питань діагностики гострих хірургічних захворювань, надання медичної допомоги при травмах, опіках, кровотечах та тактики при них.

2. Матеріально-технічне забезпечення сімейних амбулаторій та ЛЗП-СЛ. Складовими цієї задачі є забезпечення сімейних амбулаторій та ЛЗП-СЛ інструментальним обладнанням для надання ПМСД пацієнтам хірургічного профілю відповідно до кваліфікаційних вимог та компетенцій ЛЗП-СЛ, для чого потрібно удосконалити Табелю оснащення сімейних амбулаторій відповідно до затверджених МОЗ України Клінічних протоколів надання медичної допомоги хворим хірургічного профілю.

3. Методично-інструктивне забезпечення ЛЗП-СЛ. З метою рішення даної задачі ЛЗП-СЛ мають бути забезпечені довідниками, методичними рекомендаціями, інструкціями, алгоритмами

діяльності в конкретних випадках при виникненні у пацієнтів різних станів хірургічного профілю.

4. Безперервне підвищення якості ПМСД пацієнтам хірургічного профілю. Основними складовими даної задачі є:

- розробка локальних протоколів / медичних алгоритмів організації медичної допомоги пацієнтам хірургічного профілю на визначеній території із зазначенням дій ЛЗП-СЛ при первинному зверненні до них пацієнтів;

- впровадження розроблених індикаторів якості ПМСД пацієнтам хірургічного профілю;

- запровадження системи контролю якості медичної допомоги, яка передбачає систему як внутрішнього, так і зовнішнього контролю якості медичної допомоги;

- впровадження мотиваційних механізмів до якісної медичної допомоги.

Компонента процесу є складовою сучасного управління організацією, у нашому випадку – наданням ПМСД пацієнтам хірургічного профілю ЛЗП-СЛ. Вона включає організаційні технології, тобто виконання медичним персоналом своїх функцій з надання ПМСД пацієнтам хірургічного профілю, а також взаємовідносини між медичним персоналом і пацієнтом.

З метою забезпечення ефективності компоненти процесу нами пропонується вирішення наступних задач.

1. Забезпечення наступності в наданні медичної допомоги на етапах та за рівнями, для чого передбачається запровадження:

- типових бланків скерування пацієнтів на вищі рівні надання медичної допомоги;

- типових бланків консультативних висновків лікарів-хірургів за скеруванням ЛЗП-СЛ;

- типових бланків виписних епікризів після стаціонарного лікування з внесенням рекомендацій для ЛЗП-СЛ з наступного післястаціонарного диспансерного нагляду за пацієнтами;

- передачу ЛЗП-СЛ реабілітаційних програм інвалідів за рішенням МСЕК.

2. Організаційний зв'язок первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги. Рішення даної задачі передбачає створення спільних робочих комісій з розгляду недоліків надання медичної допомоги пацієнтам хірургічного профілю на етапах та за рівнями надання медичної допомоги.

Зв'язок закладів охорони здоров'я II рівня надання медичної допомоги з ЛЗП-СЛ здійснюється шляхом:

- сумісного проведення для спеціаліста;

- організації виїзних планових консультацій лікарів-хірургів у центри ПМСД;

- організації телемедичних консультацій лікарями-хірургами для ЛЗП-СЛ.

Стратегічним напрямком представлених концептуальних підходів стало підвищення якості та ефективності ПМСД пацієнтам хірургічного профілю через реалізацію заходів управлінського та організаційного характеру.

Тактичним напрямком стало вирішення питань структурної компоненти та компоненти процесу надання ПМСД пацієнтам хірургічного профілю.

У результаті впровадження запропонованих інновацій, на відміну від існуючої ситуації, при оптимальних затратах можна усунути наявні керовані недоліки в організації ПМСД пацієнтам

хірургічного профілю за рахунок удосконалення структурної компоненти та компоненти процесу.

Висновки

Запропоновані інноваційні підходи до організації ПМСД пацієнтам хірургічного профілю за компонентами структури та процесу дозволяють забезпечити надання доступної та якісної допомоги ЛЗП-СЛ.

Перспективи подальших досліджень пов'язані із запровадженням запропонованих інновацій у практику охорони здоров'я.

Список літератури

1. *Первинна медико-санітарна допомога / сімейна медицина* : монографія / Князевич В. М., Митник З. М., Слабкий Г. О. [та ін.]; МОЗ України. – К., 2010. – 401 с.
2. *Позитивний досвід реформування галузі охорони здоров'я регіонів* / О. В. Аніщенко, Р. О. Моїсеєнко, О. К. Толстанов [та ін.]. – К., 2011. – 149 с.
3. *Порядок організації надання медичної допомоги та забезпечення маршрутів пацієнта лікарем загальної практики – сімейним лікарем при різних клінічних станах та захворюваннях* / Л. Ф. Матюха, В. М. Лехан, Н. Г. Гойда [та ін.]. – К. : МОЗ України; НМАПО ім. П. Л. Шупика, УІСД, Дніпропетровська ДМА, Запорізька МАПО, Чернівецьке УОЗ, 2011. – 43 с.
4. *Реформування галузі охорони здоров'я: Вінницька, Донецька, Дніпропетровська, Одеська, Полтавська області, м. Київ. Результати, проблеми, шляхи вирішення* : монографія. – К. : МОЗ України, ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», Міжрегіональний видавничий центр «Медінформ», 2014. – 207 с.
5. *Ситуаційний аналіз розвитку сімейної медицини в Україні. 2010 р.* / О. І. Антонишин, П. С. Бондарчук, М. В. Денисенко [та ін.] ; за ред. Г. О. Слабкого. – К. : МОЗ, ДУ «УІСД МОЗ України», 2011. – 28 с.
6. *Слабкий В. Г.* Перерозподіл видів медичної допомоги між лікарями загальної практики – сімейної медицини та лікарями спеціалістами. Повідомлення 1 / В. Г. Слабкий // Управління закладом охорони здоров'я. – 2009. – № 9. – С. 15–26.
7. *Слабкий В. Г.* Перерозподіл видів медичної допомоги між лікарями загальної практики – сімейної медицини та лікарями спеціалістами. Повідомлення 2 / В. Г. Слабкий // Управління закладом охорони здоров'я. – 2010. – № 5. – С. 23–33.
8. *Слабкий В. Г.* Перерозподіл видів медичної допомоги між лікарями загальної практики – сімейної медицини та лікарями спеціалістами. Повідомлення 3 / В. Г. Слабкий // Управління закладом охорони здоров'я. – 2010. – № 7. – С. 19–24.
9. *Donabedian A.* Evaluating the quality of medical care / A. Donabedian // *Mildank memorial Fund quarterly*. – 1966. – Vol. 44. – P. 166–206.

КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ НА ПЕРВИЧНОМ УРОВНЕ

Ю.В. Бурдим

ГУ «Украинский институт стратегических исследований МЗ Украины», г. Киев

Цель: разработать концептуальные подходы к организации медицинской помощи пациентам хирургического профиля на первичном уровне оказания медицинской помощи врачами общей практики – семейными врачами.

Материалы и методы. Во время работы применялись библиосемантический, структурно-логического анализа и метод концептуального моделирования. В ходе исследования использованы результаты собственных предыдущих исследований. Методической основой исследования стал системный подход.

Результаты. Были разработаны концептуальные организационные подходы по обеспечению пациентов хирургического профиля медицинской помощью ВОП-СВ на первичном уровне оказания медицинской помощи.

Выводы. Внедрение предложенных инноваций позволит устранить управленческие недостатки в организации ПМСД пациентам хирургического профиля за счет усовершенствования структурной компоненты и компоненты процесса.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: первичная медико-санитарная помощь, врач общей практики – семейный врач, заболевания хирургического профиля, концептуальный подход, инновация.

CONCEPTUAL APPROACHES TO THE MEDICAL AID ORGANIZATION TO PATIENTS WITH SURGICAL PROFILE AT THE PRIMARY LEVEL*Yu.V. Burdym*

SI "Ukrainian Institute of Strategic Researches MoH of Ukraine", Kyiv, Ukraine

Purpose: to develop conceptual approaches to the medical aid organization to patients with surgical profile at the primary level of rendering medical care by doctors of general practice – family physicians.

Materials and methods. At performance of work were applied bibliosemantych, structural and logical analysis and conceptual modelling method. During research results of own preliminary researches have been used. Methodical basis of study became system approach.

Results. Conceptual organizational approaches on provision patients with surgical profile of medical care GP-FP at the primary level of medical aid have been developed.

Conclusions. Implementation of the proposed innovations will allow to remove available controlled lacks in the management PHC to surgical profile patients due to improving structural components and process components.

KEY WORDS: primary health care, general practitioner – family doctor, surgical diseases, conceptual approach, innovation.

Рукопис надійшов у редакцію 08.10.2014 року

Відомості про автора:

Бурдим Юрій Володимирович – лікар-хірург хірургічного відділення №1 Київської міської клінічної лікарні №1.
Телефон: (044) 564-66-13

ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОГО АСПЕКТУ НАДАННЯ ВИСОКОКВАЛІФІКОВАНОЇ ОФТАЛЬМОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ ГАЛУЗІ

КЗОЗ «Харківська міська клінічна лікарня №14 ім. проф. Л.Л. Гіршмана», Україна

Мета: оцінка ставлення лікарів і середнього медичного персоналу до нововведень при наданні населенню висококваліфікованої офтальмологічної допомоги.

Матеріали і методи. Вивчалася думка 87 медичних працівників (23 лікарі і 64 медичні сестри) за спеціально розробленою анкетною. Анкета включала кілька блоків питань, які стосувалися професійно-психологічних, фінансово-психологічних і виробничих аспектів діяльності лікарів і медичних сестер, а також їхнього ставлення до необхідності реформування галузі. Представлення результатів опитування у балах дозволило використовувати статистичні методи обробки даних (метод аналізу альтернативних ознак).

Результати. Встановлено, що більшість опитаних лікарів та медичних сестер задоволені своєю роботою та умовами праці, але не задоволені рівнем заробітної плати. Більшість опитаних лікарів психологічно не готові до реформи охорони здоров'я, проте медичні сестри займають активнішу позицію щодо змін, які відбуваються у медичній галузі.

Висновки. Розбіжності у ставленні лікарів і медичних сестер до процесів реформування охорони здоров'я пояснюються різним рівнем професійних можливостей, добробуту, інформованості.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: реформа охорони здоров'я, соціально-психологічні аспекти, висококваліфікована офтальмологічна допомога.

Головною метою «Концепції побудови нової національної системи охорони здоров'я України» є забезпечення загальнодоступності медичної допомоги населенню, а також поліпшення її якісних показників. Процес реформування сфери охорони здоров'я має свої специфічні особливості, які істотно відрізняються від реформування інших галузей України [1;2]. Слід зазначити, що перетворення в охорони здоров'я України мають багато аспектів, кожен з яких потребує серйозного наукового обґрунтування та осмислення фахівцями різного профілю, не тільки економістами, юристами, організаторами охорони здоров'я, але і медичними працівниками різного рівня.

На сучасному етапі реформа стосується переважно первинної медичної допомоги, але її подальше проведення призведе до змін організації спеціалізованої і високоспеціалізованої допомоги [6-9].

Серед основних аспектів реформування системи охорони здоров'я важливим є її кадровий аспект та його соціально-психологічна складова, що стосується медичних кадрів (лікарів і медичних сестер), які фактично виконують роль сполучної ланки між системою охорони здоров'я та пацієнтами. Успішність нововведень у галузі безпосередньо пов'язана з глибоким розумінням медичними працівниками необхідності та неминучості змін, що відбуваються в охороні

здоров'я, мета яких не тільки підвищення якості та доступності медичної допомоги населенню, але і зростання професійного та соціального статусу медичних працівників.

Значний інтерес становить професійна думка і ставлення до змін в охороні здоров'я лікарів та середнього медичного персоналу. Медичні сестри є найчисленнішим загоном медичних працівників, який постійно і тісно спілкується з хворими при проведенні діагностичних і лікувальних процедур, виходжуванні хворих. Лікарям та медичним сестрам належить одна з ключових ролей у процесі реформування охорони здоров'я, забезпеченні доступності та якості лікувально-профілактичної допомоги населенню.

Метою даної роботи є оцінка ставлення лікарів і середнього медичного персоналу до нововведень при наданні населенню висококваліфікованої офтальмологічної допомоги.

Матеріали і методи. Вивчалася професійна думка 87 медичних працівників, з них 23 лікарі і 64 медичні сестри, які працюють у міській клінічній лікарні, що забезпечує висококваліфіковану офтальмологічну допомогу. Розроблені автором анкети включали кілька блоків питань, які стосуються професійно-психологічних, фінансово-психологічних і виробничих аспектів діяльності лікарів і медичних сестер, а також їх ставлення до необхідності змін при наданні високоспеціалізованої офтальмологічної допомоги населенню в умовах перетворення охорони здоров'я.

Усі відповіді на питання анкет оцінювалися в балах. Ряд питань оцінювався за п'ятибальною системою, решта за – дво- і трибальною. Представлення результатів опитування у балах дозволило використовувати статистичні методи обробки даних (метод аналізу альтернативних ознак [3]).

Результати дослідження та їх обговорення. Істотний вплив на результати опитування чинить вік і професійний стаж фахівців. Так, середній вік опитаних лікарів склав ($47,7 \pm 11,2$) року, а медичних сестер – ($43,5 \pm 12,4$) року, середній стаж опитаних склав 15–20 років. Це свідчить про те, що в опитуванні брали участь фахівці, які мають значний стаж роботи за спеціальністю, достатню професійну кваліфікацію і власну думку з питань проведеного соціального дослідження.

На запитання професійно-психологічного блоку лікарі дали наступні відповіді:

- умовами праці задоволені ($87,7 \pm 7,0$)% опитаних, що становить достовірну більшість ($p < 0,01$);
- кліматом у колективі задоволені ($74 \pm 9,1$)% опитаних лікарів, що становить достовірну більшість ($p < 0,05$), не можуть визначитися ($13 \pm 7,0$)% респондентів, вважають його незадовільним також ($13 \pm 7,0$)% респондентів;
- не зазнають тиску з боку адміністрації з приводу госпіталізації хворих з метою виконання плану роботи ліжка ($97 \pm 3,5$)% респондентів, що становить достовірну більшість ($p < 0,001$);
- задоволені матеріально-технічним забезпеченням лікарні ($52 \pm 10,4$)% лікарів, ($48 \pm 10,4$)% вважають його недостатнім, аналогічно розподілилися відповіді респондентів відносно медикаментозного забезпечення;
- труднощів з консультативного забезпечення лікувального процесу не мають ($65 \pm 9,9$)% опитаних, не задоволені допомогою суміжних фахівців ($35 \pm 9,9$)% лікарів.

Таким чином, основна маса опитаних лікарів загалом задоволена виробничими аспектами своєї діяльності, що позитивно позначається на їхньому психологічному настрої. У даному випадку слід враховувати, що усі опитані фахівці надають високоспеціалізовану офтальмологічну допомогу, і це істотно відрізняє їхню роботу від роботи лікарів, що надають медичну допомогу на первинному і вторинному рівнях [6-9].

Усі опитані лікарі підвищують свою професійну кваліфікацію: не рідше, ніж раз на п'ять років, – 49% респондентів, частіше, ніж раз на п'ять років, – 51%. Окрім того, постійно вивчають фахову літературу ($95 \pm 3,9$)% опитаних; основним способом отримання інформації про нові методи діагностики, лікування і організації медичної допомоги ($83 \pm 7,8$)% опитаних вважають участь у наукових конференціях, що становить достовірну більшість ($p < 0,01$), інші – під час курсів під-

вищення кваліфікації і семінарів, які проводяться в умовах лікарні.

Отримані результати вказують на серйозне ставлення лікарів до підвищення свого професійного рівня, постійне освоєння нових методів діагностики і лікування, що є обов'язковою умовою професійної успішності. Офтальмологія належить до однієї з найрозвиненіших і високотехнологічних галузей медицини України, що створює певну конкуренцію у фахівців і сприяє їхньому постійному професійному зростанню.

Обробка результатів опитування за професійно-психологічним блоком анкети середнього медичного персоналу дозволила встановити, що задоволені умовами праці ($52 \pm 6,2$)% опитаних, що становить достовірну більшість ($p < 0,05$) порівняно з незадоволеними; ($28 \pm 5,6$)% опитаних не задоволені, інші не мають певної думки з цього питання. Усі опитані знають стандарти сестринського догляду за пацієнтами і дотримуються їх у своїй роботі, ($94 \pm 3,0$)% опитаних регулярно підвищують свою професійну кваліфікацію.

Отримані результати вказують на високий професійний рівень середнього медичного персоналу та якісну організацію роботи у лікувальній установі, що надає висококваліфіковану офтальмологічну допомогу.

На фінансово-психологічний блок питань були отримані наступні відповіді лікарів. З приводу відповідності заробітної плати обсягу та якості праці достовірною більшістю ($62 \pm 10,2$)% респондентів відповіла негативно, ($8 \pm 5,7$)% – задоволені і ($30 \pm 9,6$)% опитаних не знають, що сказати. Згодні більш інтенсивно працювати за більшу матеріальну винагороду ($57 \pm 10,3$)% респондентів, не згодні – ($13 \pm 7,0$)%, не визначилися ($30 \pm 9,6$)% респондентів.

Цей блок запитань також стосувався відповідності матеріальної винагороди якості та кількості праці середнього медичного персоналу. Встановлено, що ($64 \pm 6,0$)% опитаних медичних сестер хотіли б працювати інтенсивніше за більшу винагороду, що достовірно ($p < 0,01$) більше, ніж тих, хто цього б не хотів, – ($8 \pm 3,4$)%. Не визначилися ($28 \pm 5,6$)% опитаних. Задоволені своєю роботою ($73 \pm 5,6$)% опитаних, не задоволені – ($8 \pm 3,4$)%, що становить достовірну меншість ($p < 0,001$); не визначилося з відповіддю ($19 \pm 4,9$)% опитаних. Достовірною ($p < 0,001$) більшістю, що становить ($78 \pm 5,2$)% опитаних, вважають, що заробітна плата не відповідає якості та обсягу виконуваної роботи; задовольняє заробітна плата тільки ($9 \pm 3,6$)% медсестер.

Для розуміння ставлення фахівців, які надають висококваліфіковану офтальмологічну допомогу, до реформи охорони здоров'я, що проводиться в Україні, були розроблені запитання третього блоку. Лікарі дали наступні відповіді:

- задоволені своєю роботою ($87\pm 7,0$)% опитаних, що становить достовірну ($p < 0,01$) більшість;

- вважають реформу охорони здоров'я необхідною ($26\pm 9,1$)% опитаних, така ж кількість опитаних проти реформи і ($48\pm 10,4$)% респондентів не дали однозначної відповіді;

- серед форм організації охорони здоров'я ($43\pm 10,3$)% опитаних підтримують медичну допомогу з багатоканальним фінансуванням, ($30\pm 9,6$)% – страхову медицину і ($27\pm 9,3$)% – бюджетну медицину;

- готові об'єднати приватну практику з роботою у державному секторі медицини ($96\pm 3,9$)% опитаних, ($4\pm 3,9$)% хотіли б відкрити власну клініку.

Відповіді на третій блок питань вказують на те, що більшість опитаних лікарів психологічно не готові до реформи охорони здоров'я, хоча позитивно ставляться до приватної практики і готові поєднати з нею роботу у державній лікарні.

На питання третього блоку про необхідність реформи охорони здоров'я ($73\pm 5,6$)% опитаних медсестер відповіли ствердно, що достовірно ($p < 0,001$) більше, ніж тих, хто вважає, що реформа не потрібна ($5,0\pm 2,4$)%.

Значний інтерес становить думка медичних сестер з приводу того, яка організаційна форма повинна переважати у сфері охорони здоров'я. Були запропоновані різні варіанти організації медичної допомоги населенню: страхова медицина, медицина з бюджетним механізмом фінансування, з багатоканальним механізмом фінансування, державна або приватна медицина. Віддали перевагу приватній формі медицини ($42\pm 6,1$)% опитаних, а ($13\pm 4,2$)% висловилися за державну медицину. Бюджетний механізм фінансування галузі підтримують ($27\pm 5,6$)% медсестер, за багатоканальний механізм фінансування висловилися ($14\pm 4,3$)% опитаних. Введення суто страхової медицини підтримують лише ($4,0\pm 2,4$)% респондентів.

Порівнюючи результати анкетування з питань реформи охорони здоров'я середнього медичного персоналу і лікарів, які надають висококваліфіковану офтальмологічну допомогу, можна відмітити ряд відмінностей. Так, необхідність реформи охорони здоров'я підтримують ($73\pm 5,6$)% опитаних медсестер і тільки ($26\pm 9,1$)% лікарів. За страхову медицину висловилися

($30\pm 9,6$)% лікарів і тільки ($4\pm 2,4$)% медсестер, зате поєднати приватну практику з роботою у державній лікарні готові ($96\pm 3,9$)% лікарів, тоді як серед медсестер ($42\pm 6,1$)% хотіли б працювати лише у приватних лікувальних установах і тільки ($13\pm 4,2$)% – у державних.

Для формування правильного ставлення медичних працівників до необхідності реформи охорони здоров'я потрібно вести роз'яснювальну роботу не лише з боку адміністрації лікувальних установ, але й із залученням ЗМІ, шляхом публікацій у спеціалізованій літературі. У зв'язку з неоднозначним ставленням медичних працівників до реформи охорони здоров'я, що проводиться, необхідно широке громадське обговорення, урахування побажань медичних працівників та організаторів охорони здоров'я, а також пацієнтів.

Висновки

1. Більшість лікарів та медичних сестер, які надають висококваліфіковану офтальмологічну допомогу, задоволені своєю роботою та умовами праці, але не задоволені рівнем заробітної плати.

2. Результати медико-соціологічного опитування підтвердили прагнення лікарів, які надають висококваліфіковану офтальмологічну допомогу, до підвищення свого професійного рівня, до освоєння нових методів діагностики і лікування, що здійснюється шляхом регулярного вивчення спеціалізованої літератури, участі у наукових конференціях і семінарах та є обов'язковою умовою професійної успішності.

3. Найбільш перспективними організаційними формами охорони здоров'я медичні сестри вважають приватну медицину або державну з багатоканальними механізмами фінансування.

4. Відповіді на питання анкет вказують на те, що більшість опитаних лікарів психологічно не готові до реформи охорони здоров'я, проте медичні сестри займають більш активну позицію щодо змін, які відбуваються у медичній галузі.

Перспективи подальших досліджень становить розробка організаційних заходів, спрямованих на формування у медичних працівників, які надають високоспеціалізовану офтальмологічну допомогу, позитивного ставлення до реформи охорони здоров'я та активної позиції відносно її проведення.

Список літератури

1. *Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава* : Програма економічних реформ на 2010–2014 роки / Комітет з економічних реформ при Президентові України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.president.gov.ua/docs/Programa_reform_FINAL_2.pdf. – Назва з екрану.
2. *Куц Л. И.* К вопросу о реформировании системы здравоохранения Украины: правовой аспект [Электронный ресурс] / Л. И. Куц. – Режим доступа : http://www.archive.nbuv.gov.ua/portal/soc_gum./Pchdu/2012_2/006.
3. *Лакин Г. Ф.* Биометрия / Г. Ф. Лакин. – М. : Высшая школа, 1990. – 352 с.
4. *Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо вдосконалення надання медичної допомоги* : Закон України від 7 липня 2011 р. // Відомості Верховної Ради України. – 2011. – № 14. – Ст. 86.

5. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві: Закон України від 7 липня 2011 р. // Відомості Верховної Ради України. – 2012. – № 12-13. – Ст. 81.
6. Риков С. О. Ефективність підготовки та використання кадрових ресурсів при наданні офтальмологічної допомоги населенню в рамках інтегративно-диференційованої організаційної моделі / С. О. Риков // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я. – 2003. – № 1. – С. 53–58.
7. Риков С. О. Організація кваліфікованої та висококваліфікованої офтальмологічної допомоги населенню України в рамках інтегративно-диференційованої моделі / С. О. Риков // Гал. лікарський вісн. – 2003. – Т. 10, № 4. – С. 108–113.
8. Риков С. О. Організація офтальмологічної допомоги населенню з використанням диференціально-інтегративної моделі / С. О. Риков // Актуальные проблемы медицины и биологии : Сб. – К., 2002. – № 2. – С. 191–194.
9. Риков С. О. Організація спеціалізованої офтальмологічної допомоги населенню України в рамках інтегративно-диференційованої моделі / С. О. Риков // Буковин. мед. вісн. – 2003. – № 4. – С. 205–210.

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО АСПЕКТА ОКАЗАНИЯ ВЫСОКОКВАЛИФИЦИРОВАННОЙ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ РЕФОРМИРОВАНИЯ ОТРАСЛИ

М.И. Ковтун

КУОЗ «Харьковская городская клиническая больница №14 им. проф. Л.Л. Гиршмана», Украина

Цель: оценка отношения врачей и среднего медицинского персонала к нововведениям при оказании населению высококвалифицированной офтальмологической помощи.

Материалы и методы. Изучалось мнение 87 медицинских работников (23 врача и 64 медицинские сестры) по специально разработанной анкете. Анкета включала несколько блоков вопросов, которые касались профессионально-психологических, финансово-психологических и производственных аспектов деятельности врачей и медицинских сестер, а также их отношения к необходимости реформирования отрасли. Представление результатов опроса в баллах позволило использовать статистические методы обработки данных (метод анализа альтернативных признаков).

Результаты. Установлено, что большинство опрошенных врачей и медицинских сестер довольны своей работой и условиями труда, но не довольны уровнем заработной платы. Большинство опрошенных врачей психологически не готовы к реформе здравоохранения, однако медицинские сестры занимают более активную позицию относительно изменений, происходящих в медицинской отрасли.

Выводы. Различия в отношении врачей и медицинских сестер к процессам реформирования здравоохранения объясняются разным уровнем профессиональных возможностей, достатка, информированности.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: реформа здравоохранения, социально-психологические аспекты, высококвалифицированная офтальмологическая помощь.

FEATURES OF SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL ASPECT OF HIGHLY QUALIFIED OPHTHALMOLOGIC AID PROVIDING IN CONDITIONS OF BRANCH REFORMING

M.I. Kovtun

СНЗ «Kharkiv municipal clinical hospital №14 names of professor L.L. Hirshman», Ukraine

Purpose: assessment of the attitude of doctors and nursing staff to innovations in provision of highly qualified ophthalmologic aid.

Materials and methods. The opinion of 87 medical workers (23 doctors and 64 nurses) under specially developed questionnaire was studied. The questionnaire included some blocks of questions concerning professional, psychological, financial and psychological, industrial aspects of doctors and nurses activity, as well as their relationship to necessity of industry reforming. Presentation of survey results in points has allowed to use statistical methods of data processing (method of analysis of alternative characters).

Results. It is established that most surveyed doctors and nurses are satisfied with their jobs and working conditions, but not satisfied with level of wages. Most of the surveyed physicians are not psychologically ready to reform of health care, however nurses take a more active position on the changes, which occur in the medical branch.

Conclusions. Disagreements in attitude of doctors and nurses to processes of reforming health care explain different level of professional opportunities, well-being, knowledge.

KEY WORDS: health care reforming, social and psychological aspects, highly qualified ophthalmologic aid.

Рукопис надійшов до редакції 06.10.2014 року

Відомості про автора:

Ковтун Михайло Іванович – головний лікар комунального закладу охорони здоров'я «Харківська міська клінічна лікарня № 14 ім. проф. Л.Л. Гіршмана». Телефон: +38(0572)700-76-71.

MODERN PROBLEMS OF HEALTH CARE SYSTEM OF UKRAINE (ANALYTICAL LITERATURE REVIEW)

Public establishment "Ukrainian Institute of Strategic Researches MHC of Ukraine", Kyiv

Purpose: highlight the main problems of the health care system in Ukraine at the present stage.

Materials and methods. In work analytical methods of research were applied.

Results. It is established that the main problems of health care system of Ukraine at present stage are: inadequate of legal and regulatory base; insufficiency of resource and financial providing and inefficient use of available resources; insufficient quality and availability of medical care; low level of salaries of medical workers. It has caused necessity of carrying out of system transformations in health care.

Conclusions. The further reforming of health care sector should be carried out in view of available problems, with their obligatory analysis and monitoring.

KEY WORDS: state policy, health care, the problem, reforming.

Modern development of Ukraine as democratic state, changes in society require formation of new approaches to government in all areas of the country, including in the health care sector.

Health care currently is one of priorities of the state activity.

The feature of state policy problem in health care is its integrated approach, system, general character, caused growing unity of the modern world, the tendencies to strengthening interrelation and interdependence of components of the health care system. Therefore, analysis of problems of state policy strategy concerning reorganization of health care system provides consideration of all government mechanisms involved in the process of modern transformations and realities that affect activity of area.

Necessity of health care system reforming is recognized both at the state level and at the level of the industry. One of the priorities of the state policy of Ukraine is preservation and strengthening of nation's health on the basis of healthy lifestyle formation and increase of availability and quality of medical aid. Question of health care reforming were considered in many works including such scientists as Z. Gladun, R. Grevtsova, D. Karamyshev, O. Musiy, V. Pashkov, J. Radysh. Among priority directions of system transformations in medicine it is allocated: reforming of primary health care provision on principles of family medicine, distribution of prevention activities and promote healthy lifestyle, increasing budgetary financing of health care, introduction of multi-channel financing

of brunch (including voluntary health insurance), development of national protocols and standards for different types of medical care, use of data cards of medical products, deregulation and privatization of medical institutions, development of medical self-management and involvement of the medical community to process of decision-making, increase of efficiency of government management by brunch, improvement and systematization of current legislation on health protection [16].

Problems of state policy and questions of its improvement studied V.D. Bakumenko, O.L. Valevskiy, O.P. Demyanchuk, T. Dihtyar, O.I. Kiliyevych, V.A. Rebkalo, V.E. Romanov, O.M. Rudik, V.V. Tertychka, Z.S. Gladun [4].

The general faults of reforming in health care today are determined:

- absence of clearly outlined purposes;
- constant revision of reforms strategy;
- lack of a clear policy provides performance of the accepted decisions;
- ignoring scientifically proved or checked up practical approaches, forms and methods of transformations;
- low rates of realization;
- inconsistency and discrepancy actions [10].

In the case remains unresolved a number of problems of health care system of Ukraine and some approaches to its reforming, as predetermines the relevance of study.

Purpose – to cover the main unresolved problems of Ukraine's health care system and strategy of its reforming.

Materials and methods. In work analytical methods of research were applied.

Results of research and their discussion. Independence, society democratization, transition to market relations not only has created preconditions for further progress, but also have generated a number of problems that have affected also health care industry.

Public health care in independent Ukraine is carried out on the principles proclaimed in the Constitution of Ukraine and Bases of Ukraine's legislation of health care, which guarantee to everyone right to health care [3;11]. This right should be provided through state financing of relevant social and economic, medical and health preventive programs. On Constitution of Ukraine, the state should create conditions for effective and accessible to all citizens health care.

Analysis of the development and state of health care in Ukraine shows that it has inherited both positive features and shortcomings of the Soviet system deepened by crisis of transition period associated with a change in the socio-economic and political systems, transition to market economy and so on. Therefore, the problem of branch reforming, which became ripe in the conditions of the Soviet system, has become urgent due to the political and socio-economic realities, in particular:

- society democratization, integration of Ukraine into the global community;
- global structural processes in the economy;
- decline in level and deterioration in life quality of most citizens;
- critical demographic situation;
- unsatisfactory state of health of the population;
- low economic efficiency of use of health care resources, imperfect system of payment of doctors and other health professionals;
- disproportions in development of outpatient and inpatient medical care;
- poor ecological situation complicated by the effects of the Chernobyl disaster.

At present stage the main purpose of the state policy of Ukraine in the field of health care should be the following objectives: preservation and improvement health of all sectors of the population, improvement of quality and efficiency of health care, social justice and rights of citizens to receive it in terms of transformation of social and economic relations by improving the organization and financing of branch and rational use of resources [12;13;19].

However, on a way of reforming of branch there are a number of problems.

Relationships in health care are regulated and governed by the Constitution of Ukraine, Bases Law on Health of Ukraine, a number of laws, decrees of the President of Ukraine, governmental, Ministry of

Health of Ukraine orders, as well as national and state, integrate and target programs on actual health care problems, confirmed by decrees of the President of Ukraine or decision of the Cabinet of Ministers of Ukraine.

Imperfection of regulatory legal acts in the field of health care and their inconsistency among themselves lead to the fact that the leadership of the state are often forced to make changes to them, so the legal framework of health care was formed some confusion that complicates realization of the specified norms, causes neglect them and finally leads to distortion of the legislation that regulates health care system.

Ordering of legislation of Ukraine in the field of health care urged not only to bring order to ensure regulatory system, but also to raise its quality according to current political and socio-economic situation in the country and European standards and requirements. One of the basic conditions for successful carrying out of legislation systematization of Ukraine in the field of health care is introduction of legal regulation of social relations at legislative level, that is establishment of primary (initial) norms only the laws of Ukraine adopted by the Verkhovna Rada of Ukraine in the established order, which should provide reasonable rules and responsibilities of certain agencies, officials and citizens for their observance and execution.

The transition to market economy and crisis in the economy of Ukraine the most serious problem of health care system remains the industry financing. Although many years are propagandized transition to multi-channel financing (with prevalence budgetary and insurance), till now it is not accepted the Law of Ukraine "On Mandatory State Social Health Insurance", some which projects years are on consideration in the Verkhovna Rada of Ukraine. Therefore, on the official data, health care is financed from state and local budgets.

