

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

ВІСНИК
СОЦІАЛЬНОЇ ГІГІЄНИ
ТА ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

4 (62) / 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 № 4(62)
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 **О.М. Дзюба**

Шульгай А.Г. (заст. головного редактора), Вороненко Ю.В., Голяченко А.О.,
Голяченко О.М. (відповід. редактор), Грузєва Т.С., Лехан В.М., Медведовська Н.В.,
Ситенко О.Р. (відповід. редактор), Слабкий Г.О., Теренда Н.О., Чепелевська Л.А.,

РЕДАКЦІЙНА РАДА

Бояр І. (Польща), Волошин В.О. (Київ), Голубчиков М.В. (Київ), Гульчій Л.П. (Київ),
Децик О.З. (Івано-Франківськ) Дудіна О.О. (Київ), Дудник С.В. (Київ),
Думанський Ю.В. (Донецьк), С.А. Куковякін (Росія), Любінець О.В. (Львів),
Майоров О.Ю. (Харків), Нагорна А.М. (Київ), Овоц А. (Польща), Рудень В.В. (Львів),
Сайдакова Н.О. (Київ), Солоненко І.М. (Київ), Станчак Я. (Польща),
Ціборовський О.М. (Київ), Шатило В.Й. (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)
Видання індексується Google Scholar

Рекомендовано до друку Вченою радою
Українського інституту стратегічних досліджень
(протокол № 10 від 13.11.2014)

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 №31250201204491 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

Качур О.Ю., Слабкий Г.О. Вплив різних моделей організації променевої діагностики на ефективність і терміни її застосування при наданні стаціонарної медичної допомоги

Повч З.В. Оптимізація первинної профілактики глаукоми як вектор посилення профілактичного напрямку в офтальмології

Коваленко А.В., Клименко В.І. Медико-організаційні недоліки профілактики хвороб системи кровообігу в Україні та шляхи їх подолання

Реформування системи охорони здоров'я

Шевченко М.В., Слабкий Г.О. Пілотний проект реформування системи охорони здоров'я (застосування елементів програмно-цільового методу, перехід до стратегічних закупівель)

Здоров'я населення: тенденції та прогнози

Сокур І.В. Характеристика контингенту хворих на рак молочної залози Херсонської області, які знаходяться на обліку п'ять і більше років

Крохмалюк Л.В. До питання захворюваності на інфекційні хвороби окремого контингенту населення, що обслуговується медичними закладами Державного управління справами

Теренда Н.О. Прогностична оцінка захворюваності та поширеності хвороб системи кровообігу

Ященко Ю.Б., Семенюк О.А., Гржибовський Я.Л. Загальні особливості динаміки причин смерті серед різних верств дорослого населення Львівської області

Смірнова В.Л., Панчишин Н.Я., О.Н. Литвинова Порівняльний аналіз основних показників захворюваності населення Тернопільської області

Защик Н.С. Режими життєдіяльності як детермінанти порушень психіки та поведінки у сільського населення

Наука – практиці охорони здоров'я

Лехан В.М., Гінзбург В.Г. Теоретичне обґрунтування моделі інтегрованої системи медичної допомоги в Україні

Боротьба із соціально небезпечними хворобами

Chuhriiev A.M. Legal and Regulatory Framework of Blood Establishments of Ukraine

Organization of medical care

5 *Kachur O.Yu., Slabkyi G.O.* Influence of different models of beam diagnostics for efficiency and terms of its application to granting of inpatient medical care

8 *Povch Z.V.* Optimization of primary prevention of glaucoma as the vector of strengthening of preventive direction in ophthalmology

12 *Kovalenko A.V., Klimenko V.I.* Medical and organizational disadvantages of circulatory diseases prevention in Ukraine and ways of their overcoming

Reforming of health care system

17 *Shevchenko M.V., Slabkyi G.O.* Pilot project of health care system reforming (application of elements of program-target method, transition to strategic purchases)

Health of the population: tendencies and forecasts

22 *Sokur I.V.* Characteristic of patients with breast cancer in Kherson region, stay on the account five years and more

26 *Krohmalyuk L.V.* Incidence of infectious diseases of separate contingent of the population served by medical institutions of the State Administration Affairs

31 *Terenda N.O.* Prognostic estimation of incidence and prevalence of diseases of circulatory system

36 *Yashchenko J.B., Semenyuk O.A., Hrzhybovskyi Ya.L.* General dynamics features of death cause among various segments of adult population of Lviv region

41 *Smirnova V.L., Panchyshyn N.Y., O.N. Lytvynova* Comparative analysis of the basic indices of morbidity of the population of Ternopil region

45 *Zaschyk N.S.* Modes of life as determinants of mental disorders and behavior at rural population

The science for health care practice

49 *Lekhan V.M., Ginsburg V.G.* Theoretical substantiation of model of integrated health care system in Ukraine

Struggle against social-dangerous diseases

55 *Chuhriiev A.M.* Legal and Regulatory Framework of Blood Establishments of Ukraine

Кручаниця В.В. Характеристика захворюваності та поширеності алкоголізму серед дорослого населення Закарпатської області

П'ятночка І.Т., Корнага С.І., Тхорик Н.В. Шляхи зниження розповсюдження мультирезистентного туберкульозу з погляду фтизіоепідеміології

Медичні норми

Шишацька Н.Ф. Розвиток орієнтації систем охорони здоров'я на пацієнтів

Огляд наукової літератури

Пархоменко Г.Я., Слабкий В.Г. Роль і функція лікарень (аналітичний огляд літератури)

Дискусії

Гойда Н.Г., Гуцол Л.П. Гомеопатія як метод надання медичної допомоги різним категоріям населення: оцінка лікарів

Ювілеї

Любінець Олег Володимирович (до 60-річчя від дня народження)

60 *Kruchanytsya V.V.* Characteristic of incidence and prevalence of alcoholism among adult population of Transcarpathian region

67 *Pyatnochka I.T., Kornaha S.I., Thoryk N.V.* Ways of decline of multirezistens tuberculosis distribution from the point of phthisioepidemiology

72 Medical standards

Shyshatska N.F. Development of orientation of health care systems on patients

The review of the scientific literature

76 *Parkhomenko G.Ya., Slabkyi V.G.* Role and function of hospitals (analytical review of literature)

Discussions

83 *Hoyda N.G., Hutsol L.P.* Homeopathy as methods of health care granting to various categories of the population: evaluation of doctors

Anniversaries

89 *Lyubinets Oleg Volodymyrovych* (to the 60th anniversary of birth)

ВПЛИВ РІЗНИХ МОДЕЛЕЙ ОРГАНІЗАЦІЇ ПРОМЕНЕВОЇ ДІАГНОСТИКИ НА ЕФЕКТИВНІСТЬ І ТЕРМІНИ ЇЇ ЗАСТОСУВАННЯ ПРИ НАДАННІ СТАЦІОНАРНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

¹ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ

²Ужгородський національний університет, Україна

Мета: проаналізувати організаційні моделі служби променевої діагностики у багатoproфільних стаціонарах, визначити оптимальний варіант організації роботи служби за сучасних умов.

Матеріали і методи. У роботі використано наступні методи: бібліографічний, статистичний, експертної оцінки, описового моделювання. Експертній оцінці підлягало 450 історій хвороби стаціонарного хворого. Експертами виступали дослідники, завідувачі відділень та лікуючі лікарі.

Результати. Встановлено відмінності між моделями організації роботи променевої служби на другому рівні надання медичної допомоги, які полягали у маршруті пацієнта, термінах перебування на стаціонарному лікуванні та раціональності призначення високовартісних обстежень.

Висновки. Оптимальною моделлю організації променевої діагностики, яку можна рекомендувати для впровадження в ЗОЗ, є модель, коли відділення/кабінети променевої діагностики об'єднані в єдину службу променевої діагностики ЗОЗ, рентгенологічні методи та методи УЗД застосовуються відповідно до клінічного/локального протоколу, а високовартісні методи діагностики призначаються лише за потреби уточнення діагнозу.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: служба променевої діагностики, організаційна модель, стаціонарна медична допомога.

На сучасному етапі розвитку нашої держави проводиться реформа охорони здоров'я [6–8]. У науковій літературі розглядалися проблеми доступності методів променевої діагностики на первинному рівні надання медичної допомоги [4;5] при пріоритетному розвитку сімейної медицини [9]; організації та оптимізації підходів до променевої діагностики на вторинному рівні [1–3] надання медичної допомоги. Актуальність даного дослідження пов'язана з вивченням застосування різних організаційних форм променевої діагностики на рівні закладів охорони здоров'я.

Мета роботи: проаналізувати організаційні моделі служби променевої діагностики у багатoproфільних стаціонарах, визначити оптимальний варіант організації роботи служби за сучасних умов.

Матеріали і методи. У роботі використано наступні методи: бібліографічний, статистичний, експертної оцінки, описового моделювання. Експертній оцінці підлягало 450 історій хвороби стаціонарного хворого. Експертами виступали дослідники, завідувачі відділень та лікуючі лікарі. Зібраний статистичний матеріал оброблявся за допомогою програм Statistica-6 та MS Excel.

Результати дослідження та їх обговорення. Нами вивчалось питання організації служби променевої діагностики у закладах охорони здоров'я (ЗОЗ) з різними моделями її організації.

Модель 1. Відділення/кабінети променевої діагностики – рентгенологічне, ультразвукових досліджень (УЗД), комп'ютерної томографії (КТ) та магнітно-резонансної томографії (МРТ) – існують як самостійні структурні підрозділи лікарні і не взаємодіють між собою. Методом експертної оцінки проаналізовано 150 історій хвороби пацієнтів стаціонарних відділень у ЗОЗ з цією організаційною моделлю променевої діагностики.

Кожному клінічному підрозділу виділяється певна кількість місць для проведення діагностичних досліджень у кожному із названих структурних підрозділів ЗОЗ. Лікуючий лікар самостійно визначає перелік променевих методів дослідження, які мають бути проведені пацієнту. У даному випадку діагностичний маршрут пацієнта здійснюється наступним чином:

- лікуючий лікар → пацієнт → рентгенологічне відділення;
- лікуючий лікар → пацієнт → УЗД;
- лікуючий лікар → пацієнт → відділення/кабінет КТ;
- лікуючий лікар → пацієнт → відділення/МРТ.

Призначені лікуючими лікарями види обстежень, у тому числі високовартісні, не завжди є клінічно обґрунтованими та дублюються. Висновки, які видаються пацієнту за результатами дослідження в різних структурних підрозділах, не завжди відповідають один одному і не доповнюють один одного.

За даними експертної оцінки, середні терміни перебування пацієнтів у стаціонарі склали 16,7 дня. Першим днем початку обстеження із застосуванням променевих методів дослідження став четвертий день перебування у стаціонарі (через завантаженість діагностичних структурних підрозділів), а тривалість комплексної променевої діагностики слала 10,2 дня.

Модель 2. Відділення/кабінети променевої діагностики – рентгенологічне, ультразвукових досліджень (УЗД), комп'ютерної томографії (КТ) та магнітно-резонансної томографії (МРТ) об'єднані в єдину службу променевої діагностики ЗОЗ. Методом експертної оцінки проаналізовано 150 історій хвороби пацієнтів стаціонарних відділень у ЗОЗ з цією організаційною моделлю променевої діагностики.

При такій моделі організації клінічним підрозділам не виділяються місця для проведення діагностичних досліджень, а лікуючий лікар призначає перелік променевих методів дослідження, які мають бути проведені пацієнту відповідно до клінічного/локального протоколу.

У даному випадку діагностичний маршрут пацієнта здійснюється наступним чином: лікуючий лікар → пацієнт → служба променевої діагностики.

Пацієнтам проводяться всі внесені у відповідний протокол дослідження, незважаючи на те, що діагноз був встановлений під час проведення першого дослідження з використанням стандартних рентгенологічних методів та УЗД, а високовартісні методи (МРТ та КТ) тільки підтверджували раніше виявлену патологію.

За даними експертної оцінки, середні терміни перебування пацієнтів у стаціонарі склали 16,7 дня. Першим днем початку обстеження із застосуванням променевих методів дослідження став третій день перебування в стаціонарі, а тривалість комплексної променевої діагностики слала 9,3 дня.

Модель 3. У рамках функціонування єдиної служби променевої діагностики ЗОЗ лікуючий лікар призначає променеві методи обстеження відповідно до клінічного/локального протоколу, залежно від нозологічної форми, тільки в якості скринінгу – стандартні рентгенологічні методи та методи УЗД. Далі високовартісні методи проме-

невої діагностики (МРТ, КТ) призначаються спільно лікуючими лікарями та лікарями з променевої діагностики у випадках, коли:

1) виявлену патологію неможливо інтерпретувати без проведення МРТ та КТ;

2) за невідповідності клінічних даних і даних стандартних рентгенологічних методів та методів УЗД.

Методом експертної оцінки проаналізовано 150 історій хвороби пацієнтів стаціонарних відділень у ЗОЗ із вказаною організаційною моделлю променевої діагностики. Отримані результати мають певні відмінності між наведеними моделями:

- **перший:** середні терміни перебування пацієнтів у стаціонарі склали 15,4 дня; першим днем початку обстеження із застосуванням променевих методів дослідження став другий день перебування в стаціонарі, а тривалість комплексної променевої діагностики слала 7,3 дня;

- **другий:** середні терміни перебування пацієнтів у стаціонарі склали 15,6 дня; першим днем початку обстеження із застосуванням променевих методів дослідження став третій день перебування в стаціонарі, а тривалість комплексної променевої діагностики слала 4,5 дня.

Висновки

Оптимальною моделлю організації променевої діагностики, яку можна рекомендувати для впровадження в ЗОЗ, є модель, коли відділення/кабінети променевої діагностики об'єднані в єдину службу променевої діагностики ЗОЗ. При цьому лікуючий лікар призначає стандартні рентгенологічні методи та методи УЗД відповідно до клінічного/локального протоколу, залежно від нозологічної форми та тільки в якості скринінгу. Високовартісні методи променевої діагностики (МРТ, КТ) призначаються спільно лікуючими лікарями та лікарями з променевої діагностики у випадках, коли виявлену патологію неможливо інтерпретувати без проведення МРТ та КТ, та за умови невідповідності клінічних даних і даних стандартних рентгенологічних методів та методів УЗД.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням клінічної та економічної ефективності запропонованої моделі організації променевої діагностики у закладах охорони здоров'я вторинного рівня надання медичної допомоги.

Список літератури

1. Балабанова Ю. В. Роль служби лучевой диагностики Новосибирской областной клинической больницы в обеспечении качества медицинской помощи / Ю. В. Балабанова, Е. А. Финченко // Современные подходы к управлению качеством медицинской помощи : материалы межрегион. науч.-практ. конф. с междунар. уч. (Новосибирск, 13–14 сент. 2007 г.). – Новосибирск, 2007. – С. 16–17.
2. Качур О. Ю. Алгоритм впровадження в охорону здоров'я сучасної системи організації променевої діагностики на регіональному рівні / О. Ю. Качур // Україна. Здоров'я нації. – 2014. – № 3 (31). – С. 45–49.
3. Качур О. Ю. Структурна перебудова системи надання медичної допомоги як основа нової моделі організації променевої діагностики / О. Ю. Качур // Україна. Здоров'я нації. – 2014. – № 2 (30). – С. 37–41.
4. Качур О. Ю. Характеристика можливості використання лікарями загальної практики–сімейної медицини променевих методів діагностики / О. Ю. Качур, Г. О. Слабкий // Сімейна медицина. – 2013. – № 6. – С. 109–111.

5. Качур О. Ю. Щодо підвищення кваліфікації лікарів загальної практики-сімейних лікарів з променевої діагностики / О. Ю. Качур, Г. О. Слабкий // Сімейна медицина. – 2014. – № 1. – С. 131–133.
6. 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.
7. Охорона здоров'я України : стан, проблеми, перспективи. – Київ-Тернопіль, 2009. – 440 с.
8. 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.
9. Слабкий Г. О. Проблеми в організації променевої діагностики на вторинному рівні надання медичної допомоги та шляхи їх рішення / Г. О. Слабкий, О. Ю. Качур // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2014. – № 3. – С. 5–9.

ВЛИЯНИЕ РАЗНЫХ МОДЕЛЕЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ И СРОКИ ЕЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПРИ ОКАЗАНИИ СТАЦИОНАРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

А.Ю. Качур¹, Г.А. Слабкий²

¹ГУ «Украинский институт стратегических исследований МЗ Украины», г. Киев

²Ужгородский национальный университет, Украина

Цель: проанализировать организационные модели службы лучевой диагностики в многопрофильных стационарах, определить оптимальный вариант организации работы службы в современных условиях.

Материалы и методы. В работе использованы следующие методы: библиографический, статистический, экспертной оценки, описательного моделирования. Экспертной оценке подверглись 450 историй болезни стационарного больного. Экспертами выступали исследователи, заведующие отделениями и лечащие врачи.

Результаты. Обнаружены отличия между моделями организации работы лучевой службы на вторичном уровне оказания медицинской помощи, состоящие в маршруте пациента, сроках пребывания на стационарном лечении и рациональности назначения дорогостоящих обследований.

Выводы. Оптимальной моделью организации лучевой диагностики, которую можно рекомендовать для внедрения в УЗ, является модель, когда отделения/кабинеты лучевой диагностики объединены в одну службу лучевой диагностики УЗ, рентгенологические методы и методы УЗИ применяются в соответствии с клиническим/локальным протоколом, а дорогостоящие методы диагностики назначаются только при необходимости уточнения диагноза.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: служба лучевой диагностики, организационная модель, стационарная медицинская помощь.

INFLUENCE OF DIFFERENT MODELS OF BEAM DIAGNOSTICS FOR EFFICIENCY AND TERMS OF ITS APPLICATION TO GRANTING OF INPATIENT MEDICAL CARE

O.Yu. Kachur¹, G.O. Slabky²

¹PE "Ukrainian Institute of Strategic Researches MHC of Ukraine", Kyiv

²Uzhgorod National University, Ukraine

Purpose: to analyze organizational models of service of beam diagnostics in versatile hospitals, to determine the optimal variant of the work organization in modern conditions.

Materials and methods. In work following methods are used: bibliographic, statistical, an expert estimation, descriptive modeling. Four hundred and fifty medical records of inpatients were subject to an expert estimation. As experts were researchers, heads of departments and primary care physicians.

Results. Certain differences between models of work organisation of beam service at the second level of health care, which consisted in the route of the patient, duration of stay in hospital and rationality of high-destination surveys are established.

Conclusions. The most optimal model of radiation diagnostics, which can be recommended for implementation in HCF, is model when branches / offices beam diagnostics are combined into uniform service of beam diagnostics of HCF, radiological methods and ultrasound methods are applied according to clinical / local protocol and high-value methods of diagnostics are appointed only in need of diagnosis specification.

KEY WORDS: service of beam diagnostics, organizational model, inpatient care.

Рукопис надійшов до редакції 03.11.2014 р.

Відомості про авторів:

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

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

З.В. ПОВЧ

ОПТИМІЗАЦІЯ ПЕРВИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ГЛАУКОМИ ЯК ВЕКТОР ПОСИЛЕННЯ ПРОФІЛАКТИЧНОГО НАПРЯМКУ В ОФТАЛЬМОЛОГІЇ

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

Мета: аналіз шляхів оптимізації первинної профілактики глаукоми для своєчасного її виявлення та попередження розвитку незворотної втрати зорових функцій серед дорослого населення України.

Матеріали і методи. У дослідженні використано комплекс методів – статистичний, соціологічний, структурно-логічного аналізу, контент-аналіз нормативної бази.

Результати. Найбільш впливовими щодо розвитку глаукоми є медико-біологічні чинники. За результатами дослідження на первинному рівні надання медичної допомоги запроваджено доофтальмологічний скринінг на глаукому, що дозволяє лікарю загальної практики – сімейному лікарю сформулювати групу ризику щодо цього захворювання для проведення відповідних діагностичних досліджень, освітніх та профілактичних заходів.

Висновки. Первинна профілактика глаукоми має стати пріоритетним напрямком діяльності офтальмологічної служби на первинному рівні надання медичної допомоги.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: глаукома, фактори ризику, первинна профілактика.

За останні роки в Україні сформувалися тенденції до погіршення офтальмологічного здоров'я населення. Зростає поширеність хвороб ока та придаткового апарату, найбільше медико-соціальне значення серед яких має первинна відкритокутова глаукома. За даними різних дослідників, на Земній кулі реєструється близько 45 млн сліпих, з яких 15% (майже кожен шостий) втратили свій зір внаслідок глаукоми, яка визнана вагомою причиною виникнення сліпоти або слабобачення, займаючи друге місце після катаракти [5;6;14;15]. Поширеність глаукоми збільшується з віком: так, якщо у віці 40–49 років вона зустрічається у 0,1–0,2% випадків, у віці 60–69 років – 2,8%, то у віці 80 років і старше – у 14,3% випадків. За даними літератури, у тому числі експертів ВООЗ, загальна кількість хворих на глаукому в світі наближається до 100 млн осіб, і до 2030 р. їх кількість подвоїться [8;9].

Первинна відкритокутова глаукома належить до хронічних невиліковних захворювань. Факт встановлення діагнозу глаукоми визначає довічну диспансеризацію хворого, що дозволяє проводити спостереження за перебігом захворювання та рекомендувати ті чи інші медикаменти та (або) оперативне лікування [1;4;13].

Не дивлячись на постійне удосконалення діагностичних, профілактичних і лікувальних методик та можливостей сучасної офтальмології, частота сліпоти від глаукоми в світі за останні 30 років практично не змінилася і становить 14–15% від

загальної кількості всіх сліпих. Щорічно в світі реєструється близько 600 000 нових випадків сліпоти від глаукоми. При цьому найчастіше глаукома виявляється у занедбаній стадії із залишками зорових функцій, коли навіть медикаментозний контроль внутрішньоочного тиску є утрудненим, і єдиним шляхом досягнення зниження внутрішньоочного тиску (ВОТ) є оперативний [3;7;10;16].

Кількість пацієнтів, хворих на глаукому, яка була вперше виявлена у занедбаній стадії, зростає з віком. Так, у віковій групі 40–45 років частка занедбаних випадків глаукоми складає 0,1%, а в групі 45 років і старше – більше 10% [2;13]. Разом з тим, рівень готовності населення і суспільства до усвідомлення необхідності проведення профілактичних заходів з метою попередження цієї складної офтальмологічної патології є невисоким. Лише половина наших громадян знає, що таке глаукома [11]. Ще менша частка хворих на глаукому отримує адекватне лікування. Усе вищенаведене свідчить про наявність об'єктивних труднощів, пов'язаних з профілактикою, своєчасним виявленням, диспансерним спостереженням та лікуванням хворих на глаукому.

Мета дослідження: аналіз шляхів оптимізації первинної профілактики глаукоми для своєчасного її виявлення та попередження розвитку незворотної втрати зорових функцій серед дорослого населення України.

Матеріали і методи. Для проведення дослідження було використано комплекс методів: контент-аналізу існуючої нормативної бази щодо

профілактики глаукоми та надання медичної допомоги хворим на глаукому на різних її етапах; структурно-логічного аналізу – для розробки підходів до оптимізації первинної профілактики глаукоми, для їх застосування в практиці лікаря загальної практики – сімейного лікаря (ЛЗП–СЛ); статистичний – для збору, обробки та комплексного аналізу отриманої під час дослідження інформації; соціологічний – для отримання інформації щодо умов і способу життя, характеристики медико-соціальних факторів виникнення глаукоми.

Результати дослідження та їх обговорення. Для сучасного розуміння умов виникнення глаукоми серед дорослого населення нами проведено вивчення факторів її ризику – безповоротне вибіркове анонімне письмове опитування за розробленими нами анкетами 820 осіб, з яких основна група складала 402, контрольна група – 418 осіб. Аналіз результатів опитування проводився із застосуванням комп'ютерних статистичних пакетів програм Statistica 7.0 та Microsoft Excel. Перевірка на якість формулювання питань у даних картах виконана в ході попереднього пілотного дослідження, яке охопило 50 респондентів. Вивчення впливу факторів ризику на виникнення глаукоми здійснювалося поетапно: були виявлені основні фактори ризику виникнення глаукомного процесу; дана їх кількісна оцінка та сформовані групи факторів ризику, що мають визначальний вплив на розвиток глаукоми з метою їх раннього виявлення та своєчасної діагностики глаукоми на ранніх її стадіях.

В остаточному вигляді спеціально розроблена програма для оцінки результатів опитування містила інформацію за виділеними групами факторів ризику: соціально-економічні, соціально-гігієнічні, медико-біологічні та медико-організаційні. Крім перерахованих розділів, які заповнювалися під час опитування респондентами, нами додатково, за допомогою анамнестичного методу, проводилося викопіювання інформації з карт амбулаторного обстеження хворих, даних про термін встановлення діагнозу, наявність спадкового анамнезу, супутніх захворювань.

Серед вивчених нами груп факторів ризику глаукоми визначальною виявилася група медико-біологічних чинників. У результаті проведеного дослідження в основній групі встановлено переважання осіб жіночої статі ($53,7 \pm 1,7\%$), ймовірність захворюти на глаукому зростає з віком. Для відбору осіб в групу ризику щодо розвитку глаукоми необхідним є уточнення наявності сучасних, досліджених нами, факторів ризику, що мають вірогідний вплив та збільшують шанси виникнення глаукоми серед дорослого населення. До них віднесені: нераціональність харчування ($OR=2,05$; $p<0,0001$), коротка (менше 8 годин)

тривалість нічного сну ($OR=2,97$; $p<0,0001$), часті захворювання протягом року на ГПВІ ($OR=1,8$; $p<0,01$), обтяжений спадковий анамнез щодо глаукоми ($OR=16,95$; $p<0,0001$), наявність в анамнезі гіпертонічної хвороби, дистонії та різних судинних порушень ($OR=10,15$; $p<0,0001$), цукрового діабету та інших ендокринних порушень ($OR=5,31$; $p<0,001$), міопії ($OR=4,89$; $p<0,001$) та шкідливих звичок, таких як куріння ($OR=1,81$; $p<0,001$).

Знання факторів ризику глаукоми дозволить лікарю загальної практики – сімейному лікарю на первинному рівні надання медичної допомоги сформулювати групу ризику щодо цього захворювання для проведення відповідних діагностичних досліджень, освітніх та профілактичних заходів.