Official statistics of the Ministry of Health of Ukraine shows growth of private receipts to health care institutions. Thus, insufficient state financing of health care system is supplemented with means from other sources, first of all from hospital cash departments as one of forms of voluntary medical insurance.

Analysis of the structure of budgetary expenditures for financing health care institutions recognizes that budgetary funds mostly are spent for staff salaries, on municipal services, etc, and charges on medicines, food, and patients keeping are extremely limited.

In this situation, transition to program-based budgeting, on which the network of medical facilities is not funded and set of measures is expedient, transform the received means into socially significant results [20].

In a number of works presented convincing evidences for necessity of returning to the idea of introduction of obligatory state social medical insurance, specified realities and perspectives of its development [15;17].

Leading experts count the main problem of health care insufficient volumes of financing of branch from the state sources, which leads to excessive expenses of population for needs of health care, inadequate methods of financing of health care institutions and payments of medical staff [1;5;18].

Important social and economic problem is provide of worthy wage of health workers which, according to the Basic Law of Health Care of Ukraine, should be not lower than average salary in the industry. But also now, taking a significant share in the structure of health care costs, the average salary of health workers remain to one of the lowest in comparison with other branches of the national economy.

Today remains inefficient the health care structure with an excessive number of stationary facilities and hospital beds. Till now poor quality of medical care rendering, which is caused by transformation of licensing and accreditation of health care institutions rather formal tools of interdepartmental examination and certification of physicians is observed. Not without drawbacks standards of medical care in the form of clinical protocols developed by expert method without use evidence-based medicine data [5]. The important problem there is also provide medicines of health facilities, the costs of which only on 4-5% are covered by the budget, and all others are put on consumers.

This has led to the fact that again there was the question on necessity of carrying out of system reforms in health care [1;2;6;7]. Organizational and Legal bases of experiment on health care reforming in modern conditions are adjusted by the Law of Ukraine "On the Procedure for health care reforming in Vinnytsa, Dnipropetrovsk, Donetsk regions and Kyiv" [14]. Today it is still difficult to talk about productivity and efficiency of the activities and achievements of goals, but some points already caused criticism and complaints from both patients and health professionals, primarily due to lower availability of specialized and hospital care, especially for rural residents and others.

One disadvantage of managing the reforms is stay of work of the National Council of Health, absence or inactivity of public councils in the health care system, which could explain the population purpose and nature of spent reforms. In this regard it is also necessary to create a modern information system of health care. Quite important would be acceptance of the Law of Ukraine "On Medical self-

management" and creation of the National corporate organization of doctors who could undertake some of the important functions of Ministry of Health of Ukraine in solving of professional problems of medical ethics, improvements of medical training, quality management of medical care, protection of patients' rights and health workers [8;9].

Analysis of problems of branch reforming has shown that alongside with carrying out of the social and economic reforms directed on improvement of quality of life, ensure the effective protection of the environment, formation of healthy lifestyle, carrying out of effective demographic policy directed on increase of birth rate and mortality decrease, maintain and strengthening of reproductive health, support of youth and young families, social protection of disabled and older persons, the main areas in health care today should be:

- ensure of availability of qualified medical care to all segments of the population by legislative definition of a guaranteed level of free medical care from the state budget and fund of state social medical insurance;
- improvement of health care organization on the basis of priority development of primary health care on principles of family medicine;
- improvement of health care quality on the basis of introduction of effective medical technologies and quality standards, licensing and certification of physicians, accreditation of health facilities;
- improvement of health care financing by introduction of multi-channel financing system, which basis should be the state budget and obligatory state social health insurance, coordinated with tax system;
- establishment of appropriate payment of health professionals;
- improvement of legal base of health care, directed on maintenance of human rights and justice in reception of medical care, wide integration of Ukraine into the world and the European Community;
- creation of modern information system of health care.

Conclusions

The further reforming of health care branch should be carried out within existing problems: inadequate legislation that regulates activity of health care system, insufficient resource support of industry and irrational use of available resources, lack of mechanisms of state financing, inadequate structural and organizational model of health care system, limited access to qualitative health services (especially rural population), the issue of personnel provide of branch, lack of modern adequate information system etc.

Prospects of further researches consist in further monitoring problems of health care system of Ukraine.

References

1. Голяченко О. М. Реформа охорони здоров'я в Україні: як вийти з кризи / О. М. Голяченко. – К. : ВСВ «Медицина», 2010. – 80 с.
2. Князевич В. М. Реформа охорони здоров'я в Україні та її законодавче забезпечення / В. М. Князевич // Укр. мед. вісті. – 2011. – Т. 9, № 1–4 (72–75). – С. 50–53.
3. Конституція України (прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 червня 1996 р.). – К., 1997. – 80 с.
4. Кризина Н. П. Аналіз державної політики в галузі охорони здоров'я в працях українських вчених [Електронний ресурс] / Н. П. Кризина. – Режим доступу : <http://www.academy.gov.ua/ej/ej3/txts/GALUZEVE/08-KRIZINA.pdf>. – Назва з екрану.
5. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я і український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. – К., 2009. – 50 с.
6. Москаленко В. Ф. Правові аспекти реформування охорони здоров'я в Україні / В. Ф. Москаленко, Т. С. Грузева, Р. Ю. Гревцова // Укр. мед. вісті. – 2011. – Т. 9, № 1–4 (72–75). – С. 54–55.
7. Москаленко В. Ф. Принципи побудови оптимальної системи охорони здоров'я: український контекст / В. Ф. Москаленко. – К. : Книга плюс, 2008. – 317 с.
8. Мусій О. С. Лікарське самоврядування – нагальна необхідність запровадження у час реформи системи охорони здоров'я / О. С. Мусій // Укр. мед. вісті. – 2011. – Т. 9, № 1–4 (72–75). – С. 56–58.
9. Нечаїв С. В. Лікарське самоврядування як важлива умова реформування системи охорони здоров'я в сучасній Україні / С. В. Нечаїв // Укр. мед. вісті. – 2011. – Т. 9, № 1–4 (72–75). – С. 58–64.
10. Новости медицины и фармации. – 2012. – № 4 (402) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.mif-ua.com/archive/issue-26808/article-26830/>. – Назва з екрану.
11. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України № 2801-XII від 19.11.1992 р. – К., 1992. – 38 с.
12. Пономаренко В. М. Основні проблеми реформування системи охорони здоров'я України / В. М. Пономаренко // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 1999. – № 1. – С. 7–10.
13. Пономаренко В. М. Програма реформування системи охорони здоров'я України і перспективи її реалізації / В. М. Пономаренко, О. М. Ціборовський, В. І. Євсєєв // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 1999. – № 2. – С. 57–61.
14. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві : Закон України від 07.07.2011 № 3612-VI // ВВР. – 2013. – № 30. – С. 340.
15. Реалії та перспективи розвитку медичного страхування в Україні: розробка нормативних документів / А. Л. Федущак [та ін.] // Україна. Здоров'я нації. – 2007. – № 2. – С. 101–106.
16. Рогова О. Г. Основні напрями реформування системи охорони здоров'я України [Електронний ресурс] / О. Г. Рогова. – Режим доступу : <http://www.kbuara.kharkov.ua/e-book/ardu/2008-2/doc/2/10.pdf>. – Назва з екрану.
17. Скороход А. В. Шляхи реформування системи фінансування охорони здоров'я України / А. В. Скороход // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2010. – № 4. – С. 31–34.
18. Стратегічні напрями розвитку охорони здоров'я в Україні / за заг. ред. проф. В. М. Лехан. – К. : Сфера, 2001. – 176 с.
19. Ціборовський О. М. Основи державної політики в галузі охорони здоров'я / О. М. Ціборовський // Укр. мед. вісті. – 1997. – № 1 (56). – С. 37–38.
20. Шевченко М. В. Пропозиції щодо удосконалення системи фінансування охорони здоров'я України / М. В. Шевченко, В. М. Лехан, Г. О. Слабкий // Україна: Здоров'я нації. – 2011. – № 2 (18). – С. 126–132.

СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ (АНАЛІТИЧНИЙ ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

О.Р. Ситенко, Н.Т. Кучеренко, Т.М. Смірнова

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ

Мета: висвітлити основні проблеми системи охорони здоров'я України на сучасному етапі.

Матеріали і методи. У роботі застосовувались аналітичні методи дослідження.

Результати. Встановлено, що основними проблемами системи охорони здоров'я України на сучасному етапі є: недосконалість нормативно-правової бази; недостатність ресурсного та фінансового забезпечення та нераціональне використання наявних ресурсів; недостатня якість та доступність медичної допомоги; низький рівень оплати праці медичних працівників тощо. Це зумовило необхідність проведення системних перетворень в охороні здоров'я.

Висновки. Подальше реформування галузі охорони здоров'я повинно здійснюватися з урахуванням наявних проблем, з обов'язковим їх аналізом та моніторингом.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: **державна політика, охорона здоров'я, проблема, реформування.**

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ (АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Е.Р. Ситенко, Н.Т. Кучеренко, Т.Н. Смирнова

ГУ «Украинский институт стратегических исследований МЗ Украины», г. Киев

Цель: осветить основные проблемы системы здравоохранения Украины на современном этапе.

Материалы и методы. В работе применялись аналитические методы исследования.

Результаты. Установлено, что основными проблемами системы здравоохранения Украины на современном этапе являются: несовершенство нормативно-правовой базы; недостаточность ресурсного и финансового обеспечения и нерациональное использование имеющихся ресурсов; недостаточное качество и доступность медицинской помощи; низкий уровень оплаты труда медицинских работников. Это обусловило необходимость проведения системных преобразований в здравоохранении.

Выводы. Дальнейшее реформирование отрасли здравоохранения должно осуществляться с учетом существующих проблем, с обязательным их анализом и мониторингом.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: государственная политика, здравоохранение, проблема, реформирование.

Рукопис надійшов до редакції 03.04.2014 р.

Відомості про авторів:

Ситенко Олена Ростиславівна – к.мед.н., старший науковий співробітник Українського інституту стратегічних досліджень МОЗ України, завідувач науково-організаційного відділу.
Телефон: (044) 576-41-09.

Кучеренко Наталія Тимофіївна – к.екон. н., завідувач відділення зв'язків з міжнародними та національними організаціями в охороні здоров'я Українського інституту стратегічних досліджень МОЗ України.
Телефон: (044) 576-41-19.

Смірнова Тетяна Миколаївна – старший науковий співробітник науково-організаційного відділу Українського інституту стратегічних досліджень МОЗ України. Телефон: (044) 576-41-09.

ЯКІСТЬ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ: ОСОБЛИВОСТІ, РОЛЬ, ФАКТОРИ

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

Мета: виявити особливості якості медичних послуг, вивчити фактори та механізми, що здатні забезпечити якість в охороні здоров'я.

Матеріали і методи. У дослідженні використано методи економічного аналізу, синтезу та дедукції для виявлення особливостей якості медичних послуг та чинників, що на неї впливають.

Результати. Якість медичної послуги, яку надає лікарня, певною мірою зумовлена очікуваннями споживача, можливостями платника і формою власності медичного закладу. Встановлено, що факторами, які здатні забезпечити якість в охороні здоров'я, є внутрішній контроль якості медичних послуг самими закладами охорони здоров'я та зовнішня сертифікація суб'єктів, які надають медичні послуги.

Висновки. За відсутності механізму матеріальної винагороди єдиним засобом забезпечення якості є контроль з боку керівництва і пацієнта, але це стимулює лише до утримання якості на рівні, передбаченому стандартами.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: медична послуга, охорона здоров'я, якість, фактори.

У сучасному світі все більшої ваги набуває якість послуг в усіх галузях економіки. Причиною цього є розвиток технологій, глобалізація ринків, зростання конкуренції, а також більше усвідомлення клієнтами своїх власних потреб та очікувань. Медичні послуги належать до найбільш потрібних суспільству. Мабуть, немає людини, яка б жодного разу в житті не скористалася медичною послугою. З іншого боку, медичні послуги дуже специфічні: їм властива велика працездатність і відсутність гарантій щодо позитивного результату.

Прагнення до надання якісних послуг, зокрема в охороні здоров'я, сягає стародавніх часів. Докази цього знаходимо, наприклад, у Збірнику законів Хаммурапі, укладеному близько 1754 р. до н.е., що визначає, серед іншого, оплату праці та відповідальність за надання медичних послуг. Так, закони №№215-223 врегульовують винагороду за якісну та покарання за неякісну послугу лікаря залежно від обсягу останньої.

Мета дослідження: виявити особливості якості медичних послуг, вивчити фактори та механізми, що здатні забезпечити якість в охороні здоров'я.

Матеріали і методи. У дослідженні використано методи економічного аналізу, синтезу та дедукції для виявлення особливостей якості медичних послуг та чинників, що на неї впливають.

Результати дослідження та їх обговорення. Особливі характеристики медичної послуги проявляються у наступних її ознаках: суспільний характер, неочікуване виникнення потреби в послугі, відособленість споживача від платника, невпевненість і ризик (наслідок послуги і плата за її надання). З огляду на сказане, якість медичних послуг можна розглядати, з одного боку,

як відповідність визначеним стандартам, тобто пристосування послуг до вимог або рекомендацій, та, з іншого боку, як корисність для споживача, відповідність його вимогам [1].

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) розглядає якість охорони здоров'я як сукупність наступних складників: *ефективність, раціональність, доступність, зосередженість на пацієнтові, справедливість, безпечність* [5].

Медичні послуги – це послуги, надання яких у непристосованому місці невідповідним персоналом із використанням неналежного устаткування може призвести до погіршення здоров'я або втрати життя для споживача конкретної послуги. Це головна і найважливіша причина, чому в охороні здоров'я якість має таке велике значення. У зв'язку з необхідністю вирішення цієї проблеми запроваджено механізми, що мають на меті забезпечення якості. До них належать: а) *внутрішні* – контроль якості медичних послуг самими закладами охорони здоров'я, які надають ці послуги (вивчення й оцінка управлінським персоналом якості праці лікарів і медсестер, запобігання небажаним ситуаціям, запровадження власних програм контролю якості, вивчення думки пацієнтів щодо задоволення їх потреб); б) *зовнішні* – застосовуються по відношенню до всіх закладів на території всієї країни державними органами, групами експертів або недержавними організаціями, що займаються сертифікацією суб'єктів, які надають медичні послуги (*ліцензування*, що охоплює як державні, так і недержавні медичні заклади; *акредитація* – офіційне визнання наявності у закладі охорони здоров'я умов для якісного, своєчасного, певного рівня медичного обслуговування, дотримання стандартів охорони здоров'я, відповідності медичних (фармацевтичних) працівників єдиним кваліфікаційним вимогам).

Якість медичної послуги набуває дещо іншого значення у сприйнятті кожного окремого зацікавленого суб'єкта. Для пацієнтів передусім важливий результат, отриманий внаслідок надання послуги, а також її матеріальні складники. Для медичних працівників якість – це відповідність стандартам, якомога більш професійне, компетентне і сумлінне надання послуги. Керівництво закладу охорони здоров'я зосереджує увагу на належному виконанні нормативів та вимог, щоб уникнути скарг та можливих санкцій. Крім того, за умов наявності важелів, які б гарантували медичним працівникам і керівництву закладу охорони здоров'я отримання матеріальної винагороди за покращення якості послуг, вони будуть зацікавлені також у збільшенні конкурентоздатності й сучасності своїх послуг, у кінцевому фінансовому аспекті, пов'язаному з наданням послуги [4].

Ринок медичних послуг – це розгалужена мережа зв'язків між його окремими елементами. Природа медичних послуг така, що їх важко аналізувати, а оцінка їх якості значною мірою залежить від того, хто і на підставі яких критеріїв проводить цю оцінку. Аналіз оцінки якості медичних послуг слід розпочати з визначення того, хто є суб'єктами медичного ринку та яку позицію вони на ньому займають. На ринку медичних послуг присутні три суб'єкти, які мають ключове значення для системи медичної допомоги: *пацієнт* (суб'єкт, що споживає медичні послуги), *медичний заклад* (суб'єкт, що надає медичні послуги) і *платник* (суб'єкт, що фінансує медичні послуги) [3]. Поданий поділ максимально спрощений, насправді функції платника, медичного закладу і пацієнта переплітаються та поєднуються. Наприклад, пацієнт може бути водночас і платником, якщо самостійно покриває вартість наданих йому медичних послуг.

Якість медичних послуг, які надає лікарня, певною мірою зумовлена тим, на якого споживача спрямована послуга, хто виступає в ролі платника і яку форму власності має медичний заклад [2]. Медичний заклад, заснований на приватній формі власності, спрямовує свою діяльність на отримання прибутку, що певною мірою змушує його дбати про якість своїх послуг, яка є запорукою позитивної репутації, що, в свою чергу, забезпечить прибуток.

Виникає питання: чи лікарня зацікавлена у наданні послуг найвищої якості? Можемо ствер-

джувати, що надання послуг на найвищому рівні спонукатиме пацієнтів, у разі виникнення потреби, до повторного відвідування цієї лікарні, а також спричинить появу нових пацієнтів, що почувуть позитивні відгуки про лікарню чи конкретного лікаря. Але тут виникає проблема. Лікарня несе конкретні затрати, пов'язані з наданням якісних послуг, внаслідок чого у неї з'являється багато потенційних клієнтів, що збільшить затрати, але, у випадку обмеженого державного фінансування, не забезпечить відповідного зростання доходу.

Лікарня, що має хорошу репутацію, буде змушена надавати послуги, витрати на які держава не хоче або, через свої обмежені фінансові можливості, не може компенсувати. Із точки зору менеджменту такий ефект, спричинений якістю медичних послуг, є небажаним і шкідливим для лікарні. З'являються фінансові витрати, що є наслідком надання послуг, які мають певну цінність, але не генерують адекватного доходу.

Цілком іншою повинна бути ситуація із якістю послуг для лікарні, що діє на комерційній основі: чим вища якість і чим кращий імідж лікарні, тим більший дохід. Така діяльність, що базується на здорових ринкових засадах, призводить до максимізації прибутку. Лікарня, як підприємство, що функціонує в умовах конкуренції з іншими суб'єктами, які надають ідентичні медичні послуги, мусить з ними конкурувати і співпрацювати, тому ставить великі вимоги до якості своїх послуг.

Висновки

У сучасному світі якість медичних послуг набуває все більшої ваги. Якість медичної послуги, яку надає лікарня, певною мірою зумовлена очікуваннями споживача, можливостями платника і формою власності медичного закладу. Медичний заклад приватної форми власності дбає про якість своїх послуг, яка є запорукою позитивної репутації, що, в свою чергу, забезпечує прибуток. За відсутності цього механізму єдиним засобом забезпечення якості є контроль з боку керівництва і пацієнта, але це не стимулює до постійного підвищення якості медичних послуг, а лише до утримання її на рівні, передбаченому стандартами.

Перспективи подальших досліджень полягають у детальному вивченні можливостей впровадження нових механізмів стимулювання закладів охорони здоров'я до покращення якості медичних послуг.

Список літератури

1. Гульчій О. П. Комплексний аналіз критеріїв оцінки якості медичних послуг: міжнародний досвід та імплементація / О. П. Гульчій, С. М. Турянця // Актуальні проблеми клінічної та профілактичної медицини. – 2013. – Т. 1, № 1. – С. 39–44.
2. Мачуга Н. З. Економічні питання управління якістю медичних послуг / Н. З. Мачуга // Економіка і управління. – 2013. – № 2. – С. 25–28.
3. Чехун О. В. Надання платних медичних послуг: цивільно-правові аспекти [Електронний ресурс] / О. В. Чехун // Часопис Київського ун-ту права. – 2010. – № 2 – Режим доступу : <http://www.kul-lib.narod.ru/bibl.files/chas2010/2/213.pdf>. – Назва з екрану.
4. Щербаченко Л. В. Особливості надання платних медичних послуг у сучасних умовах / Л. В. Щербаченко // Наук. вісн. Нац. Ун-ту ДПС України (економіка, право). – 2010. – № 1 (48).
5. *Quality of care: a process for making strategic choices in health systems.* – Geneva : WHO, 2006. – 38 p.

КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ: ОСОБЕННОСТИ, РОЛЬ, ФАКТОРЫ

Ю.Н. Петрашик

ГВУЗ "Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского МЗ Украины"

Цель: выявить особенности качества медицинских услуг, изучить факторы и механизмы, способные обеспечить качество в здравоохранении.

Материалы и методы. В исследовании использованы методы экономического анализа, синтеза и дедукции для выявления особенностей качества медицинских услуг и факторов, на него влияющих.

Результаты. Качество медицинской услуги, которую предоставляет больница, определенным образом обусловлено ожиданиями потребителя, возможностями плательщика и формой собственности медицинского учреждения. Установлено, что факторами, способными обеспечить качество в здравоохранении, являются внутренний контроль качества медицинских услуг самими учреждениями здравоохранения и внешняя сертификация субъектов, оказывающих медицинские услуги.

Выводы. При отсутствии механизма материального вознаграждения единственным средством обеспечения качества является контроль со стороны руководства и пациента, но это стимулирует только к поддержанию качества на уровне, предусмотренном стандартами.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **медицинская услуга, здравоохранение, качество, факторы.**

QUALITY OF MEDICAL SERVICES: FEATURES, ROLE, FACTORS

Y.M. Petrashyk

SHEI "Ternopil State Medical University named after I. Ya. Gorbachevskiy MoH of Ukraine "

Purpose: to identify the characteristics of health services quality, to study factors and mechanisms capable provide quality in health care.

Materials and methods. Methods of economic analysis, synthesis and deduction were used in the study to identify characteristics of quality of health services and its factors.

Results. Quality of medical services provided by hospital in the certain degree caused by consumer expectations, opportunities of the payer and form of medical facility ownership. It is established that factors, which are able to provide quality in health care is an internal quality control of health services by institutions of health care and external certification of subjects that provide medical services.

Conclusions. At absence of material reward mechanism, the only way to ensure quality is control over management and the patient, but it can only encourage to keep quality at the level required by the standards.

KEY WORDS: **health service, health care, quality, factors.**

Рукопис надійшов до редакції 15.09.2014

Відомості про автора:

Петрашик Юрій Миколайович – к.філол.н., асис. кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з медичною статистикою ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України». Телефон: (0-352)-52-72-33.

ДИНАМІКА ТА РЕГІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ НА ХВОРОБИ ОКА ТА ЙОГО ПРИДАТКОВОГО АПАРАТУ

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ

Мета: проведення наукового аналізу статистичних даних захворюваності за класом хвороб ока та його придаткового апарату серед населення України, з урахуванням регіональних особливостей та результатів оперативного моніторингу рівнів вперше зареєстрованої у поточному році офтальмологічної патології у регіонах України.

Матеріали і методи. Вивчалися дані офіційної статистики за 2008–2013 роки. Використано комплекс методів, який включав статистичний, епідеміологічний, графічний аналіз динамічних рядів показників захворюваності на хвороби ока та його придаткового апарату серед населення основних адміністративних територій України.

Результати. Аналіз особливостей формування офтальмологічної захворюваності населення України дав змогу виявити численні регіональні розбіжності та їх сформовані тенденції за 2008–2013 рр. у різних вікових групах населення.

Висновки. Отримані результати свідчать про доцільність подальшого ведення такого моніторингу як інформаційного підґрунтя вибіркового поглибленого вивчення причин та розробки заходів профілактики захворюваності на хвороби ока та його придаткового апарату в розрізі адміністративних територій України.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: офтальмологічна патологія, моніторинг, захворюваність, регіональні особливості.

Збереження здорових функцій є важливою складовою працездатності, успіху кожної людини, основою її соціальної адаптації та визнання свого місця в суспільстві. Останніми роками в Україні сформувалися тенденції до погіршення офтальмологічного здоров'я, зростає поширеність хвороб ока та його придаткового апарату серед населення, тому вивчення регіональних особливостей цього явища не втрачає своєї актуальності [1-5].

Мета дослідження: проведення ретроспективного та проспективного аналізу показників захворюваності за класом хвороб ока та його придаткового апарату серед населення України, вивчення її динаміки та регіональних особливостей формування за період 2008–2013 років.

Матеріали і методи. Для проведення дослідження було використано комплекс методів: статистичний, епідеміологічний, графічний аналіз динамічних рядів показників захворюваності на хвороби ока та його придаткового апарату се-

ред населення основних адміністративних територій України.

Результати дослідження та їх обговорення. За даними Центру медичної статистики МОЗ України, у 2013 р. первинна захворюваність на хвороби ока та його придаткового апарату складала 3 591,1 на 100 тис. населення України, що в абсолютній кількості становило понад 1,5 млн відвідувань (1 629 381 звернення), під час яких у поточному році вперше було встановлено діагноз захворювання ока та придаткового апарату. У динаміці з 2008 р. первинна захворюваність за вищевказаним класом хвороб мала тенденцію до помірнього зростання (приріст +2,86%) (рис. 1). При цьому приріст первинної захворюваності на хвороби ока та його придаткового апарату серед населення України за період 2008–2011 рр. був більш виразним (+3,9%), а в 2012 р. та у 2013 р. рівень цього показника виявився нижчим за показники 2010 та 2011 років (рис. 1).

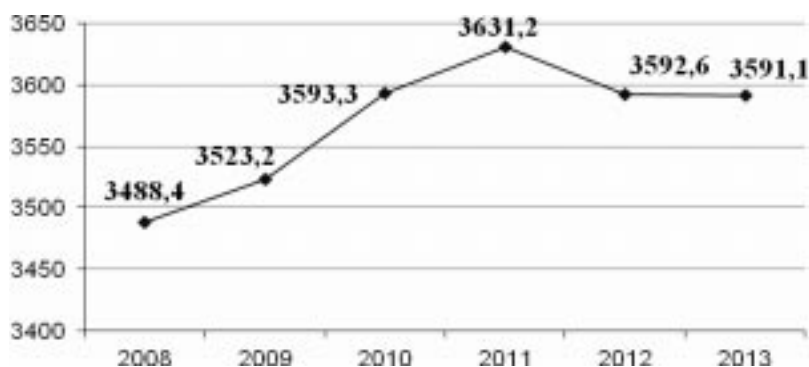


Рис. 1. Динаміка первинної захворюваності населення України на хвороби ока та його придаткового апарату за період 2008-2013 рр. (на 100 тис. населення)

За підсумками 2013 р. найвищі рівні первинної захворюваності за класом хвороб ока та його придаткового апарату були виявлені у Дніпро-

петровській (5 111,6), Рівненській (4 937,4), Львівській (4 680,9 на 100 тис. населення) областях (рис. 2).

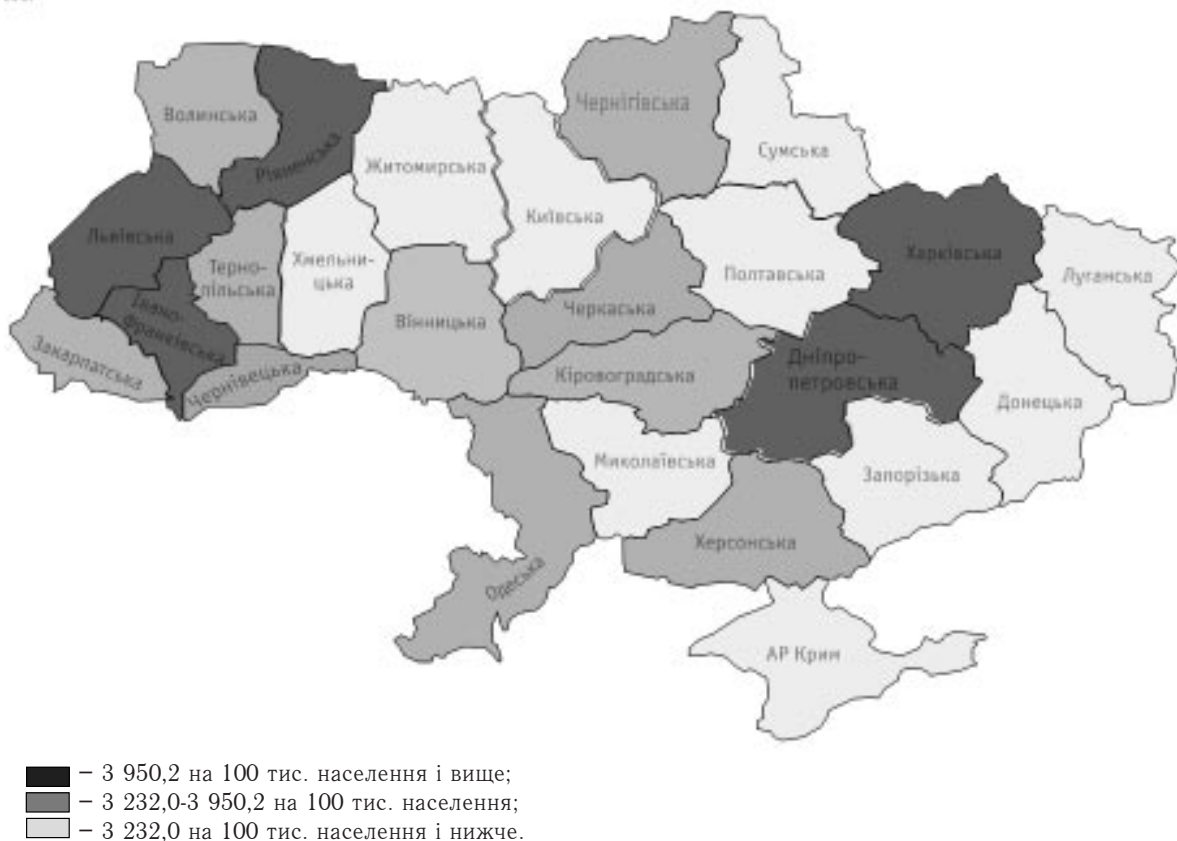


Рис. 2. Картограма первинної захворюваності населення України на хвороби ока та його придаткового апарату у 2013 р. (на 100 тис. населення)

Найнижчі рівні первинної захворюваності на хвороби ока та придаткового апарату в 2013 р. були виявлені в АР Крим (2 185,0), Полтавській (2 270,6), Житомирській (2 283,4) та Сумській

(2 382,4 на 100 тис. населення) областях. Відмінність між крайніми показниками становить 2,34 разу ($p < 0,001$) (табл. 1.)

Таблиця 1. Розподіл регіонів України за рівнем первинної захворюваності населення на хвороби ока та придаткового апарату за підсумками 2013 р. (на 100 тис. населення)

Низький рівень		Середній рівень		Високий рівень	
адміністративна територія	показник	адміністративна територія	показник	адміністративна територія	показник
АР Крим	2 185,0	Закарпатська обл.	3 414,1	Харківська обл.	4 226,2
Полтавська обл.	2 270,6	Кіровоградська обл.	3 434,8	м. Київ	4 535,2
Житомирська обл.	2 283,4	Волинська обл.	3 566,0	Ів.-Франківська обл.	4 569,4
Сумська обл.	2 382,4	Чернігівська обл.	3 621,0	Львівська обл.	4 680,9
м. Севастополь	2 482,2	Тернопільська обл.	3 651,8	Рівненська обл.	4 937,4
Київська обл.	2 788,5	Вінницька обл.	3 674,7	Дніпропетровська обл.	5 111,6
Запорізька обл.	2 863,8	Херсонська обл.	3 679,2		
Донецька обл.	3 003,9	Одеська обл.	3 771,2		
Луганська обл.	3 054,3	Черкаська обл.	3 785,8		
Миколаївська обл.	3 051,8	Чернівецька обл.	3 800,3		
Хмельницька обл.	3 111,3				

Розподіл регіонів за рівнем первинної захворюваності населення на хвороби ока та придаткового апарату за підсумками 2013 р. наведено у табл. 1. Як видно з таблиці, до групи регіонів з низьким рівнем первинної захворюваності на хвороби ока та його придаткового апарату належать АР Крим, Полтавська, Житомирська, Сумська, Київська, Запорізька, Донецька, Луганська, Миколаївська, Хмельницька області та м. Севастополь. При цьому, якщо низькі рівні первинної захворюваності за цим класом у 2013 р. серед населення АР Крим (-2,2%), Хмельницької (-5,0%), Сумської (-6,2%), Донецької (-6,3%), Запорізької (-7,9%) та Житомирської (-9,2%) областей мають негативну динаміку росту порівняно з 2008 р., то для Полтавської (+2,0%), Луганської (+3,0%), Київської (+5,7%) та Миколаївської (+13,0%) областей були виявлені тенденції до зростання. Найнижчий від'ємний приріст вищезазначеного показника у 2013 р. порівняно з 2008 р. було виявлено в м. Севастополі (-17,3%), де рівень первинної захворюваності на хвороби ока та його придаткового апарату знизився з 2 911,9 у 2008 р. до 2 482,2 у 2013 р. і всі ці роки м. Севастополь

належало до регіонів з низьким рівнем даного показника.

До групи регіонів з високим рівнем первинної захворюваності на хвороби ока та придаткового апарату у 2013 р. були віднесені: м. Київ, Дніпропетровська, Рівненська, Львівська, Івано-Франківська та Харківська області. При цьому для Дніпропетровської (+14,9%), Івано-Франківської (+5,5%), Львівської (+5,2%), Рівненської (+1,3%) областей та м. Києва (+2,9%) характерними виявилися тенденції до зростання, що зумовить подальше знаходження вищевказаних регіонів у групі з високим рівнем офтальмологічної захворюваності. Для Харківської області виявлені тенденції до зменшення (-4,2%) первинної захворюваності на хвороби ока та придаткового апарату, проте вона продовжує залишатися в групі регіонів з високим рівнем цього показника.

Найвищі темпи росту первинної захворюваності на хвороби ока та придаткового апарату за період 2008–2013 рр. були виявлені у Закарпатській (+17,4%), Кіровоградській (+16,5%), Дніпропетровській (+14,9%), Миколаївській (+13,0%) та Чернігівській (+10,3%) областях (рис. 3).

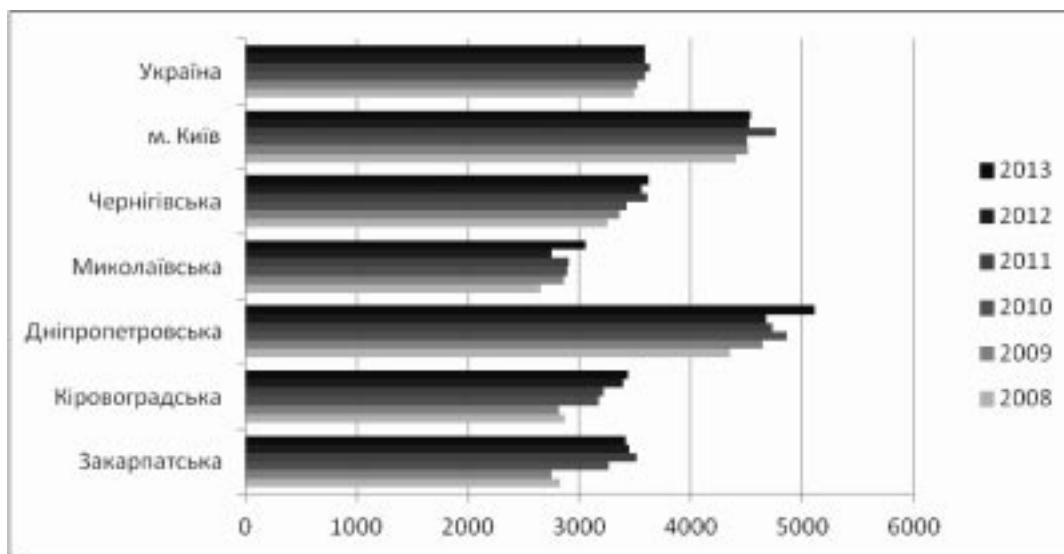


Рис. 3. Динаміка первинної захворюваності на хвороби ока та його придаткового апарату серед населення Закарпатської, Кіровоградської, Дніпропетровської, Миколаївської, Чернігівської областей порівняно з показниками по Україні та м. Києві за період 2008-2013 рр. (на 100 тис. населення)

Найнижчі рівні первинної захворюваності на хвороби ока та його придаткового апарату серед дорослого населення були виявлені в АР Крим (1 834,7) та м. Севастополі (1 896,1), а найвищі – у Дніпропетровській (5 194,8) та Львівській (4 661,0 на 100 тис. дорослого населення) областях. Відмінність між крайніми показниками склала 2,83 разу ($p < 0,001$).

Для більшості регіонів, віднесених до групи з високим значенням первинної захворюваності на хвороби ока та придаткового апарату серед дорослого населення, за підсумками 2013 р. харак-

терним стало її зростання порівняно з 2008 р.: Дніпропетровська (+16,1%), Івано-Франківська (+8,5%), Львівська (+5,4%), Рівненська (+5,8%), Чернівецька (+2,0%) області та м. Київ (+3,8%), за винятком Харківської області (-3,7%), що може свідчити про тенденції до подальшого збереження вказаних територій у групі з високими значеннями первинної захворюваності за цим класом хвороб серед дорослого населення.

У групі регіонів з низьким рівнем вищевказаного показника тенденції до його зростання за період 2008–2013 рр. були виявлені у Мико-

лаївській (+14,1%), Полтавській (+4,6%), Київській (+4,0%) та Луганській (+3,2%) областях. Решта територій з низьким рівнем первинної захворюваності на хвороби ока та придаткового апарату серед дорослого населення мають негативний приріст вказаного показника за період 2008–2013 рр., що може свідчити про подальше їх збереження в переліку територій з низьким рівнем первинної захворюваності дорослого населення за цим класом хвороб. Так, до них були віднесені: м. Севастополь (-35,0%), Житомирська (-16,8%), Запорізька (-11,2%), Сумська (-8,1%), Донецька (-7,8%), Хмельницька (-7,8%) області та АР Крим (-9,7%).

Найвищі темпи росту первинної захворюваності дорослого населення на хвороби ока та його придаткового апарату за період 2008–2013 рр. були виявлені в Закарпатській (з 2 493,0 у 2008 р. до 3 184,7 на 100 тис. дорослого населення у 2013 р. (+21,7%)), Кіровоградській (з 2 559,2 до 3 208,2 (+20,2%)), Дніпропетровській (з 4 361,3 до 5 194,8 (+16,1%)) та Миколаївській (з 2 466,3 до 2 869,8 (+14,1%)) областях, що за наявності в цих областях таких же високих відсотків приросту первинної захворюваності всього населення за цим класом хвороб дозволяє зробити висновок про зростання його рівнів за рахунок лівової частки відвідувань вікової групи дорослого населення, яким вперше в цьому році було встановлено хворобу ока та придаткового апарату.

Структуру первинної захворюваності за вищезазначеним класом хвороб в 2013 р. у віковій групі дорослого населення формували: кон'юнктивіти та інші захворювання кон'юнктиви (1019,9, або 30,51%), катаракта (345,5, або 10,33%), міопія (183,0, або 5,47%), хвороби склери, кератити та інші захворювання рогівки (149,4, або 4,47%), глаукома (60,5, або 1,81%), атрофія зорового нерва (15,2, або 0,46%), відшарування та розриви сітківки (7,2 на 100 тис. дорослого населення, або 0,22%) та інші захворювання.

Порівняно з 2008 р. у 2013 р. відбулося зростання первинної офтальмологічної захворюваності дорослого населення України на міопію (з 171,3 на 100 тис. дорослого населення у 2008 р. до 183,0 у 2013 р.), хвороби склери, кератити та інші хвороби рогівки (з 137,6 до 149,4), відшарування та розривів сітківки (з 6,0 до 7,2), що суттєво не вплинуло на структурі первинної захворюваності дорослого населення за цим класом хвороб. І навпаки, за вказаний період часу суттєво зменшилася первинна захворюваність на глаукому (з 68,2 у 2008 р. до 60,5 на 100 тис. дорослого населення у 2013 р.), що призвело до зменшення її питомої ваги в структурі первинної захворюваності дорослого населення України з 2,1% у 2008 р. до 1,81% у 2013 р. і може вказувати на низьку виявляємість глаукоми у цій віковій групі.

За результатами аналізу первинної захворюваності на хвороби ока та придаткового апарату серед населення працездатного віку встановлено, що в 2013 р. її показник в середньому по Україні склав 2 991,2 на 100 тис. відповідного населення із зростанням показника +2,8% за період 2008–2013 рр. (рис. 5).

Найвищі рівні первинної захворюваності працездатного населення на хвороби ока та його придаткового апарату за регіонами були виявлені в Дніпропетровській (4 709,2), Рівненській (4 468,1) та Львівській (4 290,1 на 100 тис. дорослого населення) областях, що повністю відповідає регіональним особливостям первинної захворюваності на офтальмологічну патологію, як серед населення усіх вікових груп, так і вікової групи доросле населення. Найнижчі рівні первинної захворюваності населення працездатного віку на дану патологію були виявлені у м. Севастополі (1 105,5), АР Крим (1 514,7) та Житомирській (1 524,7) області. Відмінність між крайніми показниками склала 4,26 разу ($p < 0,001$).

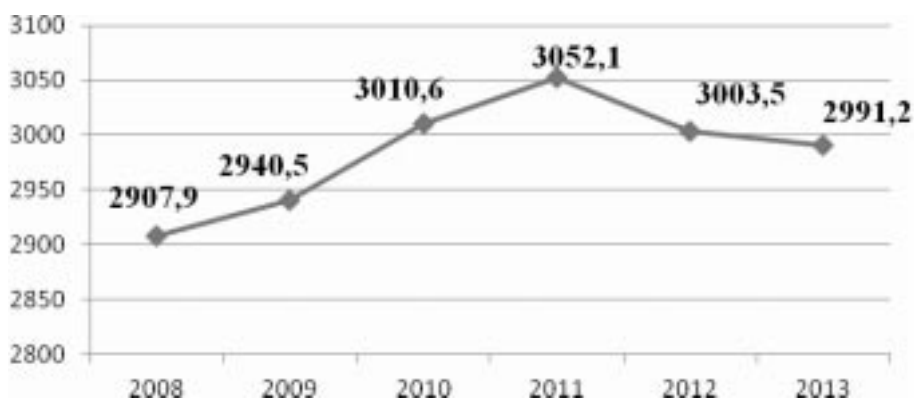


Рис. 5. Динаміка первинної захворюваності населення України працездатного віку на хвороби ока та його придаткового апарату за період 2008–2013 рр. (на 100 тис. відповідного населення)

Для більшості областей з низьким рівнем первинної захворюваності населення працездатного віку на хвороби ока та його придаткового апарату було виявлено негативний приріст вищевказаного показника за період 2008–2013 рр. Так, у м. Севастополі первинна захворюваність працездатного населення на хвороби ока та придаткового апарату у 2008 р. становила 1 882,6, а в 2013 р. – 1 105,5 на 100 тис. відповідного населення (-70,3%), що свідчить про різкий спад кількості відвідувань у цій віковій групі, причини якого необхідно додатково з'ясувати, адже така ситуація може свідчити про надзвичайно низьку доступність медичної допомоги. Негативний приріст первинної захворюваності населення працездатного віку на хвороби ока та придаткового апарату за період 2008–2013 рр. також був притаманний для Житомирської (з 2 006,6 на 100 тис. працездатного населення у 2008 р. до 1 524,7 у 2013 р. (-31,6%)), Сумської (з 2 253,0 до 1 962,3 (-14,8%)), Запорізької (з 2 192,6 до 1 918,6 (-14,3%)) та Хмельницької (з 2 795,8 до 2 549,9 (-9,6%)) областей.

У Дніпропетровській області, для якої характерні найвищі рівні первинної захворюваності населення за класом хвороб ока та придаткового апарату, приріст первинної захворюваності у віковій групі працездатного населення за період 2008–2013 рр. становив +17,6%, що свідчить про формування тенденцій росту первинної захворюваності за вищезазначеним класом хвороб на майбутнє. Високі значення первинної захворюваності на хвороби ока та придаткового апарату серед населення працездатного віку із тенденціями до зростання за період 2008–2013 рр. були виявлені також в Рівненській (з 4 088,5 на 100 тис. працездатного населення у 2008 р. до 4 468,1 у 2013 р. (+8,6%)), Львівській (з 3 970,1 до 4 290,1 (+7,5%)) та Одеській (з 3 143,7 до 3 456,0 (+9,1%)) областях.

Структуру первинної захворюваності за вищезазначеним класом хвороб в 2013 р. у віковій

групі працездатного населення формували: кон'юнктивіти та інші захворювання кон'юнктиви (973,3, або 32,54%), катаракта (100,4, або 3,36%), міопія (265,9, або 8,9%), хвороби склери, кератити та інші захворювання рогівки (140,5, або 4,7%), глаукома (18,1, або 0,61%), атрофія зорового нерва (13,1, або 0,44%), відшарування та розриви сітківки (5,6 на 100 тис. дорослого населення, або 0,19%) та інші захворювання.

Порівняно з 2008 р. у 2013 р. відбулося зростання первинної офтальмологічної захворюваності населення працездатного віку на міопію (з 256,6 на 100 тис. населення працездатного віку у 2008 р. до 265,9 у 2013 р.), хвороби склери, кератити та інші хвороби рогівки (з 129,8 до 140,5), відшарування та розриви сітківки (з 4,8 до 5,6). І навпаки, за вказаний період суттєво зменшилася первинна захворюваність на глаукому (з 20,5 на 100 тис. населення працездатного віку у 2008 р. до 18,1 у 2013 р.), що призвело до зменшення її питомої ваги у структурі первинної захворюваності населення України працездатного віку з 0,71% у 2008 р. до 0,61% у 2013 р.

За результатами аналізу первинної захворюваності на хвороби ока та його придаткового апарату у віковій групі дорослого населення старше працездатного віку, встановлено, що у 2013 р. її показник загалом по Україні склав 4 520,0 на 100 тис. населення старше працездатного віку із незначним зростанням показника +0,7% за період 2008–2013 рр. (рис. 6).

У 2013 р. найнижчі рівні первинної захворюваності на хвороби ока та придаткового апарату серед населення старше працездатного віку були виявлені у Полтавській (2 552,1) та Сумській (2 806,7 на 100 тис. населення старше працездатного віку) областях. Найвищі рівні первинної захворюваності за цим класом серед населення старше працездатного віку були зареєстровані у Дніпропетровській (6 546,8) області та м. Києві (7 610,8 на 100 тис. населення старше праце-

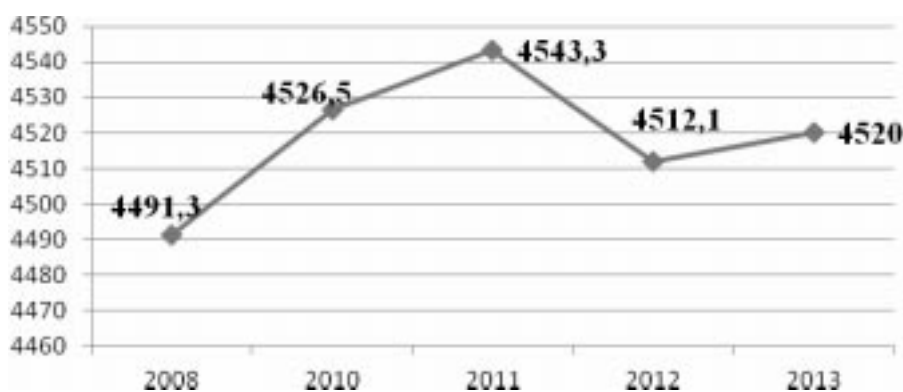


Рис. 6. Динаміка первинної захворюваності населення України старше працездатного віку на хвороби ока та його придаткового апарату за період 2008–2013 рр. (на 100 тис. відповідного населення)

здатного віку). Відмінність між крайніми показниками склала 2,98 разу ($p < 0,001$).

Високі рівні первинної захворюваності за цим класом хвороб серед населення старше працездатного віку поєднуються із суттєвим приростом показника в Дніпропетровській (з 5 887,1 на 100 тис. населення старше працездатного віку у 2008 р. до 6 546,8 у 2013 р. (+10,1%)), Івано-Франківській (з 4 826,6 до 5 640,1 (+14,5%)) та Черкаській (з 4 657,4 до 5 163,7 (+9,8%)) областях.

Суттєве зниження первинної захворюваності серед населення старше працездатного віку відбулося у м. Севастополі (з 4 447,3 на 100 тис. населення старше працездатного віку у 2008 р. до 3 806,1 у 2013 р. (-16,9%)), АР Крим (з 3 329,5 до 2 833,8 (-17,5%)), Вінницькій (з 4 280,2 до 3 684,2 (-16,2%)) та Донецькій (з 4 207,7 до 3 705,7 (-13,6 %)) областях.

Висновки

Проведений аналіз регіональних особливостей формування офтальмологічної захворюваності населення України дав змогу виявити численні регіональні розбіжності та їх сформовані тенденції за 2008–2013 рр. у різних вікових групах населення. Виявилось, що темпи зростання первинної захворюваності на хвороби ока та його придаткового апарату за період 2008–2013 рр. були помірними, як серед всього населення України (+2,86%), так і у вікових групах доросло-

го населення (+2,7%), населення працездатного віку (+2,8%) та населення старше працездатного віку (+0,7%).

Традиційно високі рівні первинної захворюваності за класом хвороб ока та його придаткового апарату за підсумками 2013 р. виявлені у всіх вікових групах населення Дніпропетровської, Івано-Франківської, Львівської, Рівненської та Харківської областей. У 2013 р. особливістю вищевказаного показника у віковій групі населення працездатного віку стали високі його рівні ще й у Одеській, Вінницькій та Чернівецькій областях, а у віковій групі населення старше працездатного віку – у Херсонській та Черкаській областях.

Найнижчі рівні первинної захворюваності населення за класом хвороб ока та його придаткового апарату за період 2008–2013 рр. виявлені серед населення різних вікових груп АР Крим, Полтавської, Житомирської, Сумської та Київської областей.

Перспективи подальших досліджень.

Отримані результати свідчать про доцільність подальшого ведення такого моніторингу як інформаційного підґрунтя вибіркового поглибленого вивчення причин та розробки заходів профілактики захворюваності на хвороби ока та його придаткового апарату у розрізі адміністративних територій України.

Список літератури

1. Збітнева С. В. Захворюваність населення України на хвороби ока та його придаткового апарату / С. В. Збітнева // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2010. – № 3. – С. 14–18.
2. Медведовська Н. В. Регіональні особливості захворюваності населення України на офтальмологічну патологію, її динаміка / Н. В. Медведовська // Сімейна медицина. – 2013. – № 3 (47). – С. 107–108.
3. Слабкий Г. О. Регіональні особливості стану здоров'я населення України (за період 2005–2009 рр.) : монографія / Г. О. Слабкий, Н. В. Медведовська. – К., 2010. – 174 с.
4. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2009 рік / за ред. З.М. Митника. – К., 2010. – 447 с.
5. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2012 рік / за ред. Р. В. Богатирьової. – К., 2013. – 464 с.

ДИНАМИКА И РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ БОЛЕЗНЯМИ ГЛАЗА И ПРИДАТОЧНОГО АППАРАТА

З.В. Повч

ГУ «Украинский институт стратегический исследований МЗ Украины», г. Киев

Цель: проведение научного анализа статистических данных заболеваемости по классу болезней глаза и придаточного аппарата среди населения Украины, с учетом региональных особенностей и результатов оперативного мониторинга уровней впервые зарегистрированных в текущем году случаев офтальмологической патологии в регионах Украины.

Материалы и методы. Изучены данные официальной статистики за 2008–2013 годы. Использован комплекс методов, который включал статистический, эпидемиологический, графический анализ динамических рядов показателей заболеваемости болезнями глаза и придаточного аппарата среди населения основных административных территорий Украины.

Результаты. Анализ особенностей формирования офтальмологической заболеваемости населения Украины позволил выявить многочисленные региональные отличия и их сформировавшиеся тенденции за 2008–2013 гг. в разных возрастных группах населения.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о целесообразности дальнейшего ведения такого мониторинга как информационной основы выборочного углубленного изучения причин и разработки мер профилактики заболеваемости болезнями глаза и придаточного аппарата в разрезе административных территорий Украины.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: офтальмологическая патология, мониторинг, заболеваемость, региональные особенности.

DYNAMICS AND REGIONAL FEATURES OF MORBIDITY OF THE UKRAINIAN POPULATION ON EYE AND ITS ADDITIONAL DEVICE DISEASES

Z.V. Povch

Public establishment "Ukrainian Institute of Strategic Researches MHC of Ukraine", Kyiv

Purpose: Carrying out of the scientific analysis of statistical data of morbidity on class of diseases of the eye and its additional device among the population of Ukraine taking into account regional features and results of operative monitoring of levels for the first time ophthalmic pathology registered in the current year in regions of Ukraine.

Materials and methods. The data of official statistics for 2008-2013 were studied. Complex of methods that included statistical, epidemiological, graphic analysis of dynamic lines of parameters of diseases of the eye and its additional device among population of the main administrative regions of Ukraine have been used.

Results. Analysis of the features formation of ophthalmologic morbidity of the Ukrainian population has revealed numerous regional distinctions and their developed tendencies for 2008-2013 in different age groups of the population.

Conclusions. The received results testify expediency of further conducting such monitoring as information basis of the selective depth studying of the reasons and development measures of disease preventive of the eye and its additional device in the context of administrative regions of Ukraine.

KEY WORDS: ophthalmic pathology, monitoring, morbidity, regional features.

Рукопис надійшов до редакції 28.08.2014

Відомості про автора:

Повч Зоряна Василівна – пошукач ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», завідувач офтальмологічного відділення №6 ЦМХО м. Києва. Телефон: (044) 408 63 00 .

ПОЗИТИВНА ДИНАМІКА ЛІКАРНЯНОЇ ЛЕТАЛЬНОСТІ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ: ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ ТА КЛІНІЧНИЙ АСПЕКТИ

Дніпропетровська клінічна психіатрична лікарня, Україна

Мета: встановити динаміку смертності хворих на шизофренію за 25-річний період (1989-2013 рр.) у Дніпропетровській клінічній психіатричній лікарні; виявити чинники, що впливають на показник лікарняної летальності цих хворих.

Матеріали і методи. Ретроспективно суцільним методом вивчено 84 медичні карти стаціонарного хворого за 1989–1990 рр. (I період) та 52 медичні карти стаціонарного хворого за 2011–2013 рр. (II період) хворих на шизофренію, що померли у лікарні у вказані періоди. У роботі використовувалися методи динамічного та кореляційного аналізу.

Результати. Встановлено хвилеподібну динаміку лікарняної летальності хворих на шизофренію. Найвищим показник лікарняної летальності був у 1996 р. (3,18 % на 100 вибулих хворих), а найнижчим – у 2012 р. (0,53%). Основною причиною смерті стала серцево-судинна патологія, злоякісні новоутворення, туберкульоз, захворювання органів травлення, пневмонія, травми. Також встановлено відсутність комплексної допомоги та наступності при лікуванні хворих в амбулаторних умовах у I періоді спостереження.

Висновки. Найбільш ефективним є комплексне поліпрофесійне обслуговування хворих в амбулаторних умовах за спільної участі лікаря-психіатра та лікарів соматичної медицини.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: шизофренія, лікарняна летальність, комплексне обслуговування.

Інтеграція психіатрії у соматичну, загально-медичну систему викликає жваву увагу клінічних фахівців і організаторів охорони здоров'я у зв'язку із проблемами підвищеної смертності хворих на шизофренію.

За даними спеціальних досліджень [2;3;14], хворі на шизофренію частіше і раніше вмирають, середній вік дожиття на 20% менший, ніж у загальній популяції [1;3;12].

Проблема значного зниження коефіцієнта смертності жителів України вирішується на різних рівнях надання медичної допомоги [4;6;10;11].

Підвищена смертність при шизофренії обумовлена як насильницькими (нещасні випадки, вбивства, суїциди), так і природними причинами. Серед останніх актуальні кардіальна, неврологічна, дихальна, ендокринна, інфекційна і паразитарна, онкологічна патологія [8].

Великий вплив на смертність хворих на шизофренію виявляють такі розповсюджені у хворих на шизофренію фактори ризику, як підвищена вага й ожиріння, підвищення рівня холестерину сироватки крові, паління, малорухливий спосіб життя, артеріальна гіпертонія, цукровий діабет [7;9]. Великого значення набула проблема коморбідності з цукровим діабетом, сифілісом, міокардіопатією [5].

Аналіз наукових джерел засвідчив відсутність на теперішній час вірогідної статистики частоти і причин смертності хворих на шизофренію, що

утруднює розробку індикаторів ефективності організаційних заходів, спрямованих на зменшення смертності хворих на шизофренію [13;15;16].

Усе вищенаведене обумовлює теоретичний і практичний інтерес вивчення причин смертності від соматичних захворювань хворих на шизофренію.

Мета дослідження: встановити динаміку смертності хворих на шизофренію за 25-річний період (1989–2013 рр.) у Дніпропетровській клінічній психіатричній лікарні, виявити закономірності та встановити дієві чинники, які впливають на показник лікарняної летальності хворих.

Матеріали і методи. У ході роботи вивчалися архівні статистичні дані лікарні, медичні карти стаціонарних хворих та протоколи патологоанатомічного дослідження хворих на шизофренію, померлих у 1989–1991 рр. (84 чол.) та у 2011–2013 рр. (52 чол.).

У роботі використовувалися статистичні методи дослідження (динамічний аналіз, кореляційний аналіз). Обробка отриманих результатів проводилася з використанням надбудови Excel.

Результати дослідження та їх обговорення. Ретроспективно суцільним методом вивчено 84 медичні карти стаціонарного хворого за 1989–1990 рр. (I період) та 52 медичні карти стаціонарного хворого за 2011–2013 роки (II період) усіх хворих на шизофренію, померлих у лікарні у вказані періоди.

У всіх хворих діагноз шизофренії встановлено відповідно до критеріїв Міжнародних класифікацій з перекодуванням діагнозів, встановлених з 1989 року до 1994 року, відповідно до кодів МКХ-10. Критерієм виключення з дослідження був вік пацієнтів молодше 18 років.

Хворі на шизофренію інваліди I та II групи склали серед хворих I періоду 82,3%, II – 83,1%; соматичні захворювання були у 5,8% хворих I періоду і у 4,9% – II періоду.

В обох групах перебіг шизофренії безперервний, несприятливий. Клінічно відзначалася резистентність до фармакотерапії навіть за наявності високих доз і тривалої терапії. Усі хворі були байдуже або негативно налаштовані щодо лікування. У 96% хворих фармакотерапія обмежувалася тільки часом перебування у лікарні.

В обох групах дослідження переважали хворі з давністю процесу понад 34 роки: 30,2% серед хворих I періоду та 31,4% серед хворих II періоду.

Серед хворих I періоду сільські жителі склали 28,2%, міські – 71,8%; у хворих II періоду 27,9% і 72,1% відповідно.

Серед хворих I періоду чоловіки склали 54,9%, жінки – 45,1%; хворих II періоду – 54,6% та 45,4% відповідно.

За життя у хворих на шизофренію діагностувалася така патологія: цереброваскулярна патологія – 34,3%, ішемічна хвороба серця – 31,5%, хронічні гепатити – 3,4%, цукровий діабет – 2,1%, захворювання крові – 1,8%, пневмонія – 1,5%, туберкульоз легень – 1,5%, злоякісні новоутворення – 0,2%, інші захворювання – 23,7%.

Основною причиною смерті хворих були: хвороби системи кровообігу – 66,6%, злоякісні новоутворення – 13,3%, туберкульоз – 6,7%, захворювання органів травлення – 6,6%, захворювання органів дихання (пневмонії) – 3,3%, травми – 3,3%, інші – 0,2%.

Піки летальності прийшлися на вікові періоди 51–60 років – 21,5% та понад 61 рік – 44,2%, що пов'язано з тривалим періодом ендогенної інтоксикації, накопиченням негативних факторів, які беруть участь у розвитку коморбідних соматичних захворювань.

Остання госпіталізація для 88,3% хворих I періоду та 89,4% хворих II періоду проводилася по швидкій допомозі.

Смерть в лікарні у 71,4% померлих I періоду настала через $24 \pm 4,2$ дня, у 69,5% померлих II періоду – через $22 \pm 3,9$ дня.

Згідно з наведеними соціально-демографічними даними, не встановлено вірогідних відмінностей між хворими I і II періоду дослідження.

Показник летальності на 100 вибулих хворих на шизофренію за 25-річний (1989–2013 рр.) період дослідження мав хвилеподібний характер (табл., рис. 1).

Таблиця. Динаміка показника летальності на 100 вибулих хворих на шизофренію у 1989–2013 роках

Рік	Вибуло хворих на шизофренію	Померло хворих на шизофренію	Летальність на 100 вибулих
1989	3420	33	0,96
1990	3292	20	0,61
1991	3220	31	0,96
1992	3221	35	1,09
1993	3355	60	1,79
1994	3104	67	2,16
1995	2730	50	1,83
1996	2450	78	3,18
1997	2519	75	2,98
1998	2804	48	1,71
1999	2870	47	1,64
2000	2663	58	2,18
2001	2673	54	2,02
2002	2574	49	1,90
2003	2627	38	1,45
2004	2510	40	1,59
2005	2345	32	1,36
2006	2220	27	1,22
2007	2236	22	0,98
2008	2283	24	1,05
2009	2460	20	0,81
2010	2376	24	1,01
2011	2599	22	0,85
2012	2460	13	0,53
2013	2558	17	0,66

Аналіз динамічних рядів показника летальності хворих на шизофренію свідчить про його зростання з 1989 р. до максимального значення 3,18 у 1996 р. і поступове його зниження з 1,59 у 2004 р. до 0,53 у 2012 році.

Поглиблений аналіз летальності хворих на шизофренію свідчить, що хворі I періоду в амбулаторних умовах нехтували комплексною лікарською допомогою при виникненні соматичних проблем самостійно, що потребувало нагляду з боку рідних. Хворі не дотримувалися режиму спостереження у лікаря-терапевта та інших фахівців соматичної медицини, була відсутня наступність у веденні хворих в амбулаторних та стаціонарних умовах, між лікарем-психіатром і спеціалістами соматичної медицини за місцем мешкання.

Така ситуація потребувала нових організаційних заходів щодо ведення хворих з важкими психічними розладами та соматичною патологією.

Після обговорення отриманих результатів на медичній раді було прийнято рішення про удо-

сконалення організації надання соматичної допомоги психічно хворим і покращання наступності в ланцюжку: ⇔ психіатричний стаціонар ⇔ лікар-

психіатр ⇔ фахівці районної поліклініки (сімейний лікар) ⇔ соматичний стаціонар ⇔ (рис. 2).

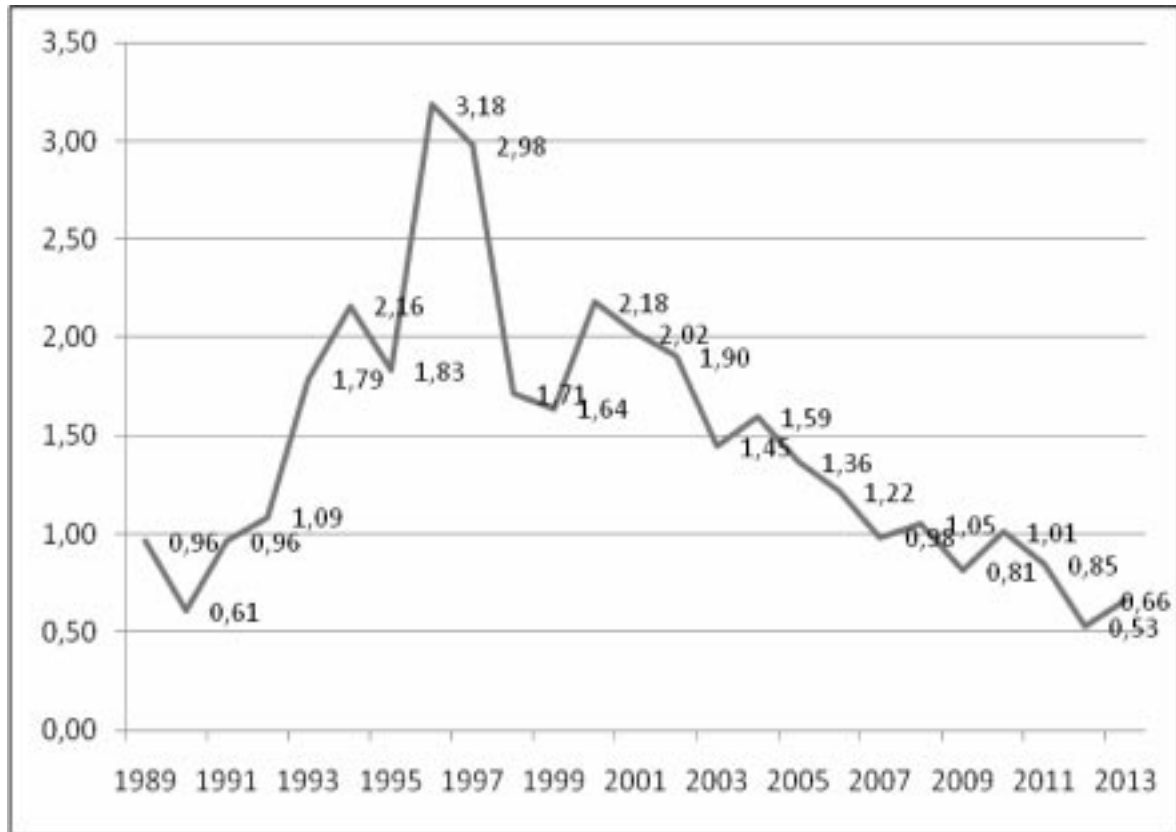


Рис. 1. Летальність хворих на шизофренію на 100 вибулих зі стаціонару за роками (1989–2013 рр.)

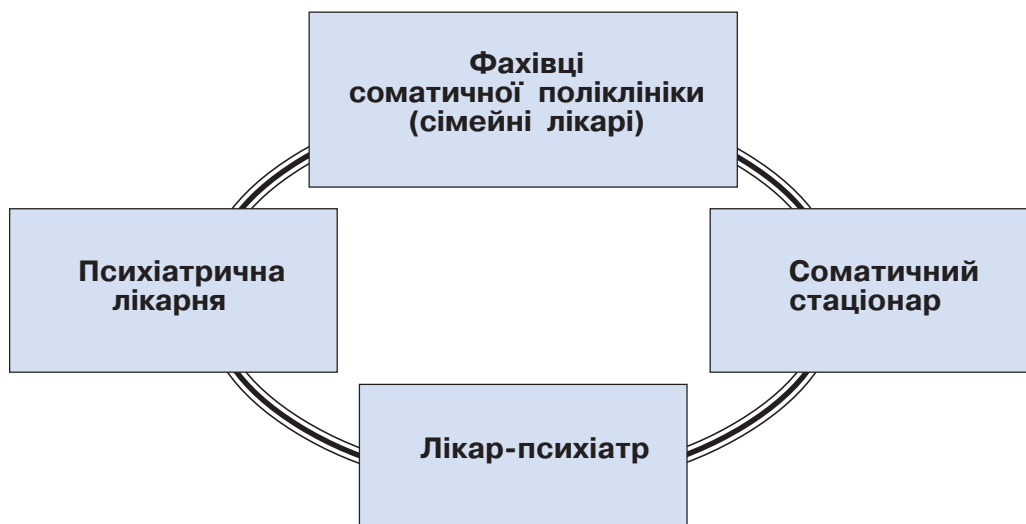


Рис. 2. Схема наступності в наданні соматичної медичної допомоги психічно хворим

Відповідними наказами департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації і лікарні з 2003 р. закріплено новий алгоритм надання комплексної безперервної медичної допомоги хворим з поєднаною важкою психічною і соматичною пато-

логією. Введено, за усвідомленою згодою хворого, обов'язкове взаємне інформування лікарем-психіатром фахівців соматичної медицини щодо підсумків обстеження та лікування хворих у стаціонарі.