У результаті вивчення чинної нормативної бази та затверджених наказом МОЗ України від 14.05.2013 №372 «Про систему офтальмологічної допомоги населенню України» положень: «Положення про систему офтальмологічної допомоги в Україні»; «Положення про обсяг та порядок проведення долікарського офтальмологічного скринінгу», до яких увійшли надані за результатами проведеного нами дослідження пропозиції щодо оптимізації первинної профілактики глаукоми, в порядок надання такої допомоги були внесені наступні зміни. Так, до складу системи офтальмологічної допомоги населенню на первинному рівні включені у тому числі амбулаторії сімейної медицини та фельдшерсько-акушерські пункти, де запроваджується доофтальмологічний скринінг на глаукому. На первинному рівні основними діючими кадровими ресурсами є ЛЗП–СЛ, які мають сертифікат, пройшли післядипломну підготовку в дворічній інтернатурі або на 6-місячному циклі спеціалізації, та медичні сестри загальної практики. Лікар загальної практики – сімейний лікар має обов'язково зібрати скарги та анамнез (спадковий (генетичний), травматичний анамнез, перенесені запальні процеси та судинні катастрофи в очі, прийом препаратів, що можуть підвищувати ВОТ, наявність супутньої патології), перевірити гостроту зору та виміряти ВОТ. Згідно з вищенаведеним наказом, вимірювання ВОТ проводиться усім пацієнтам, хто вперше звернувся за медичною допомогою у віці 40 років і старше, не рідше одного разу на три роки, а особам з групи ризику щодо глаукоми – з 35-річного віку щорічно. Додатково, для формування серед населення потреби в проведенні профілактичних оглядів на глаукому, нами розроблені та розповсюджені пам'ятки для пацієнтів у віці 18 років і старше, у тому числі з групи ризику щодо глаукоми.

Для виконання вищезазначених функцій таблицею оснащення амбулаторії загальної практики – сімейної медицини передбачено наступне

офтальмологічне обладнання: апарат Рота повногабаритний з таблицями Сівцева–Головіна, тонометр очний, набір пробних окулярних лінз (малий), оправа пробна універсальна [12]. За неможливості проведення ЛЗП–СЛ вищевказаних методів діагностики (за відсутності обладнання тощо) необхідно скерувати пацієнта до лікаря-офтальмолога. Також на первинному рівні за участі ЛЗП–СЛ здійснюється нагляд за пацієнтом, якому було встановлено діагноз глаукоми. Такий нагляд повинен включати періодичні контрольні огляди з перевіркою правильності застосування пацієнтом призначених лікарських препаратів та дотримання рекомендацій офтальмолога. Під час обстеження та спеціального ЛЗП–СЛ має сприяти виконанню пацієнтом усіх рекомендацій лікаря-офтальмолога та інших фахівців.

Виявлене лікарем загальної практики підвищення ВОР вище норми на тлі застосування призначеного офтальмологом лікування зобов'язує його скерувати пацієнта для повторного огляду до офтальмолога для корекції лікування. У разі виявлення стабільної декомпенсації ВОР та дестабілізації зорових функцій пацієнт пови-

нен бути вчасно скерований до офтальмолога для вирішення подальшої стратегії лікування. Усі пацієнти, яким діагностовано будь-який вид глаукоми (первинна чи вторинна) мають знаходитись під постійним спостереженням ЛЗП–СЛ та лікаря-офтальмолога.

Висновки

Розроблені нами шляхи оптимізації первинної профілактики глаукоми, такі як широке інформування населення у віці 18 років і старше, своєчасне виявлення факторів ризику виникнення глаукоми, етапність її ранньої діагностики, мають стати пріоритетами первинної профілактики і широко застосовуватися у повсякденній практиці ЛЗП–СЛ, а його координація зусиль в цьому напрямку має бути злагодженою і узгодженою з діяльністю лікаря-офтальмолога.

Отримані результати свідчать про доцільність **подальшого вивчення** факторів ризику формування глаукоми серед дорослого населення різних регіонів України та впровадження, з їх урахуванням, сучасних профілактичних та діагностичних технологій.

Список літератури

1. Витовская О. П. Алгоритм медикаментозного лечения глаукомы. Комбинированные препараты / О. П. Витовская, Г. Д. Жабоедов // Офтальмологический журнал. — 2006. — № 3. — С. 89 — 94.
2. Дубинина Ю. А. Комплексная диагностика и мониторинг первичной открытоугольной глаукомы с использованием компьютерного колориметрического анализа и дуплексной доплерографии / Ю. А. Дубинина, Т. Г. Каменских, И. О. Колбенев // Саратовский науч.-мед. журн. — 2009. — № 3. — С. 363–366.
3. Закономірності стану здоров'я населення України / Н. В. Медведовська, В. В. Лазоришинець, Т. К. Кульчицька, Г. О. Слабкий // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію. 2009 рік. — К., 2010. — С. 34–44.
4. Илларионова А. Р. Диспансерное наблюдение больных глаукомой в условиях поликлиники / А. Р. Илларионова, Н. В. Фридман // Клин. офтальмол. — 2003. — № 3. — С. 134–137.
5. Либман Е. С. Состояние и динамика слепоты и инвалидности вследствие патологии органа зрения в России / Е. С. Либман, О. В. Шахова // VII съезд офтальмологов России, Москва, 21–23 ноября 2009 года : сб. науч. статей. — М., 2009. — Ч. 2. — С. 209–214.
6. Либман Е. С. Эпидемиология инвалидизирующих нарушений зрения / Е. С. Либман // Федоровские чтения : сб. тез. — М., 2007. — С. 392.
7. Малов В. М. О совершенствовании методов противоглаукомной работы / В. М. Малов, М. В. Шевченко, Е. В. Карлова // III Всерос. школа офтальмолога : сб. науч. тр. — М., 2004. — С. 97–99.
8. Наукове обґрунтування концепції Національної стратегії боротьби із первинною глаукомою в Україні / В. Ф. Москаленко, С. О. Риков, О. П. Вітовська, Д. В. Варивончик // Лікар. справа. — 2010. — № 1-2. — С. 121–127.
9. Нестеров А. П. Глаукома / А. П. Нестеров. — М. : МИА, 2008. — 357 с.
10. Нестеров А. П. Глаукома: дискуссионные проблемы / А. П. Нестеров // Клин. офтальмол. — 2004. — Т. 5, № 2. — С. 49–51.
11. Опыт диспансеризации больных первичной открытоугольной глаукомой с использованием экспертной системы, оценивающей комплаентность / Т. Г. Каменских, Ю. А. Дубинина, И. В. Щербинина // VIII Всероссийская школа офтальмолога : сб. науч. тр. — М., 2009. — С. 195–198.
12. Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Офтальмологія» : наказ МОЗ України від 15.03.2007 р. № 117 [Електронний ресурс]. — Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. — Назва з екрану.
13. Чеченина Н. Г. Основные источники выявления глаукомы на амбулаторном приеме / Н. Г. Чеченина, И. В. Шапошникова, Е. А. Фролова, О. В. Лемберг // Клин. офтальмол. — 2008. — Т. 9, № 4. — С. 119–121.
14. Action plan for the global strategy for the prevention and control of non-communicable diseases (2008-2013). — Geneva : WHO, Regional Office for Europe, 2008. — 42 p.
15. American Academy of Ophthalmology. Primary Open – Angle Glaucoma, Preferred Practice Pattern. 2005 [Electronic resource]. — Access mode : <http://www.aao.org/ppp>. — Title from screen.

16. Quigley H. A. The number of people with glaucoma worldwide in 2010 and 2020 / H. A. Quigley, A. T. Broman // Br. J. Ophthalmol. – 2006. – Vol. 90. – P. 262–267.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ГЛАУКОМЫ КАК ВЕКТОР УСИЛЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО НАПРАВЛЕНИЯ В ОФТАЛЬМОЛОГИИ

З.В. Повч

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

Цель: анализ путей оптимизации первичной профилактики глаукомы для своевременного ее выявления и предупреждения развития бесповоротной потери зрительных функций среди взрослого населения Украины.

Материалы и методы. В исследовании использован комплекс методов – статистический, социологический, структурно-логического анализа, контент-анализ существующей нормативной базы.

Результаты. Наиболее влиятельными относительно развития глаукомы являются медико-биологические факторы. По результатам исследования на первичном уровне оказания медицинской помощи внедрен доофтальмологический скрининг на глаукому, что позволяет врачу общей практики – семейному врачу сформировать группу риска относительно данного заболевания для проведения соответствующих диагностических исследований, образовательных и профилактических мероприятий.

Выводы. Первичная профилактика глаукомы должна стать приоритетным направлением деятельности офтальмологической службы на первичном уровне оказания медицинской помощи.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: глаукома, факторы риска, первичная профилактика.

OPTIMIZATION OF PRIMARY PREVENTION OF GLAUCOMA AS THE VECTOR OF STRENGTHENING OF PREVENTIVE DIRECTION IN OPHTHALMOLOGY

Z.V. Povch

PE "Ukrainian Institute of Strategic Researches MHC of Ukraine", Kyiv

Purpose: analysis the ways of optimization of primary prevention of glaucoma for its timely revealing and prevention of development of irreversible loss of visual function among adult population of Ukraine.

Materials and methods. In study a range of methods - statistical; sociological; structural and logical analysis; content analysis of the standard base have been used.

Results. The most influential in glaucoma development are medical and biological factors. According to study at primary level of health care provision introduced ophthalmologic screening of glaucoma, which allows general practitioner/family doctor generate risk group on this disease for carrying out of appropriate diagnostic researches, education and prevention efforts.

Conclusions. Primary preventive of glaucoma should be a priority line of ophthalmic service activity at primary level of medical care.

KEY WORDS: glaucoma, risk factors, primary prevention.

Рукопис надійшов до редакції 20.10.2014 р.

Відомості про автора:

Повч Зоряна Василівна – завідувач офтальмологічного відділення №6 Центру мікрохірургії ока (м. Київ); тел. роб.: +38(044) 4086300; пошукач ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України».

МЕДИКО-ОРГАНІЗАЦІЙНІ НЕДОЛІКИ ПРОФІЛАКТИКИ ХВОРОБ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ В УКРАЇНІ ТА ШЛЯХИ ЇХ ПОДОЛАННЯ

Запорізький державний медичний університет, Україна

Мета: встановити медико-організаційні недоліки профілактики хвороб системи кровообігу на регіональному рівні та розробити шляхи їх подолання.

Матеріали і методи. Проведено аналіз стану здоров'я населення працездатного віку за даними звітів центрів медичної статистики та медико-соціальної експертизи Запорізької області; медико-соціальне опитування 525 осіб працездатного віку та 100 лікарів терапевтичного профілю. У дослідженні використано бібліосемантичний, медико-статистичний, соціологічний методи.

Результати. Доведено, що хвороби системи кровообігу залишаються значущою медико-соціальною проблемою. Визначено поширеність провідних керованих чинників ризику серед населення працездатного віку, що страждає на хвороби системи кровообігу. На прикладі гіпертонічної хвороби, як найпоширенішої нозології, показано неефективність профілактичних заходів, а провідним медико-організаційним недоліком є недостатній рівень інформування населення працездатного віку про чинники ризику хвороб системи кровообігу, що призводить до хибного уявлення про вплив способу життя на стан здоров'я.

Висновки. Стратегічним напрямком удосконалення організації профілактики хвороб системи кровообігу на міжсекторальному рівні повинно стати об'єднання зусиль громадських і релігійних організацій та медичних закладів.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: хвороби системи кровообігу, інформаційно-освітнє забезпечення, профілактика, населення працездатного віку.

В Україні протягом 2012 року хвороби системи кровообігу (ХСК) обумовили 66,7% усіх смертей, серед населення працездатного віку – 29,7%, посідаючи одне з перших місць в країнах Європи [1]. У структурі поширеності ХСК домінують гіпертонічна хвороба (ГХ) – 46,2%, ішемічна хвороба серця (ІХС) – 33,8% та цереброваскулярні захворювання (ЦВЗ) – 12,7%. У той час, коли в країнах Західної Європи смертність населення у зв'язку з ХСК динамічно знижується, в Україні спостерігається зворотна тенденція [9; 14].

В основі ГХ лежить підвищення артеріально-го тиску (АТ), що є основним чинником ризику (ЧР) розвитку ІХС, інфаркту міокарда, а також ЦВЗ, зокрема мозкового інсульту, і, звичайно, безпосередньо впливає на показники захворюваності, інвалідності та смертності внаслідок ХСК [1; 9; 11]. Причиною розвитку цих та інших ускладнень, а також смертності від ХСК, є різні ЧР, у тому числі їх поєднання. Основні ЧР розвитку ХСК легко модифікуються і не потребують значних фінансових витрат з боку держави і пацієнтів. ВООЗ визначено 7 провідних ЧР, що роблять основний внесок у передчасну смертність населення, серед яких: підвищений АТ (35,5%), гіперхолестеринемія (23%), паління (17,1%), нездорове харчування, недостатнє вживання фруктів та овочів (12,9%), ожиріння (12,5%), зловживання алкоголем (11,9%), низька фізична активність (9%) [6]. Чинники ризику можуть накопичуватися у індивідуумів і взаємодіяти один з одним, створюючи множинний ефект: наявність декількох ЧР

у однієї людини підвищує ризик її смерті від ХСК у 5–7 разів [3]. Це покладено в основу концепції ЧР, на підставі якої розроблена та впроваджується низка профілактичних програм, результатом яких є зменшення масштабів багатьох проблем громадського здоров'я [3; 4].

Складна епідеміологічна ситуація щодо ХСК та їх ускладнень може бути покращена шляхом профілактики та фахової раціональної базової фармакотерапії (фармакопрофілактики), оскільки усунення ЧР в популяції та поліпшення детермінантів здоров'я супроводжуються зниженням рівнів захворюваності і смертності населення [7; 8; 17]. Досвідом багатьох країн (Фінляндія, США, Великобританія, Нова Зеландія та ін.) доведено, що модифікація способу життя і зниження рівнів ЧР можуть загальмувати розвиток ХСК, як до, так і після появи клінічних симптомів [5].

Основою пропаганди здорового способу життя (ЗСЖ), нарівні з інформуванням населення про шкоду споживання тютюну, нераціонального і незбалансованого харчування, низької фізичної активності, зловживання алкоголем, наркотиками і токсичними речовинами, повинно стати навчання навичкам з дотримання правил гігієни, режиму праці і навчання [2; 6]. Крім цього, пріоритет повинен надаватися не лише своєчасному виявленню ЧР та неінфекційних хвороб, але і своєчасній їх корекції. Ефективність міжсекторального підходу щодо формування інформаційно-просвітницької роботи та ЗСЖ у населення доведено у багатьох країнах світу [12]. Так, S.J. Flynn et al. пропонували навчити населення та хворих на ГХ контролювати АТ з метою подальшого само-

менеджменту та поширення отриманих ними знань в колі аналогічних хворих [13].

Актуальним залишається питання щодо вивчення поширеності провідних модифікованих ЧР серед населення працездатного віку, встановлення рівня інформованості населення про них медичними працівниками з метою розробки шляхів подолання виявлених медико-організаційних недоліків профілактики ХСК.

Мета дослідження – встановити медико-організаційні недоліки профілактики хвороб системи кровообігу на регіональному рівні та розробити шляхи їх подолання.

Матеріали і методи. Нами на підставі вивчення даних довідників статистичних звітів центру медичної статистики та Головного статистичного управління Запорізької області за 2005–2013 рр., статистичних звітів Запорізького обласного центру медико-соціальної експертизи за 2005–2013 рр. проведено аналіз стану здоров'я населення працездатного віку в зв'язку з ХСК. Для отримання рівня поширеності провідних ЧР ХСК серед населення працездатного віку та інформованості про них проведено медико-соціальне дослідження 525 осіб працездатного віку Запорізької області.

Для вивчення впливу організації медичної допомоги на інформованість населення працездатного віку про ЧР ХСК проведено соціологічне опитування 100 лікарів терапевтичного профілю, що надають медичну допомогу хворим на ХСК на первинному та вторинному рівнях.

Методи дослідження обґрунтовані системним підходом та аналізом, що дозволило застосувати комплекс адекватних методів дослідження: бібліосемантичний – для вивчення світового досвіду стосовно розробки та впровадження різних ефективних заходів з профілактики ХСК; медико-статистичний – для динамічного та структурного аналізу стану здоров'я населення працездатного віку Запорізької області в зв'язку з ХСК порівняно із середнім по Україні; соціологічний – для вивчення інформованості населення працездатного віку про керовані ЧР ХСК лікарями терапевтичного профілю первинного та вторинного рівнів, що надають медичну допомогу кардіологічним хворим.

Результати дослідження та їх обговорення. На підставі аналізу показників популяційного здоров'я показано, що протягом 2005–2013 рр. рівень загальної смертності серед всього населення Запорізької області знизився на 159,8 на 100 тис. нас., а в зв'язку з ХСК зріс на 162,5 на 100 тис. нас., що призвело до зростання питомої ваги ХСК у структурі смертності з 48,84% (2005 р.) до 65% (2013 р.). Станом на 01.2013 р. питома вага ХСК в смертності населення працездатного віку по Україні становила 30,5%, по Запорізькій області – 33,4%: серед чоловіків – 35,73%, серед жінок – 24,15%. Рівень смертності

від ХСК серед чоловіків Запорізької області працездатного віку в 5,5 разу перевищував аналогічний показник серед жінок даної вікової категорії. Встановлено гендерні відмінності в структурі смертності від ХСК серед населення працездатного віку: жінки частіше помирають від ЦВЗ, а чоловіки – від ІХС.

Вивчення змін показників первинної та загальної захворюваності за провідними нозологіями ХСК (ГХ, ІХС та ЦВЗ) протягом 2005–2013 рр. свідчить про їх щорічні коливання. Питома вага ГХ у структурі загальної захворюваності на ХСК серед населення працездатного віку Запорізької області станом на 01.2013 р. становила 56,4%; ІХС – 26,1%, ЦВЗ – 7,98% та не мала вірогідної різниці між районами та містами області. Така ситуація склалася через неефективну профілактичну роботу в районах області. Підтвердженням цього є отримані нами дані охоплення диспансеризацією населення працездатного віку міст та районів Запорізької області за 2010 р. – 4964,54 (на 10 тис. нас. працездатного віку) та 4385,42 (на 10 тис. нас. працездатного віку) відповідно, що підкреслює недоступність та низьку ефективність медичної допомоги в сільській місцевості. Якщо на диспансерному обліку переважно знаходиться населення з діагнозом ГХ, рівень первинної та загальної захворюваності на яку щорічно зростає, то в структурі інвалідності в зв'язку з ХСК перше місце посідають ЦВЗ, друге – ІХС, а сама ГХ є ЧР розвитку даних хвороб. Таким чином, попереджаючи розвиток ГХ та проводячи ефективну вторинну профілактику, можливо запобігти її ускладненню.

Про важливість профілактичних заходів, як основи охорони здоров'я населення, свідчить поширення ЧР серед популяції. Нами встановлено, що $35,64 \pm 4,77\%$ населення працездатного віку палить ($54,9 \pm 6,97\%$ чоловіків проти $16,0 \pm 5,18\%$ жінок, $p < 0,001$). Більшість населення розпочала курити у віці до 25 років, найбільш вразливим є період 15–20 років ($34,55 \pm 2,42\%$), особливо для чоловіків ($42,62 \pm 3,66\%$ проти $27,23 \pm 3,13\%$ у жінок ($p < 0,01$)). Лише $18,44 \pm 1,98\%$ тих, хто палить, це турбує постійно, $40,26 \pm 2,50\%$ респондентів замислюються над цим, а $18,44 \pm 1,98\%$ взагалі це не турбує. Гендерних відмінностей не встановлено.

Щотижня вживають спиртні напої $32,51 \pm 2,78\%$ опитаних, з яких $54,46 \pm 4,96\%$ під час зустрічі з друзями; $16,83 \pm 3,72\%$ «за компанію» та $3,96 \pm 1,94\%$ для зняття психоемоційного стресу в кінці тижня. Не звертають увагу на необхідність дотримання дієти $57,66 \pm 2,52\%$ опитаних, харчуються нерізноманітно та незбалансовано через брак коштів – $19,74 \pm 2,03\%$ ($25,25 \pm 3,06\%$ – жінок проти $13,66 \pm 2,54\%$ чоловіків, $p < 0,05$), брак часу на приготування їжі – $18,18 \pm 1,97\%$; лінуються закуповувати потрібні та корисні продукти через віддаленість магазинів чи ринків $12,73 \pm 1,70\%$ опитаних;

брак часу через роботу – $10,91 \pm 1,59\%$ ($13,86 \pm 2,43\%$ жінок проти $7,65 \pm 1,96\%$ чоловіків, $p < 0,05$).

Рівень, збалансованість та регулярність харчування завжди відбиваються на масі тіла. Соціологічним опитуванням населення підтверджено, що проблема надмірної ваги турбує переважно жінок: $49,50 \pm 3,52\%$ контролює свою масу тіла проти $34,43 \pm 3,51\%$ чоловіків ($p < 0,01$). Таке ставлення, швидше, є наслідком естетичних прагнень, ніж турботою про стан свого здоров'я. Підтвердженням цьому може стати опитування щодо контролю за рівнем холестерину, рівень якого не контролюють $60,11 \pm 3,62\%$ опитаних.

На стан здоров'я населення позитивно впливають заняття фізичною культурою, але $40,52 \pm 2,50\%$ опитаних вважають, що якщо вони «ведуть активний спосіб життя», їм не потрібні додаткові заняття спортом, а $20,78 \pm 2,07\%$ відверто відносять свій спосіб життя до малорухливого, і лише $14,55 \pm 1,80\%$ респондентів регулярно відвідують різні спортивні заклади, серед яких достовірно частіше виявляються чоловіки – $19,13 \pm 2,91\%$ проти $10,40 \pm 2,15\%$ жінок ($p < 0,05$).

Стан здоров'я в майбутньому турбує тільки $43,90 \pm 2,53\%$ населення працездатного віку, а $28,83 \pm 2,31\%$ респондентів інколи замислюються над цим питанням, $6,75 \pm 1,28\%$ опитаного населення взагалі не турбує стан власного здоров'я, а $20,52 \pm 2,06\%$ не визначилися, тобто навіть не усвідомлюють, що здоров'я – це найбільший скарб, який є у людини, вважаючи, що це закономірний природний стан організму, який виникає незалежно від способу життя ($42,6 \pm 4,92\%$). Підтвердженням недбайливого та безтурботного ставлення до стану власного здоров'я є дані, що лише $41,82 \pm 2,51\%$ респондентів при погіршенні стану свого здоров'я звертаються до медичного закладу, $17,66 \pm 1,94\%$ йдуть до аптеки і самостійно приймають ліки симптоматично, $14,03 \pm 1,77\%$ лікуються народними засобами, займаючись самолікуванням, $14,81 \pm 1,81\%$ взагалі нічого не роблять і чекають «поки все минеться», $7,53 \pm 1,35\%$ йдуть до храму і ще $4,42 \pm 1,05\%$ шукають поради в Інтернеті.

На відвідування закладів охорони здоров'я впливає медична грамотність самого населення [15;16], яку повинні підвищувати лікарі. Згідно з уніфікованим клінічним протоколом медичної допомоги хворим на ГХ, первинна профілактика розглядається з позиції загальної профілактики серцево-судинних захворювань і полягає у виявленні і корекції доведених ЧР: тютюнопаління; гіперхолестеринемія; надлишкова маса тіла; недостатня фізична активність; зловживання алкоголем, а до обов'язкових дій лікаря первинної ланки належить надання пацієнту в доступній формі інформації про стан його здоров'я з рекомендаціями щодо немедикаментозного і медикаментозного лікування, тактики поведінки при

раптовому погіршенні перебігу захворювання в усній та письмовій формі [10]. Нами доведено, що зниження ефективності лікування є наслідком низького рівня інформованості та медичної грамотності населення про ЧР ХСК, ЗСЖ, доцільність контролю АТ та прийому антигіпертензивних препаратів. Підтвердженням є той факт, що лише $32,95 \pm 5,01\%$ опитаних контролює рівень АТ і лише при погіршенні самопочуття, яке відчуває $67,65 \pm 8,02\%$ населення. Регулярно приймають антигіпертензивні препарати $55,88 \pm 8,52\%$ респондентів. Нами встановлено провідні причини небажання лікуватися: відсутність грошей та страх побічних дій препаратів у рівній мірі – по $33,33 \pm 13,61\%$. У зв'язку з цим $25,0 \pm 12,5\%$ хворих на АГ лікуються альтернативними методами. Як наслідок всього вищезазначеного, у $50,0 \pm 8,57\%$ хворих реєструються гіпертонічні кризи один ($52,94 \pm 12,11\%$) або два ($41,18 \pm 11,94\%$) рази на рік, які тільки $3,57 \pm 3,51\%$ опитаних пов'язують з нерегулярним прийомом антигіпертензивних препаратів. Підтвердженням неефективного лікування та відсутності профілактичних дій серед пацієнтів працездатного віку є той факт, що $8,82 \pm 4,86\%$ хворих на ГХ перенесли інфаркт міокарда або інсульт протягом року після встановлення їм діагнозу ГХ. З них $25,0 \pm 15,31\%$ мали повторне ускладнення в той же рік, $37,5 \pm 17,12\%$ – протягом двох років, а $37,5 \pm 17,12\%$ – через три роки. Навіть наявність ускладнення не підвищила мотивацію до лікувально-профілактичних заходів: $45,45 \pm 15,01\%$ населення працездатного віку відвідало лікаря після ускладнення одноразово, після виписки із стаціонару.

Таким чином, нашим медико-соціальним дослідженням доведено низький рівень ЗСЖ та обізнаності населення про ЧР ХСК, навіть при достатньому рівні інформованості про них, небажання дотримуватися їх, що підтверджується ставленням до стану свого здоров'я.

Нами запропоновано оптимізацію організації комплексної профілактики ХСК. Стратегічний напрямок змін спрямовується на покращення стану здоров'я населення працездатного віку через реалізацію комплексу інформаційно-освітнього забезпечення профілактики ХСК. Тактичним напрямком є залучення для формування ЗСЖ у населення України не тільки медичних працівників, але й громадських та релігійних організацій, і суспільства загалом, а також розподіл ролей і функціональних взаємозв'язків між всіма зацікавленими в досягненні інформаційно-освітнього забезпечення формування ЗСЖ для профілактики ХСК населення України. Найважливішою складовою усіх профілактичних заходів є формування у населення медико-соціальної активності й установок на ЗСЖ.

Нами було показано ефективність залучення релігійних організацій до формування ЗСЖ се-

ред населення працездатного віку, що щиро сповідує принципи православного християнства, серед якого менш поширені шкідливі звички: 11,3% палять, а алкогольні напої вживають тільки на великі церковні свята – $73,6 \pm 2,32\%$, решта взагалі їх не вживає. За даними нашого медико-соціального дослідження встановлено зростання рівня інформованості про ЧР ХСК серед даної когорти населення на 33,4% (95% CI: 27,4–39,4%); в 18,9 разу зростає рівень вироблення мотивації до ЗСЖ (OR=18,88; 95% CI: 8,84–40,31). Підтвердженням останнього є той факт, що $70,7 \pm 1,97\%$ опитаних відмовилися від шкідливих звичок після того, як усвідомили себе віруючою людиною.

Висновки

1. Проведене медико-соціальне дослідження довело поширеність провідних керованих чинників ризику хвороб системи кровообігу серед населення працездатного віку на тлі низького рівня обізнаності про них.

2. Показано неефективність профілактичних заходів серед хворих на гіпертонічну хворобу: $8,82 \pm 4,86\%$ пацієнтів з вперше в житті встановленим діагнозом протягом року мали ускладнення, серед яких у кожного четвертого спостерігалось

повторне ускладнення в той самий рік, а у кожного третього – протягом 2–3 років. Наявність ускладнення не підвищує мотивацію до корекції способу життя за допомогою медичних працівників: $45,45 \pm 15,01\%$ населення працездатного віку відвідало лікаря одноразово при виписці із стаціонару.

3. Провідними медико-організаційними недоліками профілактичної роботи є недостатній рівень інформування населення працездатного віку про чинники ризику хвороб системи кровообігу, що відбивається на своєчасній звертальності за медичною допомогою та призводить до хибного уявлення щодо впливу способу життя на стан здоров'я і, як наслідок, до низького рівня мотивації зміни свого способу життя.

4. Об'єднання зусиль громадських, релігійних організацій та медичних працівників повинно стати основою регіональної комплексної цільової програми «Формування здорового способу життя та профілактики хвороб системи кровообігу», в якій будуть враховані культурні, етнічні, духовні та інші особливості регіону, та стане ефективним шляхом профілактики хвороб системи кровообігу, що становитиме **перспективи подальших досліджень**.

Список літератури

1. *Европейская база данных “Здоровье для всех”* [Электронный ресурс]. – Копенгаген, ЕРБ ВОЗ, 2009. – Режим доступа: <http://www.euro.who.int/hfadbf?language= Russian> (по состоянию на 9 июля 2009 г.).
2. Кобалава Ж. Д. Является ли обучение больных фактором, повышающим эффективность контроля артериальной гипертензии? / Ж. Д. Кобалава, С. В. Виллевалде // Кардиология (Kardiologija). – 2007. – № 10. – С. 75–82.
3. Мамедов М. Н. Оценка суммарного риска развития сердечно-сосудистых заболеваний у взрослых лиц трудоспособного возраста: уроки исследования КРОССБОРД / М. Н. Мамедов, А. Д. Деев // Кардиология (Kardiologija). – 2008. – № 10. – С. 28–33.
4. Оганов Р. Г. Современные стратегии профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний / Р. Г. Оганов, Г. В. Погосова // Кардиология (Kardiologija). – 2007. – № 12. – С. 4–9.
5. Профилактика и лечение артериальной гипертензии в амбулаторных условиях с использованием мобильной телефонной связи и интернет-технологий / А. Р. Киселев, В. А. Шварц, О. М. Посненкова [и др.] // Терапевт. арх. – 2011. – № 4. – С. 46–52.
6. Радченко Г. Д. Визначення лікарями серцево-судинного ризику у пацієнтів з артеріальною гіпертензією: чи можуть лекції допомогти покращити ситуацію / Г. Д. Радченко, І. М. Марцовенко, Ю. М. Сіренко // Укр. кардіолог. журн. – 2011. – № 1. – С. 43–48.
7. РЕЛИФ – Регулярное Лечение и профилактика – ключ к улучшению ситуации с сердечно-сосудистыми заболеваниями в России: результаты российского многоцентрового исследования. Часть 1 / Р. Г. Оганов, Г. В. Погосова, И. Е. Колтунов [и др.] // Кардиология (Kardiologija). – 2007. – № 5. – С. 58–66.
8. РЕЛИФ – Регулярное Лечение и профилактика – ключ к улучшению ситуации с сердечно-сосудистыми заболеваниями в России: результаты российского многоцентрового исследования. Часть 3 / Р. Г. Оганов, Г. В. Погосова, И. Е. Колтунов [и др.] // Кардиология (Kardiologija). – 2008. – № 4. – С. 46–53.
9. Сердечно-сосудистая заболеваемость и смертность – статистика по европейски странам (2008) // Medicine review. – 2009. – № 1 (06) – С. 6–12.
10. Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги. Артеріальна гіпертензія. Первинна медична допомога (догоспітальний етап). Вторинна (спеціалізована) медична допомога (2012 рік) // Артеріальна гіпертензія. – 2012. – № 1. – С. 67–95.
11. Федчишин Н. Є. Хвороби системи кровообігу: динаміка поширеності в Україні та Тернопільській області / Н. Є. Федчишин // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2013. – № 1. – С. 53–55.
12. Creating a transdisciplinary research center to reduce cardiovascular health disparities in Baltimore, Maryland: lessons learned / L. A. Cooper, L. E. Boulware, E. R. Miller [et al.] // Am. J. Public Health. – 2013. – Vol. 103 (11). – P. 26–63.
13. Facilitators and barriers to hypertension self-management in urban African Americans: perspectives of patients and family members / S. J. Flynn, J. M. Ameling, F. Hill-Briggs [et al.] // Patient Prefer Adherence. – 2013. Aug 6-7 – P. 741–749.
14. PajNek A. Cardiovascular Disease in Central and East Europe / A. PajNek, M. Kozela // Public Health Reviews – 2012. – № 2. – Vol. 33. – P. 416–435.
15. Robbs L. Oestrogen and progestin increased urge and stress incontinence in postmenopausal women with coronary heart disease / L. Robbs // Evid. Based. Nurs. – 2006. – Vol. 9, № 3. – P. 84.

16. *The impact of health literacy on desire for participation in healthcare, medical visit communication, and patient reported outcomes among patients with hypertension* / H. J. Aboumatar, K. A. Carson, M. C. Beach [et al.] // *J. Gen Intern Med.* – 2013. – Vol. 28 (11). – P. 1469–1544.
17. *Yusuf S. Combination pharmacotherapy to prevent cardiovascular disease: present status and challenges* / S. Yusuf // *European Heart Journal.* – 2014. – № 6. – Vol. 35. – P. 353–364.

МЕДИКО-ОРГАНІЗАЦІОННІ НЕДОСТАТКИ ПРОФИЛАКТИКИ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В УКРАИНЕ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

А.В. Коваленко, В.И. Клименко

Запорожский государственный медицинский университет, Украина

Цель: установить медико-организационные недостатки профилактики болезней системы кровообращения на региональном уровне и разработать пути их решения.

Материалы и методы. Проведен анализ состояния здоровья населения трудоспособного возраста по данным отчетов центров медицинской статистики и медико-социальной экспертизы Запорожской области; медико-социальный опрос 525 человек трудоспособного возраста и 100 врачей терапевтического профиля. В исследовании использованы библиосемантический, медико-статистический, социологический методы.

Результаты. Доказано, что болезни системы кровообращения остаются значимой медико-социальной проблемой. Определена распространенность ведущих управляемых факторов риска среди населения трудоспособного возраста, которое страдает болезнями системы кровообращения. На примере гипертонической болезни, как наиболее распространенной нозологии, показана неэффективность профилактических мероприятий, а ведущим медико-организационным недостатком является недостаточный уровень информирования населения трудоспособного возраста о факторах риска болезней системы кровообращения, что приводит к ошибочному представлению о влиянии образа жизни на состояние здоровья.

Выводы. Стратегическим направлением усовершенствования организации профилактики болезней системы кровообращения на межсекторальном уровне должно стать объединение усилий общественных и религиозных организаций и медицинских учреждений.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: болезни системы кровообращения, информационно-образовательное обеспечение, профилактика, население трудоспособного возраста.

MEDICAL AND ORGANIZATIONAL DISADVANTAGES OF CIRCULATORY DISEASES PREVENTION IN UKRAINE AND WAYS OF THEIR OVERCOMING

A.V. Kovalenko, V.I. Klimenko

Zaporozhye State Medical University, Ukraine

Purpose: to establish medical and organizational shortcomings of the cardiovascular diseases prevention at the regional level and to develop ways to overcome them.

Materials and methods. The analysis of health of the working age population according to the Centers of Health Statistics reports and medical and social examination of Zaporozhye region is carried out; medical and social survey of 525 people of working age and 100 doctors of therapeutic profile are conducted. Bibliosemantick, medical and statistical, sociological methods are used.

Results. It is proved that cardiovascular diseases are significant medical and social problem. The prevalence of major operated risk factors among population of working age suffering from cardiovascular diseases was determined. In the case of hypertension as the most common nosology inefficiency of preventive measures is shown. In addition, a leading medical and organizational disadvantage is insufficient level of informing people of working age on risk factors for cardiovascular diseases that leads to false representation of the impact of lifestyle on health.

Conclusions. The strategical destination of cardiovascular diseases prevention improvement at intersectoral level should be the joint efforts of public and religious organizations and medical institutions.

KEY WORDS: cardiovascular diseases, informational and educational provision, prevention, working-age population.

Рукопис надійшов до редакції 09.11.2014 р.

Відомості про авторів:

Коваленко Андрій В'ячеславович – асистент кафедри організації охорони здоров'я, соціальної медицини та лікарсько-трудової експертизи Запорізького державного медичного університету; тел.: +38 (0612) 233-32-47.

Клименко Вікторія Іванівна – д.мед.н., проф., завідувач кафедри організації охорони здоров'я, соціальної медицини та лікарсько-трудової експертизи Запорізького державного медичного університету; тел.: +38 (0612) 236-22-90.

М.В. ШЕВЧЕНКО¹, Г.О. СЛАБКІЙ²

ПІЛОТНИЙ ПРОЕКТ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я (ЗАСТОСУВАННЯ ЕЛЕМЕНТІВ ПРОГРАМНО-ЦІЛЬОВОГО МЕТОДУ, ПЕРЕХІД ДО СТРАТЕГІЧНИХ ЗАКУПІВЕЛЬ)

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

²Ужгородський національний університет, Україна

Мета: оцінка запровадження нових фінансово-економічних механізмів у пілотних регіонах (Вінницька, Дніпропетровська, Донецька області та м. Київ).

Матеріали і методи. Проаналізовано нормативно-правову базу. Використано аналітичний та порівняльний методи. Оцінка виконання бюджетних програм “Первинна медична допомога” у 2013 р. проведена за удосконаленою Методикою здійснення порівняльного аналізу ефективності бюджетних програм, які виконуються розпорядниками місцевих бюджетів

Результати. Видатки на ПМД у Вінницькій області склали 22,4% зведеного бюджету на охорону здоров'я, у Дніпропетровській – 18,53%, у Донецькій – 17,8%, у м. Києві – 13,6%. Продовжує зростати частка видатків на фінансування екстреної медичної допомоги за функцією “Станції швидкої та невідкладної допомоги” до 5,1%. Виконання бюджетних програм “Первинна медична допомога” у 2013 р. оцінюється у Дніпропетровській області як високе (225 балів), Вінницькій – як низьке (106 балів).

Висновки. Фінансування за видами медичної допомоги на рівні місцевих бюджетів можна оцінити позитивно. Відпрацювання механізму стратегічних закупівель на рівні ПМД вдалося завдяки здійсненню організаційно-функціонального та фінансового виділення саме цього виду медичної допомоги.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: бюджетна програма, стратегічні закупівлі, комунальні некомерційні підприємства.

У рамках проведення реформування системи охорони здоров'я у пілотних регіонах (Вінницька, Дніпропетровська, Донецька області та місто Київ) запропоновано відпрацювати застосування елементів програмно-цільового методу у бюджетному процесі на рівні місцевих бюджетів у частині видатків на охорону здоров'я за відповідними видами медичної допомоги, фінансове забезпечення закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) за видами медичної допомоги відповідно до договорів про медичне обслуговування населення [4]. Запровадження цих новацій на рівні пілотних регіонів підтверджено найкращими світовими практиками та науковими дослідженнями.

Як показує світовий досвід, уряди всіх країн світу постійно працюють над пошуком нових та кращих методик формування бюджету, розпорядження бюджетними ресурсами і використання коштів платників податків. У різних країнах в певних історичних умовах широко використовувалася політика дефіцитного фінансування, що ґрунтувалася на кейнсіанських засадах.

У сучасних умовах розвитку економіки та суспільства в багатьох країнах запроваджується

ідеологія управління фінансами, близька до підприємницької шкали цінностей, яка вважається еталоном раціональності рішень. Створений у такий спосіб бюджет не тільки відображає у вартісному еквіваленті масштаби діяльності, але й, водночас, обмежує її певною сумою видатків, використовуючи різні інструменти для стримування їх зростання. Контроль величини видатків неможливий без ефективних новітніх управлінських заходів і технологій, орієнтованих на кінцевий результат. Відомі різні види цієї технології, яка переносить наголос з управління бюджетними ресурсами на управління бюджетними результатами, забезпечує більшу прозорість бюджету, кращий розподіл бюджетних коштів: «бюджетування, спрямоване на результати», «управління/покращення продуктивності». Цей метод передбачає розроблення та реалізацію бюджетних програм, орієнтованих на кінцевий результат (згідно зі стратегічними цілями), із застосуванням критеріїв оцінки їх результативності та ефективності використання бюджетних коштів [1;3;6;8].

Також запровадження перспективної оплати постачальників медичної допомоги на основі кон-

трактів (договорів), як одного із заходів поліпшення справедливості та ефективності системи фінансування, сприяє збільшенню залучення ресурсів у країнах із середніми рівнями доходів (рекомендації у рамках стратегії економічного розвитку Комісії з макроекономіки і здоров'я (The Commission on Macroeconomics and Health) [9].

У Доповіді про стан здоров'я у світі "Фінансування систем здравоохранения. Путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью" (2010) [2] наголошується, що в системах охорони здоров'я, передусім Європейського регіону, спостерігається тенденція до використання стратегічних ("активних") закупівель як механізму фінансування надавачів медичних послуг для забезпечення найкращих результатів з точки зору покращення здоров'я населення. Механізми укладання контрактів (договорів) і оплати на основі обсягів та якості наданих послуг – центральні елементи ефективної системи закупівель медичних послуг.

За даними досліджень, більш активні закупівлі (коли розмежовані функції покупця і надавача) можуть покращити якість та ефективність систем охорони здоров'я за рахунок врахування потреб населення в медичній допомозі, регіональних відмінностей, втручань і послуг, які найбільше відповідають потребам і очікуванням населення, обсягів наявних ресурсів, механізмів їх закупівлі, включаючи контрактні механізми і системи оплати надавачів [5;10].

Важливим є також вибір методу оплати постачальників медичних послуг. На сьогодні в Україні цей процес представляє виділення бюджетних коштів безпосередньо постачальникам (так звані «пасивні» закупівлі), функції фінансуючої сторони і надавачів не розмежовані [8].

Метою даного дослідження була оцінка запровадження нових фінансово-економічних механізмів у пілотних регіонах, зокрема застосування елементів програмно-цільового методу у бюджетному процесі на рівні місцевих бюджетів у частині видатків на охорону здоров'я за відповідними видами медичної допомоги, фінансове забезпечення закладів охорони здоров'я за видами медичної допомоги відповідно до договорів про медичне обслуговування населення та можливість поширення набутого досвіду на систему охорони здоров'я в Україні.

Матеріали і методи. У процесі проведення дослідження було використано аналітичний, порівняльний методи на основі аналізу положень відповідних нормативно-правових актів, якими врегульовувалися питання запровадження відповідних механізмів. Оцінка виконання бюджетних програм "Первинна медична допомога" у 2013 р. проведена за удосконаленою методикою здійснення порівняльного аналізу ефективності

бюджетних програм, які виконуються розпорядниками місцевих бюджетів, розробленою Міністерством фінансів України спільно з Інститутом бюджету та соціально-економічних досліджень (зі змінами) на прикладі Дніпропетровської та Вінницької областей [10].

Результати дослідження та їх обговорення. Розроблено низку нормативних актів, які регулюють застосування елементів програмно-цільового методу у бюджетному процесі на рівні місцевих бюджетів. Зокрема спільним наказом Міністерства фінансів та Міністерства охорони здоров'я України від 25.07.2013 № 693/633 «Про затвердження Змін до Типового переліку бюджетних програм та результативних показників їх виконання для місцевих бюджетів у галузі «Охорона здоров'я»» внесено зміни до Типового переліку бюджетних програм та результативних показників їх виконання для місцевих бюджетів у галузі «Охорона здоров'я».

Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 08.06.2011 № 347 «Про затвердження Тимчасового типового переліку бюджетних програм та результативних показників їх виконання для місцевих бюджетів у галузі «Охорона здоров'я» для пілотних проектів у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві» затверджено Типовий перелік бюджетних програм та результативні показники їх виконання.

Наказом Міністерства фінансів України від 14.01.2011 №11 «Про бюджетну класифікацію» затверджено функціональну класифікацію видатків та кредитування бюджету, в якій виділено окремі функції щодо центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, станцій екстреної (швидкої) медичної допомоги (код 0724), центрів первинної медичної (медико-санітарної) допомоги (код 0726), перинатальних центрів (код 0733), що дозволяє визначити обсяги фінансування на надання медичної допомоги саме в цих типах закладів.

Виділення окремої функції «Центри первинної медичної (медико-санітарної допомоги)» у функціональній класифікації видатків і кредитування бюджету дає змогу простежувати дані про обсяги видатків на надання ПМД у центрах ПМСД. У цілому видатки на їх фінансування в країні становили 8,09% від загального обсягу фінансування охорони здоров'я з місцевих бюджетів і практично вдвічі зросли порівняно з 2012 р. (4,33%).

Якщо враховувати розмежування фінансування надання первинної та вторинної медичної допомоги у пілотних регіонах, то можна стверджувати, що на фінансування надання тільки ПМД у Вінницькій області спрямовано 22,4% зведеного бюджету області на охорону здоров'я (2012 р. – 21,96%), у Дніпропетровській та Донецькій – відповідно 18,53% (2012 р. – 17,96%) та 17,8%

(16,81%). У м. Києві частка видатків на їх фінансування у зведеному бюджеті міста на охорону здоров'я склала 13,6%.

Продовжує зростати частка видатків у зведеному бюджеті областей на фінансування екстреної медичної допомоги за функцією «Станції швидкої та невідкладної допомоги» до 5,1% (2012 р. – 3,43%; 2011 р. – 2,7%). Це пов'язано з продовженням реформування системи екстреної медичної допомоги та реорганізацією ЗОЗ та їхніх структурних одиниць.

Оцінка виконання бюджетних програм «Первинна медична допомога» у 2013 р., проведена за методикою здійснення порівняльного аналізу ефективності бюджетних програм, засвідчила, що загальну ефективність бюджетної програми «Первинна медична допомога населенню» за 2013 р. у Дніпропетровській області можна оцінити як високу (225 балів), оскільки її показник знаходиться в діапазоні 215 і більше балів (для порівняння: ефективність бюджетної програми «Первинна медична допомога населенню» за 2012 р. було оцінено як середню, оскільки її показник становив 200 балів і знаходився в діапазоні 190–215 балів). У Вінницькій – як низьку (106 балів), оскільки її показник менше 190 балів (для порівняння: ефективність бюджетної програми «Первинна медична допомога населенню» за 2012 р. було оцінено як середню, оскільки її показник становив 198,53 бала і знаходився в діапазоні 190–215 балів). Це було пов'язано з недофінансуванням видатків на придбання обладнання та проведення ремонтних робіт, що, в свою чергу, вплинуло і на величину показників продукту – кількості закупленого обладнання та відремонтованих об'єктів.

За даними виконання паспортів бюджетних програм у 2013 р. загальну ефективність бюджетної програми «Первинна медична допомога населенню» у Дніпропетровській області можна оцінити як високу з урахуванням показників її виконання у 2012 р.

Загальну ефективність бюджетної програми «Первинна медична допомога населенню» за 2013 р. у Вінницькій області оцінено як низьку, оскільки це було пов'язано з недофінансуванням видатків на придбання обладнання та проведення ремонтних робіт, а також відсутністю показників якості за двома завданнями цієї програми, що негативно вплинуло на ефективність виконання бюджетної програми.

Аналіз використання бюджетних коштів у розрізі відповідних програм за видами надання медичної допомоги, зокрема вторинну медичну допомогу (ВМД), не вдалося провести у зв'язку з гальмуванням організаційно-функціональних змін відповідних ЗОЗ, які надавали ВМД.

Щодо впровадження механізму фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я у пілотних регіонах за видами медичної допомоги на підставі договорів про медичне обслуговування населення, то можна відзначити, що положення Закону [1] було виконано тільки частково, на рівні ЗОЗ, що надавали ПМД. Хоча опрацьовано підходи до запровадження укладення договорів про медичне обслуговування населення на рівні ЗОЗ, які надають й інші види медичної допомоги (наказ МОЗ України від 01.11.2011 № 742 «Про затвердження примірного договору про медичне обслуговування населення» (зі змінами від 28.12.2011 № 992)).

Запровадження стратегічних закупівель тісно пов'язане і з питанням зміни господарського статусу ЗОЗ, що надають ПМД, з бюджетних установ на комунальні некомерційні підприємства або комунальні некомерційні установи.

Цей механізм було відпрацьовано в м. Києві, де всі центри ПМСД були реорганізовані у комунальні некомерційні підприємства. В органах державної податкової служби ці підприємства зареєстровані як неприбуткові організації. Однак в ході пілотування не вдалося вирішити питання щодо поширення цього досвіду на всю територію держави. Комунальні некомерційні підприємства є правонаступниками прав та обов'язків амбулаторно-поліклінічних закладів, здійснюють ті самі функції та провадять господарську некомерційну діяльність, спрямовану на досягнення економічних, соціальних та інших результатів без мети одержання прибутку. Водночас вони не підпадають під визначення бюджетної установи, оскільки є одержувачами бюджетних коштів. У результаті з втратою статусу бюджетної установи у таких закладах, створених у формі комунальних некомерційних підприємств, виникли проблеми з оподаткуванням, а також з оплатою комунальних послуг, енергоносіїв тощо.

Висновки

1. У цілому використання елементів програмно-цільового методу у бюджетному процесі на рівні місцевих бюджетів у частині видатків на охорону здоров'я можна оцінити позитивно. При цьому необхідно в подальшому забезпечити чіткий зв'язок договорів з програмно-цільовим методом планування бюджетів ЗОЗ та враховувати передбачені відповідно до цього методу індикатори витрат, продуктивності, якості та ефективності діяльності, крім того необхідно більш детально виписувати кількісні та якісні показники.

2. Відпрацювання механізму стратегічних закупівель на рівні ПМД вдалося завдяки здійсненню організаційно-функціонального та фінансового виділення саме цього виду медичної допомоги.

3. Вирішення питання щодо особливостей оподаткування ЗОЗ, створених у формі комунальних некомерційних підприємств, можливе шляхом внесення змін до Податкового кодексу України.

Перспективи подальших досліджень полягають у подальшому супроводі поширення позитивного досвіду системи фінансування охорони здоров'я в Україні та розробки пропозицій щодо їх нівелювання.

Список літератури

1. *Важнейшие задачи систем здравоохранения в периоды финансовых кризисов.* Европейский региональный комитет. Шестидесят вторая сессия. Мальта, 10–13 сент. 2012. – 4 с.
2. *Доклад о состоянии здравоохранения в мире.* Финансирование систем здравоохранения. Путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью. Всемирная организация здравоохранения, 2010. – С. 1–106.
3. *Кульчицкий М. І.* Програмно-цільове бюджетування на місцевому рівні / М. І. Кульчицкий, С. Н. Самец [Електронний ресурс] // Ефективна економіка. – 2012. – № 8. – Режим доступу : <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=1269>. – Назва з екрану.
4. *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 України. – 2012. – № 12 (№ 12-13). – С. 552.
5. *Проект программного бюджета на 2004–2005 гг.:* Перспектива Европейского Региона ВОЗ. Европейский региональный комитет. Пятдесят вторая сессия. Копенгаген, 16–19 сент. 2002. – 18 с.
6. *Просяник Н. В.* Реалізація програмно-цільового методу бюджетування на місцевому рівні / Н. В. Просяник // Наукові праці Кіровоградського національного технічного університету. Економічні науки. – 2012. – Вип. 22, ч. II. – С. 1–5.
7. *Удосконалена Методика здійснення порівняльного аналізу ефективності бюджетних програм, які виконуються розпорядниками коштів місцевих бюджетів :* лист Міністерства фінансів України від 19.09.2013 року № 31-05110-14-5/27486 [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.ibser.org.ua/news/595/> – Назва з екрану.
8. *Федосов В.* Конспект лекцій на тему “Бюджет” [Електронний ресурс] / В. Федосов, С. Юрій. – Режим доступу : http://pidruchniki.com/1228112846046/ekonomika/programno-tsilove_byudzhetuвання_problemi_stanovlennya_rozvitku. – Назва з екрану.
9. *Investing in health. A Summary of the Findings of the Commission on Macroeconomics and Health.* World Health Organization. – Geneva, 2013. – P. 17.
10. *Public ends, private means. Strategic purchasing of health services: strategic purchasing of value for money in health care / Preker A. S. [et al.].* – Washington, DC, The World Bank, 2007.