За місцем мешкання курація хворих проводилася комплексно лікарем-психіатром та лікарем соматичної медицини.

Такий порядок комплексного обслуговування хворих на шизофренію та актуальну соматичну патологію дозволив знизити у II періоді спостереження показник летальності з 1,59 на 100 вибулих хворих на шизофренію у 2004 р. до 0,66, тобто у 2,4 разу.

Таким чином, позитивна динаміка лікарняної летальності хворих на шизофренію обумовлена змінами в організації надання медичної допомоги з акцентом на комплексне поліпрофесійне обслуговування таких хворих лікарем-психіатром у співдружності із сімейним лікарем і лікарями соматичного напрямку.

Висновки

1. Лікарняна летальність хворих на шизофренію за даними проведеного дослідження у період з 1989 р. до 2013 р. мала хвилеподібний перебіг.

2. Найбільш високим показник лікарняної летальності був у 1996 р. – 3,18% на 100 вибулих хворих на шизофренію, а найнижчим – у 2012 р. – 0,53 % (по Україні – 0,62 %).

3. Сьогодні найбільш ефективним є комплексне поліпрофесійне обслуговування хворих в амбулаторних умовах за спільної участі лікаря-психіатра та лікарів соматичної медицини.

4. Необхідна реєстрація у лікаря-психіатра і медичній карті амбулаторного хворого за місцем мешкання усіх соматичних захворювань хворого на шизофренію з метою забезпечення тісної взаємодії дільничних психіатрів, сімейних лікарів і фахівців соматичної медицини, які здійснюють первинну і вторинну медичну допомогу.

Перспективи подальших досліджень полягають у поглибленому вивченні структури захворюваності та організації медичного забезпечення хворих на шизофренію з актуальною соматичною патологією.

Список літератури

1. Волков В. П. Кардиологические причины смерти больных шизофренией / В. П. Волков // Соц. и клин. психиатрия. – 2012. – Т. 22, № 4. – С. 41–44.
2. Геннинг А. В. Соматическая патология у больных психиатрического стационара / А. В. Геннинг, Ю. Н. Панин, В. А. Кирьяк // Материалы Общерос. конф. [«Взаимодействие специалистов в оказании помощи при психических расстройствах»], (Москва, 27–30 окт. 2009 г.). – М., 2009. – С. 15.
3. Клинические и социальные оценки больных шизофренией, лечившихся в психиатрическом стационаре / Лобко А. Н., Сафронов А. Г., Пашковский В. Э., Савельев А. П. // Психическое здоровье. – 2013. – № 11. – С. 24–31.
4. Ковальчук А. Ю. Характеристика соціально-демографічної ситуації та соціально значущих захворювань в Україні [Електронний ресурс] / А. Ю. Ковальчук // Укр. мед. часопис. – 2014. – № 1 (99) – I/II. – Режим доступу : <http://www.umj.com.ua/article/71500/xarakteristika-socialno-demografichnoi-situacii-ta-socialno-znachushhix-zaxvoryuvan-v-ukraini>. – Назва з екрану.
5. Марута Н. А. Проблемы коморбидности в современной психиатрии. Теоретический, клинический, терапевтический и организационный аспекты / Н. А. Марута // Здоров'я України. – 2013. – Темат. номер. – С. 38–39.
6. Москаленко В. Ф. Старіння та здоров'я: виклики та підходи до їх вирішення / В. Ф. Москаленко, Т. С. Грузєва / Східноєвроп. журн. громадського здоров'я. – 2012. – № 2–3 (18–19). – С. 231–237.
7. Прибытков А. А. Нарушение социального функционирования больных шизофренией / А. А. Прибытков // Соц. и клин. психиатрия. – 2012. – Т. 22, № 4. – С. 27–29.
8. Проект глобального плана действий по охране психического здоровья. – ВОЗ, 2012.
9. Рукина Н. Ю. Сравнительные клинические и социальные характеристики больных шизофренией : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н. Ю. Рукина. – Томск, 2012. – 20 с.
10. Федчишин Н. Е. Аналіз лікарняної летальності від гострого інфаркту міокарда / Н. Е. Федчишин // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я. – 2013. – № 4 (58). – С. 48–51.
11. Чепелевська Л. А. Позитивні зміни смертності населення України: регіональний аспект / Л. А. Чепелевська, Ю. О. Буртова // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я. – 2012. – № 4 (54). – С. 5–7.
12. 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study) / Tiitonen J., Lonnqvist J., Wahlbeck K. [et al.] // Lancet. – 2009. – Vol. 374. – P. 620–627.
13. Antipsychotic drugs: sudden cardiac death among elderly patients / Narang P., El-Rafai M., Parlapalli R. [et al.] // Psychiatry (Edmont). – 2010. – Vol. 7, № 10. – P. 25–29.
14. Lawrence D. The epidemiology of excess mortality in people with mental illness / D. Lawrence, S. Kisely, J. Pais // Can. J. Psychiatry. – 2010. – Vol. 55, № 12. – P. 752–759.
15. Non-cardiac QTc-prolonging drugs and the risk of sudden cardiac death / Straus S. M. J. M., Sturkenboom M. C. J. M., Bleumink G. S. [et al.] // Eur. Heart J. – 2005. – Vol. 26. – P. 2007–2012.
16. Pharmacological interventions for people with depression and chronic physical health problems: systematic review and meta-analyses of safety and efficacy / Taylor D., Meader N., Bird V. [et al.] // Br. J. Psychiatry. – 2011. – Vol. 198 (3). – P. 179–88.

ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ ДИНАМИКА БОЛЬНИЧНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ: ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ И КЛИНИЧЕСКИЙ АСПЕКТЫ

Ю.Н. Завалко, М.Ф. Андрейко (Днепропетровск)

Днепропетровская клиническая психиатрическая больница, Украина

Цель: установить динамику смертности больных шизофренией за 25-летний период (1989–2013 гг.) в Днепропетровской клинической психиатрической больнице; определить факторы, влияющие на показатель больничной летальности этих больных.

Материалы и методы. Ретроспективно сплошным методом изучены 84 медицинские карты стационарного больного за 1989–1990 гг. (I период) и 52 медицинские карты стационарного больного за 2011–2013 гг. (II период) больных шизофренией, умерших в больнице в указанные периоды. В работе использовались методы динамического и корреляционного анализа.

Результаты. Установлена волнообразная динамика больничной летальности больных шизофренией. Самым высоким показателем больничной летальности был в 1996 г. (3,18 % на 100 выбывших больных), а самым низким – в 2012 г. (0,53%). Основной причиной смерти стала сердечно-сосудистая патология, злокачественные образования, туберкулез, заболевания органов пищеварения, пневмония, травмы. Также установлено отсутствие комплексной помощи и преемственности при лечении больных в амбулаторных условиях в I периоде наблюдения.

Выводы. Наиболее эффективным является комплексное полипрофессиональное обслуживание больных в амбулаторных условиях при совместном участии врача-психиатра и врачей соматической медицины.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: шизофрения, больничная летальность, комплексное обслуживание.

POSITIVE DYNAMICS HOSPITAL MORTALITY PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA: ORGANIZATIONAL AND CLINICAL ASPECTS

J.M. Zavalko, M.F. Andreiko

The Dnepropetrovsk clinical psychiatric hospital, Ukraine

Purpose: to establish dynamics of mortality in patients with schizophrenia for the 25-years period (1989-2013) in Dnipropetrovsk clinical psychiatric hospital; to reveal factors that affect the rate of hospital mortality in these patients.

Materials and methods. Retrospective the continuous method investigates 84 medical cards of inpatient for 1989-1990 (I period) and 52 medical cards of inpatient for 2011-2013 (II period) schizophrenic patients died in the hospital during this period. In work methods of dynamic and correlation analysis were used.

Results. It is established wave-like dynamics of hospital mortality in patients with schizophrenia. The highest rate of hospital mortality was in 1996 (3.18% per 100 left patients) and the lowest - in 2012 (0.53%). The main cause of death was cardiovascular pathology, malignant neoplasm, tuberculosis, diseases of the digestive organs, pneumonia, traumas. Also found the lack of comprehensive care and continuity in the treatment of patients in outpatient conditions in I period of supervision.

Conclusions. The most effective is comprehensive polyprofessional service of patients on an outpatient basis at joint participation of psychiatrist and doctors of somatic medicine.

KEY WORDS: schizophrenia, hospital mortality, comprehensive service.

Рукопис надійшов до редакції 10.10.2014 року

Відомості про авторів:

Завалко Юрій Миколайович – к.мед.н., заслужений лікар України, головний лікар комунального закладу «Дніпропетровська клінічна психіатрична лікарня» Дніпропетровської обласної ради», тел. (056) 753-44-96.

Андрейко Михайло Федорович – к.мед.н., заступник головного лікаря комунального закладу «Дніпропетровська клінічна психіатрична лікарня» Дніпропетровської обласної ради». Телефон: (056) 753-44-93

УДК 616.12-008.331.1-057.87(477.84)

В.Л. СМІРНОВА, Н.Я. ПАНЧИШИН, Б.А. ГОЛЯЧЕНКО

АРТЕРІАЛЬНИЙ ТИСК СТУДЕНТІВ ТЕРНОПІЛЬСЬКОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО П'ЯТОГО РОКУ НАВЧАННЯ

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

Мета: дослідити у динаміці стан артеріального тиску серед молоді на однотипній когортній групі.

Матеріали і методи. Об'єктом дослідження були студенти Тернопільського державного медичного університету, яким протягом 2010–2013 років періодично вимірювався кров'яний тиск; число студентів за ці роки становило 250–240 чоловік.

Результати. Захворюваність пограничною гіпертензією і гіпертонічною хворобою за роки навчання у медичному університеті невпинно зростала і загалом склала 3,38 разу. Серед факторів ризику розвитку захворювання відмічались як генетичні (захворюваність родичів на хвороби системи кровообігу, у тому числі артеріальну гіпертензію, та смерть від них), так і фактори, які можна віднести до способу життя (шкідливі звички, режим дня, перенесені психоемоційні травми тощо), перенесені інфекційні хвороби.

Висновки. Вивчення динаміки стану артеріального тиску серед студентської молоді показало його погіршення. Встановлено основні фактори ризику, що впливають на поширеність гіпертонічної хвороби серед студентів-медиків.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: артеріальний тиск, фактори ризику, гіпертонічна хвороба.

Безперервний аналіз стану артеріального тиску серед студентів медичного факультету Тернопільського державного університету свідчить про його поступальний ріст по мірі навчання. Цьому сприяли ряд факторів ризику, число яких поступово збільшувалось. Проблема поширеності артеріального тиску серед молоді досі слабо вивчена (О.В. Олексієнко, Т.С. Bowman).

Мета дослідження – дослідити у динаміці стан артеріального тиску серед молоді на однотипній когортній групі.

Матеріали і методи. У якості об'єкта дослідження були взяті студенти медичного факультету Тернопільського державного університету, яким протягом 2010–2013 рр. періодично вимірювався кров'яний тиск, число студентів за ці роки становило 250–240 чоловік.

Результати дослідження та їх обговорення. Як видно із таблиці 1, поширеність гіпертонічної хвороби збільшувалась з роками навчання. Якщо в 2010–2011 рр. її крайні показники <120/80 мм рт.ст. і >140/90 мм рт.ст. становили 71,8±3,3 та

2,4±6,2 відповідно, то у 2012–2013 рр. вони становили 56,8±3,2 та 11,5±1,7 відповідно. Таким чином, поширеність гіпертонічної хвороби зростає за три роки навчання в 3,38 разу.

Серед студентів ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я.Горбачевського МОЗ України» було проведено анкетування, за яким визначалися найбільш впливові соціально-медичні аспекти, які можуть сприяти розвитку артеріальної гіпертензії. Серед них вивчали соціальне становище батьків, хвороби старшого покоління в анамнезі, смертність родичів від серцево-судинних захворювань, перенесені інфекційні хвороби та хвороби нирок, перенесений стрес мозку. Крім того, визначалася значимість способу життя студентів, виконання ними громадської роботи. А також наявність чи відсутність шкідливих звичок та зайвої ваги (табл. 2).

Зростанню поширеності гіпертонічної хвороби сприяли фактори ризику, описані у таблиці 3. У 2010–2011 рр. суттєву роль зіграли хвороби батька на артеріальну гіпертензію, перенесені

Таблиця 1. Поширеність пограничної гіпертензії та гіпертонічної хвороби серед молоді у 2010–2013 рр. (на 100 осіб)

Рік	Рівень тиску				P ₂₅ за 2011-2012	P ₂₅ за 2012-2013
	<120/80 мм рт.ст.	<130/85 мм рт.ст.	<140/90 мм рт.ст.	>140/90 мм рт.ст.		
2010-2011	71,8±3,3	21,6±5,5	4,3±6,1	2,4±6,2		
2011-2012	59,4±3,0			10,5±1,8	<0,01	>0,05
2012-2013	56,8±3,2			11,5±1,7	>0,05	>0,05

© В.Л. Смірнова, Н.Я. Панчишин, Б.А. Голяченко, 2014

інфекційні хвороби, заняття ранковою гімнастикою і стан сну; у наступному році навчання до них приєднались: хвороби бабусі на артеріальну гіпертензію, смерть бабусі від серцево-судинних захворювань, вживання алкоголю, паління сига-

рет, перенесені психоемоційні травми та водіння автомобіля; на третьому році навчання до факторів ризику додалися хвороби дідуся на артеріальну гіпертензію та смерть дідуся від серцево-судинних хвороб (табл. 2).

Таблиця 2. Артеріальний тиск і соціально-медичні аспекти українських студентів за роки навчання (рівень значущості між граничними показниками значень артеріального тиску <120/80 мм рт.ст. – >140/90 мм рт.ст.)

Показник	Рік		
	2011	2012	2013
1	2	3	4
Соціальне становище батька:			
- робітник	> 0,05	> 0,05	> 0,05
- службовець	> 0,05	> 0,05	> 0,05
- інше	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Соціальне становище матері:			
- робітник	> 0,05	> 0,05	> 0,05
- службовець	> 0,05	> 0,05	> 0,05
- інше	-	> 0,05	> 0,05
Чи хворів дідусь на АГ			
так	> 0,05	> 0,05	< 0,05
Чи хворіла бабуся на АГ			
так	> 0,05	< 0,05	< 0,05
Хвороби тата:			
АГ	< 0,001	> 0,05	< 0,05
ІМ	-	> 0,05	> 0,05
інсульт	-	> 0,05	> 0,05
ЦД	> 0,05		
Хвороби матері:			
АГ	> 0,05	> 0,05	> 0,05
ІМ	-	-	-
інсульт	> 0,05	-	-
ЦД	-	-	-
Хтось із дідусів помер від ССЗ			
так	>0,05	>0,05	<0,05
Хтось із бабусь помер від ССЗ			
так	-	<0,05	<0,05
Перенесені інфекційні хвороби			
1	<0,001	<0,05	<0,05
2	>0,05	>0,05	>0,05
3	<0,05	>0,05	<0,01
Перенесені захворювання нирок	>0,05	>0,05	>0,05
Перенесений струс мозку	-	>0,05	>0,05
Спосіб життя (ранкова руханка)		>0,05	>0,05
- регулярна	> 0,05	> 0,05	> 0,05
- нерегулярна	> 0,05	> 0,05	> 0,05
- не займаюся	< 0,05	> 0,05	< 0,05
Виконання громадської роботи	-	> 0,05	> 0,05
Є зайва вага	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Вживання алкоголю:			
- до 13 років	-	-	-
- 14–17 років	> 0,05	> 0,05	> 0,05
- із 17 років	> 0,05	> 0,05	> 0,05
- щодня	-	-	-
- 1 раз на тиждень	-	< 0,05	< 0,05
- 1 раз на місяць	> 0,05	> 0,05	> 0,05
- не п'ю	-	> 0,05	> 0,05

Продовження табл. 2

1	2	3	4
Тютюнокуріння:			
- до 5 сигарет		> 0,05	> 0,05
- 5–10 сигарет		> 0,05	< 0,05
- 10–20 сигарет		> 0,05	> 0,05
>20 сигарет		-	-
- не палю		< 0,05	< 0,05
Сон:			
- до 6 годин		> 0,05	> 0,05
- 6-8 годин	< 0,001	> 0,05	< 0,05
>8 годин		> 0,05	> 0,05
Підсолюю їжу		> 0,05	> 0,05
Переніс психоемоційні травми	> 0,05	< 0,05	< 0,05
Поєднує навчання з роботою	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Водить автомобіль	> 0,05	< 0,05	< 0,05

Таблиця 3. Фактори ризику гіпертонічної хвороби за роками ($p < 0,05$)

2011 р.	2012 р.	2013 р.
Хвороби тата на АГ	Хвороби бабці на АГ	Хвороби дідуся на АГ
		Хвороби бабці на АГ
Перенесені інфекційні хвороби	Перенесені інфекційні хвороби	Хвороби тата на АГ
1	1	Дідусь помер від ССХ
3	Бабця померла від ССЗ	Бабуся померла від ССХ
Рухавка	Вживання алкоголю	Перенесені інфекційні захворювання
Не займаюсь	1 раз на тиждень	1
Сон	Куріння сигарет	3
6-8 год	Перенесені психоемоційні травми	Рухавка – не займаюсь
	Водить автомобіль	Вживання алкоголю – 1 раз на тиждень
		Куріння сигарет – 5–10
		Сон – 6-8 год
		Перенесені психоемоційні травми
		Водить автомобіль

Висновки

1. Захворюваність пограничною гіпертензією і гіпертонічною хворобою за роки навчання в медичному університеті невпинно зростала і загалом склала 3,38 разу.

2. Серед факторів ризику цього росту відмічаються як генетичні (хвороби і смерть тата, бабці і дідуся від АГ та ССХ), так і фактори, які можна

віднести до способу життя (заняття рухавкою, стан сну, вживання алкоголю та сигарет, перенесені психоемоційні травми).

3. Серед факторів ризику першочергове місце займають перенесені інфекційні хвороби.

Перспективи подальших досліджень полягають у наступному безперервному слідуванні за артеріальною гіпертензією.

Список літератури

1. Кваша О. О. Залежні від пацієнта фактори незадовільного контролю артеріального тиску в мешканців сільської місцевості / О. О. Кваша, В. І. Казмірук // Укр. кардіол. журн. – 2010. – № 2. – С. 32–36.
2. Кушнірук Н. В. Оцінка показників якості життя у хворих на артеріальну гіпертензію / Н. В. Кушнірук // Вісн. Вінницького НМУ. – 2008. – № 12 (2). – С. 447–450.
3. Медико-соціальні аспекти хвороб системи кровообігу : аналіт.-стат. посібн. / за ред. В. М. Коваленка, В. М. Корнацького. – К. : Медінформ, 2009. – 146 с.
4. Олексієнко О. В. Організація медичної допомоги сільській молоді з артеріальною гіпертензією на рівні сімейного лікаря / О. В. Олексієнко // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – № 2. – 2007. – С. 97–100.
5. Олексієнко О. В. Система прогнозування приграничної гіпертонії та гіпертонічної хвороби у молоді / О. В. Олексієнко // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2007. – № 1. – С. 22–24.

6. Радченко Г. Д. Якість життя в пацієнтів з м'якою та помірною артеріальною гіпертензією. Зміни під впливом антигіпертензивного лікування / Г. Д. Радченко, Ю. М. Сіренко // Укр. кардіол. журн. – 2008. – № 1. – С. 42–50.
7. Сіренко Ю. М. Виконання програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні / Ю. М. Сіренко // Артеріальна гіпертензія. – 2008. – № 2. – С. 83–88.
8. Bowman T. S. Effect of age on blood pressure parameters and risk of cardiovascular death in men / T. S. Bowman, H. D. Sesso, J. M. Gaziano // Amer. J. Hypertension. – 2006. – Vol. 19. – P. 47–52.
9. Kotchen T. A. Hypertension Control: Trends, Approaches, and Goals / T. A. Kotchen // Hypertension. – 2007. – Vol. 49, № 1. – P. 19–20.

АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ СТУДЕНТОВ ТЕРНОПОЛЬСКОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ИМЕНИ И.Я. ГОРБАЧЕВСКОГО ПЯТОГО ГОДА ОБУЧЕНИЯ

В.Л. Смирнова, Н.Я. Панчишин, Б.А. Голяченко

ГБУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени М.Я. Горбачевского МЗ Украины»

Цель: исследовать в динамике состояние артериального давления среди молодежи на однотипной когортной группе.

Материалы и методы. Объектом исследования были студенты Тернопольского государственного медицинского университета, которым в течение 2010–2013 годов периодически измерялось кровяное давление; число студентов за эти годы составило 250–240 человек.

Результаты. Заболеваемость пограничной гипертонией и гипертонической болезнью за годы учебы в медицинском университете неуклонно росла и в целом составила 3,38 раза. Среди факторов риска развития заболевания отмечались как генетические (заболеваемость родственников болезнями системы кровообращения, в том числе артериальной гипертонией, и смерть от них), так и факторы, которые можно отнести к образу жизни (вредные привычки, режим дня, психоэмоциональные травмы и др.), перенесенные инфекционные болезни.

Выводы. Изучение динамики состояния артериального давления среди студенческой молодежи показало его ухудшение. Установлены основные факторы риска, влияющие на распространенность гипертонической болезни среди студентов-медиков.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: артериальное давление, факторы риска, гипертоническая болезнь.

BLOOD PRESSURE STUDENTS OF THE FIFTH YEAR STUDY OF TERNOPIL MEDICAL UNIVERSITY BY I.YA. HORBACHEVSKY

V.K. Smirnova, N.Ya. Panchyshyn, B.A. Holyachenko

SHEE "Ternopil State Medical University named by I.Ya. Horbachevskiy Ministry of Health of Ukraine»

Purpose: To investigate in dynamics of blood pressure status among youth on same type of cohort group.

Materials and methods. The object of study were students of Ternopil State Medical University by whom over 2010–2013 years periodically measured blood pressure; number of students over these years has made 250–240 person.

Results. Morbidity of boundary hypertension and hypertension during the years of study at medical university steadily grew and generally has made 3,38 times. Among risk factors of disease development were recorded as genetic (relatives on incidence of cardiovascular diseases, including hypertension and death from them) and factors, which can be attributed to lifestyle (harmful habits, daily routine, carried psychological and emotional traumas, etc.) transferred infectious diseases.

Conclusions. Studying of dynamics of blood pressure among student's youth has shown its deterioration. The basic risk factors influencing prevalence of hypertension among medical students have been established.

KEY WORDS: blood pressure, risk factors, hypertension.

Рукопис надійшов до редакції 06.05.2014 р.

Відомості про авторів:

Смірнова Валентина Леонідівна – ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України». Тел. (0-352)-52-72-33.

Голяченко Богдан Андрійович – ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»; тел.: (0352)-52-72-33.

Панчишин Наталія Ярославівна – кандидат мед. наук, доцент кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з медичною статистикою ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України». Тел. (0-352)-52-72-33.

GEOSTATISTICAL MODELLING OF DEMOGRAPHICAL INPUT INTO CARDIOVASCULAR DISEASES RELATED DISABILITY RATES IN ZHYTOMYRSKA OBLAST, UKRAINE

Vinnitsya National Medical University by M.I. Pyrohov, Ukraine

Purpose: disclosure of demographic environment impact on the spatial heterogeneity of disability risks due to cardiovascular diseases (CVD) in Zhytomyr region.

Materials and methods. Data were adapted to age-period-cohort (APC) compatible strip-split plot design, 11 birth cohorts from date of birth before 1940 and consequently by five year intervals («1941-45», «1946-50», ... , «after 1985»), 13443498 adult-years totally. Incidence disability cases certified in 1999-2008 have been retrieved from records of medical expert committees. Methods: GLM mixed model with spatial covariance matrix processed by GLIMMIX procedure, SAS.

Results. Space heterogeneity in disability rates appeared to be significantly modified by irregularity in distribution of APC factors and density of population.

Conclusions. Significant impact of demographic factors on medical events has been established. However its studying is complicated with hierarchical data organization and presence of randomized effects that require multilevel mixed-approach. Another problem is collinearity APC-component. Geostatistical modelling can help in smoothing irregular local features and selection of regular local laws.

KEY WORDS: **geostatistical analysis, disability, cardiovascular diseases, medical and social environment.**

Health events proved to have certain geographical patterns in their incidence, prevalence, outcomes. This fact is helpful to capture determinants of counts and rates in their irregular space distribution. Much of avail is geostatistical modelling widely in use to assess and explain evident regional disparities. Space modelling is extremely relevant borrowing strength from information on neighboring space readings. The simplest approach is to integrate spatial correlations in covariance matrix (Littell, Ramon C., 2006) though advanced techniques exploit structural spatial priors (P.D. Congdon, 2010). Cardiovascular diseases are typecast of diseases with marked population distributions both across population groups and by localities (G.D. Smith, C. Hart, G. Watt et al., 1998). Strangely enough, CD related disability evaded attention of geostatistical studies. Being thin on the ground, list of papers includes Bayesian space modelling of stroke mortality and chronic ischemic heart disease in U.S. (Z. Hu et al., 2008, 2009), spatial analysis of CD mortality (A. van der Linde et al., 1995), regional trends in systolic blood pressure (G. Danaei et al., 2011), spatial relation of cardiovascular and stroke mortality rates to measures of neighbourhood deprivation (Murray M. Finkelstein, et al., 2005), area of living and risk of myocardial infarction (S.M. Kolegard et al, 2002), neighborhood

socioeconomic environment and incidence of coronary heart disease (K. Sundquist, M. Winkleby, H. Ahlen et al., 2004), residential environments and cardiovascular risk (A.V. Diez Roux, 2003). Furthermore, we failed to find papers on geographical mapping of CD-related disability. So we proceeded with data covered all (26) counties of Zhytomyrska oblast, Ukraine. Demographic population data obtained from regional statistical agencies. Incidence disability cases certified in 1999-2008 were retrieved from records of medical expert committees.

Materials and Methods. Study design was APC construction compatible strip-split plot (Figure 1). Data also met requirements of spatial data organization. The principal unit is birth cohort. We studied 11 cohorts from date of birth before 1940 and consequently by five year intervals («1941-45», «1946-50», ... , «after 1985»), 13443498 adult-years totally (Table 1). Each cohort captures unique combination of historical events (Fu, W. J., 2000). The other important component is time dimension that unfolds the succession of events. Age has intrinsic importance per se as well as indispensable covariate to solve ambiguity of time-age collinearity. Counties have been described by sociodemographic variables and geographical coordinates. Space density distribution of population was yet another important demographical entity under study.

We followed two classical steps in the geostatistical modelling. We estimated the spatial variability and used the estimates to smooth observed spatial disability rates. Smoothing is especially propitious for small communities due to

sporadic fluctuation of disability rates. Next, we used smoothed disability rates to examine plausible input to space heterogeneity of APC factors and consequently the density of population.

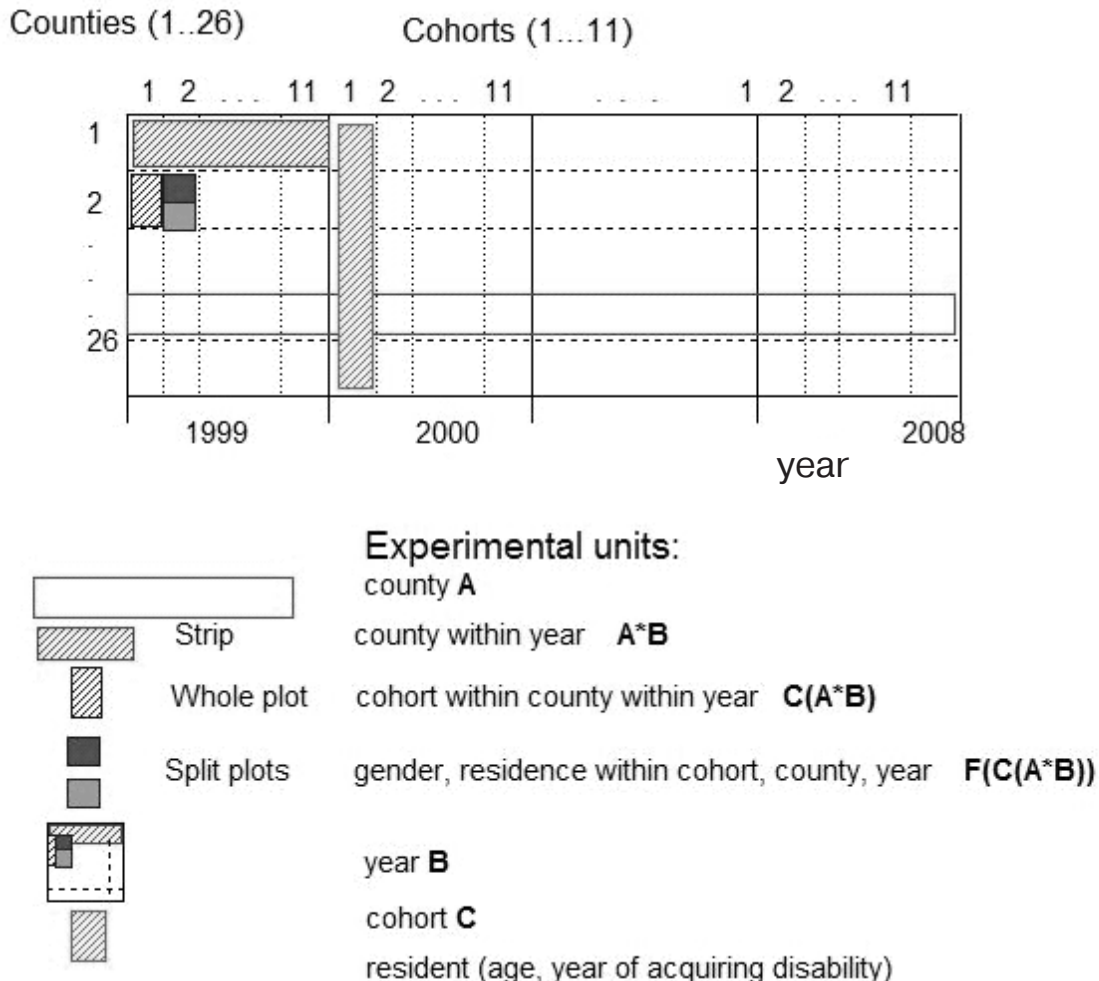


Figure 1. Strip-split-plot design of studi

The empirical semivariogram was computed in SAS by classical estimator from data residuals (r) using the formula:

$$\gamma(h) = \frac{1}{2m} \sum (r_i - r_j)^2$$

where m is the number of pairs of observations a distance, h , apart. $\gamma(h)$ is estimated for all distances at which pairs of observations exist or at a discrete set of lagged values within a tolerance to ensure that a sufficient number of observations contribute to each value of $\gamma(h)$. Two functions (exponential and Gaussian) regressed on values of sample semivariogram with parameters RANGE (R) = 21 NUGGET = 0.047 SILL = 0.05 were fitted by NLIN procedure, SAS (Figure 2):

We used Gaussian function with these particular parameters in KRIGE2D procedure to produce a contour plot of the kriging estimates and the

associated standard errors ($r \sim 2 \cdot \text{range} = 100' = 1^\circ 40'$ for Gaussian covariance structure):

```
proc krige2d data= variogramdata outest=est;
  pred var= r_ilink k r=100;
  model NUGGET=0.047 SCALE=0.052
  RANGE=50.5 form=gauss;
```

```
  coord xc= latitude yc= longitude;
  grid x=2960 to 3100 by 5 y=1640 to 1800 by 5;
  run;
```

Grid values ranges from 49°20' to 51°40' for latitude (given in minutes) and from 27°20' to 30°00' for longitude. NUGGET, SCALE, RANGE defined by variogram (Figure 2).