ПИЛОТНЫЙ ПРОЕКТ РЕФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЕМЕНТОВ ПРОГРАММНО-ЦЕЛЕВОГО МЕТОДА, ПЕРЕХОД К СТРАТЕГИЧЕСКИМ ЗАКУПКАМ)

М.В. Шевченко¹, Г.А. Слабкий²

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

²Ужгородский национальный университет, Украина

Цель: оценка внедрения новых финансово-экономических механизмов в пилотных регионах (Винницкая, Днепропетровская, Донецкая области и г. Киев).

Материалы и методы. Проанализирована нормативно-правовая база. Использованы аналитический и сравнительный методы. Оценка выполнения бюджетных программ “Первичная медицинская помощь” в 2013 г. проведена по усовершенствованной Методике осуществления сравнительного анализа эффективности бюджетных программ, которые выполняются распорядителями местных бюджетов.

Результаты. Расходы на ПМП в Винницкой области составили 22,4% консолидированного бюджета на здравоохранение, в Днепропетровской – 18,53%, в Донецкой – 17,8%, в г. Киеве – 13,6%. Продолжает возрастать часть расходов на финансирование экстренной медпомощи за функцией “Станции быстрой и неотложной помощи” до 5,1%. Выполнение бюджетных программ “Первичная медпомощь” в 2013 г. оценивается в Днепропетровской области как высокое (225 баллов), в Винницкой – как низкое (106 баллов).

Выводы. Финансирование по видам медпомощи на уровне местных бюджетов в части расходов на здравоохранение можно оценить положительно. Отработка механизма стратегических закупок на уровне ПМП стала возможной благодаря организационно-функциональному и финансовому выделению именно этого вида медпомощи.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: бюджетная программа, стратегические закупки, коммунальные некоммерческие предприятия.

PILOT PROJECT OF HEALTH CARE SYSTEM REFORMING (APPLICATION OF ELEMENTS OF PROGRAM-TARGET METHOD, TRANSITION TO STRATEGIC PURCHASES)*M.V. Shevchenko¹, G.O. Slabkiy²*¹State Scientific Institution "Scientific-Practical Center of Clinical and Preventive Medicine" the State Administration, Kyiv, Ukraine²Uzhhorod National University, Ukraine

Purpose: estimation of introduction of new financial and economic mechanisms in pilot regions (Vinnytsia, Dnipropetrovsk, Donetsk region and Kyiv).

Materials and methods. The regulatory framework has been analyzed. Analytical and comparative methods are used. Evaluation of budgetary programs performance "Primary health care" in 2013 is spent by an advanced Technique of comparative analysis of efficiency of budgetary programs, which are carried out by managers of local budgets.

Results. Expenses on PHC in Vinnitsia region were 22.4% of the consolidated budget on public health care, in Dnipropetrovsk - 18.53%, in Donetsk - 17.8%, in Kyiv - 13.6%. The share of expenses on financing of emergency medical care on function "Station of the fast and urgent aid" to 5.1% continues to increase. Performance of budgetary programs "Primary health care" in 2013 is estimated in Dnipropetrovsk region as high (225 points), Vinnitsia - as low (106 points).

Conclusions. Financing by type of health care at level of local budgets can be evaluated positively. Working off mechanism of strategic purchases at PHC level was possible due to implementation of organizational, functional and financial allocation of this type of health care.

KEY WORDS: **budgetary program, strategic purchases, public noncommercial enterprises.**

Рукопис надійшов до редакції 08.11.2014 р.

Відомості про авторів:

Шевченко Марина Вікторівна – к.мед.н., с.н.с. наукового відділу організації медичної допомоги ДНУ "Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини" Державного управління справами; тел.: +38 (044)254-68-71.

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

ХАРАКТЕРИСТИКА КОНТИНГЕНТУ ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ ХЕРСОНСЬКОЇ ОБЛАСТІ, ЯКІ ЗНАХОДЯТЬСЯ НА ОБЛІКУ П'ЯТЬ І БІЛЬШЕ РОКІВ

Комунальний заклад Херсонської обласної ради «Херсонський обласний онкологічний диспансер»,
Україна

Мета: вивчити структуру хворих на рак молочної залози (РМЗ) з терміном виживання понад п'ять років.

Матеріали і методи. Проведений аналіз хворих Херсонської області на РМЗ, які перебувають на обліку п'ять і більше років.

Результати. Хворі на РМЗ, які живуть п'ять і більше років, мають переважно (92,7%) I та II стадію захворювання на момент встановлення діагнозу. За морфологічною будовою в структурі хворих на РМЗ переважають (89,5%) залозисті раки. 76,1% хворих на РМЗ, які живуть п'ять і більше років, отримали комбіноване та комплексне лікування. Аналіз півкової структури захворюваності на РМЗ показав наявність двох піків захворюваності: у віці 45–49 років (18,5%) та 55–69 років (32,3%).

Висновки. Висока виживаність хворих з I-II стадіями захворювання підкреслює важливість ранньої діагностики раку. З метою виявлення РМЗ на ранніх стадіях жінкам віком 45–69 років необхідне проведення щорічного маммографічного скринінгу. Більшу виживаність хворих на РМЗ забезпечує комплексне і комбіноване лікування.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: рак молочної залози, виживаність.

У Херсонській області, як і в Україні, рак молочної залози (РМЗ) посідає перше місце у структурі онкологічної захворюваності та смертності жіночого населення. На перебіг захворювання та чутливість пухлини до терапії впливає багато чинників. Першими прогностичними факторами були клінічні характеристики пацієнток (вік, менструальний статус, розмір пухлини тощо). Згодом до них долучили морфологічні властивості пухлин (ступінь диференціювання, гістологічна форма тощо) [5] і молекулярний підтип (люмінальний, базальний, Her2/neu-позитивний, тричі негативний та гібридний підтипи). Суттєвий вплив на прогноз перебігу захворювання мають своєчасна діагностика [4–5], обсяги проведеного реабілітаційного лікування [1–3], проведення індивідуалізованого специфічного лікування відповідно до молекулярного виду пухлини.

Мета: вивчити структуру хворих на рак молочної залози з терміном виживання понад п'ять років.

Матеріали і методи. Проведений аналіз контингенту хворих Херсонської області на РМЗ, які перебувають на обліку п'ять і більше років. За даними Херсонського обласного канцер-реєстру, станом на 01.07.2014 року на диспансерному обліку знаходиться 26934 хворих на злоякісні новоутворення (2514,5 на 100 тис. населення), у тому числі 4141 хворий на РМЗ.

Результати дослідження та їх обговорення. З усієї кількості диспансерних хворих живуть

п'ять і більше років 16487 осіб, що становить 61,2% від загальної кількості контингенту хворих, у тому числі 2709 (16,4%) хворих на РМЗ, які у структурі хворих займають друге місце після немеланомних захворювань шкіри.

За місцем проживання хворі на РМЗ розподіляються наступним чином: мешканці міста – 73,2% (n=1983); сільські мешканці – 26,8% (n=726). Співвідношення хворих на РМЗ міського населення до сільського становить 2,7:1.

Поширеність контингенту хворих, які перебувають на обліку понад п'ять років, становить 471,5 на 100 тис. жіночого населення, у тому числі 556,1 серед міських мешканців та 332,6 на 100 тис. сільських.

Аналіз вікової структури хворих на РМЗ, що перебувають на обліку п'ять і більше років, показав, що найбільша захворюваність реєструється у віці 55–69 років (32,3%), на II місці (18,5%) вік 45–49 років, на III місці (14,3%) вік 50–54 років.

Як видно з рис. 1, спостерігаються два пікові значення зростання захворюваності серед жіночого населення: у віці 45–49 та у віці 55–69 років. Найнижчий показник онкологічної захворюваності (4,6%) спостерігаються у віковій категорії до 35 років.

Таким чином, живуть п'ять і більше років з РМЗ 1542 (56,9%) особи працездатного віку (до 55 років), а вікова група, яка найбільш схильна до захворювання на РМЗ, – це 55–69 років.

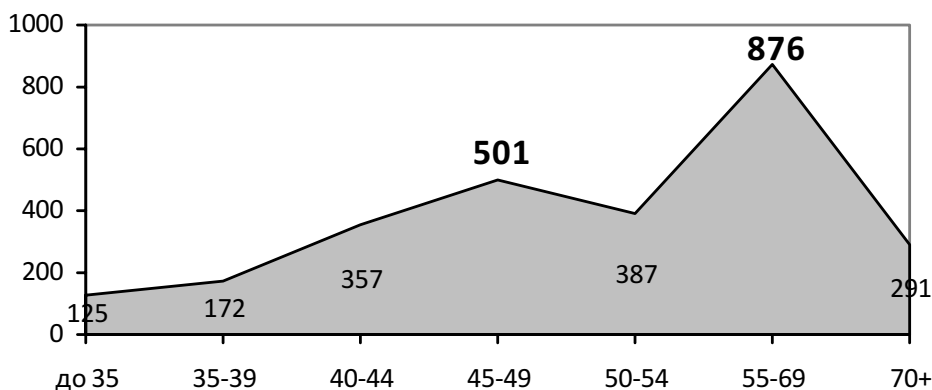


Рис. 1. Вікова структура хворих Херсонської області на РМЗ, які стоять на диспансерному обліку п'ять і більше років, на момент встановлення діагнозу (абс. дані)

У структурі хворих, які знаходяться на обліку 5 років і більше, пацієнти з I–II стадіями захворювання на момент взяття на облік становлять 92,7%, що підтверджує важливість ранньої діагностики раку. Хворі з III–IV стадіями захворювання мають меншу загальну виживаність (рис. 2).

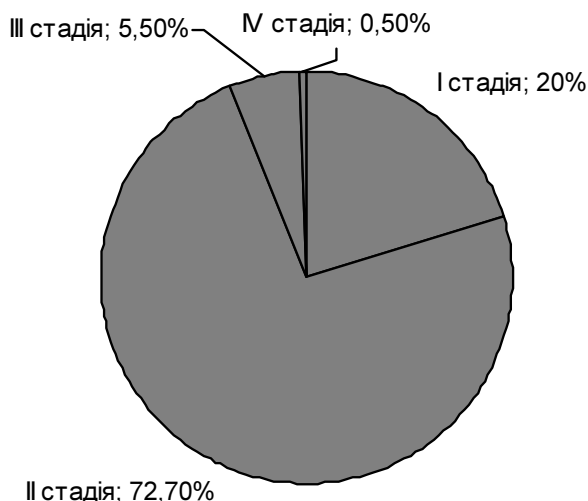


Рис. 2. Структура хворих на РМЗ Херсонської області, які прожили п'ять і більше років, у розрізі стадій захворювання (%)

Морфологічна верифікація діагнозу РМЗ підтверджена у 99,3% хворих ($n=2689$), і тільки у 0,7% ($n=20$) діагноз встановлений лише клінічно або на підставі рентгенологічного (мамографічного) обстеження.

При аналізі структури хворих на РМЗ залежно від гістологічної форми встановлено, що залозисті раки (аденокарциноми) різної структури та

ступеня диференціювання складають 89,5% випадків ($n=2426$); хвороба Педжета та іншої гістологічної структури – 3,7% та 5,9% відповідно, саркома – 0,53%, плоскоклітинні раки – у 0,37% (рис. 3).

Структуру хворих на РМЗ у Херсонській області за молекулярним підтипом в останні три роки наведено у таблиці.

Таблиця. Розподіл хворих на РМЗ Херсонської області за молекулярним підтипом у 2011–2013 рр.

Молекулярний підтип	Характеристика	Середня кількість пацієнтів на рік, n (%)
Люмінальний А	ER+, PR+, Her2/neu-	145 (42,9%)
Люмінальний В	ER+, PR+, Her2/neu2+3+	83 (23,7%)
Гіперекспресія Her2/neu	ER-, PR-, Her2/neu2+3+	54 (15,4%)
Тричі негативний	ER-, PR-, Her2/neu-	60 (18,0%)

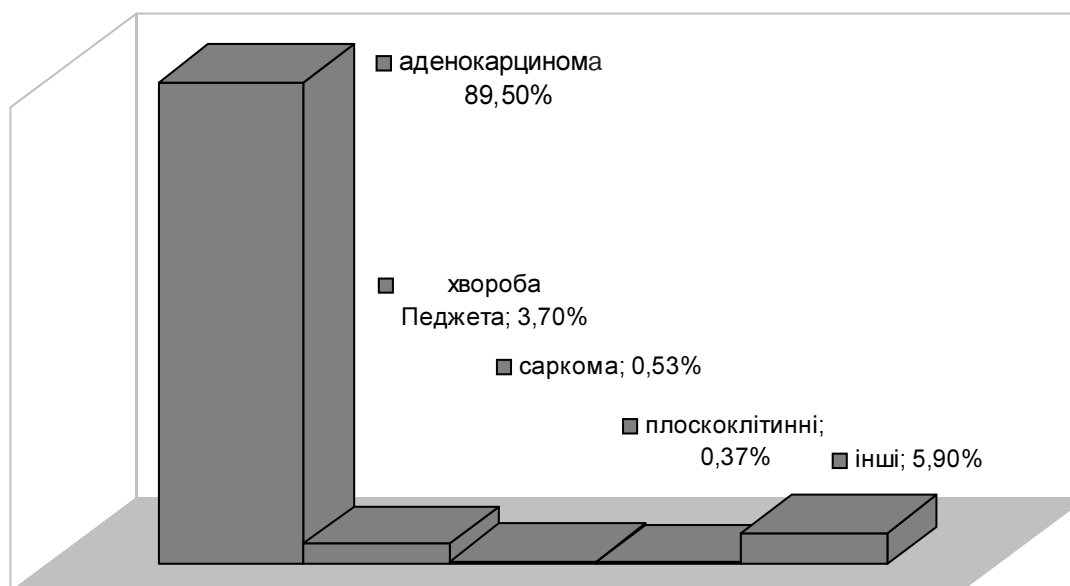


Рис.3. Структура хворих на РМЗ Херсонської області, які прожили п'ять і більше років, залежно від гістологічної форми (%)

На виживаність хворих на РМЗ, крім віку, стадії захворювання, гістологічної форми та молекулярного підтипу, суттєвий вплив має проведення спеціального лікування. При аналізі контингенту хворих на РМЗ, що знаходяться на обліку п'ять і більше років, встановлено, що 76,1% пацієнтів отримали комплексне (40,1%, $n=1087$) та комбіноване (36,0%, $n=975$) лікування. Монотерапію (це переважно хірургічне лікування ($n=583$), хіміотерапію ($n=14$), гормональну ($n=6$) або променеву ($n=5$) терапію) отримали 22,5% ($n=608$) і лише 1,4% ($n=39$) пацієнтів, які відмовилися від лікування.

Відмовились від лікування в основному пацієнти віком 61–87 років ($n=30$), які мали I–II стадію захворювання ($n=36$), у яких діагноз було встановлено цитологічно ($n=23$), клінічно ($n=5$), рентгенологічно ($n=11$), натепер у більшості з них захворювання прогресує.

Висновки

1. Хворі на РМЗ, які живуть п'ять і більше років, мали в 92,7% випадків I та II стадію захворювання на момент встановлення діагнозу, що ще раз підкреслює важливість ранньої діагностики раку.

2. За морфологічною будовою в структурі хворих на РМЗ переважають (89,5% випадків) залозисті раки (аденокарциноми) різного ступеня

диференціювання люмінальних підтипів A (42,9%) і B (23,7%).

3. Переважна більшість хворих на РМЗ, які живуть п'ять років і більше (76,1%), отримали комбіноване та комплексне лікування.

4. Аналіз повікової структури захворюваності на РМЗ показав наявність двох піків захворюваності: у віці 45–49 років (18,5%) та 55–69 років (32,3%).

Зважаючи на найвищі рівні захворюваності жіночого населення Херсонської області у віці 45–69 років, з метою виявлення РМЗ на ранніх стадіях необхідно планувати проведення щорічного маммографічного скринінгу, передусім для цієї категорії жінок, та оптимально використовувати обмежений ресурс наявного маммографічного обладнання.

Проведення комплексного і комбінованого лікування забезпечує більший відсоток хворих на РМЗ, які живуть п'ять і більше років. При цьому особливої актуальності набуває проблема організації реабілітаційно-відновлювального лікування пацієнток на стаціонарному, а потім на амбулаторному етапі з метою зменшення наслідків посттравматичних дисфункцій, лімфостазу верхніх кінцівок, підвищення якості життя хворих.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням якості життя хворих на рак молочної залози.

Список літератури

1. Андрианов О. Клиническая реабилитация инвалидов с постмастэктомическим синдромом / О. Андрианов, Б. Поляков, С. Шахсуварян // Врач. – 2007. – № 5. – С. 71–73.
2. Драчева Л. В. Реабилитация после мастэктомии / Л. В. Драчева // Мед. сестра. – 2011. – № 2. – С. 6–10.
3. Комкова Е. П. Групповая психотерапия в физической реабилитации больных раком молочной железы / Е. П. Комкова, Н. П. Кокорина, Ю. А. Магарилл // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2004. – № 2. – С. 56.

4. Рак в Україні 2011-2012. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби / Федоренко З. П., Гулак Л. О., Михайлович Ю. Й. та ін.] // Бюл. Національного канцер-реєстру. – 2013. – № 14 (8). – С. 46–47.
5. Шапочка Д. О. Особливості експресії NF-κB та ODC у пухлинах хворих на рак молочної залози з різним молекулярним профілем / Д. О. Шапочка, С. П. Залеток, М. І. Гнидюк // Онкологія. – 2014. – Т. 16, № 1 (59). – С. 33–39.

ХАРАКТЕРИСТИКА КОНТИНГЕНТА БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ХЕРСОНСКОЙ ОБЛАСТИ, НАХОДЯЩИХСЯ НА УЧЕТЕ П'ЯТЬ И БОЛЬШЕ ЛЕТ

И.В. Сокур

Комунальное учреждение Херсонского областного совета «Херсонский областной онкологический диспансер», Украина

Цель: изучить структуру больных раком молочной железы (РМЖ) со сроком выживания более пяти лет.

Материалы и методы. Проведен анализ больных Херсонской области РМЖ, которые находятся на учете пять и более лет.

Результаты. Больные РМЖ, которые живут пять и более лет, имеют преимущественно (92,7%) I и II стадию заболевания на момент постановки диагноза. По морфологическому строению в структуре больных РМЖ преобладают (89,5%) железистые раки. 76,1% больных РМЖ, которые живут 5 лет и более, получили комбинированное и комплексное лечение. Анализ возрастной структуры заболеваемости РМЖ показал наличие двух пиков заболеваемости: в возрасте 45–49 лет (18,5%) и 55–69 лет (32,3%).

Выводы. Высокая выживаемость больных с I–II стадиями заболевания подчеркивает важность ранней диагностики рака. С целью выявления РМЖ на ранних стадиях женщинам в возрасте 45–69 лет необходимо проведение ежегодного маммографического скрининга. Большую выживаемость больных РМЖ обеспечивает комплексное и комбинированное лечение.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: рак молочной железы, выживаемость.

CHARACTERISTIC OF PATIENTS WITH BREAST CANCER IN KHERSON REGION, STAY ON THE ACCOUNT FIVE YEARS AND MORE

I.V. Sokur

CE of the Kherson Regional Council "Kherson Regional Oncological Clinic", Ukraine

Purpose: to study structure of patients with breast cancer (BC) with term survival more than five years.

Materials and methods. The analysis of patients of Kherson region with breast cancer, which stay on the account five years and more is carried out.

Results. Patients with breast cancer living five years and more have mostly (92,7%) I and II stages of disease at the moment of establishment of diagnosis. The morphological structure in the structure of BC patients prevail (89,5%) glandular cancers. 76,1% of patients with breast cancer who live five years and more, have received combined and complex treatment. Analysis of structure of the old-age incidence of breast cancer has shown presence of two peaks of morbidity: in age of 45–49 years (18,5%) and 55–69 years (32,3%).

Conclusions. High survival of patients with stage I–II of disease emphasizes importance of early diagnostics of cancer. In order to revealing breast cancer at early stages of women aged 45–69 years is necessary carrying out annual mammographic screening. Most survival of BC patients is provided comprehensive and combined treatment.

KEY WORDS: breast cancer, survival.

Рукопис надійшов до редакції: 11.11.2014 р.

Відомості про автора:

Сокур Ірина Володимирівна – головний лікар комунального закладу Херсонської обласної ради «Херсонський обласний онкологічний диспансер»; тел. служб.: +38(0552)359288.

ДО ПИТАННЯ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ ОКРЕМОГО КОНТИНГЕНТУ НАСЕЛЕННЯ, ЩО ОБСЛУГОВУЄТЬСЯ МЕДИЧНИМИ ЗАКЛАДАМИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ СПРАВАМИ

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ
Санітарно-епідеміологічна станція Державного управління справами, м. Київ, Україна

Мета: вивчити та проаналізувати динаміку захворюваності на інфекційні хвороби окремого контингенту населення, яке обслуговується у закладах охорони здоров'я Державного управління справами (ДУС).

Матеріали і методи. У ході виконання роботи використано статистичний метод дослідження. Статистичний обробці підлягали форми статистичної звітності за 2012–2013 рр.

Результати. За досліджуваній період встановлено зниження показника захворюваності за наступними нозологіями: краснуха (16,86), скарлатина (13,49), кашлюк (8,43), харчова токсикоінфекція (7,37); та підвищення показника захворюваності за наступними нозологіями: гострі респіраторні вірусні інфекції (6833,45), грип (230,83), вітряна віспа (83,02), ангіна (46,08).

Висновки. Встановлено спорадичний характер захворюваності на інфекційні хвороби населення, яке обслуговується ЗОЗ ДУС. Робота санітарно-епідеміологічної станції була спрямована на проведення профілактичних заходів щодо інфекційної захворюваності спеціального контингенту населення.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: інфекційні хвороби, захворюваність, спеціальний контингент населення, державне управління справами.

Стан здоров'я людей займає особливе місце у системі цінностей цивілізованої країни. Здоров'я населення країни відображає її соціально-економічне, екологічне, демографічне і санітарно-гігієнічне благополуччя, є одним із соціальних індикаторів суспільного прогресу, важливим чинником, який впливає на якість та ефективність трудових ресурсів [1–3].

Вивчення тенденцій захворюваності та поширеності хвороб серед населення є однією з важливих складових стратегічного планування медичної галузі [4].

У 2013 р. порівняно з 2009 р. серед дорослого населення України спостерігалось зростання як рівнів захворюваності, так і питомої ваги захворюваності за 13 із 16 класів хвороб, у тому числі на деякі інфекційні та паразитарні хвороби з 3,63% до 3,85% [5;6].

Мета роботи: вивчити та проаналізувати динаміку захворюваності на інфекційні хвороби окремого контингенту населення, яке обслуговується у закладах охорони здоров'я Державного управління справами (ДУС).

Матеріали і методи. У ході виконання роботи використано статистичний метод дослідження. Статистичний обробці підлягали наступні форми статистичної звітності за 2012–2013 рр: оф. № 1 “Звіт про окремі інфекції і паразитарні захворювання”; оф. № 2 “Звіт про окремі інфекції

і паразитарні захворювання”; оф. № 4 “Звіт про результати обстеження крові на ВІЛ-інфекцію”; оф. № 70 “Звіт про профілактичні щеплення”; оф. № 71 “Звіт про профілактичні щеплення, які проводяться за епідемічними показаннями”; оф. № 6 “Звіт про контингент дітей і підлітків, яким здійснено щеплення проти інфекційних захворювань”. Отримані результати підлягали статистичній обробці з використанням програм Statistika 6.0 та MS Excel.

Результати дослідження та їх обговорення. Серед населення, що обслуговується медичними закладами ДУС, інфекційна захворюваність мала спорадичний характер. Не реєструвалось спалахів гострих кишкових захворювань, випадків захворювань на черевний тиф, паратифи, геморагічні лихоманки, менінгококову інфекцію, епідемічний паротит, краснуху, кашлюк, лептоспіроз, туберкульоз, коросту, педикульоз, малярію.

Інфекційна захворюваність за 2013 рік порівняно з 2012 роком наведена у таблиці.

З таблиці видно, що в 2013 р. порівняно з 2012 р. зареєстровано зниження показника захворюваності населення, яке обслуговується ЗОЗ ДУС за 10 (40,0%) нозологіями. При цьому найвищі рівні зниження показника зареєстровано за наступними нозологіями: краснуха (16,86), скарлатина (13,49), кашлюк (8,43), харчова токсикоінфекція (7,37). Зареєстровано достовірне зниження показника укусів тварин – 33,59 на 100 000 відповідного населення.

Таблиця. Динаміка інфекційної захворюваності серед населення, яке обслуговується медичними закладами Державного управління справами (2012–2013 рр.)

Назва захворювання	2013 р.		2012 р.		Зміна показника
	абс.	на 100 тис.	абс.	на 100 тис.	
Дизентерія	1	2,95	3	8,43	-5,48
Гострий ентероколіт	42	123,92	41	115,22	+8,7
Харчова токсикоінфекція	25	73,76	29	81,49	-7,73
Сальмонельоз	10	29,50	11	30,91	-1,41
Сума ГКЗ	78	230,14	84	236,06	-5,92
Вірусний гепатит	15	44,26	9	25,29	+18,97
у т.ч. вір. гепатит «В»	2	5,9	-	-	+5,9
у т.ч. вір. гепатит «ТТ»	1	2,95	-	-	+2,95
у т.ч. хронічні вірусні гепатити:	12	35,41	9	25,29	+10,12
у т.ч. хронічний вірусний гепатит «В» (вперше виявлений)	2	5,9	2	5,62	+0,28
у т.ч. хронічний вірусний гепатит «С» (вперше виявлений)	10	29,50	7	19,67	+9,83
Вітряна віспа	71	209,48	45	126,46	+83,02
Краснуха	-	-	6	16,86	-16,86
Дифтерія	1	2,95	-	-	+2,95
Інфекційний моноклеоз	1	2,95	1	2,81	+0,14
Кір	1	2,95	2	5,62	-2,67
Скарлатина	4	11,80	9	25,29	-13,49
Кашлюк	-	-	3	8,43	-8,43
Сума повітряно-краплинних інфекцій	78	230,14	66	185,47	+44,67
Укуси тваринами	41	120,97	55	154,56	-33,59
Малярія вперше діагностована	-	-	1	2,81	-2,81
Хвороба Лайма	14	41,31	7	19,67	+21,64
Ангіна	48	141,62	34	95,54	+46,08
Грип	143	421,92	68	191,09	+230,83
Гострі респіраторні вірусні інфекції	5925	17481,49	3789	10648,04	+6833,45

За роки дослідження зареєстровано підвищення показника захворюваності населення, яке обслуговується ЗОЗ ДУС, за 15 (60,0%) нозологіями. При цьому найвищі рівні зниження показника зареєстровано за наступними нозологіями: гострі респіраторні вірусні інфекції (6833,45), грип (230,83), вітряна віспа (83,02), ангіна (46,08). Усі ці хвороби належать до групи респіраторних вірусних інфекцій.

За даними ВООЗ, гострі кишкові інфекції (ГКІ) у загальній структурі інфекційної захворюваності в світі займають друге місце після гострих респіраторних вірусних інфекцій. Вони можуть не тільки призвести до розвитку у частини хворих тяжкого стану, але й становлять безпосередню загрозу життю пацієнта. Щороку в світі від ГКІ помирає 5–10 млн осіб. Серед інфекційних хвороб, що реєструються в Україні, ГКІ залишаються надзвичайно актуальними.

Захворюваність ГКІ серед населення, яке обслуговується медичними закладами ДУС, за 2013 р. зменшилася порівняно з 2012 р. на 6 випадків, у тому числі на дизентерії – на 2 вип., сальмонельози – на 1 вип., харчову токсикоінфекцію – на 4 вип. Кількість гострих гастроентероколітів збільшилася на 1 випадок.

Захворюваність мала спорадичний характер. У 2013 р. зареєстровано 78 випадків ГКІ проти 84 у 2012 р., у тому числі: 1 вип. гострої дизентерії проти 3 вип. у 2012 р.; 42 вип. гострих гастроентероколітів проти 41 вип. у 2012 р.; 25 вип. харчових токсикоінфекцій проти 29 вип. у 2012 р.; 10 випадків сальмонельозів, проти 11 вип. у 2012 р.

Інтенсивний показник захворюваності ГКІ за 2013 рік на 100 тис. населення становить 230,14 проти 236,06 в 2012 році.

За медичною допомогою усі хворі на гострі кишкові захворювання (ГКЗ) звернулися в перші три дні захворювання (100%).

Відбір матеріалу на бактеріологічні дослідження проведено у кожному випадку реєстрації ГКЗ своєчасно, в перший день встановлення первинного діагнозу, крім випадку, коли пацієнт відмовився від бактеріологічного обстеження (діагноз: «гострий гастроентероколіт»).

Лабораторне підтвердження при встановленні діагнозів «сальмонельоз», мали місце у 100% випадків; діагнозу «дизентерія» – 100%; діагнозу «гострий гастроентероколіт» – 4,77%; діагнозу «харчова токсикоінфекція» – 88,0%.

Ймовірні фактори передачі інфекції встановлено у 97,44%: 47,44% – м'ясопродукти; 10,26% – молочні продукти; 6,41% – риба і рибопродукти; 3,85% – морепродукти; 7,69% – фрукти та овочі; 3,85% – яйця; 5,13% – різноманітні салати; 2,56% – кондитерські та кулінарні вироби.

Із загальної кількості хворих на ГКІ госпіталізовано 12,82%. У вогнищах ГКІ реєструвалися спорадичні випадки захворювань.

Усі випадки ГКЗ були спорадичними, крім 4 випадків (2 вип. гострих гастроентероколітів, 2 вип. харчової токсикоінфекції), що були зареєстровані у членів однієї сім'ї (мати, батько, дві дитини).

Слід зазначити, що випадки ГКЗ не були пов'язані з вживанням їжі у закладах громадського харчування, які належать до структури ДУС, Кабінету Міністрів України, Верховної Ради України.

З метою підвищення санітарно-гігієнічної освіти з питань профілактики ГКІ у лікувально-профілактичні і санаторно-курортні заклади Управління охорони здоров'я та медичного забезпечення направлено інформаційний лист «Про епідемічну ситуацію з гострих кишкових захворювань» (вих. № 08/03-2/271 від 26.07.2013 р.).

За 2013 рік зареєстровано 10 випадків захворювань на сальмонельоз, інтенсивний показник на 100 тис. населення склав 29,50 проти 11 випадків у 2012 році, інтенсивний показник – 30,91. Захворюваність мала спорадичний характер.

Із загальної кількості хворих на сальмонельоз: за статтю: 4 чоловіка (40%) і 6 жінок (60%); за віком: – до 30 років – 1; від 40 до 49 років – 1; від 50 до 59 років – 2; від 60 до 69 років – 4; понад 70 років – 2; працюючих – 4 (40%), непрацюючих – 6 (60%). Звернулись по медичну допомогу: в перші 24 години захворювання – 6 осіб; 24–48 годин – 4 особи.

По медичну допомогу у відділення швидкої медичної допомоги ДНУ «НПЦ ПКМ» звернулись 7 хворих, в 1 вип. було звернення на амбулаторний прийом, у 2 вип. – самозвернення до лікарні.

Лікувалися вдома під наглядом лікаря-інфекціоніста і терапевта 6 (60%) осіб, 4 (40%) хворих пройшли курс стаціонарного лікування: в інфекційному відділенні міської клінічної лікарні № 9 – 1 особа; у клінічній лікарні «Феофанія» – 3 особи.

Діагноз «сальмонельоз» підтверджено лабораторно в 100% випадків. Джерело збудника інфекції не встановлено.

Ймовірні фактори передачі встановлені в усіх випадках: м'ясні продукти харчування – 2 вип.; яйця – 3 вип.; молочні продукти – 2 вип.; морепродукти – 1 вип.; кондитерські вироби – 1 вип.; кавун – 1 випадок.

Протиепідемічні заходи були проведені у кожному вогнищі своєчасно та у повному обсязі.

У 2013 р. серед населення, яке обслуговується медичними закладами ДУС, зареєстровано 42 випадки захворювання на гастроентероколіти, що на 1 вип. більше, ніж у 2012 р., коли зареєстровано 41 вип.; інтенсивний показник склав 123,92 на 100 тис. населення проти 115,22 на 100 тис. населення у 2012 р.

Із загальної кількості хворих на гастроентероколіти: за статтю: 21 чоловік (50%), 21 жінка (50%); за віком: до 30 р. – 10 осіб; від 30 до 39 р. – 6 осіб; від 40 до 49 – 4 особи; від 50 до 59 – 9 осіб; від 60 до 69 років – 6 осіб; понад 70 років – 7 осіб; працюючих – 19 осіб (45,24%), непрацюючих – 23 особи (54,76%).

Усі хворі звернулись по медичну допомогу в перші два дні від початку захворювання до відділення швидкої медичної допомоги ДНУ «НПЦ ПКМ».

Відбір матеріалу на бактеріологічні дослідження проведено в кожному випадку реєстрації гострого гастроентероколіту, своєчасно, в перший день встановлення первинного діагнозу, крім одного випадку, коли пацієнт відмовився від бактеріологічного обстеження.

В інфекційні відділення клінічних лікарень було госпіталізовано 3 (7,15%) хворих: Олександрівська лікарня – 2 особи; Клінічна лікарня «Феофанія» – 1 особа.

Ймовірні фактори передачі встановлені в 41 вип. (97,62%): молочні продукти – 5 вип.; м'ясні продукти – 23 вип.; яйця – 2 вип.; рибні продукти – 4 вип.; різноманітні салати – 3 вип.; овочі, фрукти – 4 вип.

Протиепідемічні заходи були проведені в кожному вогнищі своєчасно та у повному обсязі.

У 2013 р. серед населення, яке обслуговується медичними закладами ДУС, зареєстровано 25 випадків харчових токсикоінфекцій (ХТІ), інтенсивний показник становив 73,76 на 100 тис. населення проти 29 випадків у 2012 році, показник – 81,49. Захворюваність зменшилася на 4 випадки, мала спорадичний характер.

Із загальної кількості хворих на ХТІ: за статтю: 14 (56%) чоловіків, 11 (44%) жінок; за віком: до 30 р. – 3 осіб; від 30 до 39 р. – 5 осіб; від 40 до 49 р. – 3 особи; від 50 до 59 – 4 особи; від 60 до 69 – 5 осіб; понад 70 років – 5 осіб; працюючих – 14 осіб (56%), непрацюючих – 11 осіб (44%).

Усі хворі звернулись по медичну допомогу в перші два дні від початку захворювання. До відділення швидкої медичної допомоги ДНУ «НПЦ ПКМ» звернулися 24 особи, на амбулаторний прийом до кабінету інфекційних захворювань звернулася одна особа.

Відбір матеріалу на бактеріологічні дослідження проведено в кожному випадку реєстрації ХТІ, своєчасно, в перший день встановлення первинного діагнозу.

В інфекційні відділення міських клінічних лікарень було госпіталізовано 2 (8,0%) хворих: Олександрівська лікарня – 1 випадок; міська клінічна лікарня № 4 – 1 випадок.

Ймовірні фактори передачі встановлено у 24 випадках: м'ясні продукти харчування – 12 вип.; рибні продукти – 3 вип.; морепродукти – 2 вип.; молочні продукти – 1 вип.; різноманітні салати – 3 вип.; кондитерські вироби з кремом – 1 вип.; фрукти, овочі – 2 випадки.

Робота епідеміологічного відділу санітарно-епідеміологічної станції ДУС була спрямована на покращення санітарно-протиепідемічного стану закладів, виконання протиепідемічного режиму, проведення заходів з профілактики інфекційної захворюваності серед населення, яке обслуговується ЗОЗ Управління охорони здоров'я та медичного забезпечення ДУС. Так, було проведено 51 обстеження лікувально-профілактичних, санаторно-

курортних, дитячих дошкільних закладів з питань виконання протиепідемічного режиму і впровадження профілактичних заходів, з них планово – 46, за епідпоказаннями – 5 (2012 р. – 53 обстеження, з них планово – 45, за епідпоказаннями – 8). Під час перевірок надано 204 пропозиції з питань удосконалення протиепідемічної роботи.

Висновки

Встановлено спорадичний характер захворюваності на інфекційні хвороби населення, яке обслуговується ЗОЗ ДУС. Зареєстровано зниження показника захворюваності населення за 10 (40,0%) нозологіями, з найвищим рівнем зниження показника за наступними нозологіями: краснуха (16,86), скарлатина (13,49), кашлюк (8,43), харчова токсикоінфекція (7,37). Підвищення показника захворюваності населення зареєстровано за 15 (60,0%) нозологіями, з найвищими рівнями зниження показника за нозологіями: гострі респіраторні вірусні інфекції (6833,45), грип (230,83), вітряна віспа (83,02), ангіна (46,08). Робота епідеміологічного відділу санітарно-епідеміологічної станції ДУС була спрямована на проведення заходів з профілактики інфекційної захворюваності.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням ефективності протиепідемічних заходів, які проводяться СЕС Державного управління справами.

Список літератури

1. Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2000 г. Системы здравоохранения: улучшение деятельности. – ВОЗ, 2000. – 232 с.
2. Европейская база данных «Здоровье для всех» [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.euro.who.int/hfad?language=Russian>. – Название с экрана.
3. Здоровье-2020. Основы политики и стратегия / Шестдесят вторая сессия, Европейский региональный комитет EUR/RC62/8, Мальта, 10–13 сентября 2012 г. Док. EUR/RC62/Conf.Doc./8. – ЕРК ВОЗ, 2011. – 192 с.
4. Москаленко В. Ф. Здоровье и здравоохранение: ключевые императивы / В. Ф. Москаленко. – К. : ИД «Авиценна», 2011. – 256 с.
5. Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи / Лазоришинець В. В., Ковальчук Л. Я., Слабкий Г. О. [та ін.]. – К., 2014. – 608 с.
6. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2013 рік / за ред. О. С. Мусія. – К., 2014. – 438 с.

К ВОПРОСУ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИНФЕКЦИОННЫМИ БОЛЕЗНЯМИ ОТДЕЛЬНОГО КОНТИНГЕНТА НАСЕЛЕНИЯ, КОТОРОЕ ОБСЛУЖИВАЕТСЯ МЕДИЦИНСКИМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ ГОСУДАРСТВЕННОГО УПРАВЛЕНИЯ ДЕЛАМИ

Л.В. Крохмалюк

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

Санитарно-эпидемиологическая станция Государственного управления делами, г. Киев, Украина

Цель: изучить и проанализировать динамику заболеваемости инфекционными заболеваниями отдельного контингента населения, которое обслуживается в учреждениях здравоохранения Государственного управления делами (ГУД).

Материалы и методы. В ходе работы использован статистический метод исследования. Статистической обработке подлежали формы статистической отчетности за 2012–2013 гг.

Результаты. За исследуемый период установлено снижение показателя заболеваемости по следующим нозологиям: краснуха (16,86), скарлатина (13,49), коклюш (8,43), пищевая токсикоинфекция (7,37); и

повышение показателя заболеваемости по следующим нозологиям: острые респираторные вирусные инфекции (6833,45), грипп (230,83), ветряная оспа (83,02), ангина (46,08).

Выводы. Установлен спорадический характер заболеваемости инфекционными болезнями населения, которое обслуживается УЗ ГУД. Работа санитарно-эпидемиологической станции была направлена на проведение профилактических мероприятий относительно инфекционной заболеваемости специального контингента населения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: инфекционные болезни, заболеваемость, специальный контингент населения, Государственное управление делами.

INCIDENCE OF INFECTIOUS DISEASES OF SEPARATE CONTINGENT OF THE POPULATION SERVED BY MEDICAL INSTITUTIONS OF THE STATE ADMINISTRATION AFFAIRS

L.V. Krohmaljuk

PE "Ukrainian Institute of Strategic Researches MHC of Ukraine", Kyiv

Sanitary-and-epidemiologic station of the State Administration Affairs, Kyiv, Ukraine

Purpose: to study and analyze dynamics of the incidence of infectious diseases of separate contingent of served population in health care institutions of the State Administration Affairs (SAA).

Materials and methods. During work performance, the statistical method of research has been used. Forms of the statistical reporting for 2012–2013 years were subject to statistical processing.

Results. For the investigated period decrease in an indicator of disease on the following nosology has been established: rubella (16,86), scarlet fever (13,49), pertussis (8,43), food poisoning (7,37); and increase of an indicator of disease on the following nosology: acute respiratory virus infections (6833.45), influenza (230,83), chicken pox (83,02), angina (46,08).

Conclusions. Sporadic character of incidence by infectious diseases of the population served by HCF SAA is established. The work of sanitary-and-epidemiologic station has been directed for carrying out of preventive measures for infectious disease of special contingent of the population.

KEY WORDS: infectious diseases, morbidity, special contingent of the population, State Administration Affairs.

Рукопис надійшов до редакції 07.11.2014 р.

Відомості про автора:

Крохмалюк Любомир Валерійович – головний лікар Санітарно-епідеміологічної станції Державного управління справами; тел. +38(044)526-51-11.

УДК 616-005:312.6.003.12

Н.О. ТЕРЕНДА

ПРОГНОСТИЧНА ОЦІНКА ЗАХВОРЮВАНOSTІ ТА ПОШИРЕНOSTІ ХВОРОБ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ

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

Мета: вивчити динаміку показників поширеності та захворюваності населення України внаслідок хвороб системи кровообігу (ХСК) у регіональному аспекті протягом 1996–2013 років та спрогнозувати їх зміни до 2020 року.

Матеріали і методи. Матеріалом дослідження слугували дані Центру медичної статистики МОЗ України про рівень первинної захворюваності та поширеності ХСК серед населення України. У роботі використано епідеміологічний, демографічний, статистичний методи дослідження.

Результати. Використовуючи метод демографічного районування, проведено оцінку змін поширеності та захворюваності ХСК в Україні та окремих її районах протягом 1996–2013 років. Спрогнозовано тенденцію подальшого зростання ХСК, як в Україні, так і в деяких її районах.

Висновки. Протягом останніх 17 років в Україні істотно зросла поширеність (у 2,7 разу) та захворюваність (у 1,7 разу) ХСК. Найбільше ці показники змінилися у Південному районі України. Прогнозні показники щодо поширеності та захворюваності ХСК свідчать про тенденцію їх зростання, особливо у Південно-Східному та Південному районах.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: хвороби системи кровообігу, поширеність, первинна захворюваність, прогноз.

Охорона та зміцнення здоров'я населення країни є одним із пріоритетних завдань системи охорони здоров'я в розвинутих країнах світу. Одна із складових цього процесу – скорочення поширеності хронічних неінфекційних захворювань, серед яких найбільшу проблему становлять хвороби системи кровообігу (ХСК). Саме ця патологія, посідаючи перше місце за поширеністю в Україні, значною мірою обумовлює несприятливу демографічну ситуацію, впливаючи на тривалість і якість життя населення країни.

Внаслідок ХСК Україна щорічно втрачає 500 тис. населення. Протягом 1991–2011 рр. показник смертності від цих хвороб в Україні зріс з 488,0 до 965,9 на 100 тис., тобто вдвічі. Смертність від хвороб системи кровообігу в Україні перевищує середньоєвропейський показник у два, а окремих країн – у 3,5 разу [2;3;6;7]. Серцево-судинна патологія займає перше місце у структурі первинної інвалідності дорослого населення, частка якої перевищує 26%. Щорічно в Україні стають інвалідами внаслідок ХСК близько 14–15 осіб з кожних 10 тис. дорослих [4;5].

Мета роботи – вивчити динаміку показників поширеності та захворюваності населення України хворобами системи кровообігу у регіональному аспекті протягом 1996–2013 років та спрогнозувати їх зміни до 2020 року.

Матеріали і методи. Матеріалом дослідження слугували дані галузевої статистичної звітності Центру медичної статистики МОЗ України про рівень первинної захворюваності та поширеності хвороб системи кровообігу серед населення України.

У дослідженні використано демографічне районування [1;7]. Територіальною одиницею вибрано адміністративні області за такими ознаками, як показники відтворення населення та його віково-статевий склад, чисельність, особливості розміщення, розміри території. Виділено п'ять районів: Західний, Центральний, Північно-Східний, Південно-Східний та Південний. Західний включав Волинську, Закарпатську, Івано-Франківську, Львівську, Рівненську, Тернопільську та Чернівецьку області; Центральний – Вінницьку, Житомирську, Київську, Кіровоградську, Хмельницьку і Черкаську області; Північно-Східний – Полтавську, Сумську і Чернігівську; Південний – АР Крим, Миколаївську, Одеську і Херсонську області; Південно-Східний – Дніпропетровську, Донецьку, Запорізьку, Луганську і Харківську області.

У роботі використано епідеміологічний, демографічний методи дослідження. Статистична обробка аналізів результатів дослідження проводилася із застосуванням комп'ютерних статистичних пакетів програм Statistica 6.0 та Microsoft Excel.

Результати дослідження та їх обговорення. На першому етапі дослідження було вивчено та згруповано дані щодо поширеності та первинної захворюваності хвороб системи кровообігу у регіональному аспекті протягом 1996–2013 років.

Загальна захворюваність ХСК в Україні зросла у 2013 р. порівняно із 1996 р. у 2,7 разу. Районні особливості зростання поширеності ХСК полягають в істотному зростанні її у Південному районі з 23443,6 до 72311,2 на 100 тис. населення (у 3,0 рази) та у Західному з 22742,7 до 66429,6 на 100 тис. населення (у 2,9 разу). У Північно-Східному районі спостерігається найменше зростання загальної захворюваності ХСК

з 28161,5 на 100 тис. населення у 1996 р. до 69257,8 на 100 тис. населення у 2013 р. (2,4 разу) (табл. 1).

Проте при детальнішому аналізі можна відмітити певну особливість. У Західному районі, незважаючи на істотне збільшення загальної захворюваності порівняно із 1996 р. (у 2,9 разу), спостерігаються менші показники поширеності

ХСК порівняно із загальноукраїнськими – 66429,6 на 100 тис. населення та 70089,1 на 100 тис. населення відповідно (94,8%). У Південному районі, навпаки, спостерігається переважання загальної захворюваності ХСК щодо її загальноукраїнських показників (відповідно 72311,2 на 100 тис. населення та 70089,1 на 100 тис. населення – 103,2%).

Таблиця 1. Динаміка поширеності хвороб системи кровообігу в Україні за період 1996–2013 рр. (на 100 тис. населення)

Територія	1996	2000	2005	2010	2013
Україна	25672,1	36322,0	61552,5	68687,3	70089,1
Південний район	23443,6	34454,6	59390,8	70467,2	72311,2
Центральний район	28458,6	40158,4	63319,6	71137,5	73284,3
Західний район	22742,7	33093,2	57038,1	65074,5	66429,6
Південно-Східний район	25150,4	36410,1	62592,9	68772,7	69957,9
Північно-Східний район	28161,5	37074,4	63201,6	67571,2	69257,8

Серед областей можна відмітити найбільше зростання поширеності ХСК у Херсонській – з 19240,9 на 100 тис. населення до 74916,3 на 100 тис. населення (3,9 разу), Рівненській – з 18223,7 на 100 тис. населення до 62561,5 на 100 тис. населення (3,4 разу) та Івано-Франківській – з 19767,7 на 100 тис. населення до 66048,7 на 100 тис. населення (3,3 разу) областях. Найменші темпи збільшення загальної захворюваності ХСК в Україні за досліджуваний період спостерігалися у Сумській – з 30318,3 на 100 тис. населення до 62866,5 на 100 тис. населення (2,1 разу), Донецькій – з 29725,8 на 100 тис. населення до 70566,3 на 100 тис. населення (2,4 разу), Чернігівській – з 27915,9 на 100 тис. населення до 67212,7 на 100 тис. населення (2,4 разу) областях.

Подібні тенденції спостерігалися і при вивченні динаміки первинної захворюваності ХСК в Україні протягом 1996–2013 років.

Так, первинна захворюваність ХСК збільшилася в Україні в 2013 р. у 1,7 разу порівняно із 1996 роком. Найбільше вона зросла у Південному – з 2994,8 на 100 тис. населення до 6184,4 на 100 тис. населення (2,1 разу) та Південно-Східному – з 3007,3 на 100 тис. населення до 5658,8 на 100 тис. населення (1,9 разу) районах. Найменше змінилися показники первинної захворюваності у Північно-Східному – з 3571,0 на 100 тис. населення до 5013,5 на 100 тис. населення (1,4 разу) та Центральному – з 3567,0 на 100 тис. населення до 5399,7 на 100 тис. населення (1,5 разу) районах. При цьому первинна захворюваність у Південному районі у 1996 р. була нижчою порівняно із загальноукраїнськими даними відповідно 2994,8 на 100 тис. населення і 3329,4 на 100 тис. населення (90%), а у 2013 р. уже перевищувала їх (відповідно 6184,4 на 100 тис. населення і 5823,1 на 100 тис. населення – 106,2%) (табл. 2).

Таблиця 2. Динаміка захворюваності хворобами системи кровообігу в Україні за період 1996–2013 рр. (на 100 тис. населення)

Територія	1996	2000	2005	2010	2013
Україна	3329,4	5596,8	6178,0	6108,8	5823,1
Південний район	2994,8	4907,1	5648,1	6542,2	6184,4
Центральний район	3567,0	5470,7	5470,0	5490,8	5399,7
Західний район	3783,8	5958,8	6815,6	6538,6	5963,4
Південно-Східний район	3007,3	4380,8	6255,2	6015,2	5658,8
Північно-Східний район	3571,0	5413,1	5270,8	4926,5	5013,5

При оцінюванні динаміки первинної захворюваності ХСК за областями України за досліджуваний період виявлено істотне зростання патології у Львівській – з 2240,3 на 100 тис. населення до 6158,8 на 100 тис. населення (2,7 разу), Ми-

колаївській – з 2943,2 на 100 тис. населення до 7617,8 на 100 тис. населення (2,6 разу) та Харківській – з 2723,1 на 100 тис. населення до 6982,1 на 100 тис. населення (2,6 разу) областях. Найменше зросла первинна захворюваність

протягом 1996–2013 рр. у Закарпатській – з 6153,4 на 100 тис. населення до 6236,0 на 100 тис. населення (101,4%), Київській – з 4457,8 на 100 тис. населення до 5012,8 на 100 тис. населення (112,5%) та Чернівецькій областях – з 4494,5 на 100 тис. населення до 5273,9 на 100 тис. населення (117,3%).

Другим етапом дослідження стало прогнозування динаміки поширеності та захворюваності ХСК в Україні та по районах до 2020 року (рис. 1, 2).

Прогнозні дані свідчать про тенденцію зростання поширеності ХСК в Україні. Так, загальноукраїнські показники поширеності ХСК прогнозовано зростуть

з 70089,1 на 100 тис. населення 2013 р. до 98226,4 на 100 тис. населення у 2020 р. (+40,1%). У двох інших районах, де спостерігається найістотніше зростання загальної захворюваності ХСК за досліджуваний період, прогнозуються такі зміни. У Південному районі показник зміниться з 72311,2 на 100 тис. населення до 101650,1 на 100 тис. населення (+40,6%), у Західному – з 66429,6 на 100 тис. населення до 93501,3 на 100 тис. населення (+40,8%), у Південно-Східному районі – з 69957,9 на 100 тис. населення до 99450,5 на 100 тис. населення (+42,2%) (рис. 1).