Precise estimations of space covariance matrix random effects NUGGET, SILL, RANGE we received from procedure MIXED. We recommend to use it with the scope of initial values around variogram estimates via PARMS option. Otherwise, procedure can converge to local maxima and provide grossly

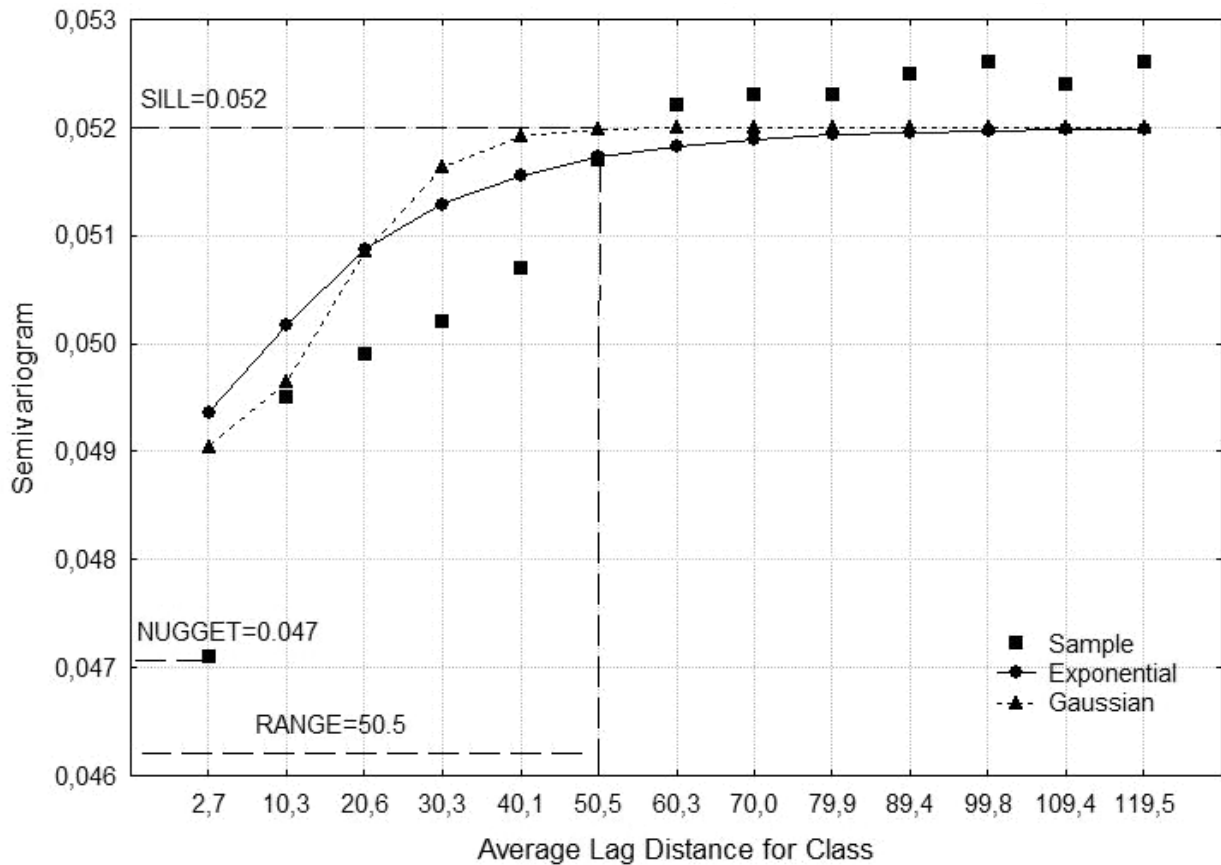


Figure 2. Theoretical and Sample Semivariograms for CD Disability Data

unreasonable estimates. The random effects estimates were: SILL=0,050, RANGE=20,7 NUGGET=0,047. These defined space covariance matrix.

Modifications to space heterogeneity in disability rates by irregularity in distribution of APC factors were assessed by comparison of likelihoods of nested models. Models differed by linear predictor (LP): shell model with only intercept in LP while LP of APC model was padded out with APC factors. The further LP modification was tailing it with density of population. All three models had the same spatial Gauss form covariance matrix. Binominal models with canonical logit link function were processed by procedure GLIMMIX:

```
proc glimmix data=spacedata;
class county cohort year Gender Residence;
model Disabilitynum/population=LP;
random _residual_ / subject = intercept
type = SP(GAU)(latitude longitude);
parms (0.050 20.7 0.047)
run;
```

Results. Heterogeneity in space distribution of CD-related disability risks in Zhytomyrska oblast is evident (Figure 3). Three picks are obvious. Ordered by height they are: northern (of latitude above 51° within longitude of the range 27°20' – 29°), southern (of latitude up to 50°40' within longitude of the range

27°40' – 29°40'), and eastern (in ranges of latitude 50°20' – 51°00' and longitude from 29°30').

The logic behind testing is straightforward. If changes in LP leaving the same covariance matrix induce significant modifications in space distribution of disability, then added factors indeed render input to space heterogeneity. We have used the difference between models double log-likelihoods as operational test statistics.

Shell model is composed just by space covariance structure. The «subject = intercept» option in procedure GLIMMIX treats all observations in the data set as potentially correlated. In fact, shell model depicts somewhat smoothed original space distribution of CD-related risks of disability. Negative double logarithm of shell model likelihood (-2 Log Likelihood) equals 5141512.

APC model. Including APC-related components to LP covariance matrix preserved helps to test the significance of induced changes to space distribution of risks. LP contains APC variables cohort, year, age, age squared. -2 Log Likelihood dropped to 3518939.

Number of additional fixed parameters against shell model is 21, see «df1» column of the table. The difference between values of double logarithms of model likelihoods follows in approximation chi-square distribution with degrees of freedom equals

-2 Log Likelihood =514151

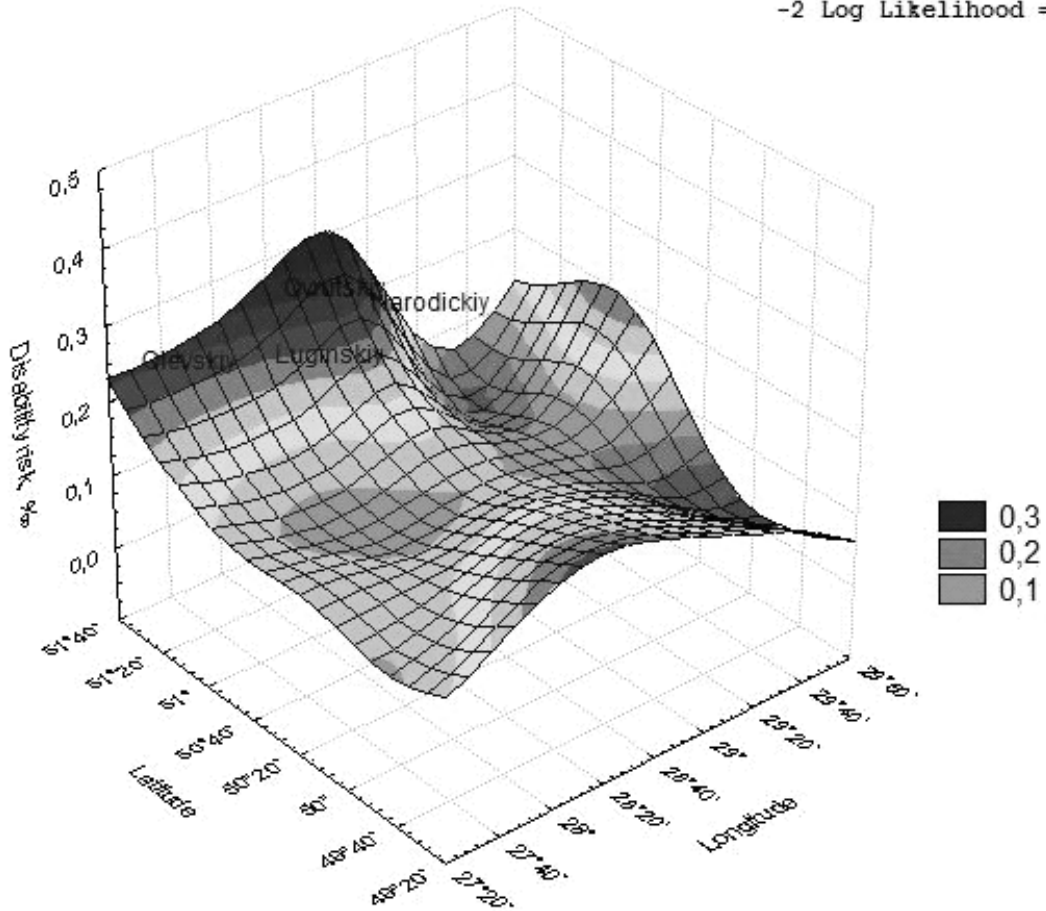


Figure 3. Space distribution of CD-related disability risks (Zhytomyrska oblast, Ukraine)

to number of additional parameters. $\Delta(2 \text{ Log Likelihood}) = (2 \text{ Log Likelihood}_{\text{shell}} - 2 \text{ Log Likelihood}_{\text{APC}} = 5141512 - 3518939 = 1622573)$. Chi-square (21) 0,999 centile = 54 that is considerably less than difference $\Delta(2 \text{ Log Likelihood})$. Therefore, we stipulate significant $p < 0,0001$ impact of APC factors on geographical distribution of CD-related risks of disability in Zhytomyrska oblast, Ukraine.

Table. Significance of impact of APC factors on geographical distribution of CD-related risks of disability in Zhytomyrska oblast, Ukraine

Effect	df1	df2	F	Pr > F
Cohort	10	7117	63875	<.0001
Year	9	7117	25849	<.0001
Age	1	7117	82087	<.0001
Age*Age	1	7117	115548	<.0001

Moreover, every APC factor demonstrates significant $p < 0,0001$ impact on geographical distribution of CD-related risks of disability. It's interesting that squared age renders the most substantial impact with largest F-value.

Detailed analysis of input of particular cohort witnesses that every consequent cohort in contrast with the last (youngest) demonstrates significant $p < 0,0001$ impact on geographical distribution of CD-related risks of disability (t-test $df=7117$). Contrasts decrease monotonically from oldest cohort with birthdate before 1940 ($\beta = -4.10$) to $\beta = -0.41$ in next to youngest (Table). It corresponds to our other previous findings supporting the hypothesis of increase of disability rates in successive generations (V. Klimenyk, 2013).

Impact of years of observation on geographical distribution of CD-related risks of disability studied by their contrasts with year 2008. It appeared that each year reveals significant $p < 0,0001$ impact on geographical distribution of CD-related risks of disability. On a whole contrasts decrease from $\beta = 0,99$ in 2000 down to $\beta = -0,06$ in 2007. Again, data correspond with our previous findings (V. Klimenyk et al., 2012).

Covariate effect of age is positive ($\beta = 0,45$) and significant ($p < 0,0001$), that is the disability risk increases with aging. Meanwhile the covariate of squared age demonstrates even more significant negativity ($\beta = -0,004$). This corroborates open down parabolic feature of disability risk distribution by age

with apex in age group 51-55 with further levelling down found in previous research (V. Klimenyk, 2013).

After adjustment for APC-factors geographical distribution of CD-related risks of disability significantly altered, though shape of the surface

still resembles previous (Figure 4). Narrower range of risk ordinates demonstrates more homogenous space distribution as was anticipated. The same conclusion goes from lower than in shell model value of -2 Log Likelihood, which is 3518939.

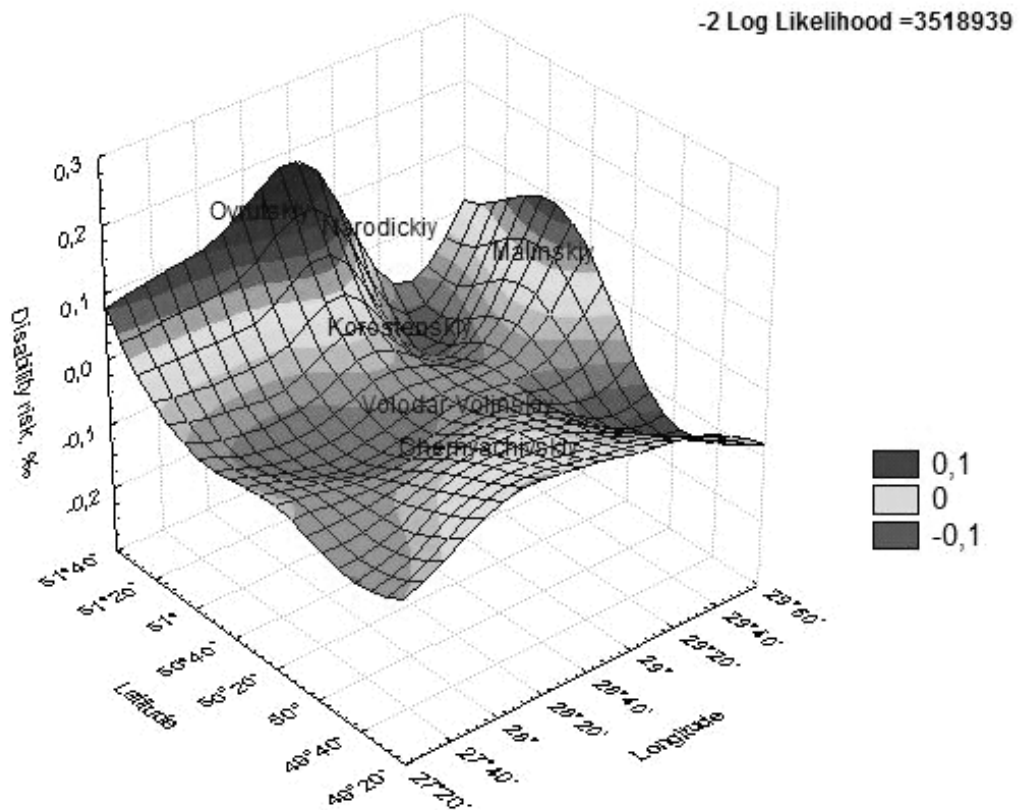


Figure 4. Space distribution of CD-related disability risks after adjustment for APC factors (Zhytomyrska oblast, Ukraine)

There is a chance that residual space heterogeneity may be due to irregular distribution of population. Population density is important integral indicator of development of territory and is the source of health events. So, we extracted the effect of population density from residual space distribution of disability.

As a result, -2 Log Likelihood further dropped to 3337453. Number of additional fixed parameters against APC model is $1\Delta(2 \text{ Log Likelihood}) = (2 \text{ Log Likelihood}_{\text{APC}} - 2 \text{ Log Likelihood}_{\text{APC+HAC}} = 3518939 - 3337453 = 181486)$. Chi-square (1) 0,999 centile = 10,8 that is considerably less than difference $\Delta(2 \text{ Log Likelihood})$. Therefore, we state significant $p < 0,0001$ impact of population density on geographical distribution of CD-related risks of disability in Zhytomyrska oblast. The conclusion is supported by regression coefficient ($\beta = 5.409E-6$; $t = 15365$; $p < 0,0001$). Positive coefficient implies the more populated is the territory the higher disability risk is anticipated. The value of coefficient is small but if gradient in population is about 1000, the effect is tangible ($\exp(0,054) = 1,005$).

After adjustment for population density geographical distribution of CD-related risks of disability significantly altered again, though shape of the surface still resembles previous (Figure 5). Narrower range of risk ordinates demonstrates more homogenous space distribution. The same conclusion goes from lower than in APC model value of -2 Log Likelihood, which is 3337453.

Demographical input to health events is considerable. Yet its study poses some difficulties in part due to hierarchical data organization and random variables that calls for involved multilevel mixed modelling. One may encounter problem with collinearity of APC components (W.J. Fu, 2000). Inconsistency of registries also requires adjustment. Geostatistical modelling may be helpful in adjustment of local irregularities by smoothing as well as in explanation gross discrepancies. Behind seemingly stationary time distribution of CD-related disability proved to mask significant trends by cohorts, years, age. For instance, we unveiled the dramatic decrease in CD-related disability risks over 1999-2008 that cannot be explained by successes

-2 Log Likelihood =3337453

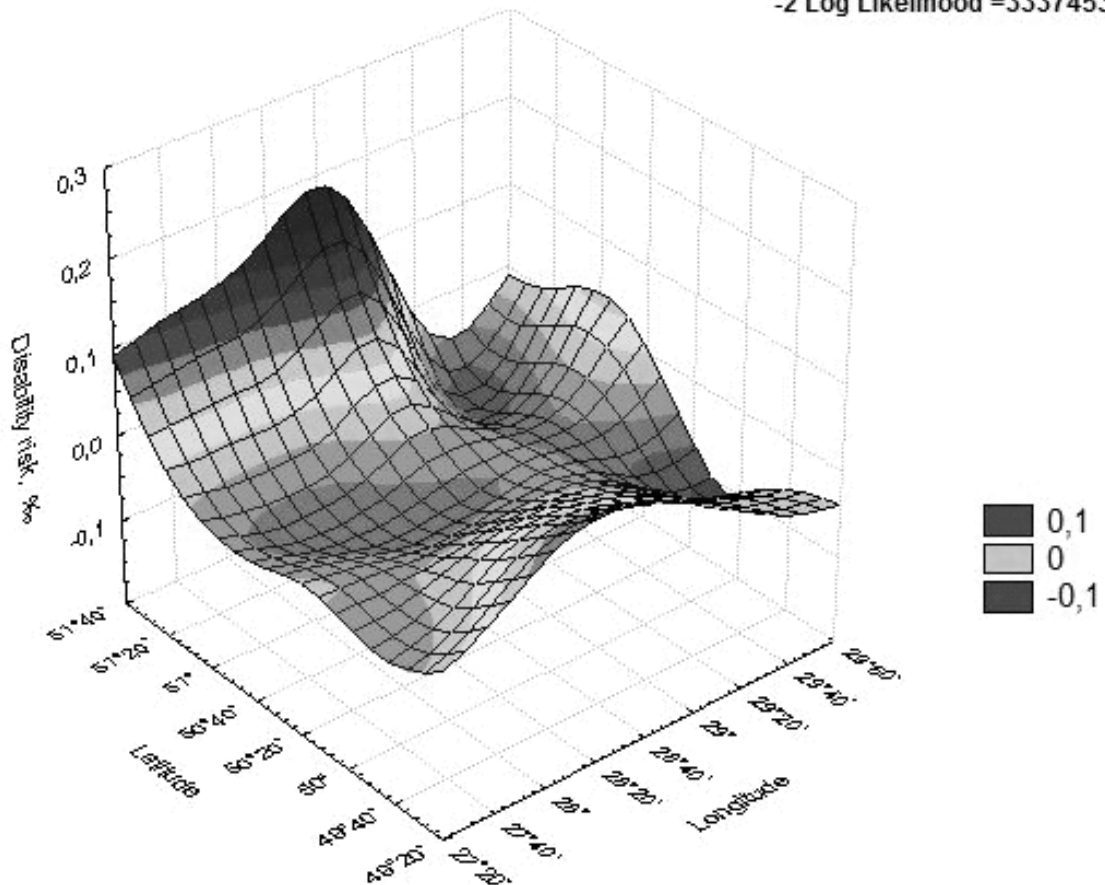


Figure 5. Space distribution of CD-related disability risks after adjustment for APC factors and population density (Zhytomyrska oblast, Ukraine)

in preventive or clinical medicine. We have traced formidable increase in CD-related disability risks from 0,45‰ in cohort birthed before 1941 up to 1,87‰ in cohort birthed after 1985 року. Probably this is due to deterioration of health in coming generations. We also revealed that the maximal values of risk pertains to age group 51-55 with regularity for prevalent groups of CD. The answer to elicited discrepancies might be look for in social aspect of disability certification. On a whole data support the increase in disability rates matter of fact while simultaneous decrease of opportunity to be certified. It still in wait to uncloset whether it is a state policy (regulation of pensions and related benefits to disabled), or rather pecuniary motivation of officials proceeded disability expertise, yet possible tidings in labor market or even society values. Population density is another important demographical indicator being oversight as often as not. We observed that the more populated is the territory the higher disability risk is anticipated. All in all we advocate the advances and opportunities of geostatistical modeling of health events.

Conclusions

1. By geostatistical hierarchical nonlinear mixed model we ascertained the peculiarities of disability

distributions across cohorts, age groups and time periods (APC).

2. Results bear witness to enhanced local heterogeneity in disability rates due to irregularity in distribution of APC factors. Analysis suggests significant $p < 0,0001$ impact of APC factors on geographical distribution of CD-related risks of disability in Zhytomyrska oblast.

3. Each APC factor rendered significant modification to geographical distribution of disability rates.

4. Birth cohort effects decreased monotonically from oldest cohort with birthdate before 1940 ($\beta = -4,10$) to $\beta = -0,41$ in next to youngest. It suggested hypothesis of increase of disability rates in successive generations

5. Each year revealed significant $p < 0,0001$ impact on geographical distribution of CD-related risks of disability. On a whole contrasts decreased from $\beta = 0,99$ in 2000 down to $\beta = -0,06$ in 2007.

6. Covariate effect of age was positive ($\beta = 0,45$) and significant ($p < 0,0001$), that is the disability risk increases with aging. Meanwhile the covariate of squared age demonstrated even more significant negativity ($\beta = -0,004$).

7. Findings also state significant $p < 0,0001$ impact of population density on geographical distribution of CD-related risks of disability in Zhytomyrska oblast. The more populated was the territory the higher disability risk was anticipated.

Perspectives outline. The method is extendable by taking individual unobservables or frailties in consideration, but such enhancement most efficiently relies on MCMC samplers. The method is sensitive to assess the population treatment impact by incorporating DD approach in linear

predictor. The discreet space modelling is yet another option that is less sensitive to distancing but more relevant to bluff shifts on the boundaries of communities. Moreover, space structured priors are of utmost importance in this set up, that again can be implemented by MCMC samplers only. Mixed distribution composition like semiparametric «Stick Breaking» approach is promising as well as jumping MCMC algorithm, both suggest broader opportunities in vague knowledge of underlying space heterogeneity drivers.

References

1. Littell Ramon C., George A. Milliken, Walter W. Stroup, Russell D. Wolfinger and Oliver Schabenberger. 2006. SAS® for Mixed Models, Second Edition. Cary, NC: SAS Institute Inc.
2. Congdon P. D. Applied Bayesian Hierarchical Methods. Chapman and Hall/CRC – 2010. – 604 p.
3. Individual social class, area based deprivation, cardiovascular disease risk factors, and mortality: the Renfrew and Paisley Study / Smith G. D., Hart C., Watt G. [et al.] // J. Epidemiol. Community Health. – 1998. – Vol. 52. – P. 399405.
4. Hu Z. Linking stroke mortality with air pollution, income, and greenness in northwest Florida: an ecological geographical study / Z. Hu, J. Liebens, K. R. Rao // International Journal of Health Geographics. – 2008. – Vol.7-20.
5. Hu Z. Particulate air pollution and chronic ischemic heart disease in the eastern United States: a county level ecological study using satellite aerosol data / Z. Hu, K. R. Rao // Environmental Health. – 2009. – Vol. 8. – P. 26.
6. van der Linde Spatial-Temporal Analysis of Mortality / van der Linde, K.-H. Witzko, K.-H. Jockel // Using Splines Biometrics. – 1995. – Vol. 51, No. 4 (Dec.). – P. 1352–1360.
7. National, regional, and global trends in systolic blood pressure since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 786 country-years and 54 million participants / Danaei G., Finucane M. M., Lin J. K. [et al.] // Lancet. – 2011. – Vol. 6736. – P. 62036–62033.
8. Murray M. Finkelstein Environmental inequality and circulatory disease mortality gradients / Murray M. Finkelstein, Michael Jerrett, Malcolm R. Sears // J. Epidemiol. Community Health. – 2005. – Vol. 59. – P. 481–487 doi:10.1136/jech.2004.026203
9. Socioeconomic context in area of living and risk of myocardial infarction: results from Stockholm heart epidemiology program (SHEEP) / Kolegard S. M., Diderichsen F., Reuterwall C. [et al.] // J. Epidemiol. Community Health. – 2002. – Vol. 56. – P. 29–35.
10. Neighborhood socioeconomic environment and incidence of coronary heart disease: a follow-up study of 25,319 women and men in Sweden / Sundquist K., Winkleby M., Ahlen H. [et al.] // Am. J. Epidemiol. – 2004. – Vol. 159. – P. 655–62.
11. Diez Roux A. V. Residential environments and cardiovascular risk / A. V. Diez Roux // J. Urban Health. – 2003. – Vol. 80. – P. 569–89.
12. Global epidemiology of sickle haemoglobin in neonates: a contemporary geostatistical model-based map and population estimates / Piel F. B., Patil A. P., Howes R. E. [et al.] // Lancet. – 2013. – Vol. 381. – P. 142–51.
13. Fu W. J. Ridge Estimator in Singular Design with Application to Age-Period-Cohort Analysis of Disease Rates / W. J. Fu // Communications in Statistics—Theory and Method. – 2000. – Vol. 29. – P. 263–278.
14. Klimenyk V. The study of cardiovascular disability risks by the birth cohorts / V. Klimenyk // East European J. of Pub. Health. – 2013. – Vol. 1 (21). – P. 155–56.
15. Analysis of CD related disability risks by APC construction on the basis of strip-split-plot design / Klimenyk V., Galachenko O., Ocheredko O., Andrievsky I. // East European J. of Pub. Health – 2012. – Vol. 2–3 (18–19). – P. 155–63.
16. Klimenyk V. The investigation of historical trends of stroke disability rates based on APC-decomposition / V. Klimenyk // East. European J. of Pub. Health. – 2013. – Vol. 1 (21). – P. 63–71.

ГЕОСТАТИСТИЧНЕ МОДЕЛЮВАННЯ ВПЛИВУ ДЕМОГРАФІЧНОГО СЕРЕДОВИЩА НА ІНВАЛІДИЗАЦІЮ ВНАСЛІДОК СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ЖИТОМИРСЬКІЙ ОБЛАСТІ, УКРАЇНА

В.П. Клименюк, О.М. Очередько

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, Україна

Мета: розкриття впливу демографічного середовища на просторову гетерогенність ризиків інвалідації внаслідок серцево-судинних захворювань (ССЗ) у Житомирській області.

Матеріали і методи. Дані організовані в адаптований до конструкції вік-період-когорта (APC) стріп-спліт-плот-дизайн, основу якого склали 11 когорт за народженням від років народження до 1940 і далі за п'ятирічними інтервалами («1941-45», «1946-50», ... , «після 1985»), всього 13443498 людино-років.

Враховувались усі випадки первинної інвалідності, сертифіковані у 1999–2008 роках медико-соціальними експертними комісіями. Методи: GLM мікст-модель з просторовою коваріаційною матрицею, параметри обчислені за процедурою GLIMMIX статистичної системи SAS.

Результати. Просторова гетерогенність рівнів інвалідизації суттєво обумовлювалась нерегулярністю просторового розподілу APC-факторами та щільністю проживання населення.

Висновки. Встановлено значний вплив демографічних факторів на медичні події. Проте його вивчення затруднене ієрархічною організацією даних і присутністю рандомізованих ефектів, які вимагають багаторівневого мікст-підходу. Проблемою також є колінеарність APC-компонент. Геостатистичне моделювання може допомогти у згладженні нерегулярних локальних особливостей та у виділенні регулярних місцевих закономірностей.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: геостатистичний аналіз, інвалідизація, серцево-судинні захворювання, медико-соціальне середовище.

ГЕОСТАТИСТИЧЕСКОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СРЕДЫ НА ИНВАЛИДИЗАЦИЮ ВСЛЕДСТВИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ЖИТОМИРСКОЙ ОБЛАСТИ, УКРАИНА

В.П. Клименюк, А.Н. Очеретько

Винницкий национальный медицинский университет им. М.И. Пирогова, Украина

Цель: раскрытие влияния демографической среды на пространственную гетерогенность рисков инвалидизации вследствие сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в Житомирской области.

Материалы и методы. Данные организованы в адаптированный к конструкции возраст-период-когорты (APC) стрип-сплит-плот-дизайн, основу которого составили 11 когорт по рождению от года рождения до 1940 и далее по пятилетним интервалам («1941-45», «1946-50»..., «после 1985»), всего 13443498 человеко-лет. Учитывались все случаи первичной инвалидности, сертифицированные в 1999–2008 гг. медико-социальными экспертными комиссиями. Методы: GLM микст-модель с пространственной ковариационной матрицей, параметры вычислены по процедуре GLIMMIX статистической системы SAS.

Результаты. Пространственная гетерогенность уровней инвалидизации существенно обуславливалась нерегулярностью пространственного распределения APC-факторами и плотностью проживания населения.

Выводы. Установлено значительное влияние демографических факторов на медицинские события. Однако его изучение осложнено иерархической организацией данных и присутствием рандомизированных эффектов, требующих многоуровневого микст-подхода. Проблемой также является колінеарність APC-компонент. Геостатистическое моделирование может помочь в сглаживании нерегулярных локальных особенностей и в выделении регулярных местных закономерностей.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: геостатистический анализ, инвалидизация, сердечно-сосудистые заболевания, медико-социальная среда.

Рукопис надійшов до редакції 07.10.2014 року

Відомості про авторів:

Клименюк Володимир Петрович – к.мед.н., директор Вищого комунального навчального закладу «Бердичівський медичний коледж»; асистент кафедри соціальної гігієни та організації охорони здоров'я Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова. Телефон: (04143) 2-02-17.

Очеретько Олександр Миколайович – д.мед.н., доц., завідувач кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова. Телефон: (0432) 56-28-89.

МІЖНАРОДНІ МЕХАНІЗМИ СТВОРЕННЯ І ЗАКРІПЛЕННЯ НОРМАТИВНИХ АКТІВ З ПРАВ ЛЮДИНИ У СФЕРІ ВІЛ/СНІДУ ТА КОНТРОЛЮ ЗА ЇХ ДОТРИМАННЯМ

Національна академія медичних наук України, м. Київ

Мета: дослідити медико-соціальні, історичні аспекти та законодавчі підвалини міжнародних всесвітніх, регіональних нормативних документів з прав людини у контексті ВІЛ-інфекції/СНІДу, джерела їх виникнення, механізми та організації, що є відповідальними за їх створення та контроль за їх дотриманням, та місце України у цьому процесі.

Матеріали і методи. Вивчалися різноманітні нормативні документи з прав людини. Застосовано історичний, правовий, бібліосемантичний, системного аналізу, логічний методи.

Результати. Встановлено, що у світі існують дві основні системи міжнародної юридичної бази боротьби з ВІЛ/СНІДом – універсальна (загальносвітова) та регіональні. Серед регіональних геополітичних найбільш дієвою системою захисту прав людини у контексті ВІЛ/СНІДу у світі є європейська. З урахуванням європейської спрямованості розвитку і географічного розташування, Україна орієнтується на європейські стандарти прав людини у контексті ВІЛ/СНІДу.

Висновки. Для успішної глобальної протидії епідемії ВІЛ/СНІДу потрібне узгоджене всесвітнє законодавство.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: права людини, нормативно-правові акти, епідемія ВІЛ/СНІДу, міжнародна співпраця.

Ефективність зусиль проти епідемії ВІЛ/СНІДу неможлива без узгодженої міжнародної юридичної бази.

Мета: дослідити медико-соціальні, історичні аспекти та законодавчі підвалини міжнародних всесвітніх, регіональних нормативних документів з прав людини, джерела їх виникнення та організації, що є відповідальними за їх створення, імплементацію та контроль за дотриманням міжнародно-правових стандартів з прав людини у контексті ВІЛ-інфекції/СНІДу, та місце України у цьому процесі.

Методи: історичний, правовий, бібліосемантичний, системного аналізу, логічний.

Результати дослідження та їх обговорення. Серед найважливіших всесвітніх документів з прав людини є Міжнародний білль про права людини (Міжнародна хартія прав людини), складовою якого є Загальна декларація прав людини 1948 р. На її основі Комісія ООН з прав людини у 1966 р. опрацювала обов'язкові угоди для держав, які їх ратифікували: Міжнародний пакт про громадянські та політичні права, Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права, Факультативний протокол до Міжнародного пакту про громадянські та політичні права. У них узгоджено зміст прав, а також умови, за яких держави можуть відмовитися від надання цих прав або їх обмежувати. Україна є учасником цих до-

говорів. Є й інші всесвітні дотичні до проблеми ВІЛ/СНІДу документи. I група – захисні: Конвенція щодо статусу біженців 1951 р. та Протокол до неї 1967 р., Конвенція про права дитини 1989 р., Конвенція про права корінних народів 1989 р. та ін.; II група – деталізуючі: Конвенція проти катувань 1984 р., Конвенція про запобігання злочинів геноциду і покарання за нього 1948 р., Конвенція про право на організацію і ведення колективних договорів 1949 р. та ін.; III група – протидискримінаційні: Конвенція про ліквідацію всіх форм расової дискримінації 1965 р., Конвенція про боротьбу з дискримінацією в галузі освіти 1960 р., Конвенція щодо дискримінації в галузі праці і занять 1961 р.

Велику роль відіграють і регіональні документи з прав людини у сфері ВІЛ/СНІДу. Особливого значення після вступу України до Ради Європи набувають: Заключний Акт Наради з безпеки і співробітництва в Європі 1975 р., Підсумковий документ Віденської зустрічі держав-учасниць НБСЕ 1989 р., Паризька хартія для нової Європи 1990 р., документи Копенгагенської наради Конференції з людського виміру НБСЕ 1990 р., Московської наради Конференції з людського виміру НБСЕ 1991 р., Гельсінської наради глав держав-учасниць НБСЕ "Виклик часу перемін" 1992 р., Будапештської наради НБСЕ "На шляху до справжнього партнерства в нову епоху" 1994 р.

Основну підготовку всесвітніх правових документів з прав людини здійснюють відповідні уні-

версальні (усесвітні) і регіональні органи. До універсальних організацій із прав людини включені ті, яких долучено до відповідного універсального міжнародного договору про права людини (Комітет із прав людини, Комітет із прав дитини й ін.). Універсальні органи з прав людини розподіляються на квасісудові (несудові) та конвенційні. До перших належать органи, що визначають наявність зловживання правом (Комітет з прав людини). До других – Комітет із прав дитини (відповідно до Конвенції про права дитини), Комітет з ліквідації дискримінації щодо жінок, (Конвенції про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок), Комітет з ліквідації расової дискримінації (Конвенції про ліквідацію всіх форм расової дискримінації) тощо. Конвенційні органи втілюють контроль за виконанням договорів у системі правозахисних механізмів на міжнародному, регіональному та національному рівнях.

В 1946 р. створено Комісію ООН з прав людини, в обов'язки якої входила підготовка Міжнародного білля про права людини, задекларовані Статутом ООН. Першим таким документом стала Загальна декларація прав людини. На зміну Комісії із прав людини в 2006 р. засновано Раду ООН з прав людини (РПЛ) у складі 47 африканських, азійських, східно- і західноєвропейських, латиноамериканських та Карибських держав-членів. У рамках цього рішення у 2006 р. 60-а сесія Генеральної асамблеї ООН ухвалила резолюцію 60/251, яка містить положення стосовно її мандату і складу.

Регіональні органи створено для адаптації універсальних стандартів й урахування локальних запитів щодо ВІЛ/СНІДу. У світі існують дві регіональні організації, які мають у своєму розпорядженні постійні установи, покликані захищати права людини в контексті ВІЛ/СНІДу. Перша – Європейська Рада (РЄ), більше відома як Рада міністрів із законодавчою функцією. Законодавство має наступні форми: настанови, директиви, рішення, рекомендації та думки [13].

З прийняттям Боготської хартії 1948 р. було створено Організацію американських держав (ОАД) з 35 держав Американського континенту. Це друга найбільш розвинена регіональна організація. Її розгалужена мережа спрямована на захист прав людини. Основними органами ОАД є Міжамериканська Комісія та Міжамериканський Суд з прав людини, функції яких запозичені з Європейської моделі [5;14]. Її становлення починалася з пропозицій Болівара 1822 р., доктрини Монро, першого конгресу американських держав 1826 р. і виробленого на ньому договору про вічний союз і конфедерацію. Згодом на 1-й Міжнародній американській конференції створюється Міжнародний союз американських республік (Панамериканський союз). Оцінка його

ефективності має суперечності, оскільки він має особливості порівняно з іншими регіональними системами захисту прав людини [2;6;9]. Перша – нормативна основа з трьох документів (Статут ОАД, Американська декларація прав і обов'язків людини і Міжамериканська конвенція з прав людини). Друга – будь-яка особа або законно визнана неурядова організація мають право подання скарг про порушення прав людини щодо ВІЛ/СНІДу [5;8].

Зростаючі процеси глобалізації, в т. ч. і в мусульманському праві, взаємодія між ісламськими та європейськими правовими традиціями стає більш інтенсивною при збільшенні ролі ісламського права у сфері ВІЛ/СНІДу. Іслам є третьою релігією після християнства і буддизму за кількістю віруючих. Мусульманське право не поділяється на цивільне, карне і релігійне, бо вони тісно пов'язані між собою. Першим фундаментальним документом із прав людини стала Загальна Ісламська декларація 1980 р., заснована на Корані і Сунні й присвячена пророкові Мухамеду і його Посланню. Друга Ісламська Декларація 1981 р. (в ознаменування 15-го століття ісламської ери), по суті, є редакцією попередньої і прийнята за ініціативою Ісламської Ради Європи. Драмою є те, що права людини безкарно зневажаються в ряді країн світу, у тому числі і в ісламських. Явні порушення пробуджують соціальну свідомість у все більшого загалу людей світу [3]. У 1994 р. на 102-й сесії Ради ЛАД після тривалого обговорення схвалено Арабську хартію прав людини, після набуття якою чинності передбачено створення регіональної системи прав людини, яка містить деякі засади європейської, міжамериканської чи африканської [17]. Хартію після схвалення оприлюднено у Росії того ж року [15] і перевидано згодом, що засвідчує інтерес до цієї проблеми громадян інших країн [1]. У процесі опрацювання та прийняття Арабської хартії прав людини в рамках ЛАД виявилися сильний вплив ісламського фактора і чотири обставини, які заслуговують на виняткову увагу:

1. Загальні проблеми міжарабського регіонального розвитку і зміцнення суверенітету та безпеки є пріоритетними над питаннями демократії та захисту прав людини в арабських країнах [16].

2. Пасивність ЛАД, тому що ініціативи щодо створення регіонального механізму захисту прав людини і здійснення міжарабського співробітництва надходили від представників Союзу арабських адвокатів та ООН.

3. Ісламський підхід до прав людини перешкоджає укладенню чи співпраці арабських держав у міжнародних угодах щодо розробки і впровадження міжарабських регіональних механізмів захисту і контролю прав людини. Цього дотримується ряд країн Перської затоки.

4. Двозначність політики окремих держав-членів ЛАД щодо укладення міжарабської угоди з прав людини і обраний ними шлях спротиву прийняття хартії.

Одним з найбільш серйозних недоліків з точки зору прав людини у контексті протидії епідемії ВІЛ/СНІДу Арабської хартії є те, що в ній не встановлюються зобов'язання держав-учасниць щодо прийняття відповідних законодавчих або інших заходів. Підтвердженням є те, що тільки нещодавно влада ОАЕ офіційно визнала факт існування в країні ВІЛ-інфекції. Мусульманська модель судової системи характерна ще тим, що разом із державними судами діють суди шаріату й вищі мусульманські суди, які не мають процедури оскарження їхніх рішень [7].

Питання захисту прав людини у сфері ВІЛ/СНІДу оперативніше вирішуються на Африканському континенті. У Статуті Організації африканської єдності (ОАЄ) проголошувалося завдання міжнародного співробітництва з реалізації Загальної декларації прав людини. Низкою повноважень наділені органи ОАЄ: Асамблея глав держав і урядів, Рада міністрів закордонних справ, Генеральний секретаріат та Комісія з посередництва, примирення й арбітражу. У 1961 р. на Африканській конференції з норм права утворено Африканську комісію з прав людини, у яку обрано високопоставлених урядовців. У 1981 р. прийнята Африканська хартія прав людини і народів (чинна з 1986 р.).

Регіональні інституційні механізми захисту прав людини не лише суттєво доповнюють універсальну систему захисту прав людини стосовно ВІЛ/СНІДу, але й дають можливість заповнити її прогалини, врахувати особливості регіонів, просувають далі загального рівня права і свободи.

Задля досягнення міжнародно-правових стандартів прав людини, гармонізації законодавства України зі світовим у 1991 р. прийнято Закон України «Про дію міжнародних договорів на території України» [10]. У 2004 р. на зміну йому набув чинності Закон «Про міжнародні договори України», яким скасовано й інші документи, зміст яких був ним узагальнений [11;12]. Україна активно долучається до провідних структур ЄС і світу. Свою присутність в Україні ОБСЄ означила 24 листопада 1994 р. 13 липня 1999 р. ОБСЄ та уряд України ухвалили Меморандум про взаєморозуміння [18].

Висновки

1. Для глобальної протидії епідемії ВІЛ/СНІДу потрібне узгоджене всесвітнє законодавство.

2. Існують дві основні системи міжнародної юридичної бази боротьби з ВІЛ/СНІДом – універсальна (загальносвітова) та регіональні, серед яких найбільш дієвою є європейська.

3. Європейський напрям розвитку і географічне розташування орієнтує Україну на європейські стандарти прав людини у контексті ВІЛ/СНІДу.

Список літератури

1. *Абашидзе А. Х.* Арабская хартия прав человека / А. Х. Абашидзе, Ибрагим Ахмед Абдалла // Правоведение. – 2000. – № 1. – С. 196–200 [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://law.edu.ru/article/article.asp?articleID=158512>. – Название с экрана.
2. *Африканська хартія прав людини та народів* [Електронний ресурс] – Режим доступу : http://www.concourt.am/hr/rus/inter/6_4.htm. – Назва з екрану.
3. *Всеобщая Исламская Декларация прав человека 1981* [Электронный ресурс] – Режим доступа : http://constituanta.blogspot.com/2011/02/1981_26.html. – Название с экрана.
4. *Европейская система защиты прав человека* [Электронный ресурс] – Режим доступа : <http://www.hrea.org/ru/learn/guides/europe.html>. – Название с экрана.
5. *Карташкин В. А.* Права человека в международном и внутригосударственном праве : учебн. / В. А. Карташкин. – М. : ИГиП РАН, 1995. – 135 с.
6. *Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/995_004. – Назва з екрану.
7. *Конституційні основи організації судової влади* [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://textbooks.net.ua/content/view/3333/20/>. – Назва з екрану.
8. *Лукьянцев Г. Е.* Европейские стандарты в области прав человека : Теория и практика функционирования Европейской конвенции о защите прав человека и основных свобод : учебн. / Г. Е. Лукьянцев. – М. : Звенья, 2000. – 280 с.
9. *Міжамериканська конвенція про права людини* [Електронний ресурс] – Режим доступу : <http://law7.ru/base64/part6/d64ru6132.htm>. – Назва з екрану.
10. *Про дію міжнародних договорів на території України* : Закон України від 10 грудня 1991 р. № 1953-XII // Відомості Верховної Ради України. – 1992. – № 10. – С. 137.
11. *Про міжнародні договори України* : Закон України від 22 грудня 1993 року № 3767-XII // Відомості Верховної Ради України. – 1994. – № 10. – С. 45).
12. *Про порядок введення в дію Закону України «Про міжнародні договори України»* : Постанова Верховної Ради України від 22 грудня 1993 року № 3768-XII // Відомості Верховної Ради України. – 1994. – № 10. – С. 46.
13. *Служити Європі*: пер. з англ. – К. : К.І.С., 2000. – 40 с.

14. Федянин В. Ю. Латиноамериканский опыт (Проблемы Латинской Америки и международное право) : учебн. / В. Ю. Федянин. – М. : Междунар. отношения, 1998. – 151 с.
15. Шестаков Л. Н. // Вести МГУ. – 1997. – 198. – (Серия «Право»).
16. Boutros Ghali The League of Arab States / Boutros Ghali // Dimensions of human rights / Karel Vasak. – Westport : Greenwood Press, 1982. – Vol. 1. – P. 575.
17. Council of the League of Arab States, Arab Charter on Human Rights, September 15, 1994, reprinted in 18 Hum. Rts. L.J. 151 (1997) [Electronic resource]. – Access mode : <http://www1.umn.edu/humanrts/instree/arabcharter.html>. – Title from the screen.
18. Survey of OSCE Field Operations. P. 25-27: [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.osce.org>. – Title from the screen.

МЕЖДУНАРОДНЫЕ МЕХАНИЗМЫ СОЗДАНИЯ И ЗАКРЕПЛЕНИЯ НОРМАТИВНЫХ АКТОВ ПО ПРАВАМ ЧЕЛОВЕКА В СФЕРЕ ВИЧ/СПИДА И КОНТРОЛЯ ИХ СОБЛЮДЕНИЯ

А.В. Якобчук

Национальная академия медицинских наук Украины, г. Киев

Цель: исследовать медико-социальные, исторические аспекты и законодательную основу международных всемирных, региональных нормативных документов по правам человека, источники их возникновения, механизмы и организации, ответственные за их создание, имплементацию и контроль за соблюдением международно-правовых стандартов по правам человека в контексте ВИЧ-инфекции/СПИДа, и место Украины в этом процессе.

Материалы и методы. Изучались различные нормативные документы по правам человека. Применялся исторический, правовой, библиосемантический, системного анализа, логический методы.

Результаты. Установлено, что в мире существуют две основные системы международной юридической базы борьбы с ВИЧ/СПИДом – универсальная (всемирная) и региональные. Среди региональных геополитических наиболее действенной системой защиты прав человека в контексте ВИЧ/СПИДа в мире является европейская. С учетом европейской направленности развития и географического расположения, Украина ориентируется на европейские стандарты прав человека в контексте ВИЧ/СПИДа.

Выводы. Для успешного глобального противодействия эпидемии ВИЧ/СПИДа нужно согласованное всемирное законодательство.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: права человека, нормативно-правовые акты, эпидемия ВИЧ/СПИДа, международное сотрудничество.

INTERNATIONAL MECHANISMS OF CREATING AND SUSTAINING REGULATIONS UNDER HUMAN RIGHTS IN THE HIV/AIDS SPHERE AND CONTROL OVER THEIR OBSERVANCE

A.V. Yakobchuk

National Academy of Medical Sciences of Ukraine, Kyiv

Purpose: to investigate the medical and social, historical aspects and legal foundations of international global and regional standard documents under human rights, they arise, mechanisms and organizations that are responsible for their creation, implementation and control over observance international legal standards on human rights in context of HIV / AIDS and Ukraine's place in this process.

Materials and methods. Various standard documents under human rights were studied. It is applied historical, legal, bibliosemantyc, system analysis, logical methods.

Results. It is established that in the world there are two basic systems of the international legal framework to combat against HIV/AIDS - universal (worldwide) and regional. Among regional geopolitical most effective system of human rights protection in the context of HIV/AIDS in the world are European. Taking into account orientation to the European development and geographical location, in the context of HIV/AIDS Ukraine focuses on European human rights standards.

Conclusions. For successful global response to HIV/AIDS epidemic need coordinated universal law.

KEY WORDS: human rights, regulations, HIV/AIDS epidemic, international cooperation.

Рукопис надійшов у редакцію 08.10.2014 року

Відомості про автора

Якобчук Анатолій Володимирович – старший науковий співробітник лікувально-організаційного управління Національної академії медичних наук України. Телефон: (044) 486-24-02.

УДК 616.058:616-082:001.8(048)

В.А. ПІЩИКОВ¹, Н.Ю. КОНДРАТЮК¹, О.М. ТОРЖЕВСЬКА², Н.В. ШЕСТАК¹

СИСТЕМАТИЗАЦІЯ ТА АНАЛІЗ ІСНУЮЧИХ МЕТОДОЛОГІЧНИХ ПІДХОДІВ ДО ПРЕВЕНТИВНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ПРАЦІВНИКАМИ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ (АНАЛІТИЧНИЙ ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

¹ДНУ «Науково-практичний центр клінічної та профілактичної медицини» Державного управління справами, м. Київ, Україна

²ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ

Мета: вивчити підходи до консультування хворих з профілактичною метою та обґрунтувати запровадження профілактичного консультування.

Матеріали і методи. Проаналізовано вітчизняні та іноземні наукові публікації, використано бібліосемантичний, ретроспективного аналізу, аналітичний методи.

Результати. Показано медико-соціальну значущість хронічних неінфекційних захворювань. Висвітлено основні засади організації та проведення профілактичного консультування пацієнтів з факторами ризику хронічних неінфекційних захворювань на рівні сімейного лікаря. Розглянуто концептуальні основи ефективного профілактичного консультування, що спрямоване на формування партнерства лікаря і пацієнта у довгостроковому контролі факторів ризику хронічних неінфекційних захворювань.

Висновки. В організації профілактичної роботи ключовим моментом є стосунки лікаря і пацієнта, які можуть стати основною рушійною силою для успішних превентивних заходів за умови базування на концептуальних засадах ефективного профілактичного консультування.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: стратегія профілактики, консультування, групи ризику, корекція факторів ризику, алгоритм, скринінг, профілактика.

Актуальною медико-соціальною проблемою і стратегічним напрямом національної політики у сфері охорони здоров'я у більшості країн світу є скорочення поширеності хронічних неінфекційних захворювань (ХНІЗ). Пильна увага до проблеми ХНІЗ обумовлена негативними тенденціями до поширення цих захворювань, а також факторів ризику їх виникнення в усіх країнах і зростанням внеску ХНІЗ у формування загального тягаря хвороб.

Основними напрямками профілактичної медицини є: формування здорового способу життя населення, рання діагностика ХНІЗ та факторів їх ризику з наступною своєчасною корекцією. Успішність першого напрямку залежить не тільки від обізнаності населення щодо його засад, але й від забезпечення відповідних умов. Це можливо досягти тільки спільними зусиллями цілого ряду міністерств, представників бізнесу, громадських організацій. А другий напрямок може бути реалізований системою охорони здоров'я. І провідна роль при цьому належить лікарям первинної ланки медичної допомоги.

У сучасних навчальних програмах підготовки лікарів особливе значення надається формуванню навичок діагностики та модифікації факторів

ризиків найбільш поширених ХНІЗ та консультування пацієнтів з питань здорового способу життя [1].

Завдяки експериментальним, клінічним та, особливо, епідеміологічним дослідженням, визначені чинники, пов'язані зі способом життя, навколишнім середовищем, генетичними особливостями людини, які сприяють розвитку і прогресуванню ХНІЗ. Ця концепція є науковим підґрунтям їх профілактики. Головними чинниками захворюваності і смертності у світі ВОЗ вважає: паління тютюну, високий артеріальний тиск, зловживання алкоголем, високий рівень холестерину, ожиріння, недостатнє споживання фруктів і овочів, гіподинамію, вживання наркотиків, небезпечний секс, дефіцит заліза [27;32;36].

При цьому фактори ризику, пов'язані зі способом життя людини, є спільними для основних ХНІЗ: серцево-судинних, хронічних неспецифічних захворювань легень, онкологічних, цукрового діабету, ВІЛ/СНІДу та ін.

Ефективність багатофакторної профілактики значною мірою залежить від самого пацієнта. Адже тільки він добровільно може змінити свій спосіб життя і модифікувати шкідливі звички. Але ж є такі чинники, що мають спадковий характер і вважаються незворотними, однак і їх можна

змінити шляхом медикаментозного втручання (наприклад, спадкова холестеринемія). Тому важливе значення для одержання позитивних результатів профілактики у пацієнтів має допомога компетентного лікаря-консультанта [3;34;35].

Для вивчення рівня поінформованості населення щодо факторів ризику виникнення найпоширеніших захворювань та якості консультування лікарями на первинному рівні проводилося досить багато досліджень не лише за кордоном, але й в Україні.

Мета роботи: вивчити підходи до консультування хворих з профілактичною метою. Обґрунтувати запровадження профілактичного консультування як модель розвитку сучасного напрямку в практиці профілактичної медичної допомоги для первинної ланки системи охорони здоров'я.

Матеріали і методи. У ході дослідження використовувалися наступні методи: бібліосемантичний, ретроспективного аналізу, аналітичний.

Результати дослідження та їх обговорення. Загальною особливістю ХНІЗ є те, що всі вони мають однакову структуру чинників ризику розвитку, на які можна вплинути з метою корекції та зменшення несприятливого впливу на організм людини.

Міжнародним досвідом доведено, що поширеність чинників ризику основних неінфекційних захворювань серед населення пов'язана з рівнем смертності, а провідним чинником, що визначає здоров'я населення, є спосіб життя. Його внесок у стан здоров'я становить понад 50%.

Отже, проводячи оцінку серцево-судинного ризику, ми не повинні обмежуватись визначенням лише тих факторів ризику, які враховує шкала SCORE. Для української популяції мають суттєве значення й інші фактори ризику. До речі, аналогічна ситуація має місце у багатьох країнах Європи. Кожна з них вносить певні зміни залежно від національних особливостей.

Наприклад, лікарі Німеччини розробили систему оцінки ризику PROCAM, за допомогою якої вони враховують середню кількість випалюваних сигарет, стаж куріння і рівень тригліцеридів, тому що для німецької популяції ці фактори ризику надзвичайно важливі [2]. У Росії модифікували шкалу SCORE внесенням до неї кількісної оцінки спадкового анамнезу щодо серцево-судинних захворювань. У Данії широко використовується програма PRECARD (Copenhagen Risk Score) для прогнозу ішемічної хвороби серця та оцінки профілактичних втручань [10].

Фахівці Європейського товариства кардіологів наголошують, що оцінка ризику вкрай необхідна, якщо особа середнього віку курить, страждає від ожиріння, має підвищення хоча б одного з таких показників, як артеріальний тиск, ліпіди або глюкоза, та несприятливий щодо серцево-судинних захворювань або факторів їх ризику сімейний

анамнез. Оцінюючи ризик, ми повинні пам'ятати, що він може бути значно вищим, ніж за шкалою SCORE, в осіб із гіподинамією або ожирінням, у людей з несприятливим щодо серцево-судинних захворювань сімейним анамнезом, в осіб із низьким соціальним статусом, у хворих на цукровий діабет та людей із низьким умістом холестерину ліпопротеїдів високої щільності або з високим рівнем тригліцеридів.

Отже, шкала SCORE дозволяє швидко й легко оцінити загальний ризик серцево-судинної смертності для кожної людини, спрогнозувати його динаміку в майбутньому й визначити конкретні шляхи його зниження. Разом із тим оцінка сумарного ризику за допомогою цієї шкали не є універсальним методом виділення груп високого ризику, вона може й повинна бути адаптована до національних умов і пріоритетів.

Отже, підсумовуючи результати вищенаведених досліджень та враховуючи ставлення до ЗСЖ як пацієнтів, так і медичних працівників, варто зазначити наступне.

Фактори ризику поведінкового характеру (шкідливі звички – куріння, надмірне вживання алкоголю, нераціональне харчування, гіподинамія тощо) пересічні громадяни, як правило, сприймають як життєві задоволення: добре і смачно поїсти (надлишкова маса тіла / ожиріння), можливість невимушеного спілкування (куріння, алкоголь), відпочинок (багатогодинне сидіння біля телевізора), зняття стресу (алкоголь, надмірна їжа, куріння) тощо. Саме з цієї причини традиційні поради лікарів щодо відмови від шкідливих звичок найчастіше не виконуються, оскільки спрямовані на «позбавлення задоволення».

Пацієнт повинен розуміти і приймати міру відповідальності за власне здоров'я, розуміти, що його здоров'я знаходиться у його руках. Тільки в цьому випадку він почне уважно дослухатися до лікаря та діяти спільно з ним, виконуючи усі приписи і рекомендації. Формування партнерства між лікарем і пацієнтом для попередження захворювань вимагає певних знань і навичок і з боку лікарів, особливо працівників амбулаторно-поліклінічного сектору.

За формою проведення виділяють наступні варіанти профілактичного консультування:

1. *Швидке профілактичне консультування* проводиться дільничним лікарем або лікарем загальної практики (сімейним), або фельдшером. Швидке (коротке, спрощене) профілактичне консультування є обов'язковим компонентом диспансеризації та профілактичного медичного огляду. Воно обмежене за часом (не більше 10–15 хвилин), тому його проведення рекомендується за чіткою структурованою схемою (алгоритмом).

2. *Поглиблене індивідуальне профілактичне консультування* проводиться спеціально навче-

ним медичним персоналом (лікар, фельдшер) у кабінеті (відділенні) медичної профілактики. Поглиблене профілактичне консультування також має свій алгоритм, він більш розширений, ніж при швидкому профілактичному консультуванні, за часом більш тривале (близько 20–30 хвилин), можливе також повторне консультування для контролю та підтримки виконання лікарських порад. Поглиблене профілактичне консультування є також обов'язковим компонентом при проведенні диспансеризації або масового скринінгу.

3. *Групове профілактичне консультування* (школа пацієнта, школа здоров'я) – це спеціальна організаційна форма консультування групи пацієнтів (цикл навчальних групових занять), що проводиться за певними принципами, при дотриманні яких імовірність досягнення стійкого позитивного ефекту оздоровлення та зміни поведінкових факторів ризику підвищується, що неодноразово доведено у проспективних контрольованих спостереженнях [15;30;31]. Групове профілактичне консультування включає кілька візитів (занять) тривалістю близько 60 хв кожне, проводиться навченим медичним працівником за спеціально розробленими і затвердженими програмами навчання [17;18]. Групи пацієнтів формуються за відносно однорідними ознаками (з подібним перебігом захворювань та/або з факторами ризику їх розвитку).

Важливим аспектом є дотримання етичних принципів інформаційного втручання з профілактичною метою.

Інформацію, навчання, рекомендації та поради стосовно способу життя іноді можна розглядати як небажане втручання медицини в особисте життя людини. У цьому випадку одержана інформація може підштовхнути людей на пошук тривожних сигналів у своєму організмі, спричинити неспокій, страх, занепокоєння з приводу можливості виникнення небезпечних захворювань у майбутньому. Люди повинні вважати одержану ними інформацію і поради корисними для свого здоров'я, оскільки ці заходи здійснюються з добрих міркувань зміцнити здоров'я і запобігти можливим захворюванням [4;7–9;10–12;19].

Дуже важливо впроваджувати певні норми медичної етики та деонтології і додержуватись їх. Так, не можна пропонувати будь-які заходи без наявності остаточних доказів їхньої ефективності щодо зниження захворюваності й смертності або поліпшення якості життя. Лікарі загальної практики – сімейні лікарі повинні дати право пацієнту бути цілком інформованим про можливу обмеженість тестів і безпеку процедур, а також право приймати рішення стосовно погодження чи відмови від заходів, що пропонуються. Під час будь-якої бесіди поради повинні відповідати індивідуальним особливостям пацієнта.

Відомо, що для ефективного профілактичного консультування важливо знати і вміти застосовувати загальні закони процесу спілкування (комунікації), оскільки насправді процес спілкування між лікарем і пацієнтом (передача інформації, проведення діалогу, бесіди) менш ефективний, ніж здається. Впливати на звички інших людей – важке завдання [22]. Тому від того, як фахівець-консультант володіє основними правилами ефективного спілкування, залежить і ефективність консультування.

Профілактичне консультування – це не лише зрозуміле пояснення, але й спроба вплинути на пацієнта, мотивувати його до зміни поведінки. Спеціальні дослідження проблеми комунікації (спілкування) показують, що, слухаючи співрозмовника, ми явно або мимоволі (усвідомлено або неусвідомлено) спочатку реагуємо на те, хто говорить, потім на те, як говорить, і тільки потім на те, що він говорить. Важливо пам'ятати, що якщо лікар дав раду, то це ще не означає, що пацієнт все почув; якщо навіть пацієнт почув – немає впевненості, що він все правильно зрозумів; якщо пацієнт все зрозумів правильно – немає впевненості, що пацієнт прийняв зрозуміле як спонукальний мотив для оздоровлення звичок і виконання рекомендацій, і навіть якщо пацієнт все правильно зрозумів і обіцяв виконати рекомендацію – немає впевненості в тому, що він стане щодня дотримуватися порад лікаря.

Процес профілактичного консультування нерідко може бути більш ефективним при груповому методі у рамках шкіл здоров'я, наприклад для пацієнтів з артеріальною гіпертонією, цукровим діабетом, стенокардією, факторами ризику тощо, які останніми роками все активніше впроваджуються у практику охорони здоров'я [5–14;20–21;24–25].

Важливим принципом ефективного профілактичного консультування є «зворотний зв'язок» – контроль процесу того, що почуто пацієнтом, як усвідомлене, як приймається, а також яка реакція пацієнта на лікарські рекомендації (згода або незгода) [23;26].

Ефективний «зворотний зв'язок» визначається багатьма факторами, до основних з яких належать:

- чітке роз'яснення мети рекомендації/поради;
- вміння ставити запитання і вислухати відповідь пацієнта з наступним поясненням змісту поради (за необхідності);
- при поясненні факторів ризику недопустимим є двозначність суджень лікаря, нечіткість та надмірне вживання спеціальних медичних термінів чи складних пояснень;
- прояв емпатії (увага до почуттів інших людей і розуміння їхніх проблем) і відкритості (уникнення стереотипів, засудження і швидких висновків).

У процесі профілактичного консультування слід уникати найбільш частих помилок – інформаційної перевантаженості, використання спеціальних медичних термінів, що, як правило, супроводжується нерозумінням і негативною реакцією пацієнта.

Психологічні чинники та особистісні якості лікаря грають важливу роль в ефективному профілактичному консультуванні і можуть як підвищувати його результативність, так і створювати бар'єр для сприйняття пацієнтом рекомендацій [28].

Профілактичне консультування спрямоване не лише на інформування хворого, але і на створення у нього мотивації до виконання порад (підвищення прихильності до виконання лікарських приписів).

Ці особливості принципово відрізняють процес профілактичного консультування від методів санітарної освіти, методи профілактичного консультування є найважливішими напрямками лікування захворювання і можуть бути віднесені до поведінкової терапії [29;33].

Висновки

Підсумовуючи вищенаведене, слід зазначити, що серед багатьох проблем профілактики ХНІЗ загалом, і серцево-судинних хвороб зокрема, що знаходяться в компетенції та зоні відповідальності системи охорони здоров'я, стосунки лікаря і пацієнта виступають як ключові, оскільки можуть стати основною рушійною силою для започаткування реальних і успішних превентивних заходів за умови базування на концептуальних заходах ефективного профілактичного консультування. Водночас якщо ці принципи не враховуються, важко очікувати узгоджених партнерських дій як з боку лікаря, так і з боку пацієнта щодо корекції поведінкових звичок та прихильності до виконання лікарських приписів.

Перспективи подальших досліджень полягають у розробці рекомендацій щодо дотримання принципів профілактичного консультування та розробки чітких алгоритмів з їх проведення не лише для сімейного лікаря, а і для середнього медичного персоналу.

Список літератури

1. *Аспекти профілактичної медицини в програмах підготовки сімейного лікаря* / В. М. Ждан, Л. М. Шилкіна, З. О. Борисова, В. Ю. Штомпель // *Актуальні проблеми сімейної медицини*. – 2010. – Т. 10, Вип. 2(30). – С. 151–152.
2. *Батюшин М. М.* Модернизация шкалы SCORE оценки десятилетнего риска сердечно-сосудистой смертности / М. М. Батюшин // *Рос. кардиолог. журн.* – 2005. – № 6. – С. 40–44.
3. *Бобро Л. М.* Проблемні питання диспансеризації в діяльності сімейного лікаря / Л. М. Бобро // *Матеріали наук.-практ. конф. з міжнар. уч. [«Загальнотерапевтична практика: нові технології та міждисциплінарні питання»]*, (Харків, 7 листоп. 2013 р.). – Х., 2013. – С. 37.
4. *Влияние стресса на рабочем месте на поведенческие факторы риска у мужчин трудоспособного возраста* / Осипова И. В., Антропова О. Н., Пырикова Н. В., Зальцман А. Г. // *Профилактич. медицина*. – 2011. – Т. 14, № 4. – С. 19–23.
5. *Глазунов И. С.* Организация программ профилактики неинфекционных заболеваний на уровне региона / И. С. Глазунов, И. М. Соловьева, Е. В. Усова // *Профилактич. медицина*. – 2012. – Т. 15, № 6. – С. 11–19.
6. *Горбась І. М.* Шкала SCORE в клінічній практиці: переваги та обмеження / І. М. Горбась // *Артеріальна гіпертензія*. – 2009. – Т. 2. – С. 4.
7. *Дартау Л. А.* Теоретические аспекты управления здоровьем и возможности его реализации в условиях Российской Федерации / Л. А. Дартау // *Проблемы управления*. – 2003. – № 2. – С. 43–52.
8. *Дартау Л. А.* Феномен здоровья: концепция и прикладные аспекты / Л. А. Дартау // *Проблемы управления*. – 2005. – № 5. – С. 92–98.
9. *Журавлев Ю. И.* Динамика физического здоровья пациентов с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний под влиянием их совместного обучения с медицински активными членами семей / Ю. И. Журавлев, П. А. Шептун // *Профилактич. медицина*. – 2012. – Т. 15., № 2. – С. 18–22.
10. *Кардангушева А. М.* Распространенность и многолетние тренды факторов риска неинфекционных заболеваний у школьников 10–17 лет / А. М. Кардангушева, Л. В. Эльгарова, А. А. Эльгаров // *Профилактич. медицина*. – 2013. – Т. 16, № 6. – С. 55–60.
11. *Комплексная оценка профилактического поведения в отношении сердечно-сосудистых заболеваний и факторов риска их развития у больных гипертонической болезнью и хронической ишемической болезнью сердца* / Д. Ю. Платонов, Т. А. Костюк, А. И. Брандт, О. В. Цыганкова // *Профилактич. медицина*. – 2012. – Т. 15, № 1. – С. 26–31.
12. *Концевая А. В.* Связь психоэмоциональных факторов с готовностью к коррекции факторов риска и их влияние на эффективность реализации профилактических программ на рабочем месте / А. В. Концевая, А. М. Калинина, С. В. Белоносорова // *Профилактич. медицина*. – 2012. – Т. 15, № 5. – С. 3–7.
13. *Левшин В. Ф.* Опыт проведения и оценка эффективности консультативной помощи в отказе от курения / В. Ф. Левшин, Н. И. Слепченко, Г. Чарквиане // *Профилактич. медицина*. – 2011. – Т. 14, № 3. – С. 28–34.
14. *Обучение больных гипертонической болезнью, сахарным диабетом и бронхиальной астмой (теория, методика, результаты)* / Щекотов В. В., Зиньковская Т. М., Голубев А. Д., Хасанова Р. Б. – Пермь : ПГМА, 2003. – 229 с.