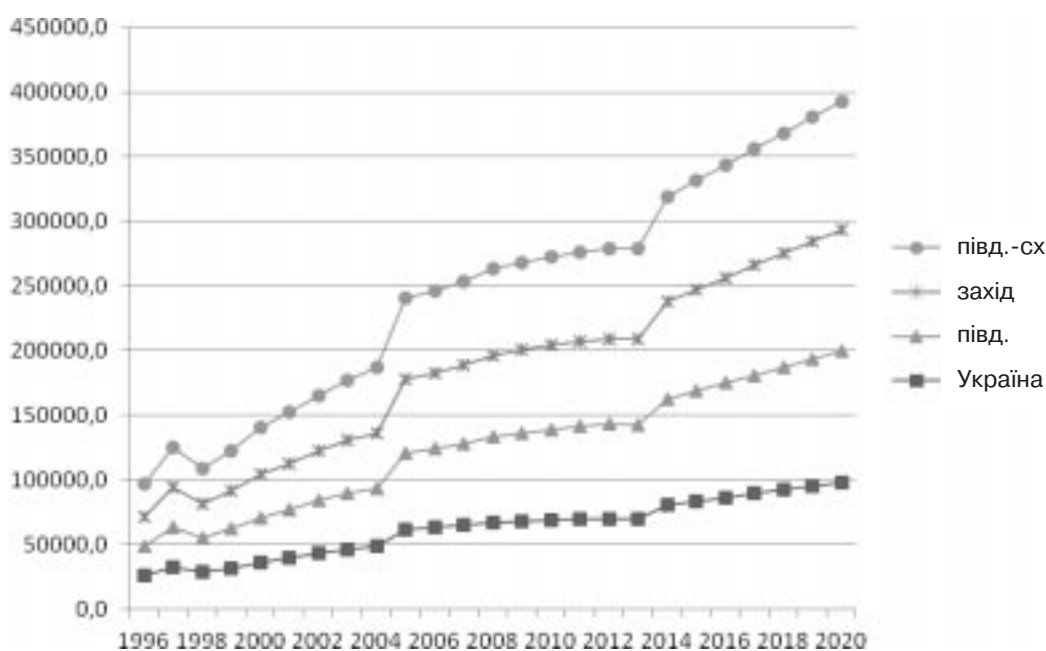


Рис. 1. Прогноз поширеності ХСК в Україні та районах до 2020 року (на 100 тис. населення)

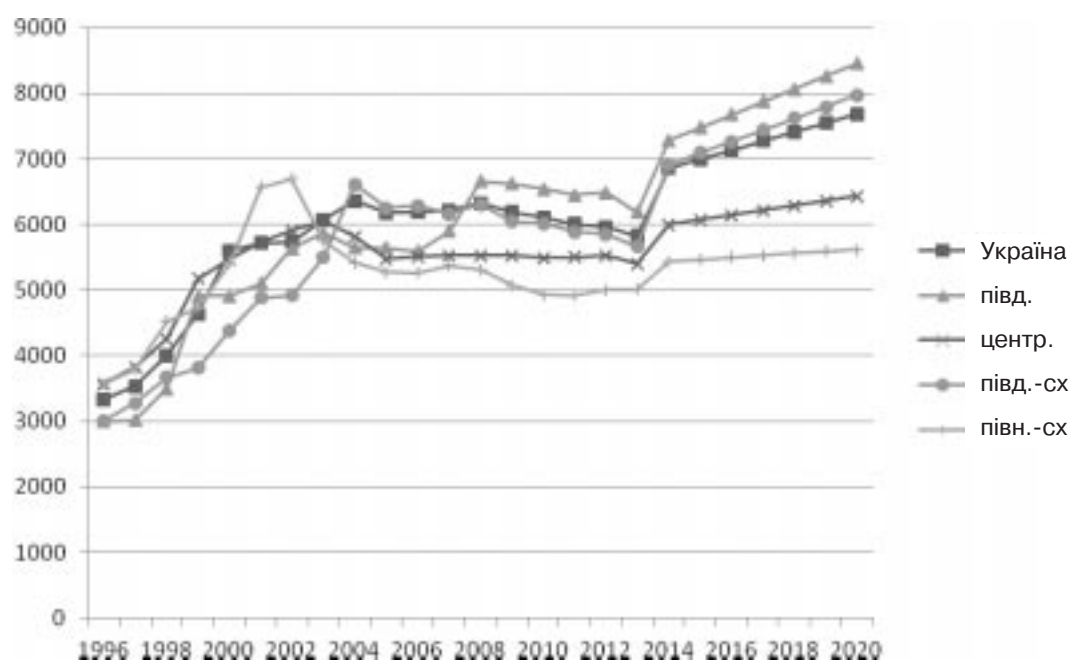


Рис. 2. Прогноз захворюваності ХСК в Україні та районах до 2020 року (на 100 тис. населення)

Висновки

1. Поширеність ХСК в Україні зросла у 2013 р. порівняно із 1996 р. у 2,7 разу. Найістотніше вона збільшилася у Південному (у 3,0 рази) та Західному (у 2,9 разу) районах України.

2. Захворюваність ХСК збільшилася в Україні у 2013 р. у 1,7 разу порівняно із 1996 роком. Найбільше вона зросла у Південному (у 2,1 разу) та Південно-Східному (у 1,9 разу) районах.

3. Прогнозовано поширеність ХСК в Україні до 2020 р. зросте на 40,1%. Найбільше зростання

очікується у Південно-Східному (42,2%), Західному (40,8%) та Південному (40,6%) районах.

4. Первинна захворюваність ХСК прогнозовано збільшиться в Україні на 32,0%, у Південно-Східному районі – на 40,8%, у Південному – на 36,7%.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні динаміки захворюваності та поширеності основних захворювань серцево-судинної системи в Україні та їх прогноз.

Список літератури

1. Демографічна криза в Україні. Проблеми дослідження, витоки, складові, напрямки протидії / НАН України. Ін-т економіки; за. ред. Тешенко. – К., 2001. – 560 с.
2. Дячук Д. Д. Щодо захворюваності дорослого населення України на неінфекційні хвороби / Д. Д. Дячук // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2011. – № 1. – С. 5–9.
3. Корнацький В. М. Проблеми здоров'я та продовження тривалості життя населення України / В. М. Корнацький // Укр. мед. часопис. – 2008. – № 5 (67) – IX-X. – С. 83–87.
4. Крекотень О. М. Медико-соціальні проблеми економічно активного населення України / О. М. Крекотень // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2010. – № 4. – С. 64–67.
5. Пархоменко Г. Я. Характеристика здоров'я населення працездатного віку / Г. Я. Пархоменко, Г. В. Курчатов, В. В. Бідний // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2011. – № 3. – С. 10–14.
6. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2011 рік. – К., 2012. – 440 с.
7. Яценко Ю. Б. Динаміка захворюваності та смертності внаслідок хвороб системи кровообігу в Україні у регіональному аспекті / Ю. Б. Яценко, Н. Ю. Кондратюк // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2012. – № 3. – С. 25–29.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И РАСПРОСТРАНЕННОСТИ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Н.А. Теренда

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

Цель: изучить динамику показателей распространенности и заболеваемости населения Украины вследствие болезней системы кровообращения (БСК) в региональном аспекте на протяжении 1996–2013 годов и спрогнозировать их изменения до 2020 года.

Материалы и методы. Материалом исследования послужили данные Центра медицинской статистики Минздрава Украины об уровне первичной заболеваемости и распространенности БСК среди населения Украины. В работе использованы эпидемиологический, демографический, статистический методы исследования.

Результаты. Используя метод демографического районирования, проведена оценка изменений распространенности и заболеваемости БСК в Украине и отдельных ее районах в течение 1996–2013 годов. Спрогнозировано тенденцию дальнейшего роста БСК, как в Украине, так и в определенных ее районах.

Выводы. В течение последних 17 лет в Украине существенно возросла распространенность (в 2,7 раза) и заболеваемость (в 1,7 раза) БСК. Все эти показатели изменились в Южном районе Украины. Прогнозные показатели по распространенности и заболеваемости БСК свидетельствуют о тенденции их увеличения, особенно в Юго-Восточном и Южном районах Украины.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: болезни системы кровообращения, распространенность, первичная заболеваемость, прогноз.

PROGNOSTIC ESTIMATION OF INCIDENCE AND PREVALENCE OF DISEASES OF CIRCULATORY SYSTEM

N.O. Terenda

SHEI "Ternopil State Medical University named after I. Gorbachevskiy Ministry of Health of Ukraine"

Purpose: to study dynamics of indicators of prevalence and morbidity of the population of Ukraine due to cardiovascular diseases (CVD) in regional aspect during 1996–2013 years and forecast their changes in 2020.

Materials and methods. As research materials were used the data of Center of Health Statistics of the Ministry of Health of Ukraine on the level of primary incidence and prevalence CVD among the population of Ukraine. In work epidemiological, demographic, statistical methods of research are used.

Results. Using the method of demographic division estimation of changes in prevalence and incidence of CVD in Ukraine and its separate regions for 1996–2013 years has been spent. It is predicted tendency of further growth CVD, both in Ukraine and in some districts.

Conclusions. Over the last 17 years in Ukraine prevalence and morbidity of CVD has significantly increased – 2,7 times and 1,7 times accordingly. More of these indicators have changed in Southern region of Ukraine. Projected figures on prevalence and incidence CVD indicate a tendency of their growth, especially in Southeast and Southern regions.

KEY WORDS: **cardiovascular diseases, prevalence, primary incidence, forecast.**

Рукопис надійшов до редакції: 10.11.2014 р.

Відомості про автора:

Теренда Наталія Олександрівна – к.мед.н., 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.: +38(0352)-52-72-33.

Ю.Б. ЯЩЕНКО¹, О.А. СЕМЕНЮК¹, Я.Л. ГРЖИБОВСЬКИЙ²

ЗАГАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ДИНАМІКИ ПРИЧИН СМЕРТІ СЕРЕД РІЗНИХ ВЕРСТВ ДОРОСЛОГО НАСЕЛЕННЯ ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

¹ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ

²Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, Україна

Мета: проаналізувати втрати дорослого населення Львівської області.

Матеріали і методи. У ході дослідження використані бібліосемантичний та статистичний методи. Первинним матеріалом були дані офіційної статистики – форми статистичного обліку за період 2008–2012 років.

Результати. У структурі померлих Львівської області в усі роки спостереження частка осіб працездатного віку чоловічої статі у чотири рази перевищує таку жіночої з практично однаковим темпом зменшення; очікувано переважає доля осіб старше працездатного віку. Структура причин смерті сільського та міського населення області збігалася за роки вивчення: перші три місця належали хворобам системи кровообігу, злоякісним новоутворенням, зовнішнім причинам. Основними причинами втрати осіб пенсійного віку за всі роки вивчення є хвороби системи кровообігу, злоякісні новоутворення та хвороби органів дихання.

Висновки. Встановлені відмінності в рівнях та причинах смертності різних категорій населення слід враховувати при розробці комплексних заходів зниження смертності населення.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: смертність дорослого населення, динаміка, причини.

Для визначення стратегічних напрямів розвитку медичної галузі, спрямованої на покращення здоров'я населення, розробки тактики їх втілення, необхідний детальний аналіз стану здоров'я різних верств населення, у тому числі показників смертності, з метою виявлення як загальних змін, так і окремих причин [1–5].

Мета роботи: провести аналіз втрат дорослого населення Львівської області.

Матеріали і методи. У ході дослідження використані бібліосемантичний та статистичний методи. Первинним матеріалом були дані офіційної статистики – форми статистичного обліку № 103/о, №106/о, №106-1/о, ТС-2, ТС-3, РН-1, С-8, РН-2, ф. №151/о за період 2008–2012 років.

Отримані дані оброблялися з використанням загальноприйнятих методів.

Результати дослідження та їх обговорення. Динаміку структури померлих у Львівській області за основними віковими групами та статтю наведено у табл. 1. Як бачимо, у структурі померлих за роками спостерігається ряд відмінностей. Розглянемо основні з них. Втрати чоловічого населення працездатного віку у понад чотири рази перевищують такі серед жінок того ж вікового періоду. Так, у 2012 р. цей показник становив 29,02% і 6,67% відповідно. Проте темпи зменшення показників, що є характерною ознакою для обох статей, майже однакові – 20,4% серед чоловіків і 19,7% жінок.

Очікуваним є приріст померлих у старшому за працездатний віці. Інтенсивніший він серед чоловіків (12,0% проти 2% серед жінок), тоді як випадків смерті серед чоловіків даної вікової ка-

тегорії у 1,3–1,5 разу менше, ніж серед жінок. Так, у 2012 р. цей показник становив 69,85% проти 92,31% у жінок.

Таким чином, більш несприятлива ситуація щодо смертності спостерігається серед населення чоловічої статі працездатного віку, ніж серед жінок такого ж віку. Встановлено, що за період вивчення причини смерті та їх ранговий розподіл серед населення Львівської області (за МКХ-10) залишалися незмінними і, за окремим винятком, не відрізнялися від ситуації в Україні в цілому. Як видно з таблиці 2, провідні місця у структурі причин смерті постійно посідали: хвороби системи кровообігу, злоякісні новоутворення, зовнішні причини смерті. Стійко займали свої місця протягом років інфекції та паразитарні хвороби (6), хвороби сечостатевої системи (9), хвороби кістково-м'язової та сполучної тканини (10) та хвороби крові (11). Водночас за рахунок різної інтенсивності зменшення рівнів смерті, дані про які наводимо нижче, у 2012 р. 4, 5, 7, 8 місця займали хвороби органів травлення, дихання, ендокринні та нервові хвороби, тоді як у 2008 р. вони належали хворобам органів дихання, травлення, хворобам нервової системи, ендокринним хворобам відповідно. Відмінність розподілу відносно України в цілому стосувалась лише 7, 8, 9 місць, які протягом років посідали хвороби нервової, сечостатевої систем та ендокринні хвороби. Тобто у 2012 р. шість перших місць збігалися, і причини смерті розташувались у наступній послідовності: хвороби системи кровообігу, злоякісні новоутворення, зовнішні причини, хвороби органів травлення, дихання, інфекційні та паразитарні хвороби. Збігалися й два останні – хвороби кістково-м'язової та сполучної тканини (10 місце) і хвороби крові (11 місце).

Таблиця 1. Структура померлих у Львівській області у 2008–2012 рр. за основними віковими групами та статтю (%)

Рік	Чоловіки		Жінки	
	працездатні	старші працездатного віку	працездатні	старші працездатного віку
2008	36,46	62,35	8,31	90,48
2009	31,64	67,2	7,6	91,53
2010	30,47	68,19	6,88	92,12
2011	29,89	68,63	6,81	92,19
2012	29,02	69,85	6,67	92,31
За 5 років темпи змін (Т п/з)	-20,4%	+12,0%	-19,7%	+2,0%

Таблиця 2. Динаміка основних причин смерті всього населення України та Львівської області (на 100 тис. відповідного населення)

Основна причина смерті	Україна			Львівська область		
	2008	2012	Т п/з	2008	2012	Т п/з
Інфекційні та паразитарні хвороби, у т.ч. туберкульоз	37,4	30,6	-18,2	26,1	21,0	-27,4
Злоякісні новоутворення	190,7	202,3	+6,0	156,6	172,8	+10,3
Хвороби крові	0,7	0,7	0	0,7	0,9	+28,6
Ендокринні хвороби, у т. ч. цукровий діабет	6,1	5,6	-8,2	8,1	7,9	-2,5
Хвороби нервової системи	15,8	12,9	-18,3	10,0	6,7	-33,0
Хвороби кровообігу	1039,4	960,2	-7,6	893,6	811,6	-9,2
у т. ч. ГХ	1,4	1,6	+14,3	2,0	2,0	0
інфаркт міокарда	21,7	25,3	+16,5	22,8	22,4	-17,5
ішемічна хвороба серця	694,0	654,4	-5,7	682,8	597,6	-12,5
інсульт	91,8	91,7	-0,1	83,8	72,1	-14,0
цереброваскулярні хвороби	223,1	204,5	-8,3	115,1	108,3	-6,0
Хвороби органів дихання	50,4	37,6	-25,3	55,5	37,9	-31,7
Хвороби органів травлення	76,2	61,0	-20,0	54,7	42,7	-22,0
Хвороби кістково-м'язової системи	1,6	1,3	-18,7	2,2	1,2	-4,5
Хвороби сечостатевої системи	14,6	7,0	-52,0	5,1	4,5	-11,7
Зовнішні причини	132,9	91,8	-31,0	93,6	61,2	-34,6

Динаміка показників свідчить про зниження їх рівнів, за винятком злоякісних новоутворень та хвороб крові. Темп приросту перших більший у регіоні (10,3%), ніж в країні (6,0%), а хвороб крові становив 28,6% при незмінному показнику в Україні. Інтенсивність зменшення смертності була різною в розрізі причин та територій. Суттєвою вона виявилася від зовнішніх причин (31,0% та 34,6% в Україні та регіоні відповідно), хвороб органів дихання (25,3% та 31,7%), органів травлення (20,0% та 22,0%). Меншою мірою змінилися показники при хворобах кровообігу (7,6% та 9,2% відповідно), ендокринних хворобах (8,2% та 2,5% відповідно). Найчастішою причиною смерті від хвороб кровообігу є ішемічна хвороба серця (ІХС), цереброваскулярні хвороби, інсульт. Слід зазначити, що смертність від ІХС та інсультів в області зазнала більших змін, ніж в країні – на 12,5% та 14,0% проти 5,7% та 0,1% відповідно.

Серйозним питанням при розробці заходів покращення ситуації, з огляду на відомі відмінності

матеріально-технічного забезпечення, доступність медичної допомоги міському і сільському населенню, є володіння інформацією щодо причин смерті на зазначених територіях та аналіз динаміки їх змін у порівняльному аспекті. Отримані дані вказують на те, що структура причин смерті за класами хвороб в області серед сільського та міського населення ідентична усі роки, за винятком лише четвертого-п'ятого місць: четверте в першому випадку належало органам дихання, а п'яте – травленню, а в другому – навпаки. Перші три місця належали хворобам кровообігу (серед яких ідентично найпоширенішими були ІХС, цереброваскулярні хвороби, інсульт), злоякісним новоутворенням та зовнішнім причинам; наступні 6–11 займали інфекційні, ендокринні хвороби, хвороби нервової, сечостатевої, кістково-м'язової систем та хвороби крові. Варто вказати на подібність розподілу серед вказаних верств населення й в цілому по Україні. Проте існує одна відмінність: в області сьоме місце посідають енто-

кринні хвороби, а в Україні – хвороби нервової системи, восьме розподіляється навпаки.

Слід наголосити, що за роки вивчення серед сільського населення відмічалось суттєве зростання втрат з приводу злоякісних новоутворень (14,0%), ендокринних хвороб (70,4%), серед яких удвічі більше від цукрового діабету, на 13,9% – від хвороб сечостатевої системи. Окремо зауважимо збільшення хвороб крові, кровотворних органів та сполучної тканини (на 83,3%), а серед хвороб кровообігу на тлі зменшення показників стало більше інфарктів (17,8%), цереброваскулярних уражень (2,4%). Менші зміни за вказаний період спостерігались серед жителів міст – на 8,1%; зріс показник смертності від злоякісних новоутворень та на 41,0% – зовнішніх причин смерті, за рахунок чого вони увійшли до провідної тріади. При порівнянні рівнів смертності з провідних її причин привертає увагу наступне: їх величини суттєво вищі в сільських поселеннях внаслідок хвороб кровообігу та зовнішніх причин, а в міських – внаслідок злоякісних новоутворень.

Статеві особливості також мають бути враховані. Вище зазначалось, що в регіоні частка по-

мерлих жінок була вірогідно меншою, проте за рахунок повільнішого скорочення випадків вона збільшилась на 10% і у 2012 р. перевищила показник серед чоловічої статі (50,3±0,3% проти 49,7±0,3% відповідно), а в сільській місцевості досягла 52,5±0,4%. Виникає логічна потреба у з'ясуванні характеру змін причин втрати як чоловічого, так і жіночого населення області. З даних табл. 3 видно, що стабільно за частотою причин перші два місця належали хворобам системи кровообігу та злоякісним новоутворенням. Наступна послідовність не збігається в осіб чоловічої та жіночої статі. Серед жінок хвороби органів дихання переходять з третього місця на четверте, поступаючись хворобам органів травлення, на п'ятому перебувають зовнішні причини. Далі йдуть інфекційні, ендокринні, нервові, хвороби сечостатевої та кістково-м'язової систем, завершують перелік хвороби крові. Натомість у чоловіків зовнішні причини стоять на третьому місці, за ними йдуть хвороби органів травлення та дихання. Хвороби нервової системи також частіше, ніж ендокринні у жінок, призводять до смерті чоловіків. За рештою причин різниці не виявлено.

Таблиця 3. Динаміка причин смерті чоловічого та жіночого населення області (на 100 тис. відповідного населення)

Основна причина смерті	Чоловіки			Жінки		
	2008	2012	Т п/з	2008	2012	Т п/з
Інфекційні та паразитарні хвороби, у т.ч. туберкульоз	45,5	34,6	-23,9	8,7	8,9	+2,3
Злоякісні новоутворення	36,5	26,2	-28,2	5,4	4,3	-20,4
Хвороби крові	187,7	211,4	+12,6	128,8	138,1	+7,2
Ендокринні хвороби, у т.ч. цукровий діабет	0,6	0,7	+16,7	0,8	1,1	+37,5
Хвороби нервової системи	7,7	7,1	-7,8	8,5	8,6	+1,2
Хвороби системи кровообігу у т.ч. ГХ	7,2	6,4	-11,1	7,9	7,7	-2,5
інфаркт міокарда	12,5	9,7	-22,4	7,8	4,1	-47,4
ішемічна хвороба серця	841,8	762,9	-9,4	913,5	855,3	-6,4
інсульт	2,7	2,5	-7,4	1,3	1,5	+15,4
цереброваскулярні хвороби	28,6	28,2	-1,4	17,5	17,1	-2,3
Хвороби органів дихання	662,5	558,7	-15,7	700,9	632,5	-9,7
Хвороби органів травлення	88,4	76,3	-13,7	79,6	68,3	-14,2
Хвороби кістково-м'язової системи	116,1	106,7	-8,1	114,1	109,7	-3,8
Хвороби сечостатевої системи	81,8	54,8	-33,0	31,9	22,8	-28,5
Зовнішні причини	81,8	61,1	-25,3	30,4	26,2	-13,8
	1,8	0,9	-50,0	2,5	1,5	-40,0
	5,7	5,0	-12,3	4,5	4,0	-11,1
	165,3	104,2	-37,0	29,5	22,7	-23,0

Слід зазначити, що за винятком хвороб ендокринної системи, у тому числі цукрового діабету, хвороб кістково-м'язової системи та хвороб крові, рівні смертності чоловіків суттєво вищі, ніж жінок. Причому більші показники смертності жіночого населення з приводу хвороб кровообігу

формують ішемічна хвороба серця та цереброваскулярна патологія.

Не викликає сумніву наявність повікових особливостей причин смерті і їх значення в системному підході до покращення ситуації. Вони проявляються в частоті тих чи інших, що призводять

до смерті, патологій та значно вищими величинами їх показників, за винятком інфекцій та паразитарних хвороб, серед населення старше працездатного віку.

Основними причинами втрати осіб пенсійного віку є хвороби системи кровообігу, злоякісні новоутворення та хвороби органів дихання. Вони є провідними за всі роки вивчення. Четверте місце з варіаціями за часом належить хворобам органів травлення або зовнішнім причинам (у 2012 р. першим з них). Наступна послідовність виглядає таким чином: ендокринні, інфекційні, хвороби сечостатевої та нервової, кістково-м'язової систем та крові. У працездатному віці зміни стосувались лише другого місця. Після хвороб кровообігу його займали зовнішні причини, а у 2012 р. вони поступилися злоякісним новоутворенням. Така ситуація склалася за рахунок жителів міст, тоді як серед сільських залишались зовнішні причини. Зазначимо, що у чоловіків зовнішні причини превалюють, тому вони займають друге місце, яке у жінок належить злоякісним новоутворенням. Решта причин стабільно були розташовані в наступній послідовності: хвороби органів травлення, інфекційні, дихання, нервові, ендокринні, хвороби сечостатевої, кістково-м'язової систем та хвороби крові. Зауважимо, що така структура причин, за окремим винятком, близька до такої загалом по Україні. Різницю становлять восьме і дев'яте місця, коли дев'яте займають ендокринні хвороби, а не сечостатевої системи, як в регіоні. Треба вказати на факт інтенсивного зростання втрати населення післяпрацездатного віку з таких причин: інфекційні хвороби (18,5%), зокрема туберкульоз (24,6%), злоякісні новоутворення (1,4%), гіпертонічна хвороба (46,3%), інфаркт (4,2%), хвороби органів травлення (19,2%). Натомість серед осіб працездатного віку темп зростання до 7,5% був притаманним лише злоякісним новоутворенням.

Висновки

1. У структурі померлих Львівської області в усі роки спостереження частка осіб працездатного віку чоловічої статі у чотири рази перевищує таку жіночої (у 2012 р. – 29,02% та 6,67% відповідно) з практично однаковим темпом зменшення; очікувано переважає доля осіб старше працездатного віку, де, навпаки, жінок у 1,3–1,5 разу більше, тоді як зростання випадків у 6 разів інтенсивніше серед чоловіків.

2. Структура причин втрати сільського та міського населення області збігалася за роки

вивчення: перші три місця належали хворобам системи кровообігу, злоякісним новоутворенням, зовнішнім причинам; 6–11 місця посіли інфекційні, ендокринні, хвороби нервової, сечостатевої, кістково-м'язової систем та хвороби крові відповідно. Виняток становлять хвороби органів травлення та дихання: перші займають четверте місце, а п'яте – останні серед міських, тоді як у сільській місцевості – навпаки. Такий розподіл спостерігається й загалом по Україні, за винятком сьомого місця, яке в області посідають ендокринні хвороби, та восьмого, яке посіли хвороби нервової системи, а в країні вони змінюються за своєю послідовністю.

3. Виявлені відмінності причин смерті жінок та чоловіків. При збереженні хвороб кровообігу та злоякісних новоутворень на перших двох місцях наступними серед жінок були хвороби органів травлення, які перемістилися з четвертого, та органів дихання, на п'ятому – зовнішні причини, тоді як у чоловіків останні займали третє місце, а далі йшли хвороби органів травлення та дихання.

4. Рівні смерті серед чоловіків, за винятком хвороб кровообігу, ендокринних хвороб, кістково-м'язової системи та хвороб крові, значно вищі, ніж серед жінок; серед хвороб кровообігу у жінок переважала ІХС та цереброваскулярні, у чоловіків – інфаркт міокарда та інсульт. Крім того, зовнішні причини, хвороби нервової системи частіше призводять до втрати чоловіків, вони займають третє та сьоме місця, тоді як у жінок – хвороби органів травлення та ендокринні хвороби відповідно.

5. У осіб працездатного віку серед причин смерті друге місце, з часом замість зовнішніх причин, зайняли злоякісні новоутворення. Така ситуація склалася за рахунок жителів міст, тоді як серед сільських залишилися зовнішні причини; переважали вони й серед осіб чоловічої статі, на відміну від яких у жінок переважали злоякісні новоутворення. Решта причин представлена в наступній послідовності: хвороби органів травлення, інфекційні, дихання, нервової системи, ендокринні, хвороби сечостатевої, кістково-м'язової систем та хвороби крові. Подібний розподіл спостерігався й серед зазначеної когорти в цілому по Україні, де лише на 9 місці хвороби сечостатевої системи змінилися на ендокринні.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з розробкою комплексних міжсекторальних заходів зниження смертності населення.