15. Олейникова Н. В. Многофакторная профилактика артериальной гипертензии в коллективе педагогов средних общеобразовательных школ : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н. В. Олейникова. – М., 2006. – 26 с.
16. Определение групп здоровья и изучение алиментарно-зависимых факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в ходе диспансерных осмотров / Еганян Р. А., Гамбарян М. Г., Измайлова О. В. [и др.] // Профилактич. медицина. – 2012. – Т. 15, № 2. – С. 11–17.
17. Организация школы здоровья для пациентов с артериальной гипертензией в первичном звене здравоохранения: информационно-методическое письмо МЗ РФ с приложениями / под ред. Р. Г. Оганова. – М., 2002. – 147 с.
18. Организация школы здоровья для пациентов с ишемической болезнью сердца в первичном звене здравоохранения: информационно-методическое письмо МЗ РФ с приложениями / под ред. Р. Г. Оганова. – М., 2003. – 123 с.
19. Організація шкіл здоров'я для пацієнтів з гіпертонічною хворобою в первинній ланці охорони здоров'я : метод. реком. / Лашкул З.В., Лашкул Д.А., Посний В.Ф.[та ін.]. – К., 2012. – 31 с.
20. Особенности первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний у лиц стрессовых профессий / Осипова И. В., Антропова О. Н., Зальцман А. Г. [и др.] // Профилактич. медицина. – 2011. – Т. 14, № 3. – С. 7–10.
21. Отношение к профилактике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний в открытой мужской популяции Тюмени / Каюмова М. М., Смазнов В. Ю., Акимова Е. В. [и др.] // Профилактич. медицина. – 2012. – Т. 15, № 4. – С. 13–16.
22. Прохоров А. В. Транстеоретическая модель изменения поведения и ее применение / А. В. Прохоров, У. Ф. Велисер, Дж. О. Прочаска // Вопр. психол. – 1994. – № 2. – С. 113–122.
23. Психосоциальные факторы в оценке общественного здоровья по результатам популяционного многоцентрового исследования / Бритов А. Н., Елисеева Н. А., Деев А. Д. [и др.] // Профилактич. медицина. – 2012. – Т. 15, № 1. – С. 4–9.
24. Радченко Г. Д. Профілактика серцево-судинних захворювань – почни з себе. Результати анонімного опитування лікарів, які лікують пацієнтів з артеріальною гіпертензією / Г. Радченко, І. Марцовенко, Ю. Сіренко // Укр. кардіол. журн. – 2011. – № 4. – С. 54–58.
25. Ринда Ф. П. Деякі актуальні питання формування здорового способу життя в Україні / Ф. П. Ринда // Україна. Здоров'я нації. – 2013. – № 4. – С. 35–40.
26. Сіренко Ю. М. Ефективність профілактичних заходів для попередження розвитку серцево-судинних захворювань / Ю. М. Сіренко // Сімейна медицина. – 2008. – № 1. – С. 50–52.
27. Сіренко Ю. М. Результати опитування лікарів, що лікують пацієнтів з артеріальною гіпертензією / Ю. М. Сіренко, Г. Д. Радченко, В. І. Казмерук // Укр. кардіол. журн. – 2008. – № 4. – С. 46–52.
28. Совершенствование профилактики хронических неинфекционных заболеваний в учреждениях здравоохранения / Бойцов С. А., Вылегжанин С. В., Гилева Ф. А. [и др.] // Профилактич. медицина. – 2013. – Т. 16. – № 2. – С. 3–12.
29. Школа здоровья для больных сердечно-сосудистыми заболеваниями : метод. пособ. – М., 2011. – 137 с.
30. Школа здоровья. Артериальная гипертензия : руководство для врачей / А. М. Калинина, Ю. М. Поздняков, Е. В. Ощепкова, Р. А. Еганян. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 188 с.
31. Эффективное профилактическое консультирование пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями и факторами риска: алгоритмы консультирования. Ч. 2 / Калинина А. М., Еганян Р. А., Гамбарян М. Г. [и др.] // Профилактич. медицина. – 2013. – Т. 16, № 4. – С. 13–18.
32. Ягенський А. В. Сучасні підходи до профілактики серцево-судинних захворювань: роль регіональних програм / А. В. Ягенський // Ліки України. – 2010. – № 10 (1). – С. 28–31.
33. Яценко Ю. Б. Пріоритетні підходи до профілактики хронічних неінфекційних захворювань / Ю. Б. Яценко // Україна. Здоров'я нації. – 2014. – № 1. – С. 45–49.
34. A new method for coronary heart disease prediction and prevention based on regional risk scores and randomized clinical trials; PRECARD and Copenhagen Risk Score / Thomsen T. F., Davidsen M., Ibsen H. [et al.] // J. Cardiovasc. Risk. – 2001. – Vol. 8. – P. 291–297.
35. Kim H. E. Factors associated with persistent smoking after the diagnosis of cardiovascular disease / H. E. Kim, Y. M. Song, B. K. Kim // Korean J. Fam. Med. – 2013. – Vol. 34 (3). – P. 160–8.
36. Prevalence of overweight and obesity among US children, adolescents and adults 1999–2002 / Hedley A. A., Ogden C. L., Johnson C. L. [et al.] // JAMA. – 2004. – Vol. 291. – P. 2847–50.

СИСТЕМАТИЗАЦИЯ И АНАЛИЗ СУЩЕСТВУЮЩИХ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ К ПРЕВЕНТИВНОМУ КОНСУЛЬТИРОВАНИЮ ПАЦИЕНТОВ РАБОТНИКАМИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

В.А. Пищиков¹, Н.Ю. Кондратюк¹, Е.Н. Торжевская², Н.В. Шестак¹

¹ГНУ «Научно-практический центр клинической и профилактической медицины» Государственного управления делами, г. Киев, Украина

²ГУ «Украинский институт стратегических исследований МЗ Украины», г. Киев

Цель: изучить подходы к консультированию больных с профилактической целью и обосновать внедрение профилактического консультирования.

Матеріали і методи. Проаналізовані отечественные і іноземні наукові публікації, використані бібліосемантичний, ретроспективного аналізу, аналітичний методи.

Результати. Показана медико-соціальна значимість хронічних неінфекційних захворювань. Освітлені основні принципи організації і проведення профілактичного консультування пацієнтів з факторами ризику хронічних неінфекційних захворювань на рівні сімейного лікаря. Розглянуті концептуальні основи ефективного профілактичного консультування, направлено на формування партнерства лікаря і пацієнта в довгостроковому контролі факторів ризику хронічних неінфекційних захворювань.

Висновки. В організації профілактичної роботи ключовим моментом є відносини лікаря і пацієнта, які можуть стати основною рушійною силою для успішних превентивних заходів при умові базирования на концептуальних заходах ефективного профілактичного консультування.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: стратегія профілактики, консультування, групи ризику, корекція факторів ризику, алгоритм, скринінг, профілактика.

ORDERING AND ANALYSIS OF EXISTING METHODOLOGICAL APPROACHES TO PREVENTIVE CONSULTATION OF PATIENTS BY PRIMARY CARE WORKERS (ANALYTICAL LITERATURE REVIEW)

V.A. Pischikov¹, N.Yu. Kondratiuk¹, O.M. Torzhevskaya², N.V. Shestak¹

¹State Scientific Institution "Scientific-Practical Center of Clinical and Preventive Medicine" the State Administration, Kyiv, Ukraine

²State Institution "Ukrainian Institute of Strategic Researches Ministry of Health of Ukraine", Kyiv

Purpose: to study the approaches to consultation of patients with preventive purpose and justify introduction of preventive consultation.

Materials and methods. Domestic and foreign scientific publications are analysed, bibliosemantics, retrospective analysis, analytical methods have been applied.

Results. It is shown medical and social importance of chronic non-communicable diseases. Main principles of the organization and carrying out of preventive consultation of patients with risk factors of chronic non-communicable diseases at family doctor level have been covered. Conceptual bases of effective preventive consultation directed on formation of partnership among doctor and patient in the long-term control of risk factors of chronic non-communicable diseases have been considered.

Conclusions. In the organization of preventive work by the key moment is the attitudes of doctor and patient, which can become the main driving force for successful preventive measures under condition of provided basing conceptual actions of effective preventive consultation.

KEY WORDS: strategy of prevention, consultation, risk groups, risk factor correction, algorithm, screening, prevention.

Рукопис надійшов до редакції 10.10.2014 року

Відомості про авторів:

Піщиків Валерій Анатолійович – д.мед.н., проф., головний науковий співробітник наукового відділу організації медичної допомоги Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами. Телефон: (044) 254-31-51.

Кондратюк Наталія Юріївна – науковий співробітник наукового відділу організації медичної допомоги Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами. Телефон: (044) 254-68-71.

Торжевська Олена Миколаївна – науковий співробітник відділення організації медичної допомоги Державної установи «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; тел.: (044) 576-41-18.

Шестак Наталія Вікторівна – науковий співробітник наукового відділу організації медичної допомоги Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами. Телефон: (044) 284-79-93.

ДУХОВНІ ТА ЗДОРОВ'ЯЗБЕРІГАЮЧІ ОСНОВИ ДАВНЬОРУСЬКИХ ЦІЛИТЕЛІВ

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

Мета: дослідити роль давньоруського цілителя Агапіта в історії медицини.

Матеріали і методи. Проведено систематичний аналіз наукових джерел інформації щодо діяльності ченця Агапіта.

Результати. В основу життя і діяльності Агапіта було покладено гуманізм, духовність і використання природних ресурсів та людських резервів.

Висновки. Громадська і професійна діяльність Агапіта викликає повагу і не втратила актуальності. Знати і пам'ятати своїх визначних предків означає зберегти свою духовну силу і мати непохитне душевне здоров'я.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: здоров'я, духовні сили, милосердя, безкорисливість, гуманність, доброта.

З відліком часу все більше привертають увагу сторінки з історії власного державотворення, тобто період давньоруської державності, враховуючи той фактор, що у непосильній боротьбі між європейськими та азіатськими культурами Київська Русь зуміла встояти, усвідомити і зберегти свою автономність. Сьогодні дослідники відмічають численні теорії, що мають право на життя, ми ж привертаємо свою увагу до феномену власного народу, його духовних, освітніх, культурних складників. Вважають, що Київську Русь, як державу, консолідував український етнос [2], який жив і творив, зберігав і примножував власні традиції.

Такою постаттю цього періоду є Агапіт, який походить з Києва, з української землі, про яку знають та про яку чують в усіх кінцях світу [4].

Мета дослідження: дослідити роль Агапіта як давньоруського цілителя, в основі дій якого були гуманізм, духовність і використання природних ресурсів та людських резервів.

Матеріали і методи. Нами проведено систематичний аналіз наукових джерел інформації щодо діяльності Агапіта.

Результати дослідження та їх обговорення. Агапіт серед ченців Києво-Печерського монастиря вирізнявся даром зцілення: знав тайни народної медицини, але лікував не лише її засобами, але й зцілював силою Слова із Святого Письма. Допомігав Агапіт усім, від жebraка до князя, причому плати за свої послуги не брав. Цим заслужив такий великий авторитет і пошану, що його поховано було у Близьких печерах Печерського монастиря, який став надзвичайно діяльним розсадником духовної просвіти в Україні [1].

Якщо людина – творіння Боже, то й всі сили в ній – від Бога. Звідси, що б людина не творила, яку б справу не здійснювала, вона не повинна

забувати імені Господнього і пам'ятати, що всякий успіх всякої справи прийде лише тоді, коли людина йтиме до нього з ласки Божої. А пам'ятати ім'я Господнє – це не просто згадувати його, а виконувати Божі Заповіді та заповіти, особливо свято дотримуватись обіцянок і клятв, даних ім'ям Господнім. Обіцянкою Агапіта було не залишати монастирських стін і допомагати хворим тільки в цій святій обителі. Причини – бо зцілює він не своєю, людською, а Божою силою. Своєї обіцянки дотримався навіть тоді, коли лікував князя Володимира Мономаха і передавав йому лікувальне зілля, молився за його тілесне здоров'я та зцілення його душі і подолав княжий недуг, не вийшовши за монастирські ворота, хоча князь наполегливо присилав за цілителем своїх слуг.

Допомогти ближньому – святе християнське правило, але воно має святу християнську умову: допомога має бути безкорисливою. Бо лише тоді принесе користь тому, кому допомагають, і зарахується тому, хто допомагає. Особливо це стосується допомоги хворим, враженим тілесною чи душевною недугою. Дар лікувати і зцілювати – тільки від Бога. А Господь користі не визнає, і користь – то від лукавого.

І скільки пройшло часу з тих древніх днів, а мудрість, що була виражена, у слові і вчинках давньоруських мудреців, не втрачає значущості. Тільки добрі наміри творять добрі справи, зменшуючи зло.

Лікувальної справи ще можна навчитися, а от мистецтва зцілення – ні, то дар Господній, який дається далеко не кожному. Цілитель насамперед має усвідомлювати, що зцілення – це дарований Богом дар, що не може приносити вигоди. «Даром держали, даром і віддайте» – така думка висловлена Ісусом Христом у Святому Євангелії.

Більше того, якщо просте лікування здійснюється безкорисливо, то воно стає стократ кориснішим для інших, практично може перейти в зцілення тіла та душі недужної людини. Саме такими лікарями – безсрібниками були Святий Косма і Даміан і таким став Агапіт, чернець і цілитель Печерський. Бо коли хто хотів віддячити йому, Агапіт пояснював, що оздоровлення і зцілення здійснилося з Божої ласки, тому дякувати треба Богу, і зробити це можна дуже просто – допомогти вбогим людям, сиротам, вдовам, калікам... Від такої подяки буде справжня духовна користь усім: і скромному лікарю-цілителю, який не поступився духовною цінністю заради тлінної вигоди, і тому, хто віддячує, бо зміцниться його дух вчиненим милосердям і щедрістю, і тому, якому дають, бо підбадьорюється його дух отриманою милістю...

Вивчаючи свою духовну спадщину, на яку був такий багатий давньоруський період, ми звертаємось до першоджерел і цим самим збагачуємо свій духовний і культурний потенціал.

Звернімось до Києво-Печерського патерика і побачимо, що він говорить про це. Захворів у Чернігові князь Володимир Всеволодович Мономах, якого завзято лікував вірменин, але безуспішно, і хвороба посилювалася. Тому князь, вже знаходячись при смерті, послав до Печерського ігумена (тоді ігуменом був Іоан) з проханням прислати до нього в Чернігів блаженного Агапіта, щоб лікувати його. Покликав його (Агапіта) ігумен і передав йому прохання князя. Але блаженний Агапіт, якого ніколи не бачили, щоб він виходив за ворота (монастирські) і лікував, окрім як в монастирі, відповів смиренно: «Якщо я з такою справою піду до князя – повинен йти і до всіх. Прошу тебе, отче, дозволити мені не виходити з монастирських воріт для слави людської, від якої втікати до останнього мого подиху я обіцяв перед Богом; якщо хочеш, я краще піду в іншу країну і повернусь сюди, коли зникне ця проблема». Посланець князя, зрозумівши, що йому не вдасться покликати до свого володаря самого блаженного Агапіта, почав просити його дати хоча б зілля для зцілення. На прохання ігумена блаженний дав посланцю зілля від своєї їжі, і коли це принесли до князя і він прийняв його, – він став здоровим молитвами блаженного.

Тоді князь Володимир Мономах прийшов сам у Печерський монастир, щоб побачити, хто той, через кого Господь дарував йому здоров'я: він ніколи не бачив блаженного і хотів вшанувати його подарунком. Але Агапіт, не бажаючи бути прославленим на землі, заховався, і принесене для нього золото князь віддав ігумену. З часом той же Володимир знову послав одного із своїх бояр з багатьма дарами до блаженного Агапіта. Посланець, знайшовши його в келії, поклав перед ним принесене. Блаженний же сказав йому:

«Чадо, я ніколи ні від кого не брав нічого, тому що ніколи не зцілював силою моєю, а Христовою, і тепер не потребую цього». Боярин відповів: «Отче, хто послав мене, знає, що ти не береш нічого, але прошу тебе, щоб втішити сина свого, якому Бог дарував через тебе здоров'я, прийми це і віддай, якщо хочеш, убогим». Відповів йому старець: «Якщо ти так говориш, – візьму з радістю. Передай же тому, хто послав тебе, що і все інше, що він має, – чуже, і нічого не може він взяти з собою, відходячи в життя, то нехай роздасть те вбогим».

Борючись за життя, не можна думати про смерть. Особливо, коли йдеться про лікування хворого чи зцілення недужого. Тоді треба думати тільки про життя, а не про смерть, бо в цьому – значна частина успіху, оскільки дар Божий зцілення даний для життя, а не для смерті. Адже сама думка про смерть підточує тілесні і духовні сили лікаря-цілителя, гірше, передається хворому і недужому і послаблює його духовну стійкість і тілесну міць. Бо в усьому в боротьбі життя зі смертю особливо має бути Віра, Надія, Любов. То ж Господь допомагає і опікає тих, хто до останнього подиху не втрачає віру в Божу ласку, надії на успіх доброї слави та любові до краси людської душі.

Віра, Надія і Любов, як найвищі духовні якості людини і дари Святого Духа, проводять людину до душевного стану, при якому вона розуміє, що живе не для себе, а цілком повинна віддати себе досягненню життєвого блага для іншого. Високе покликання любити ближнього означає, що люди мають бути, як ангели: оберігати своїх ближніх, допомагати їм добродісно пройти свій життєвий шлях. Так вчить Святе Євангеліє, і воно ж вимагає берегти себе для інших, віддавати себе іншим – в цьому суть добродісності і милосердя ...

Наставником Агапіта був преподобний Антоній, який, не маючи себе за святого, сам, ніби святий, щирою молитвою допомагав іншим, особливо хворим і знедоленим. Спроможність допомогти ми по праву називаємо мистецтвом, яке твориться шляхом накопичення досвіду і справляє величезне враження мудрістю [3].

І сьогодні цей приклад викликає захоплення і подив [3]. Агапіт і розпочав з того, що в усьому наслідував Антонія, особливо в його жертвних справах: блаженний йшов в келію до хворого брата-ченця і там не просто лікував його, а допомагав йому, як звичайний слуга, – доглядав як немовля, годував, поїв цілющим зіллям, мовився. І тут виявлялося три головні засоби, глибока тайна Агапітового цілительства: милосердя, зілля і молитва. Через милосердний догляд переходила до недужого Агапітова сила, а через зілля – сила матінки-природи; молитва несла хворому Божу благодать. То догляд і зілля лікували тіло, а молитва зцілювала душу – і знесилена хворобою людина долала недуг...

Висновки

Успіх завжди небезпечний. Навіть успіх, досягнутий у добродійній справі і в добродійній діяльності. Бо усіх накликає гнів та нападки з боку заздрічників та зловмисників, котрі самі на добродійний успіх не здатні, а тому лютують і готові запламувати і знищити кожного, хто такого успіху досягає. Агапіту довелося зазнати переслідувань і злих нападок за своє успішне цілительство, але він не просто терпів такі випадки, але й відповідав на них ще більшою добродійністю, аби зло не породжувало нове зло. Він знав, що зло не долається злом, а лише добром. І ні перед яким злом не можна відступати, а долати його доброю справою і боротись до останньої миті, з останніх сил, яких, можливо, залишилась лише краплина.

Тому і зажив Агапіт доброї слави, якої не прагнув, але яка сама прийшла до нього через його жертвне життя заради інших.

У таких велетнях національного духу ми повинні шукати одкровення нашого власного духовного шляху [5]. Суспільство, яке знає та береже, постійно примножує духовну, культурну спадщину, є згуртованим і сильним, воно спроможне рухатися вперед і бути лідером, вносити свій особистий внесок у світову культурну спадщину та бути в ранзі серед розвинутих країн світу.

Перспективи подальших досліджень становлять інтерес у вивченні історичної спадщини, як зв'язку поколінь, на який повинні опиратися майбутні фахівці-медики.

Список літератури

1. Возняк М. Історія української літератури в III т. – Т. 1. – Л. : Просвіта, 1920. – С. 344.
2. Залізник Л. Від Слов'янів до української нації. – 2-е вид. – К., 2004. – С. 253. – (Серія: «Бібліотека українця»).
3. Котляр Н. Й. Древняя Русь и Киев в летописных преданиях и легендах / Н. Й. Котляр. – К., 1986. – С. 156.
4. Крип'якевич І. Історія Української Культури / І. Крип'якевич. – 4-е вид. – К. : Либідь, 2002. – С. 650.
5. Федотов Г. П. Святыя Древней Руси / Г. П. Федотов. – Нью-Йорк, 1960. – С. 240.

ДУХОВНЫЕ И ЗДРАВООХРАНИТЕЛЬНЫЕ ОСНОВЫ ДРЕВНЕРУССКИХ ЦЕЛИТЕЛЕЙ

Т.Б. Кадобный, И.С. Боцюк, А.В. Лабивка

ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского МЗ Украины»

Цель: исследовать роль древнерусского целителя Агапита в истории медицины.

Материалы и методы. Проведен систематический анализ научных источников информации относительно деятельности монаха Агапита.

Результаты. В основу жизни и деятельности Агапита были положены гуманизм, духовность и использование природных ресурсов и человеческих резервов.

Выводы. Общественная и профессиональная деятельность Агапита вызывает уважение и не утратила актуальности. Знать и помнить своих выдающихся предков значит сохранить свою духовную силу и иметь несокрушимое душевное здоровье.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **здоровье, духовные силы, милосердие, бескорытность, гуманность, доброта.**

SPIRITUAL AND HEALTH KEEPING BASIS OF ACTIVITY OF OLD RUSSIAN HEALERS

T.B. Kadobnyi, I.Z. Botsyuk, A.V. Labivka

SHEI "Ternopil State Medical University named after I. Ya. Gorbachevskiy Ministry of Health of Ukraine"

Purpose: to investigate the role of old Russian healer Agapit in medicine history.

Materials and methods. The systematic analysis of scientific sources of information regarding monk Agapit has been carried out.

Results. The basis of life and activity of Agapit was the humanism, spirituality and use of natural resources and human reserves.

Conclusions. Public and professional activities Agapit causes respect and has not lost urgency. Know and remember outstanding ancestors means to keep the spiritual force and have an unshakable mental health.

KEY WORDS: **health, spiritual force, compassion, generosity, humanity, kindness.**

Рукопис надійшов до редакції 15.09. 2014 р.

Відомості про авторів:

Кадобний Тарас Богданович – к.філос.наук, викладач кафедри філософії та суспільних дисциплін ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України».

Телефон: (0-352)-52-48-87

Боцюк Ірина Зотіївна – студентка Львівського національного університету імені І.Я. Франка

Лабівка Оксана Володимирівна – студентка ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

СУБ'ЄКТИВНА ОЦІНКА СТАНУ ЗДОРОВ'Я ПРАЦІВНИКІВ ПРОВІДНИХ ГАЛУЗЕЙ ЕКОНОМІКИ

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, Україна

Мета: оцінити стан здоров'я працівників провідних галузей економіки та його охорону на мікро- (підприємство) та мезорівнях (територія проживання).

Матеріали і методи. Відповідно до програми дослідження проведено соціологічне опитування 1760 респондентів – працівників трьох провідних галузей економіки двох досліджуваних регіонів. Критерії включення визначалися статтю, віком, посадою, формою власності підприємств, освітою.

Результати. Аналіз стану здоров'я працівників провідних галузей економіки виявив вплив статі, віку, стажу роботи, морально-психологічного клімату в колективі, галузі та форм власності підприємств на самопочуття, працездатність, хворобливість та її тривалість у працівників. Результати дослідження підтвердили поганий стан здоров'я працюючого населення, при цьому під впливом чинників зовнішнього середовища $31,37 \pm 1,4$ на 100 опитаних виходили на роботу із захворюванням, що призводило до накопичення прихованих та явних патологічних станів і хвороб.

Висновки. Потребує розробки та впровадження навчально-освітня програма в напрямку розвитку національної культури індивідуальної профілактики населення.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: здоров'я працівників, підприємства різних форм власності.

У зв'язку з переходом вітчизняної охорони здоров'я на принцип фінансування первинної медичної допомоги з розрахунку на одного мешканця, медичне обслуговування працівників підприємств сьогодні перекладено на загальну лікарняну мережу. Практично припинили свою роботу медико-санітарні частини, що обслуговували працівників, зайнятих у шкідливих і небезпечних умовах виробництва. Дільничний або сімейний лікар, на якого покладено медичне обслуговування працівників, не має відповідної підготовки з питань професійної патології і гігієни праці [1;4;5;7].

Закриття закладів охорони здоров'я у поєднанні зі сприянням широкій їх приватизації та надання пріоритету комерціалізації медичної допомоги, у тому числі на засадах добровільного медичного страхування замість державного, одночасно знищили всю низку заходів реалізації засад профілактичної спрямованості системи охорони здоров'я, у тому числі щодо збереження та зміцнення здоров'я працівників [2–3].

Мета дослідження: оцінити стан здоров'я працівників провідних галузей економіки та його охорону на мікро- (підприємство) та мезорівнях (територія проживання) методом соціологічного опитування.

Матеріали і методи. Відповідно до програми дослідження проведено соціологічне опитування 1760 працівників трьох провідних галузей економіки (863 особи – промислова; 485 осіб – транспортна, 412 осіб – аграрна) двох досліджуваних регіонів (Вінницького – основна група та

Житомирського – група порівняння). Науковими базами дослідження вибрано 11 підприємств: по два – промислової й транспортної страт у кожній групі порівняння й три – аграрної (у контрольній групі аграрне підприємство державної форми власності відсутнє). Науковий пошук протягом 2006–2013 рр. проводився у Вінницькому регіоні як типовому щодо всіх областей України, вибір якого обґрунтовано за наступними критеріальними ознаками: звітно-статистичними даними 2011 р. (джерело інформації – «Статистичний щорічник України, 2012 рік»), які визначили і контрольну групу: кількість суб'єктів Єдиного державного реєстру підприємств та організацій України (ЄДРПОУ) за регіонами; економічна активність населення у віці 15–70 років; зайнятість населення у віці 15–70 років; середньомісячна заробітна плата працівників; за статевим розподілом; за віковою структурою. Критерії включення визначалися статтю, віком, посадою, формою власності підприємств (державна, комунальна, приватна), освітою. Методологія соціологічного опитування передбачала створення спеціально розробленої анонімної анкети (з використанням „дихотомічних”, що дозволяли дати відповідь „так” або „ні”; „закритих” з кількома варіантами відповідей і вибором одного; „відкритих” запитань), яка містила поінформовану згоду й наступні питання: перший блок – віднесення себе до однієї з груп здоров'я (практично здорові, хронічно хворі, часто і тривало хворіють, інваліди); на що страждають (скаржаться) працівники; їх перебування під диспансерним наглядом; частота перебування на лікарняному листку в рік та

загальна кількість днів непрацездатності; проходження відновного лікування, його види та результат, задоволеність морально-психологічним кліматом у колективі (соціально-психологічний чинник); другий блок передбачав оцінку працівниками турботи про їх здоров'я на підприємстві та пропозиції щодо її покращення.

Для підвищення рівня надійності та зменшення негативного впливу окремих джерел похибок на різних етапах наукового пошуку реалізувалась система різноманітних заходів, зокрема навчання фахівців з анкетування та контроль якості їх роботи; контроль якості всіх етапів обробки даних; коригування статистичних ваг для зменшення впливу відмов респондентів від участі у дослідженні; застосування процедур імпутації відсутніх даних (процедура заповнення відсутніх значень (пропусків) за окремими ознаками або за групами ознак, які вимірювались програмою дослідження, використовуючи метод із заповненням (у даному випадку заповнення з підбором – метод «hot-dek»). Використання методу заповнення одночасно дало «повну» матрицю даних і дозволило використати практично всі отримані в дослідженні дані, оскільки не передбачало відкидання спостережень з пропусками у значеннях окремих ознак.

Репрезентативність вибірових сукупностей у дослідженні забезпечувалась типологічними властивостями вибірок (працівники підприємств різних форм власності), порівняльністю груп за прогностичними факторами віку, статі, посади, стажу роботи, освіти і розрахунком необхідного обсягу спостережень за формулою (У. Кохрен, 1976):

$$n = \frac{t^2 \cdot pq}{\Delta^2},$$

де n – необхідна кількість спостережень; p – альтернативний (відносний) показник, що вивчається; q – величина, зворотна до p ; D – максимальна похибка дослідження; t – довірчий коефіцієнт, гарантуючий, що допустима похибка не перевищить D .

Приймаючи $t=2$ (при довірчій ймовірності $p = 0,95$), $D = 5\%$, добуток pq – максимальний за розміром ($0,25$), за формулою розраховано необхідну кількість одиниць спостережень для забезпечення кількісної репрезентативності вибірових сукупностей. Таким чином, з ймовірністю $p = 0,95$ репрезентативною за кількісними характеристиками вважалась вибірка для проведення соціологічного дослідження у кількості 400 осіб (за кожною стратою).

Статистична обробка матеріалів дослідження проводилася з використанням методів біометричного аналізу, реалізованих у пакетах програм EXCEL-2010® і SPSS 19.0. Основні статистичні характеристики включали: кількість спостере-

жень (n), середню арифметичну (M), похибку середньої величини (SE), граничну похибку вибірки (LSE), стандартне відхилення (SD), коефіцієнт варіації (C_v). Залежно від типу даних (кількісні, якісні), закону розподілу (нормальний, анормальний), парного або множинного порівняння використовували наступні параметричні і непараметричні критерії: критерій Стьюдента (t), точний критерій Фішера (F), критерій відповідності χ^2 (Хі-квадрат) Пірсона. Різницю між порівнюваними величинами вважали статистично значущою при $p < 0,05$. Для множинного порівняння та аналізу взаємозв'язків між ознаками використовували кореляційний, регресійний і дисперсійний (ANOVA) аналізи з розрахунком парного коефіцієнту лінійної кореляції Пірсона, коефіцієнту детермінації (R^2), а також ступеня впливу окремих факторів на результативну ознаку (K , %). Показники розраховано й подано в аналізі на 100 працівників.

Методи дослідження: *програмно-цільового планування* – розробка програми, вибір і застосування комплексу адекватних методів дослідження, планування дослідження із забезпеченням етапності й послідовності виконання; *соціологічний* дозволив визначити чинники формування інвалідизації працівників, особливостей їх медико-соціального забезпечення на підприємствах і регіональному рівні та задоволеності ними; *статистичний* – визначено чинники, які впливають на виникнення професійних захворювань, виробничого травматизму, інвалідизації, їх рангову значущість, якість медико-соціального забезпечення працівників підприємств різної форми власності та на регіональному рівні.

Результати дослідження та їх обговорення. Програмою соціологічного опитування передбачалось здійснення респондентами самооцінки стану свого здоров'я на момент його проведення, з відміткою, до якої диспансерної групи вони належать. Визначено, що половина респондентів (57,56%) вважали себе практично здоровими (табл.), при цьому кожний третій (33,18%) – хронічно хворим, незалежно від форм власності підприємств та регіону дослідження.

Групу інвалідності встановлено $5,62 \pm 1,1\%$ опитаним, розподіл за причиною її настання виявився наступним: внаслідок загального захворювання – 87,36%, інвалідність з дитинства – 8,14% (7 осіб); професійне захворювання; у колишніх військовослужбовців та у зв'язку з катастрофою на ЧАЕС – по одному випадку.

Однак існувала статистично значуща різниця ($t=3,23$; $p < 0,01$) між групами порівняння за кількістю осіб, що часто і тривало хворіють, з переважанням показника у 2,5 разу серед працівників Вінницького регіону – $4,67 \pm 0,5\%$ проти $1,29 \pm 0,9\%$ у Житомирському, при його нульовому значенні

Таблиця. Характеристика стану здоров'я працівників та його охорона (на 100 осіб)

Характеристика	Вінницький регіон			Житомирський регіон		
	підприємства державно-комунальної форми власності	підприємства приватної форми власності	разом	підприємства державно-комунальної форми власності	підприємства приватної форми власності	разом
Стан здоров'я						
Практично здорові	54,23±1,7	61,82±1,8**	57,51±1,2	60,00±5,7	56,25±5,6	58,06±3,9
Часто і тривало хворіють	5,82±0,8	3,17±0,9*	4,67±0,5	2,67±1,9	0,00	1,29±0,9**
Хронічно хворі	34,03±1,6	31,84±1,8	33,08±1,2	33,33±5,4	35,00±5,3	34,19±3,8
Інваліди	5,93±0,8	3,17±0,7*	4,74±0,5	4,00±2,3	8,75±3,2	6,45±1,9
Перебування під диспансерним наглядом						
Так	36,55±1,6	9,80±1,1**	24,98±1,1	17,33±4,3	17,50±4,2	17,42±3,0*
Ні	46,32±1,7	71,76±1,7**	57,32±1,2	48,00±5,7	42,50±5,5	45,16±4,0*
Не знаю	17,12±1,3	18,44±1,5	17,69±0,9	34,67±5,5	40,00±5,4	37,42±3,8* *
Кількість випадків хвороби протягом останнього року (разів)						
не хворіли	25,91±1,4	32,85±1,7**	28,91±1,1	14,67±4,0	20,00±4,4	17,42±3,0* *
один	30,85±1,5	29,25±1,7	30,16±1,1	29,33±5,2	28,75±5,0	29,03±3,6
два	33,37±1,5	27,67±1,7*	30,90±1,1	36,00±5,5	40,00±5,4	38,06±3,9
три	8,34±0,9	9,37±1,1	8,79±0,7	18,67±4,5	11,25±3,5	14,84±2,8*
чотири і більше	1,54±0,2	0,87±0,2	1,25±0,1	1,33±1,3	0,00	0,65±0,6
Загальна кількість днів невиходу на роботу через хворобу протягом останнього року						
до 5	10,49±1,3	14,16±1,8	11,98±1,1	5,66±3,1	24,44±6,4*	14,29±3,5
від 5,1 до 15	46,99±2,2	44,19±2,6	45,85±1,6	47,17±6,8	44,44±7,4	45,92±5,0
від 15,1 до 25	31,26±2,0	33,14±2,5	32,03±1,5	35,85±6,5	31,11±6,9	33,67±4,7
більше 25	11,26±1,3	8,50±1,4	10,14±1,0	11,32±4,3	0,00*	6,12±2,4
Проходження відновного лікування після хвороби						
Так	15,70±1,4	7,73±1,2**	12,45±0,9	4,69±2,6	12,50±4,1	8,59±2,4
Ні	84,30±1,4	92,27±1,2**	87,55±0,9	95,31±2,6	87,50±4,1	91,41±2,4

Примітка: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$ (достовірність різниці між підприємствами різних форм власності регіону та між регіонами).

на приватних підприємствах останнього. Достовірну різницю між різними формами власності підприємств за показниками стану здоров'я виявлено у респондентів основної групи (на 100 працівників підприємств державно-комунальної форми власності до приватної): практично здорові – 54,23±1,7% проти 61,82±1,8% ($t=3,07$; $p < 0,01$); часто і тривало хворіють – 5,82±0,8% проти 3,17±0,9% ($t=2,59$; $p < 0,05$), інваліди – 5,93±0,8% проти 3,17±0,7% ($t=2,69$; $p < 0,05$) відповідно, що засвідчило про гірший стан здоров'я працівників підприємств державно-

комунальної форми власності, незалежно від регіону дослідження. Галузевих особливостей за даним показником не виявлено.