Список літератури

1. Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи / Лазоришинець В. В., Лісневська Н. О., Ковальчук Л. Я. [та ін.]. – К., 2014. – 608 с.
2. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві : Закон України від 07.07.2011 № 3612-VI // Відомості Верховної Ради України. – 2012. – № 12 (№ 12-13). – С. 552.

3. Слабкий Г. О. Регіональні особливості стану здоров'я населення України / Г. О. Слабкий, Н. В. Медведовська. – К., 2010. – 174 с.
4. Сучасні та прогностичні тенденції смертності населення України : монографія / Г. О. Слабкий, О. М. Орда, Л. А. Чепелевська, О. В. Любінець. – К., 2010. – 179 с.
5. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2013 рік / за ред. О. С. Мусія. – К., 2014. – 438 с.

ОБЩИЕ ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ ПРИЧИН СМЕРТИ СРЕДИ РАЗНЫХ СЛОЕВ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ЛЬВОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Ю.Б. Яценко¹, А.А. Семенюк¹, Я.Л. Гржибовский²

¹ГУ «Украинский институт стратегических исследований МЗ Украины», г. Киев

²Львовский национальный медицинский университет им. Данила Галицкого, Украина

Цель: проанализировать утраты взрослого населения Львовской области.

Материалы и методы. В ходе исследования использовались библиосемантический и статистический методы. Первичным материалом были данные официальной статистики – формы статистического учета за период 2008–2012 годов.

Результаты. В структуре умерших Львовской области за все годы наблюдения доля лиц трудоспособного возраста мужского пола в четыре раза превышает такую женской с практически одинаковым темпом уменьшения; ожидаемо превалирует доля лиц старше трудоспособного возраста. Структура причин смерти сельского и городского населения области совпадала за годы изучения: первые три места принадлежали болезням системы кровообращения, злокачественным образованиям, внешним причинам. Основными причинами потерь лиц пенсионного возраста за все годы изучения являются болезни системы кровообращения, злокачественные новообразования и болезни органов дыхания.

Выводы. Установлены отличия в уровнях и причинах смертности разных категорий населения нужно учитывать при разработке комплексных мер снижения смертности населения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: смертность взрослого населения, динамика, причины.

GENERAL DYNAMICS FEATURES OF DEATH CAUSE AMONG VARIOUS SEGMENTS OF ADULT POPULATION OF LVIV REGION

J.B. Yashchenko¹, O.A. Semenyuk¹, Ya.L. Hrzhybovskyi²

¹PE "Ukrainian Institute of Strategic Researches MHC of Ukraine", Kyiv

²Lviv National Medical University named after Danylo Galytskyi, Ukraine

Purpose: to analyze losses of adult population of Lviv region.

Materials and methods. Under research bibliosemantick and statistical methods are used. The primary material were the data of official statistics - forms of statistical records for the period 2008-2012.

Results. In structure of the dead in Lviv region in all years of supervision share of working-age male four times exceeds those female with practically identical rate of reduction; it is expected predominant share of people more senior than working age. The structure of the death causes of rural and urban population of the region coincided during years of studying: first three places belonged to cardiovascular diseases, malignant neoplasms, external causes. The main reasons of loss of persons of pension age for all years of studying are cardiovascular diseases, malignant neoplasms and respiratory diseases.

Conclusions. The established distinctions in levels and death causes of various categories of the population should be taken into account by development of comprehensive measures of reduction mortality of the population.

KEY WORDS: mortality of adult population, dynamics, reasons.

Рукопис надійшов до редакції 07.11.2014 р.

Відомості про авторів:

Яценко Юрій Борисович – д.мед.н., проф., ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; тел.: +38 (044) 576-41-19.

Семенюк Олександр Андрійович – лікар-стоматолог-терапевт, Інститут стоматології НАПО ім. П.Л. Шупика, пошукач ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; тел.: +38 (044) 576-41-19.

Гржибовський Ярослав Леонідович – асистент кафедри організації і управління охороною здоров'я Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького; тел.: +38 (032) 275-76-32.

УДК 614.2:312.6:001.8(477.84)

В.Л. СМІРНОВА, Н.Я. ПАНЧИШИН, О.Н. ЛИТВИНОВА

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ОСНОВНИХ ПОКАЗНИКІВ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НАСЕЛЕННЯ ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ОБЛАСТІ

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

Мета: проаналізувати зміни в захворюваності населення Тернопільської області протягом 2009–2013 років.**Матеріали і методи.** Спостереження здійснювалося як популяційне, епідеміологічне й охоплювало період з 2009 до 2013 року. Було проаналізовано статистичні довідники та статистичні дані щодо захворюваності населення області.**Результати.** Встановлено, що загальний показник поширеності хвороб серед населення Тернопільської області формувалася за рахунок хвороб системи кровообігу (32,7%), органів дихання (20,7%) та травлення (9,5%). Структуру первинної захворюваності формували хвороби органів дихання (45,4%), хвороби системи кровообігу (7,3%), хвороби шкіри та підшкірної клітковини (6,9%).**Висновки.** Аналіз показників поширеності хвороб та первинної захворюваності протягом 2009–2013 років свідчить про негативні тенденції стану здоров'я населення. Відмічено зростання рівня поширеності хвороб протягом досліджуваного періоду та деяке зниження рівня первинної захворюваності.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: захворюваність, поширеність хвороб, порівняльний аналіз.

Здоров'я населення займає особливе місце у системі цінностей цивілізованої країни. Здоров'я населення країни відображає її соціально-економічне, екологічне, демографічне і санітарно-гігієнічне благополуччя, є одним із соціальних індикаторів суспільного прогресу, важливим чинником, який впливає на якість та ефективність трудових ресурсів.

Вивчення тенденцій захворюваності та поширеності хвороб серед населення є однією з важливих складових стратегічного планування медичної галузі.

Мета: проаналізувати зміни в захворюваності населення Тернопільської області протягом 2009–2013 років.**Матеріали і методи.** Спостереження здійснювалося як популяційне, епідеміологічне й охоплювало період з 2009 до 2013 року. Було проаналізовано статистичні довідники та статистичні дані щодо захворюваності населення області.**Результати дослідження та їх обговорення.** Захворюваність населення України має тенденцію до зростання. Особливо це стосується поширеності захворювань. Якщо у 1991 р. рівень поширеності становив 1104,0‰, то в 2013 р. він зріс у 1,68 разу (1856,5‰). Первинна захворюваність зростала не такими стрімкими темпами – лише в 1,1 разу (відповідно, 620,0‰ та 683,8‰).

Нами проведено порівняльний аналіз показників поширеності та первинної захворюваності серед населення Тернопільської області. Виявлено, що рівні поширеності захворювань у пері-

од 2009–2013 рр. загалом мали тенденцію до зростання. Аналіз показників поширеності захворювань серед всього населення України показує, що у період 2009–2011 рр. спостерігалось їх зростання, а в 2012 та 2013 рр. – зниження (табл. 1).

Виявлено, що показник поширеності хвороб серед населення Тернопільської області незначно зростав – з 1809,6 у 2009 р. до 1844,1 на 1000 населення у 2013 р. (+1,87%), а порівняно з 2012 р. – на 1,26% (1820,9 на 1000 населення). Показник поширеності захворювань за 2013 р. коливався від 1419,9 в Кременецькому, до 2146,8 в Монастириському районі. Вищі показники поширеності на 1000 населення від середньообласного спостерігалися у Монастириському – 2146,8, Підволочиському – 2055,9, Бучацькому – 2020,7, Бережанському – 1995,9, Чортківському – 1964,0 районах і м. Тернополі – 1935,1. Нижчі від середньообласного показника показники виявлено у Кременецькому – 1419,9, Козівському – 1584,9, Збаразькому – 1680,1 районах. Що стосується показника поширеності хвороб серед населення України, то він у даний період незначно зростав – з 1846,3 у 2009 р. до 1856,5 на 1000 населення у 2013 р. (+0,55%), а порівняно з 2012 р. – на 0,1% (1854,6 на 1000 населення). Таким чином, зберігається проблема накопичення хронічної патології серед населення України.

Аналіз первинної захворюваності засвідчив незначне зниження її рівня у Тернопільській області за вказаний період. По Україні в цілому в 2013 р. рівень первинної захворюваності знизився і в динаміці за п'ять років, і порівняно з попереднім роком (табл. 2).

Таблиця 1. Поширеність захворювань у Тернопільській області та в Україні у 2009–2013 рр. (на 1000 населення)

Адміністративна територія	Показник поширеності захворювань (на 1000 населення)				
	2009 р.	2010 р.	2011 р.	2012 р.	2013 р.
Тернопільська область	1809,6	1824,1	1816,1	1820,9	1844,1
Україна	1846,3	1867,9	1870,9	1854,6	1856,5

Таблиця 2. Первинна захворюваність населення Тернопільської області та України у 2009–2013 рр. (на 1000 населення)

Адміністративна територія	Показник первинної захворюваності (на 1000 населення)				
	2009 р.	2010 р.	2011 р.	2012 р.	2013 р.
Тернопільська область	703,9	700,5	686,6	674,3	671,5
Україна	718,7	722,6	7101,3	685,6	683,8

Спостерігалось зменшення рівня первинної захворюваності серед населення Тернопільської області за період з 2009 по 2013 роки з 703,9 у 2009 р. до 671,5 на 1000 населення (-4,60%). Найвищі показники первинної захворюваності у 2013 р. спостерігалися у Монастириському (868,6), Буцацькому (784,5), Підволочиському (761,6) районах, найнижчий – у Козівському (424,3) районі. Зменшення рівня первинної захворюваності серед всього населення України за

останні п'ять років з 718,7 у 2009 р. до 683,8 на 1000 населення (-4,85%), при зниженні її значення порівняно з минулим роком з 685,6 до 683,8 на 1000 населення (-0,26%), свідчить про стабілізацію тенденцій до зниження кількості вперше виявлених захворювань (-1,72% у 2011 р., -3,46% у 2012 р.).

Структура поширеності захворювань серед населення Тернопільської області за 2013 р. зображена на рисунку 1.

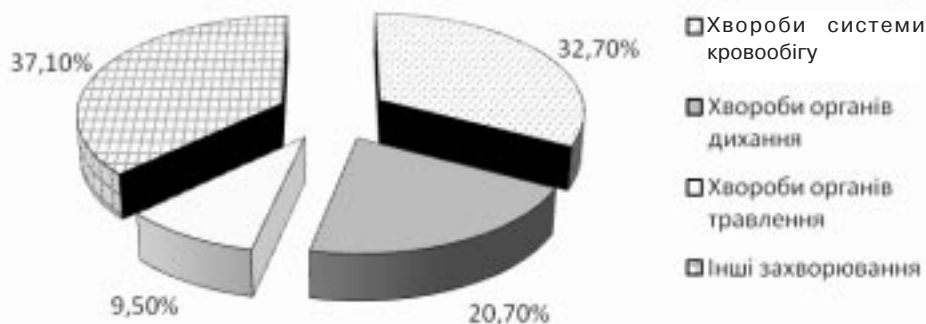


Рис. 1. Структура поширеності захворювань серед населення Тернопільської області (2013 р.)

Як видно з рисунку, у 2013 р. у структурі поширеності захворювань за класами хвороб перше місце посідають хвороби системи кровообігу – 603,1 на 1000 населення, що складає 32,7%, у 2012 р. – 591,1 (32,5%); друге – хвороби органів дихання – 381,4 (20,7%), у 2012 р. – 376,4 (20,7%); третє – хвороби органів травлення – 175,8 (9,5%), у 2012 р. – 172,1 (9,5%).

Структура поширеності хвороб серед всього населення України за більшістю класів порівняно з попередніми роками суттєво не змінилася. Основу структури поширеності хвороб традиційно формують хвороби системи кровообігу (31,47%), хвороби органів дихання (19,32%), хво-

роби органів травлення (9,70%), хвороби сечостатевої системи (5,43%), хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (5,37%), хвороби ока та його придаткового апарату (4,97%), ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин (4,84%), хвороби шкіри та підшкірної клітковини (2,64%), травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників (2,63%).

Показники поширеності хвороб за останні п'ять років (2009–2013 рр.) збільшилися за наступними класами: ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин (9,78%), новоутворення (9,33%), хвороби системи кровообігу (3,83%); менш виразно – за кла-

сами хвороби ока та його придаткового апарату (1,96%), хвороби сечостатевої системи (1,78%); хвороби вуха та соскоподібного відростка (1,73%).

Зниження показників поширеності хвороб зафіксовано за наступними класами: хвороби органів дихання (-5,96%), розлади психіки та поведінки (-3,61%), хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму (-2,87%), травми, отруєння

та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників (-2,33%), хвороби нервової системи (-2,02%).

У структурі первинної захворюваності населення Тернопільської області у 2013 р. перше місце посідають хвороби органів дихання – 304,5 на 1000 населення, що становить 45,4%, у 2012 р. – 304,2 (45,1%), друге місце – хвороби системи кровообігу – 48,8 (7,3%), у 2012 р. – 48,2 (7,1%), третє місце – хвороби шкіри та підшкірної клітковини – 46,6 (6,9%), у 2012 р. – 45,9 (6,8%) (рис. 2).

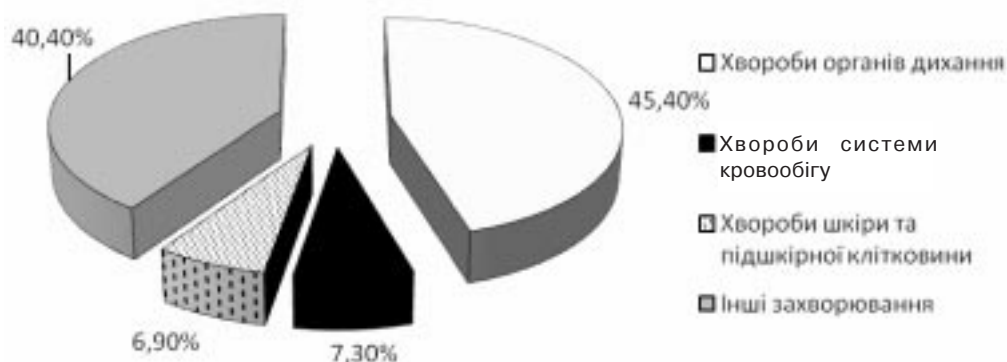


Рис. 2. Структура первинної захворюваності населення Тернопільської області (2013 р.)

Структуру первинної захворюваності населення України у 2013 р., як і в попередньому році, переважно формували: хвороби органів дихання (42,85%), хвороби системи кровообігу (7,27%), травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників (6,72%), хвороби сечостатевої системи (6,60%), хвороби шкіри та підшкірної клітковини (5,98%), хвороби ока та його придаткового апарату (5,25%).

У цілому поширеність хвороб у Тернопільській області лише на 0,67%, а первинна захворюваність – на 1,79% нижча за середній показник по Україні. Невпинне зростання поширеності захворювань порівняно з 1991 р. (на 40,53%) не лише підводить нас до питання підвищення доступності, якості та ефективності медичної допомоги, але й потребує розв'язання соціально-економічних проблем, всебічного посилення профілактичних заходів, формування здорового способу життя населення та покращення якості його життя.

Висновки

1. Аналіз показників поширеності хвороб та первинної захворюваності протягом 2009–2013 років свідчить про негативні тенденції стану здоров'я населення. Відмічено зростання рівня поширеності хвороб протягом досліджуваного періоду та деяке зниження рівня первинної захворюваності.

2. Загальний показник поширеності хвороб серед населення Тернопільської області формувався за рахунок хвороб системи кровообігу (32,7%), органів дихання (20,7%) та травлення (9,5%).

3. Структуру первинної захворюваності формували хвороби органів дихання (45,4%), хвороби системи кровообігу (7,3%), хвороби шкіри та підшкірної клітковини (6,9 %).

Перспективи подальших досліджень полягають у подальшому спостереженні та вивченні основних показників захворюваності населення.

Список літератури

1. Основні показники стану здоров'я населення та ресурсів охорони здоров'я Тернопільської області / гол. ред. М. М. Буртняк. – Тернопіль, 2009. – 128 с.
2. Основні показники стану здоров'я населення та ресурсів охорони здоров'я Тернопільської області / гол. ред. М. М. Буртняк. – Тернопіль, 2011. – 127 с.
3. Основні показники стану здоров'я населення та ресурсів охорони здоров'я Тернопільської області / гол. ред. М. М. Буртняк. – Тернопіль, 2012. – 127 с.
4. Основні показники стану здоров'я населення та ресурсів охорони здоров'я Тернопільської області / гол. ред. М. М. Буртняк. – Тернопіль, 2013. – 127 с.

5. Ціборовський О. М. Захворюваність як показник стану здоров'я населення України і основні ризики її підвищення в сучасних історичних умовах (1991–2008 рр.) / О. М. Ціборовський. – К., 2010. – 63 с.
6. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2013 рік / за ред. О. С. Мусія. – К., 2014. – 438 с.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ТЕРНОПОЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

В.Л. Смирнова, Н.Я. Панчишин, О.Н. Литвинова

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

Цель: проанализировать изменения в заболеваемости населения Тернопольской области в течение 2009–2013 годов.

Материалы и методы. Наблюдение осуществлялось как популяционное, эпидемиологическое и охватывало период с 2009 до 2013 года. Были проанализированы статистические справочники и статистические данные относительно заболевания населения области.

Результаты. Установлено, что общий показатель распространенности болезней среди населения Тернопольской области формировался за счет болезней системы кровообращения (32,7%), органов дыхания (20,7%) и пищеварения (9,5%). Структуру первичной заболеваемости формировали болезни органов дыхания (45,4%), болезни системы кровообращения (7,3%), болезни кожи и подкожной клетчатки (6,9%).

Выводы. Анализ показателей распространенности болезней и первичной заболеваемости в течение 2009–2013 годов свидетельствует о негативных тенденциях состояния здоровья населения. Отмечен рост уровня распространенности болезней в течение исследуемого периода и некоторое снижение уровня первичной заболеваемости.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: заболеваемость, распространенность болезней, сравнительный анализ.

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE BASIC INDICES OF MORBIDITY OF THE POPULATION OF TERNOPIL REGION

V.L. Smirnova, N.Y. Panchyshyn, O.N. Lytvynova

SHI "Ternopil State Medical University named after I. Gorbachevskyi Ministry of Health of Ukraine "

Purpose: to analyze changes in morbidity of the population of Ternopil region during 2009-2013.

Materials and methods. Observations was carried out as population, epidemiological and covered the period from 2009 to 2013. Statistical references and statistics on morbidity in region have been analyzed.

Results. It is established that the general prevalence index of diseases among population of Ternopil region formed due to cardiovascular diseases (32,7%), respiratory (20,7%) and digestive system (9,5%). Structure of primary morbidity formed respiratory diseases (45,4%), cardiovascular diseases (7,3%), skin diseases and subcutaneous tissue (6,9%).

Conclusions. The analysis of disease prevalence and primary morbidity during 2009-2013 indicates the negative tendencies of population state of health. Increase of prevalence level of diseases during the study period and some reduction in level of primary disease has been marked.

KEY WORDS: morbidity, prevalence of diseases, comparative analysis.

Рукопис надійшов до редакції 05.11.2014 р.

Відомості про авторів:

Смирнова Валентина Леонідівна – к.мед.н., доц. кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з медичною статистикою ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»; тел.: +38(0352)-52-72-33.

Панчишин Наталія Ярославівна – к.мед.н., доц. кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з медичною статистикою ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»; тел.: +38(0352)-52-72-33.

Литвинова Ольга Несторівна – к.мед.н., доц. кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з медичною статистикою ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»; тел.: +38(0352)-52-72-33.

УДК 616.89:316.62(1-22)

Н.С. ЗАЩИК

РЕЖИМИ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ЯК ДЕТЕРМІНАНТИ ПОРУШЕНЬ ПСИХІКИ ТА ПОВЕДІНКИ У СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ

ДУ “Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України”, м. Київ
Острозька обласна психіатрична лікарня, Україна

Мета: вивчити та проаналізувати режими життєдіяльності як детермінанти порушення психіки та поведінки у сільського дорослого населення.

Матеріали і методи. У ході виконання роботи використано наступні методи: статистичний – дані галузевої статистики Рівненської області за 2010–2013 рр.; соціологічний – за спеціально розробленою анкетой опитано 1200 сільських жителів області.

Результати. Встановлено, що детермінантами порушення психіки та поведінки можуть стати такі режими життєдіяльності: напружений та високонапружений режим дня з тривалістю активної частини робочого дня 9–10 годин, завантаженістю робочого часу на 80–90%; пасивний фізичний відпочинок; недостатня тривалість нічного сну, з пізнім засинанням та раннім пробудженням.

Висновки. Важливе значення у розвитку порушень психіки та поведінки має режим життєдіяльності. Провідним фактором ризику розвитку порушень психіки та поведінки є якість та тривалість нічного сну.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: сільське населення, режим життєдіяльності, порушення психіки та поведінки, детермінанти.

Психічне здоров'я та психічне благополуччя є найважливішими складовими високого рівня якості життя, які дозволяють людині вважати своє життя повноцінним та значущим, бути активним і творчим членом суспільства. Високий рівень психічного здоров'я населення є важливим фактором соціальної єдності, продуктивної праці, суспільного спокою та стабільності оточуючого середовища [1;2]. Психічне, фізичне та соціальне здоров'я є важливими складовими життя, які тісно пов'язані між собою та залежать один від одного. Їх взаємозв'язок свідчить, що психічне здоров'я є надзвичайно важливим для загального благополуччя окремих осіб, громад та країни в цілому [3;9].

За даними ВООЗ [5], психічні та поведінкові розлади є надзвичайно поширеними і вражають до 25% всіх людей у певні періоди їхнього життя. Згідно з показником DALY [4], до 2020 року тягар розладів психіки та поведінки досягне 15% від усіх хвороб.

В Україні на розлади психіки та поведінки страждає біля 250 осіб на 100 тис. населення, що є одним із найвищих рівнів серед країн Європи [6-8].

Мета роботи: вивчити та проаналізувати режими життєдіяльності як детермінанти порушення психіки та поведінки у сільського дорослого населення.

Матеріали і методи. У ході виконання роботи використано наступні методи: статистичний – дані галузевої статистики Рівненської області за 2010–2013 рр. та соціологічний – за спеціально

розробленою анкетой опитано 1200 сільських жителів області. Отримані результати підлягали статистичній обробці з використанням програм Statistika 6.0 та MS Excel.

Результати дослідження та їх обговорення. Важливе значення в розвитку порушень психіки та поведінки має режим життєдіяльності. Виходячи з цього, на початку дослідження нами було вивчено та проведено порівняння частоти виникнення первинних випадків розладів психіки та поведінки серед дорослого сільського населення з різним рівнем психологічного навантаження протягом дня (табл. 1).

Порівняльна оцінка частоти первинних розладів психіки та поведінки серед дорослого сільського населення залежно від рівня навантаження режиму дня показала виразну залежність як показників виникнення первинних випадків розладів психіки та поведінки, так і коефіцієнта кореляції, від ступеня навантаження режиму дня населення. Так, найвищий коефіцієнт кореляції і показник частоти первинних випадків психічних розладів характерні для осіб, діяльність яких пов'язана з високим рівнем навантаження режиму дня. Частота виникнення первинних випадків розладів психіки та поведінки при напруженому робочому режимі у 7,07 рази вища, ніж при вільному режимі дня.

Важливе значення у підтримці високого рівня психічного здоров'я має відпочинок протягом доби. Як видно з табл. 2, найбільш позитивно на стан психіки та поведінки впливає активний у фізичному плані відпочинок з заняттям в тренажерному або фітнес-залі та відвідуванням басейну.

© Н.С. Защик, 2014

Таблиця 1. Частота виникнення первинних випадків розладів психіки та поведінки серед дорослого сільського населення з різним рівнем психологічного навантаження протягом дня

Характеристика режиму дня	Частота виникнення первинних випадків психічних розладів на 100 тис. населення	Коефіцієнт кореляції
Режим дня вільний: самостійно планує свій розпорядок дня; завантаженість робочого часу становить 20–50%	8,3±0,6	r=-0,71 (зв'язок зворотній сильний)
Режим дня мало напружений: тривалість активної частини робочого дня 5–6 годин з можливістю самостійного планування часу відпочинку; завантаженість робочого часу становить 40–60%	23,2±1,4	r=-0,23 (зв'язок зворотній слабкий)
Режим дня напружений та високонапружений: тривалість активної частини робочого дня 9–10 годин; завантаженість робочого часу становить 80–90%; надзвичайно організований	58,7±4,9	r=+0,91 (зв'язок прямий сильний)

Таблиця 2. Частота виникнення первинних випадків розладів психіки та поведінки серед дорослого сільського населення залежно від форм відпочинку протягом доби

Форма відпочинку протягом доби	Частота виникнення первинних випадків психічних розладів на 100 тис. населення	Коефіцієнт кореляції
Систематично пасивний фізичний відпочинок: читання літератури, перегляд телепередач, прослуховування радіо	8,2±0,2	r=+0,40 (зв'язок прямий середньої сили)
Щоденні піші (1,5–2 години) прогулянки на свіжому повітрі у вільному режимі	1,3±0,04	r=-0,40 (зв'язок зворотній середньої сили)
Систематичний відпочинок релаксуючого характеру з психорозвантажуючими процедурами: 3–4 рази на тиждень відвідування кабінетів ЛФК або масажу та психолога	0,5±0,02	r=-0,86 (зв'язок зворотній сильний)
Систематичні фізично активні форми відпочинку: щоденне плавання в басейні, 3–4 рази на тиждень заняття в тренажерному залі або фітнес-залі	0,61±0,01	r=-0,85 (зв'язок зворотній сильний)

При цій формі відпочинку реєструється мінімальний рівень виникнення первинних випадків розладів психіки та поведінки серед дорослого сільського населення (0,61±0,01 випадку на 100 000 населення). І навпаки – систематично пасивний фізичний відпочинок, при якому відбувається читання літератури, перегляд телепередач, прослуховування радіо, є фактором ризику для психічного здоров'я дорослого населення, оскільки при ньому рівень виникнення первинних випадків розладів психіки та поведінки серед дорослого сільського населення у 13,4 разу вищий, ніж при фізично активному відпочинку.