Даний висновок підтверджував показник перебування під диспансерним наглядом, де 36,55±1,6% працівників державно-комунальних проти 9,80±1,1% приватних підприємств основної групи ($t=13,69$; $p < 0,01$) відповіли позитивно, при достовірній різниці між Вінницьким та Житомирським регіонами – 24,98±1,1% проти 17,42±3,0% ($t=2,34$; $p < 0,05$), яка існувала і за показниками його відсутності (відповідь учасників «ні») –

57,32±1,2% проти 45,16±4,0% відповідно ($t=2,91$; $p<0,05$) та пунктом «не знаю, чи перебуваю під диспансерним наглядом» – 17,69±0,9% проти 37,42±3,8% відповідно ($t=4,93$; $p<0,01$), що за відсотковим сумарним результатом останніх двох – близько 80% працюючих не перебували під диспансерним наглядом, незалежно від форм власності підприємств та груп порівняння.

Проаналізовано показник кількості випадків хвороби на одного працівника протягом останнього року. Показано, що 28,91±1,1% учасників основної і 17,42±3,0% контрольної груп ($t=3,54$; $p<0,01$) не хворіли взагалі, з достовірною різницею між різними формами власності підприємств Вінницького регіону – 25,91±1,4% проти 32,85±1,7% підприємств державно-комунальної до приватної форм власності відповідно ($t=3,02$; $p<0,01$), за її відсутності у контрольній групі.

Кожен третій респондент (30,06%) указав, що хворів протягом року один раз, і майже стільки респондентів (34,83%) зазначили, що мали два випадки хвороби з достовірною різницею, за останнім, між підприємствами різних форм власності основної групи – 33,37±1,55% проти 27,67±1,7% державно-комунальних до приватних підприємств відповідно ($t=2,47$; $p<0,05$).

Визначено, що працівники підприємств контрольної групи мали у 1,5 разу достовірно вищий показник за кількістю три випадки хвороби ($t=2,06$; $p<0,05$) порівняно з основною – 14,84±2,8% проти 8,79±0,7% відповідно, за її відсутності між підприємствами різних форм власності обох досліджуваних груп.

Галузева характеристика за вказаним показником виявила особливості в агропромисловому комплексі – відсутність у працівників протягом останнього року більше трьох випадків захворювань у державному і приватному секторах. При цьому слід зазначити, що показник хвороби один раз на рік найвищий порівняно з іншими досліджуваними галузями і склав 41,09±2,5 на 100 осіб, з достовірним його переважаанням ($t=2,03$; $p<0,05$) на аграрному підприємстві державної форми власності – 46,78±3,4 проти 36,57±2,4 приватного основної групи.

У промисловій галузі визначено достовірну різницю між підприємствами різних форм власності за показниками трьох випадків хвороби протягом року з удвічі вищим результатом на приватних (15,14±0,4% проти 8,55±0,6%, $t=2,82$; $p<0,05$) підприємствах.

Транспортна галузь характеризувалась вищим показником тих, хто не хворів, порівняно до двох інших, з його достовірним переважаанням на підприємствах приватної форми власності – 63,28±3,0% проти 23,45±1,5% респондентів комунальних підприємств ($t=8,13$; $p<0,01$), при зворотній картині за показниками двох (10,94±1,4%

проти 37,46±1,3% відповідно, $t=6,79$; $p<0,01$) і трьох (0,78±0,03% проти 11,07±0,2% відповідно, $t=5,27$; $p<0,01$) випадків хвороби за останній досліджуваний рік, незалежно від регіону дослідження.

Доведено, що найвища кількість респондентів (77–84%), які хворіли один раз на рік, була у вікових періодах 33–52 роки у транспортній, 33–57 роки – у промисловій і 38–57 років – у аграрній галузях, при цьому два випадки хвороби максимально реєструвались у віці 43–62 роки, а три і більше – від 48 років і вище, незалежно від галузі та груп порівняння.

Половина випадків хвороби за показниками один (62,6%) і два (57,7%) рази зафіксована у стажевих групах до 14,9 року у аграрній і промисловій галузях, тоді як у транспортній – зі стажем 15 років і вище (63,0% – один раз і 76,5% – два рази). Кількість випадків хвороби три і більше максимально проявлялись при стажі 20 років і вище, незалежно від галузі, форм власності підприємств і регіону дослідження.

Вивченню підлягав поєднаний з попереднім показник загальної кількості днів невиходу на роботу через хворобу протягом останнього року (див. табл.). З'ясовано, що 31,37±1,4 працівників, тобто кожен третій, вказали, що хворіли один-два рази за рік, при цьому виходили на роботу із захворюванням (нуль днів за даним критерієм), особливо на приватних підприємствах (52,4%) та у промисловій галузі (58,2%), що підтверджувало літературні дані вітчизняних науковців щодо існування феномену презентизму [6].

Доведено, що 12,22±1,0% респондентів перебували на лікарняному листку до 5 днів; 45,16±1,6% – від 5,1 до 15 днів; кожен третій опитаний (32,19±1,5%) – від 15,1 до 25 днів, що відтворювало дані груп за станом здоров'я «хронічно хворі» (33,18±1,1%), а більше 25 днів хворіли 9,73±0,9% досліджуваних, незалежно від груп порівняння. Достовірна різниця існувала між підприємствами державно-комунальної і приватної форм власності контрольної групи ($t=2,6$; $p<0,05$) за показниками: до 5 днів – 5,64±3,1% проти 24,44±6,4% та більше 25 днів – 11,35±4,3% проти 0,00±0,0 відповідно, яка не існувала між підприємствами основної групи.

Показано, що максимальна кількість респондентів (60% і більше за кожним показником), які хворіли до 5 днів, припадала на вікову групу 38–52 роки; від 5,1 до 15 днів – 43–62 р.; від 15,1 до 25 днів і більше – від 53 років і старше, незалежно від галузі, форм власності підприємств та груп порівняння.

Виявлено, що 87,94±0,9 респондентів після хвороби не проходили відновного лікування (див. табл.), незалежно від регіону дослідження. При цьому працівники підприємств державно-

комунальної форми власності Вінницького регіону втричі частіше вказали на його наявність порівняно з Житомирським і вдвічі вище показника приватних підприємств основної групи ($t=4,27$; $p<0,01$), при зворотній картині між підприємствами різних форм власності контрольної групи.

Усі особи, які проходили відновне лікування, відмітили лише медичну реабілітацію, за відсутності інших її видів навіть у групі «інваліди».

Місцем проходження відновного лікування 41,3% опитаних аграрної, 36,3% транспортної та 47,2% промислової страти вказали лікувально-профілактичний заклад, де отримували лікувальні послуги, і тільки одна особа з транспортної галузі та 11 (7,7%) промислової зазначили перебування в санаторії, що вказувало на відсутність повноцінного відновного періоду при наданні медичної допомоги у значної частини працюючих.

В останні два десятиліття років багато уваги приділялось вивченню та науковому обґрунтуванню впливу стресових чинників на психічне та фізичне здоров'я індивіда, у тому числі під час здійснення ними трудової діяльності.

Вважаємо, що важливим стресостимулюючим елементом на робочому місці є морально-психологічний клімат у колективі, вивчення якого підтвердило його залежність від статі та форми власності підприємств. Так, переважання у транспортній галузі респондентів-чоловіків вплинуло на показник задоволеності морально-психологічним кліматом у колективі, який склав $85,52\pm 1,6$ задоволених на 100 осіб при його достовірній різниці між чоловіками підприємств різних форм власності ($t=4,90$; $p<0,01$) – $76,84\pm 3,0$ проти $94,87\pm 2,0$ комунальних підприємств до приватних, незалежно від груп порівняння.

На промислових підприємствах комунальної форми власності показник морально-психологічного клімату удвічі вище задовольняв чоловіків, ніж жінок ($83,01\pm 2,3\%$ проти $41,38\pm 3,2\%$ відповідно; $t=9,46$; $p<0,01$), при однаковому співвідношенні на приватному. Слід зазначити, що кожна третя працівниця (36,21%) комунального і кожна п'ята (20,25%) приватного промислових підприємств не задоволена морально-психологічним кліматом у колективі з достовірною різницею між показниками ($t=3,72$; $p<0,01$), незалежно від регіону дослідження.

Статистично значуща різниця за вказаним показником існувала між чоловіками і жінками ($t=3,34$; $p<0,01$) державного підприємства аграрної галузі, які відповіли, що їх задовольняв клімат у колективі – $80,17\pm 3,7\%$ проти $54,55\pm 2,6\%$ відповідно, тоді як кожна третя жінка (32,73%) до 7,76% чоловіків відповіли «ні» ($t=3,67$; $p<0,01$) в цілому по галузі. При цьому з'ясовано, що показник незадоволеності морально-психологічним кліматом у колективі вдвічі вищий у працівників при-

ватних аграрних підприємств порівняно з державними, особливо чоловіків ($18,95\pm 0,5$ проти $7,76\pm 0,3$ на 100 чоловіків відповідно; $t=2,78$; $p<0,05$), але вдвічі нижчий від показника серед працівниць приватних підприємств ($18,95\pm 0,5$ чоловіків проти $41,27\pm 1,9$ жінок), незалежно від регіону порівняння.

Оскільки дані соціологічного опитування достовірно підтвердили вплив морально-психологічного клімату в колективі на самопочуття працівників, що проявлялось високими показниками дратівливості, головним та серцевим боєм, особливо в осіб жіночої статі, незалежно від галузі та груп порівняння, необхідно віднести даний критерій до основних чинників виробничого середовища, профілактика негативних наслідків якого опосередковано забезпечить попередження виробничого травматизму через уважність до правил техніки безпеки та узгодженість дій на робочому місці, що втрачається при стресових і конфліктних ситуаціях.

Учасниками дослідження оцінено турботу про їхнє здоров'я на підприємстві, показник якої різнився за галузями та формою власності підприємств. Слід зазначити, що лише кожен п'ятий працівник транспортної галузі ($20,0\pm 0,3$) вважав її задовільною з достовірною різницею між формами власності підприємств (на 100 працівників комунальних до приватних) – $22,8\pm 1,7$ проти $13,3\pm 0,5$ ($t=2,48$; $p<0,05$) відповідно, тоді як показник «потребує покращення» склав $68,7\pm 2,6$ проти $85,9\pm 3,1$ ($t=4,24$; $p<0,01$) відповідно. Статистично значуща різниця існувала між групами дослідження ($t=3,14$; $p<0,01$) за критерієм «незадовільно» – $6,2\pm 0,1$ респондентів основної до $26,0\pm 1,0$ контрольної групи, за рахунок показника працівників комунального транспортного підприємства Житомирського регіону, який склав $48,0\pm 2,1$ незадоволених турботою про здоров'я на робочому місці.

Кожен п'ятий респондент ($22,09\pm 0,7\%$) промислової галузі вказав на незадовільну турботу про здоров'я з достовірним переважанням показника у 2,5 рази на підприємствах комунальної форми власності ($30,25\pm 1,3$ проти $12,0\pm 0,5$; $t=3,9$; $p<0,01$), при цьому критерій «потребує покращення» відмітили $75,35\pm 2,5\%$ учасників опитування, незалежно від регіону дослідження. З даної страти (863 працюючих) лише 20 (4,6%) осіб вважали турботу про здоров'я задовільною.

Особливістю аграрної когорти, за даним показником, стало те, що кожен другий респондент ($45,74\pm 2,3\%$) оцінив турботу про здоров'я незадовільно з достовірною різницею між підприємствами різних форм власності – $22,81\pm 1,3\%$ проти $63,89\pm 2,3\%$ державного до приватного відповідно ($t=8,97$; $p<0,01$), при нульовому показнику за критерієм «задовільно», а $54,26\pm 2,3\%$ учасників опиту-

вання потребували його покращення, незалежно від форм власності підприємств і груп порівняння.

Висновки

Аналіз стану здоров'я працівників провідних галузей економіки виявив вплив статі, віку, стажу роботи, морально-психологічного клімату в колективі, галузі та форми власності підприємств на самопочуття, працездатність, хворобливість та її тривалість у працівників:

- половина респондентів (57,56%) вважали себе практично здоровими, при цьому кожен третій (33,18%) – хронічно хворим; 5,62±1,1 особам встановлено групу інвалідності;

- кожен третій опитаний (30,06%) указав, що хворів протягом року один раз; 34,83% мали два випадки хвороби. Визначено, що працівники підприємств контрольної групи у 1,5 разу мали достовірно вищий показник за кількістю три випадки хвороби – 14,84±2,8% проти 8,79±0,7% відповідно. Доведено, що найбільше респондентів (77-84%), які хворіли один раз на рік, було у вікових періодах 33–57 роки, при цьому два випадки хвороби максимально реєструвались у віці 43–62 роки, а три і більше – з 48 років і вище. Половина опитаних за показниками один (62,6%) і два (57,7%) випадки хвороби перебували у стажевих групах до 14,9 року у аграрній і промисловій галузях, тоді як у транспортній – у стажі 15 років і вище (63,0% – один раз і 76,5% – два рази). Кількість випадків хвороби три і більше максимально проявлялась при стажі 20 років і вище;

- кожен третій (31,37±1,4%) опитаний вказав, що хворів один-два рази за рік, при цьому виходив на роботу із захворюванням, особливо на приват-

них підприємствах (52,4%) та у промисловій галузі (58,2%). Доведено, що 12,22±1,0% респондентів перебували на лікарняному листку до 5 днів, 45,16±1,6% – від 5,1 до 15 днів, кожен третій учасник (32,19±1,5%) – від 15,1 до 25 днів, а більше 25 днів хворіли 9,73±0,9% досліджуваних. Максимальна кількість респондентів (60% і більше за кожним показником), які хворіли до 5 днів, припадала на вікову групу 38–52 роки; від 5,1 до 15 днів – 43–62 роки; від 15,1 до 25 днів і більше – від 53 років і старше;

- після хвороби не проходили відновного лікування 87,94±0,9% респондентів.

Результати дослідження підтвердили низький рівень здоров'я працюючого населення, при цьому під впливом чинників зовнішнього середовища, 31,37±1,4% осіб виходили на роботу із захворюванням, що призводило до накопичення прихованих та явних патологічних станів і хвороб. Вбачаємо першочерговою розробку законодавчо-нормативних документів щодо підвищення відповідальності роботодавців за збереження здоров'я працівників через економічно-мотиваційні важелі. Потребує розробки та впровадження навчально-освітньої програми в напрямку розвитку національної культури індивідуальної профілактики населення.

Перспективи подальших досліджень. Результати проведеного епідеміологічного дослідження стануть підґрунтям для розробки та впровадження оптимізованої системи профілактики інвалідизації працівників, ґрунтуючись на її складових – диспансеризації, профілактичних оглядах, прогнозуванні та моніторингу.

Список літератури

1. Басанець А. В. Проблеми професійної патології та шляхи їх вирішення на сучасному етапі / А. В. Басанець, І. П. Лубянова // Укр. журн. з проблем медицини праці. – 2009. – № 1. – С. 3–12.
2. Бочкарева Е. В. Развитие программ по укреплению здоровья на рабочем месте — актуальная задача медицинской науки и бизнеса / Е. В. Бочкарева, А. М. Калинина, Г. А. Копылова // Профилактич. медицина. – 2012. – Т. 15, № 6. – С. 6–10.
3. Глембоцька А. Умови праці та стан здоров'я працівників основних галузей економіки за 2010 рік / А. Глембоцька // СЕС. – 2011. – № 1. – С. 18–24.
4. Гоженко А. І. Засади зміцнення профілактичної спрямованості системи охорони здоров'я на транспорті / А. І. Гоженко, В. О. Лісобеї // Наук. журн. МОЗ України. – 2013. – № 1. – С. 82–90.
5. Мухін В. В. Здоров'я працюючих : монографія / В. В. Мухін. – Д., 2010. – 378 с.
6. Независимый медико-социальный аудит крупных российских предприятий / В. В. Омеляновский [и др.] // Менеджер здравоохран. – 2008. – № 6. – С. 31–36.
7. Родіонова В. В. Моніторинг професійної захворюваності та шляхи збереження здоров'я і працездатності в робітників сільського господарства / В. В. Родіонова, С. А. Рижено, О. І. Іванченко // Укр. журн. з проблем медицини праці. – 2010. – № 4. – С. 28–34.

СУБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ТРУДЯЩИХСЯ ВЕДУЩИХ ОТРАСЛЕЙ ЭКОНОМИКИ

Е.Н. Крекотень

Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Украина

Цель: оценить состояние здоровья трудящихся ведущих отраслей экономики и его охрану на микро- (предприятие) и мезоуровнях (территория проживания).

Матеріали и методи. В соответствии с программой исследования проведен социологический опрос 1760 респондентов – трудящихся трех ведущих отраслей экономики в двух исследуемых регионах. Критерии включения определялись полом, возрастом, должностью, формой собственности предприятий, образованием.

Результаты. Анализ состояния здоровья трудящихся ведущих отраслей экономики выявил влияние пола, возраста, стажа работы, морально-психологического климата в коллективе, отрасли и форм собственности предприятий на самочувствие, работоспособность, болезненность и ее длительность у трудящихся. Результаты исследования подтвердили низкий уровень здоровья трудящегося населения, при этом под воздействием факторов внешней среды 31,37±1,4 на 100 опрошенных выходили на работу с заболеванием, что приводило к накоплению скрытых и явных патологических состояний и болезней.

Выводы. Необходимо разработать и внедрить учебно-образовательную программу в направлении развития национальной культуры индивидуальной профилактики населения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **здоровье трудящихся, предприятия разных форм собственности.**

SUBJECTIVE ASSESSMENT OF HEALTH CONDITION OF EMPLOYEES INVOLVED IN THE LEADING BRANCHES OF ECONOMY

O.M. Krekoten

Vinnitsa National Medical University named after M.I. Pirogov, Ukraine

Purpose: to assess the state of health of workers of leading branches of economy and its protection at the micro (enterprise) and meso level (area of residence).

Materials and methods. According to the research program sociological survey of 1760 respondents-employed of three key branches of economy of two investigated regions has been carried out. Inclusion criteria were determined to gender, age, position, type of ownership of the enterprises, education.

Results. Analysis of state of health of workers leading economic branches has revealed influence of gender, age, experience of work, moral and psychological climate in collective, industry and forms of enterprises ownership on state of health, working capacity, morbidity and its duration of working population. Results of study have confirmed the poor health of the working population, while under the influence of environmental factors, 31,37 ± 1,4 per 100 respondents went to work with disease that led to the accumulation of latent and obvious pathological conditions and diseases.

Conclusions. Educational program in direction of development of national culture of individual prevention of the population demands working out and implementation.

KEY WORDS: **health workers, enterprises of different ownership.**

Рукопис надійшов до редакції 02.10.2014 року

Відомості про автора:

Крекотень Олена Миколаївна – к.мед.н., доц. кафедри соціальної медицини Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова. E-mail: Olena1977@mail.ru.

КОНГРЕС МІЖНАРОДНОГО ТОВАРИСТВА ІСТОРИКІВ МЕДИЦИНИ 10–14 ВЕРЕСНЯ 2014 р.

10-14 вересня 2014 р. Тбілісі відбувся 44-й конгрес Міжнародного товариства істориків медицини (ISHM), який проводили вперше після розпаду СРСР у відновленій державі Грузії. Очолювали конгрес Президент ISHM професор Г. Занчін (G. Zanchin) з Італії та віце-президент ISHM, голова організаційного комітету конгресу, завідувач кафедри історії медицини та біоетики Тбіліського університету професор Рамаз Шенгелія.

У програмі конгресу було 10 тем: історія і загальна теорія медицини, традиційна медицина, релігія і медицина, мистецтво і медицина, біоетика, різне, 150 років Кавказького медичного товариства, 500-річчя А. Везалія, 90 років ISHM, викладання історії медицини.

У роботі конгресу взяли участь біля 100 науковців з 22 країн. Найбільше доповідачів було з Грузії (24), Росії (20) та ближнього зарубіжжя – Греції (13) і Туреччини (12). Були також історики медицини з США, Ізраїлю, Румунії, Мексики, Бельгії, Великобританії, Італії, Аргентини. Лише по одній доповіді представили історики медицини з Японії, Індії, Бразилії, Німеччини, Польщі, Латвії, Вірменії, Австралії, Марокко.

Велику увагу привернули доповіді про цікаву історію грузинської медицини, які раніше не були представлені у такому обсязі на конгресах ISHM. Доповідь головного редактора журналу Vesalius доктора Коллінза була присвячена 500-річчю Андреаса Везаліуса. За темою «Мистецтво і медицина» було представлено дві доповіді.

З України було представлено чотири роботи. К.К. Васильєв (Одеса) доповідав про історію Новоросійського (Одеського) університету, Ю. Дупленко (Київ) і С. Руда (Київ) представили проблеми етики. Я. Ганіткевич подав на цей конгрес матеріали про досягнення і недоліки історії медицини в Україні, що стали єдиною працею в розділі «Навчання і викладання історії медицини».

Наприкінці конгресу Г. Занчіні і Р. Шенгелія від імені оргкомітету відзначили кращі доповіді та нагородили учасників оригінальним призом-сертифікатом «Золоте руно історії медицини» і медаллю Golden Fleece of the History of Medicine. 44th 2014. Мабуть, це вперше на міжнародному медичному конгресі Грузія влаштувала нагороду «Золотим Руном». Від України таку нагороду отримав Ярослав Ганіткевич.

**ПАМ'ЯТІ РЕКТОРА ДВНЗ «ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ
МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО
МОЗ УКРАЇНИ», ЧЛЕНА-КОРЕСПОНДЕНТА НАМН УКРАЇНИ,
ПРОФЕСОРА КОВАЛЬЧУКА
ЛЕОНІДА ЯКИМОВИЧА**



1 жовтня пішов із життя внаслідок важкої хвороби член-кореспондент НАМН України, заслужений діяч науки і техніки України, професор Леонід Якимович Ковальчук.

Народився Леонід Якимович 15 березня 1947 року в селі Тернівка Ізяславського району Хмельницької області. Закінчив Бережанське медичне училище (1967 р.) за спеціальністю «Лікар-лікувальник», а кваліфікацію «лікар-хірург» здобув у Тернопільському державному медичному інституті, отримавши диплом спеціаліста у 1973 році. Після закінчення навчання проходив інтернатуру в Тернопільській обласній клінічній лікарні. У 1974–75 рр. працював лікарем-хірургом у с. Устя-Зелене Монастирського району Тернопільської області, а в 1975–78 рр. – лікарем-хірургом, завідувачем хірургічного відділення Великодедеркальської лікарні Шумського району Тернопільської області. Починаючи з цього часу Леонід Ковальчук не обмежувався виключно лікарською діяльністю, а коло його наукових інтересів охоплю-

вали питання сучасних лікувальних методик і технологій. У 1977 р. Леонід Якимович захистив кандидатську дисертацію на тему «Активність ряду окислювальних ферментів нейтрофілів і лімфоцитів у хворих тиреотоксикозом». Цією роботою він започаткував знану сьогодні на Тернопільщині хірургічну школу, яка має міцне наукове підґрунтя.

У 1978–80 рр. Л.Я. Ковальчук працював завідувачем хірургічного відділення Знам'янської центральної районної лікарні (Кіровоградська область). На Тернопільщину він повернувся на посаду лікаря-хірурга Тернопільської міської лікарні №1.

З 1981 по 1983 рік Леонід Якимович працював асистентом кафедри хірургії факультету вдосконалення лікарів Тернопільського медичного інституту. Згодом (1983–1987 рр.) він був головним хірургом Тернопільського облздороввідділу. У вересні 1987 р. Леонід Ковальчук став завідувачем кафедри шпитальної хірургії №1 Тернопільського медичного інституту. У 1994–1997 роках обіймав посаду проректора з лікувальної роботи цього навчального закладу. У серпні 1997 р., зважаючи на вагомий внесок у розвиток Тернопільської державної медичної академії, його лідерські здібності, вміння прогнозувати, колектив навчального закладу довірив Леоніду Якимовичу керівництво.

На посаді ректора Леонід Якимович проявив новаторський підхід в організації усіх видів діяльності ТДМА, яка під його керівництвом отримала статус університету і стала одним з провідних вищих медичних навчальних закладів України. Було відкрито три нові факультети: фармацевтичний, стоматологічний, для іноземних студентів; чотири навчально-наукові інститути на базі теоретичних кафедр і перші в Україні навчально-науковий інститут медсестринства та навчально-науковий інститут післядипломної освіти.

Завдяки зусиллям Леоніда Якимовича кардинально зміцнена матеріально-технічна база університету, створено видавництво «Укрмедкнига» з власним поліграфічним комплексом, яке є базовим для ЦМК з ВМО МОЗ України і найбільшим нині спеціалізованим медичним видавництвом в Україні; видаються обласні газети «Медична академія» та «Університетська лікарня». Створено навчально-оздоровчий комплекс «Червона калина» з конгрес-центром, готелем, комплексом харчування, спортивно-фізкультурною базою та студентським профілакторієм.

З 2009 р. Л.Я. Ковальчук очолював постійну комісію Тернопільської обласної ради з питань охорони здоров'я, сім'ї, материнства і дитинства. Результатом його діяльності стала «Концепція реформування галузі охорони здоров'я Тернопільської області».

Леоніда Якимовича турбували також питання підготовки медичних кадрів. До вирішення цієї проблеми він підійшов нестандартно, запровадивши інноваційні методики – методики єдиного дня, практично орієнтованої моделі навчального процесу (Z-модель), ліній практичних навичок, ОСКІ (ОСПІ), тестових технологій оцінювання, комп'ютерних технологій, віртуальних комп'ютерних програм. Ректор ставив наголос на здобутті студентами-медиками практичних навичок. Саме він вперше в Україні започаткував проект створення університетських лікарень на основі коопераційної моделі. Для підготовки сімейних лікарів Леонід Якимович зініціював створення мережі навчально-практичних центрів первинної медико-санітарної допомоги, у чому бачив шлях інтеграції вищої медичної освіти України в міжнародний освітній медичний простір. В основу нововведень було покладено ґрунтовне вивчення та аналіз міжнародного досвіду, налагодження тісної співпраці із провідними закордонними університетами. Цього року ТДМУ, завдяки мудрому і дбайливому керівництву Леоніда Ковальчука, був визнаний кращим серед усіх медичних навчальних закладів нашої країни.

Леонід Якимович – знаний фахівець у галузі медицини із значним авторитетом серед колег та друзів, студентів та пацієнтів. Основна його наукова діяльність була пов'язана з вивченням проблеми виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки. Ним розроблено оригінальні, патофізіологічно обґрунтовані органозберігаючі методи хірургічного лікування виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки, що зменшило частоту рецидивів післярезекційних розладів у чотири рази. Розробив також методи підвищення безпеки та ефективності хірургічного лікування патології магістральних артерій та екстракраніальних судин, зокрема метод попередження тромбозу сегмента реконструкції артеріальної системи.

Професор Л.Я. Ковальчук є автором 234 наукових праць, у тому числі 7 монографій, 4 атласів оперативних втручань, 6 підручників, 3 навчальних посібників, 32 винаходів і патентів. Основні наукові праці: «Вибір методів хірургічного лікування гастродуоденальних виразок» (1997 р.); «Лапароскопічна хірургія жовчних шляхів» (1997 р.); «Шпитальна хірургія» (підручник, 1999 р.); «Клінічна хірургія» (підручник, 2000 р.); «Органний кровообіг при передракових станах стравоходу та шлунка» (2001 р.); «Хірургія демпінг-синдрому» (2002 р.); «Анестезіологія, реанімація та інтенсивна терапія невідкладних станів» (2003 р.); «Атлас оперативних втручань на органах шлунково-кишкового тракту і передній черевній стінці» (2004 р.); «Хірургія поєднаних і множинних атеросклеротичних оклюзій екстракраніальних артерій та аорто-стегового сегмента» (2005 р.); «Клінічна флебологія» (2008 р.); «Хірургія» (підручник, 2010 р.); «Венозні тромбози» (2010 р.).

Під керівництвом професора Л.Я. Ковальчука підготовлено 8 докторів і 30 кандидатів наук.

Зусиллями Леоніда Якимовича у 1999 р. спільно із Українським інститутом громадського здоров'я був заснований науково-практичний журнал «Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України». З того часу він залишався незмінним заступником головного редактора журналу. Також Леонід Ковальчук був головним редактором науково-практичного журналу «Шпитальна хірургія» та членом редакційної ради «Издательский дом ГЭОТАР-МЕД» (Росія).

Самовіддана і плідна праця Л.Я. Ковальчука була відзначена численними нагородами та почесними званнями. Він є членом-кореспондентом НАМН України, заслуженим діячем науки і техніки України; нагороджений почесними грамотами Верховної Ради України, Кабінету Міністрів України та Міністерства охорони здоров'я України, дипломом міжнародного рейтингу «Золота фортуна», був занесений у «Золоту книгу еліти України». У 2008 р. удостоєний звання Почесного професора університету Південної Кароліни (США), у 2014 р. – звання Почесного професора Тбіліського державного медичного університету (Грузія). Л.Я. Ковальчук нагороджений орденом «За заслуги» III ступеня, іменною ювілейною медаллю Братиславського медичного університету (Словаччина), відзнакою «Європейська якість» Європейської бізнес-асамблеї.

Учні та колеги глибоко шанували і щиро любили Леоніда Якимовича. У пам'яті всіх, хто мав честь бути знайомим та працювати з ним, він залишиться талановитим вченим, неперевершеним педагогом, принциповим і мудрим керівником, високоморальною людиною.

Редакційна колегія журналу висловлює глибоке співчуття рідним та близьким Леоніда Якимовича Ковальчука. Поділяємо ваше горе, сумуємо разом з вами.

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

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, **експертним висновком** (внутрішньою рецензією установи) та **гарантійним листом про оплату із розрахунку 140 у.о. за один авторський аркуш (40 000 знаків)**, оплата за публікацію 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)**, посада, науковий ступінь, поштова та електронна адреси, номери телефонів (службовий, мобільний).

Авторський текстовий оригінал має складатися з трьох примірників **українською мовою** та одного **англійською 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**. Текст реферату **усіма мовами** повинен обов'язково містити назву статті, авторів, установу, мету, матеріали і методи, результати, висновки, ключові слова; обсяг реферату становить **не більше 175 слів** (включно з прізвищем автора та назвою статті і установи, у якій працює автор).

Статті набираються на комп'ютері, зберігаються у форматі rtf і подаються у роздрукованому вигляді та на електронному носії/електронною поштою (**s.nauka@ukr.net**).

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. Автори згадуються за абеткою – спочатку праці вітчизняних авторів, а також іноземних, опубліковані російською чи українською мовою, далі іноземних авторів, а також вітчизняних, опубліковані іноземною мовою. Всі джерела повинні бути пронумеровані та мати не більше ніж 5-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 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".

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) мають бути в чорно-білій гаммі, будуються в тих самих програмах, що і текстовий файл, та подаються разом із текстовим файлом. 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 усіх умовних позначень (цифр, букв, кривих тощо). Таблиці повинні бути компактними, пронумерованими, мати назву. Номери таблиць, їх заголовки та цифрові дані, оброблені статистично, мають точно відповідати наведеним у тексті. Формули створюються 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 Х перегляду, лікарські засоби – за Державною Фармакопеею (Х, ХІ). Назви фірм і апаратів слід наводити в оригінальній транскрипції. Скорочення у тексті слів, імен, термінів (крім загальновідомих) не допускається. Аббревіатура розшифровується після першого згадування і далі по тексту залишається незмінною.

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 матеріалів може бути без пояснення причини і не вважатиметься негативним висновком стосовно наукової та практичної значущості роботи.

Придбати журнал Ви зможете за передплатою та вроздріб. Вартість передплати за один номер для юридичних та фізичних осіб становить 77,80 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
Вчений секретар ВАК України

*В.В. Скопенко
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

Г.О. Слабкий

ДО ВІДОМА КЕРІВНИКІВ ОРГАНІВ І ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 04.05.93 №326 “Про концепцію побудови національної статистики України та Державну програму переходу на міжнародну систему обліку і статистики”, рекомендації ВООЗ та наказу МОЗ України від 08.10.98 №297 “Про перехід органів і закладів охорони здоров'я України на Міжнародну статистичну класифікацію хвороб і споріднених проблем охорони здоров'я десятого перегляду”, у галузі охорони здоров'я використовується Міжнародна класифікація хвороб десятого перегляду (МКХ-10).

МКХ-10 підготовлено і видано Українським інститутом громадського здоров'я (1998 р.) українською мовою, видання містить уточнення, які не порушують міжнародного статистичного співставлення.

Оскільки ще не всі медичні заклади та підрозділи мають МКХ-10 і досі користуються МКХ-9, що вносить плутанину у статистичну облікову документацію щодо переліку діагнозів та синдромів захворювання, Український інститут громадського здоров'я МОЗ України (з 2008 р. – ДУ “Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України”) пропонує придбати видання МКХ-10 (3 томи), вартість якого становить 120 грн.

Довідки та замовлення за телефонами: **(044) 576-41-19**.

д.мед.н., проф. *Г.О. Слабкий*

Редактор: О. В. Шумило
Художнє оформлення: І. В. Бутенко
Технічний редактор: С. Т. Демчишин
Комп'ютерна верстка: О. І. Пухальська
Перекладач: Н. Т. Кучеренко

Підп. до друку 14.10.2014. Формат 60x84/8. Папір офсет.
Друк офсет. Ум. друк. арк 10,00. Обл.-вид. арк. 9,47. Наклад 600. Зам. № 283