Особливе значення у забезпеченні психічного здоров'я населення має здоровий та достатньої тривалості нічний сон. Результати дослідження впливу різного режиму сну на частоту виникнення первинних випадків розладів психіки та поведінки серед дорослого сільського населення на-

ведено в табл. 3. За даними таблиці можна зробити висновок, що різний режим сну по-різному впливає на стан психічного здоров'я сільського дорослого населення. Так, режим сну, при якому людина систематично лягає спати після півночі та піднімається не пізніше 5–5,5 години ранку, виступає виразним фактором ризику розвитку розладів психіки та поведінки. Серед людей, яким притаманний такий режим сну, показник частоти виникнення первинних випадків психічних розладів на 100 тис. населення у 7,8 разу вищий, ніж у людей, які мають сприятливий для психічного здоров'я режим сну: відхід до сну біля 21–22 години з відносно раннім (біля 6–6,5 години) пробудженням.

Враховуючи, що короткий сон виступає в ролі фактору ризику розвитку порушень психіки та поведінки, було вивчено частоту виникнення первинних випадків розладів психіки та поведінки

Таблиця 3. Частота виникнення первинних випадків розладів психіки та поведінки серед дорослого сільського населення з різним режимом нічного сну

Характеристика режиму сну	Частота виникнення первинних випадків психічних розладів на 100 тис. населення	Коефіцієнт кореляції
Режим виразно несприятливий. Відхід до сну після півночі та ранне (біля 5 години) пробудження.	61,7±4,9	$r=+0,95$ (зв'язок прямий сильний)
Режим несприятливий. Відхід до сну не пізніше 22-ї години та ранне (біля 5 години) пробудження	25,3±3,0	$r=+0,53$ (зв'язок прямий середньої сили)
Режим сприятливий. Відхід до сну біля 21–22 години та відносно ранне (біля 6–6,5 години) пробудження	7,9±1,0	$r=-0,14$ (зв'язок зворотній слабкий)

серед дорослого сільського населення, яке страждає та не страждає на нічне безсоння (табл. 4). З таблиці видно, що безсоння є причиною високого рівня первинних випадків психічних розладів

(45,3±3,2 на 100000 населення) при прямому сильному кореляційному зв'язку. І навпаки – відсутність безсоння виступає в ролі фактору, який забезпечує збереження психічного здоров'я.

Таблиця 4. Частота виникнення первинних випадків розладів психіки та поведінки серед дорослого сільського населення, яке страждає та не страждає на нічне безсоння

Характеристика режиму сну	Частота виникнення первинних випадків психічних розладів на 100 тис. населення	Коефіцієнт кореляції
Часто або постійно страждають на нічне безсоння	45,3±3,2	$r=+0,74$ (зв'язок прямий сильний)
Не страждають на нічне безсоння	3,1±0,2	$r=-0,73$ (зв'язок зворотній сильний)

Дані табл. 5 підтверджують гіпотезу, що режим нічного сну виступає як фактор ризику порушень психіки та поведінки, з одного боку, так і як фактор їх антиризiku. При цьому тривалість

нічного сну 8–9 годин є оптимальною і виступає як провідний фактор антиризiku розвитку порушень психіки та поведінки та фактор збереження психічного здоров'я населення.

Таблиця 5. Частота виникнення первинних випадків розладів психіки та поведінки серед дорослого сільського населення з різною тривалістю здорового нічного сну

Характеристика тривалості здорового нічного сну	Частота виникнення первинних випадків психічних розладів на 100 тис. населення	Коефіцієнт кореляції
Тривалість нічного сну переважно 8–9 годин	5,6±0,3	$r=-0,74$ (зв'язок зворотній сильний)
Тривалість нічного сну переважно 6–7 годин	11,2±1,1	$r=+0,14$ (зв'язок прямий слабкий)
Тривалість нічного сну переважно 4,5–5 годин	29,4±2,8	$r=+0,85$ (зв'язок прямий сильний)

Висновки

Результати дослідження вказують на те, що певні режими життєдіяльності сільського дорослого населення можуть стати детермінантами порушення психіки та поведінки. До таких режимів життєдіяльності віднесені: напружений та високонапружений режим дня з тривалістю активної частини робочого дня 9–10 годин, завантаженість робочого часу на 80–90%; систематично пасив-

ний фізичний відпочинок – читання літератури, перегляд телепередач, прослуховування радіо; відхід до сну після півночі та ранне (біля 5 години) пробудження; часте або постійне безсоння; тривалість нічного сну переважно 4,5–5 годин.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням впливу способу життя сільського населення на розвиток порушень психіки та поведінки.

Список літератури

1. Всемирная организация здравоохранения. Организация служб охраны психического здоровья в развивающихся странах : [шестнадцатый доклад Комитета экспертов ВОЗ по охране психического здоровья, декабрь 1974 г.]. – Женева : ВОЗ, 1975. – (Серия технических докладов ВОЗ, № 564).
2. Всесвітня організація охорони здоров'я. Організація служб охорони психічного здоров'я, грудень 1974 р. – Женева : ВОЗ, 1975. – (Серія технічних доповідей ВООЗ, № 564).
3. Загородній С. М. Характеристика саморуйнівної поведінки населення України / С. М. Загородній, В. М. Якимець // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – № 2 – С. 35–39.
4. Охрана психического здоровья в мире / Р. Дежарле, Л. Айзенберг, Б. Гуд, А. Кляйнман. – К., 2001. – 576 с.
5. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда : [доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г.]. – Женева : ВОЗ, 2001. – 167 с.
6. Психічне здоров'я населення України : [інформ.-аналіт. огляд за 1990–2005 рр.]. – К., 2006. – 52 с.
7. Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2008 рік / за ред. В. М. Князевича; МОЗ України, УІСД. – К., 2009. – 384 с.
8. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2009 рік / за ред. З. М. Митника. – К., 2010. – 447.
9. Юрьев Е. Системы психиатрической помощи: возможные модели управления и реформирования / Е. Юрьев // Вестн. ас. психиатров Украины. – 2003. – № 1–2. – С. 124–138.

РЕЖИМЫ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАК ДЕТЕРМИНАНТЫ НАРУШЕНИЙ ПСИХИКИ И ПОВЕДЕНИЯ У СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Н.С. Защик

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

Острожская областная психиатрическая больница, Украина

Цель: изучить и проанализировать режимы жизнедеятельности как детерминанты нарушения психики и поведения у сельского взрослого населения.

Материалы и методы. В ходе выполнения работы использованы следующие методы: статистический – данные отраслевой статистики Ровенской области за 2010–2013 гг.; социологический – по специально разработанной анкете опрошено 1200 сельских жителей области.

Результаты. Установлено, что детерминантами нарушения психики и поведения могут стать такие режимы жизнедеятельности: напряженный и высоконапряженный режим дня с длительностью активной части рабочего дня 9–10 часов, загруженностью рабочего времени на 80–90%; пассивный физический отдых; недостаточная длительность ночного сна, с поздним засыпанием и ранним пробуждением.

Выводы. Большое значение в развитии нарушений психики и поведения имеет режим жизнедеятельности. Ведущими факторами риска развития нарушений психики и поведения являются качество и длительность ночного сна.

Ключевые слова: сельское население, режим жизнедеятельности, нарушения психики и поведения, детерминанты.

MODES OF LIFE AS DETERMINANTS OF MENTAL DISORDERS AND BEHAVIOR AT RURAL POPULATION

N.S. Zaschyk

PE “Ukrainian Institute of Strategic Researches MHC of Ukraine”, Kyiv

Ostrog Regional Psychiatric Hospital, Ukraine

Purpose: to study and analyze modes of life as determinants of mental disorders and behavior at rural adult population.

Materials and methods. During performance of work the following methods are used: statistical – the data of branch statistics of the Rivne region for 2010–2013 years; sociological – under specially developed questionnaire 1200 countrymen of area are surveyed.

Results. It was established that determinants of mental disorders and behavior can become such modes of life: intense and high intense mode of day with duration of an active part of the working day 9–10 hours, workload-time by 80–90%; passive physical rest; insufficient duration of night sleep with late falling asleep and early awakening.

Conclusions. The great value in development of mental disorders and behavior has a mode of life. The leading risk factor for development of mental disorders and behavior is quality and duration of night sleep.

Key words: rural population, mode of life, mental disorders and behaviour, determinants.

Рукопис надійшов до редакції 25.10.2014 р.

Відомості про автора:

Защик Наталія Сергіївна – лікар-психіатр комунального закладу «Острозька обласна психіатрична лікарня» Рівненської обласної ради; служб. тел. +38(03654) 22874.

В.М. ЛЕХАН, В.Г. ГІНЗБУРГ

ТЕОРЕТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ МОДЕЛІ ІНТЕГРОВАНОЇ СИСТЕМИ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Мета: теоретичне обґрунтування моделі інтегрованої системи медичної допомоги в Україні для підвищення якості та ефективності медичного обслуговування населення.

Матеріали і методи: системний підхід і аналіз, концептуальне моделювання.

Результати. Теоретично обґрунтовано загальну модель інтеграції медичної допомоги в Україні, провідними компонентами якої є координація діяльності (між рівнями медичної допомоги, закладами охорони здоров'я та їх структурними підрозділами); командна робота лікарів різних спеціальностей, наступність медичного обслуговування. Умовами, що забезпечують реалізацію моделі, визначені: стандартизація медичної допомоги, створення потужного фінансового пулу, налагодження ефективного обміну інформацією між учасниками процесу надання медичної допомоги та створення системи колективної відповідальності за результати діяльності системи.

Висновки. Інтеграція медичної допомоги дозволяє підвищити її дієвість та ефективність.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: медична допомога, інтеграція, модель.

Однією з провідних стратегій зміцнення систем охорони здоров'я є виявлення та усунення перешкод у наданні медичних послуг у вибраних пріоритетних областях поліпшення здоров'я [16].

Складність систем надання допомоги часто призводить до втрати відчуття відповідальності за проблеми людини, до поганої комунікації між партнерами з надання допомоги, до дублювання завдань і виникнення прогалин у допомозі, що, в свою чергу, може спричинити незадовільні наслідки як для пацієнта, та і для всієї системи. Європейське Регіональне Бюро ВООЗ у документі, присвяченому формуванню нової європейської політики в охороні здоров'я «Здоров'я-2020», «Орієнтувати системи охорони здоров'я на потреби людей – інноваційний підхід до поліпшення здоров'я» зазначає, що погана координація структур та недостатня інтеграція процесів надання медичних послуг істотно підривають якість функціонування систем охорони здоров'я [16], яка проявляється у недостатній взаємодії окремих медичних служб, у відсутності необхідної координації їхньої діяльності та недостатній наступності у веденні пацієнтів, слабкій націленості на досягнення кінцевого клінічного та економічного результату. Втрати в системі виникають перш за все «на стиках» між окремими секторами і видами медичної допомоги, що негативно позначається на якості медичної допомоги та створює ланцюжок додаткових витрат. До основних причин поганої координації відносять слабкість стратегічного керівництва системами

охорони здоров'я та роздробленість механізмів надання послуг, відсутність фінансових стимулів і фінансових стратегій, що сприяють чіткій координації медичної допомоги, необґрунтовані відмінності у клінічній практиці лікарів.

Фрагментація діяльності медичних служб останнім часом стала серйозним викликом для систем управління охороною здоров'я. Її подолання та формування інтегрованих систем стало розглядатися ВООЗ та провідними міжнародними експертами як самостійний напрямок державної політики [4;9;12]. Водночас в Україні проблемам інтеграції медичної допомоги увага практично не приділялася, що і обумовило актуальність проведеного дослідження.

Наукове дослідження виконане в рамках НДР «Наукове обґрунтування модернізації системи медичного обслуговування на регіональному рівні», № держреєстрації 0114U000928.

Мета дослідження: теоретичне обґрунтування моделі інтегрованої системи медичної допомоги в Україні для підвищення якості та ефективності медичного обслуговування населення.

Матеріали і методи. Об'єкт дослідження – система організації медичної допомоги. Інформаційна база – фактичні дані щодо інтеграції медичної допомоги в різних країнах та дані власних досліджень щодо організації та результативності медичної допомоги.

Використано комплекс методів дослідження: системний підхід і аналіз, концептуальне моделювання, метод організаційного експерименту.

Результати дослідження та їх обговорення. Інтегрована допомога, за визначенням ВООЗ, – це концепція надання медичної допомоги, що забезпечує координованість дій окремих постачальників медичних послуг з метою досягнення економічної ефективності, поліпшення якості і підвищення рівня задоволеності користувачів і постачальників медичної допомоги. Засоби для цієї мети включають: зниження неефективності в рамках системи, підвищення безперервності процесу надання медичної допомоги та розширення прав і можливостей споживачів послуг [13].

Створення інтегрованих систем потребує певних трансформацій в організації надання всього спектра медичних послуг відповідно до потреб пацієнтів. Ключовими принципами, яким повинна відповідати інтегрована система медичної допомоги, є [15]:

1. Комплексність послуг з усіх аспектів лікування – надання пацієнтові всього континууму необхідних послуг (від первинної початкової до третинної медичної допомоги, а також співробітництво між медичними закладами та організаціями соціальної допомоги).

2. Фокус на пацієнта – в центрі уваги інтегрованих систем – пацієнт та задоволення його потреб у медичній допомозі.

3. Територіальне охоплення з максимізацією доступу пацієнтів до послуг і мінімізацією їх дублювання (дослідження, проведені в Сполучених Штатах, показують, що, як мінімум, 1000 000 клієнтів необхідні для підтримки розробки ефективних інтегрованих систем).

4. Стандартизація надання медичної допомоги із застосуванням міждисциплінарних команд, в яких ролі та обов'язки всіх членів команди чітко визначені, щоб забезпечити плавні переходи пацієнтів від отримання одного пакету послуг до іншого.

5. Управління ефективністю – застосування добре розвинених систем моніторингу вимірювання процесів та отриманих результатів медичного обслуговування на різних рівнях з використанням отриманої інформації для поліпшення якості послуг.

6. Застосування сучасних інформаційних систем – більшість з розглянутих вище процесів потребує інформаційної підтримки, у тому числі й з використання загальносистемних автоматизованих інформаційних систем, що дозволяє забезпечити ефективний обмін інформацією між учасниками інтегрованої системи для забезпечення безперервності та наступності медичної допомоги пацієнтам.

7. Організаційна культура і лідерство – впровадження та функціонування інтегрованої системи охорони здоров'я вимагає лідерства та організаційної культури, які нівелюють перешкоди,

пов'язані з особливостями ментальності лікарів різних спеціальностей, лікарів та інших постачальників послуг.

8. Інтеграція лікарів – лікарі повинні бути ефективно інтегровані на всіх рівнях системи і відігравати роль лідера в розробці, впровадженні та експлуатації комплексної системи охорони здоров'я.

9. Удосконалення структури управління – розвиток структур управління, що сприяють координації з представництвом від різних заінтересованих груп, які беруть участь у наданні всього континууму медичних послуг.

10. Фінансовий менеджмент – застосування в інтегрованих системах охорони здоров'я фінансово-економічних механізмів, що забезпечують отримання економічних вигод насамперед за рахунок ефекту масштабу і зменшення вартості адміністративних витрат.

Однак переконливих доказів ефективності різних форм і механізмів інтеграції, за твердженням ВООЗ, поки що не існує. Інтеграція може здійснюватися в різних і складних структурних конфігураціях, відображаючи відмінності в обстановці та історичні шляхи, пройдені системами охорони здоров'я, а також спектр можливостей для створення і підтримки зв'язків між різними компонентами системи. Тому кожна країна повинна, будуючи інтегровані системи, знаходити свої власні найкращі рішення, ґрунтуючись при цьому на досвіді інших країн [5].

Спираючись на сформульовані принципи інтеграції медичної допомоги та результати наукових досліджень, присвячених пошуку напрямів і механізмів інтеграції в різних країнах [7;8;11], було теоретично обґрунтовано загальну модель інтеграції медичної допомоги в Україні (рис. 1).

Центральним компонентом моделі виступає триада: координація діяльності між рівнями медичної допомоги, між різними закладами охорони здоров'я, що належать до одного рівня, та між структурними підрозділами одного закладу; сумісна (командна) робота лікарів різних спеціальностей та середнього медичного персоналу та наступність медичного обслуговування, як в межах одного медичного закладу, так і закладів різних рівнів.

Координація між рівнями медичної допомоги (первинним, вторинним, третинним) – вертикальна інтеграція – здійснюється переважно шляхом формування обґрунтованих маршрутів, які проводять пацієнта по всьому ланцюжку в епізоді надання допомоги. Координація між закладами та підрозділами, що знаходяться на одному рівні або мають однаковий статус (горизонтальна інтеграція), може, залежно від місцевих умов, здійснюватися за допомогою різних механізмів:

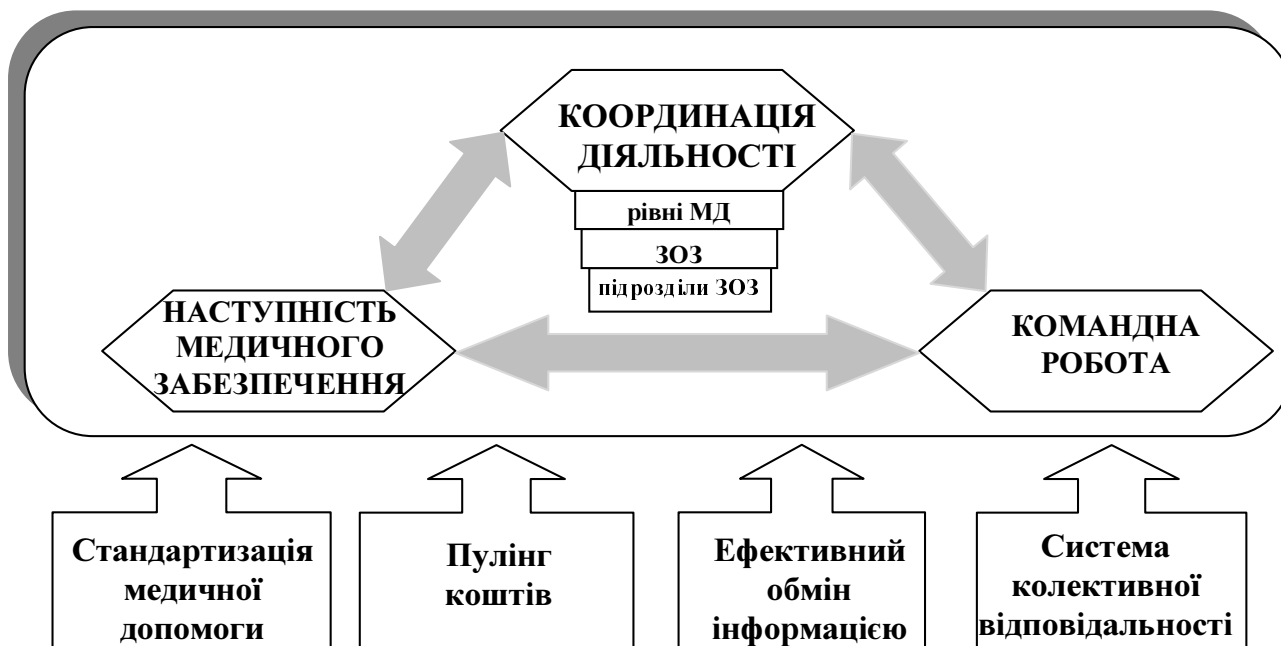


Рис. 1. Загальна модель інтеграції медичної допомоги в Україні

а) концентрації допомоги в одному з найбільш пристосованих для надання відповідної медичної допомоги закладі/підрозділі; б) об'єднання закладів/підрозділів під єдиним управлінням зі спільним фінансуванням; в) співробітництва, коли організації/підрозділи управляють переходами з однієї сфери медичного обслуговування в іншу за допомогою узгоджених маршрутів та/або угод, зберігаючи відповідний рівень автономії, при цьому несуть свою відповідальність за надані послуги та мають власні критерії фінансування. Перші два механізми характеризуються як структурна інтеграція, третій – як функціональна.

Командна робота різних спеціалістів передбачає інтеграцію цілей, яка підкріплюється інтенсивними взаємовідносинами між різними учасниками, зближення їхніх цінностей та методів роботи – професійна інтеграція.

Наступність – це координація діяльності в ході надання пацієнтові медичної допомоги в різний час, різними фахівцями і лікувальними установами, яка значною мірою забезпечується стандартизованими вимогами до медичної документації, процесу медичного обслуговування, персоналу, технічного оснащення тощо. Така координація діяльності медпрацівників створює гарантії для стабільності процесу лікування і його результату.

Основними компонентами (умовами), що забезпечують реалізацію інтегрованої моделі, визначені стандартизація медичної допомоги, створення потужного фінансового пулу, налагодження ефективного обміну інформацією між

учасниками процесу надання медичної допомоги та створення системи колективної відповідальності за результати діяльності системи.

Стандартизація медичної допомоги є стрижневою основою створення системи інтегрованої медичної допомоги. Напружена діяльність зі створення в Україні сучасних, заснованих на принципах доказової медицини, клінічних рекомендацій та клінічних протоколів часто проводиться різними групами експертів окремо для різних рівнів медичного обслуговування, амбулаторної, стаціонарної допомоги та ін. Проте існує взаємна залежність одних стандартів від інших, тому комплексність стандартизації є одним з провідних викликів і одночасно однією з головних труднощів в цій роботі. Для забезпечення цілісності лікувально-діагностичного процесу, наступності та взаємозв'язку в роботі різних медичних організацій та різних спеціалістів необхідне створення загальних або наскрізних клінічних рекомендацій/клінічних протоколів, які визначають правила клінічної роботи, критерії переходу пацієнта з одного рівня медичного обслуговування на інший у багатокомпонентній та багаторівневій системі надання медичної допомоги.

Доведено, що однією з основних перешкод до інтеграції медичного обслуговування є фрагментованість фінансових потоків [10]. В Україні існує трирівнева система розподілу бюджетних коштів на охорону здоров'я (державний/національний, регіональний, районний/міський рівні) та наявні паралельні системи фінансування відомчих систем охорони здоров'я, що створює

бар'єри для отримання необхідної медичної допомоги належної якості, які важко подолати. Щоб домогтися змін і трансформацій у системах охорони здоров'я, спрямованих на поліпшення координації та інтеграції надання медичних послуг, потрібні міцні механізми фінансування охорони здоров'я, зокрема зменшення роздробленості каналів фінансування системи охорони здоров'я (об'єднання ресурсів); прийняття таких механізмів закупівель, які стимулюють раціональну поведінку постачальників; зменшення нераціональності в структурі систем надання послуг. У доповіді ВООЗ за 2010 рік «Фінансування системи охорони здоров'я – шлях до універсального охоплення» зазначається, що «...консолідація пулів із самого початку реформування повинна бути частиною стратегії. Існування численних пулів неефективне, оскільки дублює один одного та збільшує вартість адміністративних та інформаційних систем. Вони також утруднюють захист від фінансового ризику та досягнення соціальної справедливості. Для того, щоб система охорони здоров'я працювала, необхідно об'єднати пули, створити дійсно єдиний пул, в рамках якого можливо було б вирівнювати ризику» [14]. Lee Jong-wook (6-й генеральний директор ВООЗ 2003–2006 рр.) зазначав, що завдання реформування систем охорони здоров'я полягає в тому, «... щоб створити такі системи охорони здоров'я, які можуть відповідати наявним потребам та усувати фінансові бар'єри при отриманні медичної допомоги...» [6].

Тому модель інтегрованої допомоги передбачає створення/існування потужного фінансового пулу бюджетних коштів на регіональному рівні та інтеграцію відомчих медичних установ у територіальні системи охорони здоров'я як беззаперечну умову для усунення дублювання фінансових потоків [3].

Для чіткої координації медичної допомоги необхідно мати відповідні фінансові стратегії та фінансові стимули, які формують колективну відповідальність, пов'язуючи результати діяльності із системою оплати медичних послуг та їх постачальників і, таким чином, мотивуючи учасників інтегрованої системи до об'єднання зусиль. Для цього напрацьовані різні механізми: сумісні стимули для закладів/підрозділів для поліпшення показників, які характеризують здоров'я відповідних контингентів населення, використання територіального подушного нормативу для всіх рівнів допомоги тощо. Однак найбільш простим та результативним є механізм оплати за результатами діяльності з цільовими значеннями показників, які потребують координації [1].

Важливою умовою забезпечення належної безперервної послідовності надання допомоги та

поліпшення координації послуг різних постачальників у кожен даний момент і протягом усього часу медичного обслуговування є більш тісна інформаційна взаємодія між медичними службами, активний обмін інформацією між постачальниками послуг та лікарями різних спеціальностей.

Обмін інформацією – це засіб комунікації, що забезпечує стійкі зв'язки між різними постачальниками медичних послуг, інтегрує різні етапи надання медичної допомоги, дозволяє уникнути дублювання діагностичних досліджень, збільшує взаєморозуміння між медичними установами, окремими фахівцями та пацієнтами. Ефективний обмін медичними даними між різними медичними установами дозволяє, у підсумку, надати, при тих самих витратах, допомогу більшій кількості пацієнтів, а також зменшити вартість лікування. Наявність добре налагодженого обміну інформацією також сприяє поліпшенню управління в рамках інтегрованої системи шляхом формування та застосування системи оцінки та моніторингу діяльності, визначення того, чи виконані завдання, досягнуті цілі, які проблеми вимагають додаткової уваги.

Перешкоджає виконанню зазначених завдань фрагментованість даних про пацієнтів, оскільки вони здебільшого збираються та зберігаються в ізольованих системах різних лікувальних закладів/підрозділів. У результаті часто неможливо отримати повну інформацію про хід медичного обслуговування пацієнта і стан його здоров'я в конкретний момент; у критичних ситуаціях медичному персоналу часто доводиться працювати, не маючи інформації, необхідної для проведення якісного лікування.

Поліпшення обміну медичною інформацією в запропонованій моделі інтеграції системи медичної допомоги здійснюється в два етапи: 1) опрацювання оптимальної технології прямих та зворотних зв'язків між постачальниками медичних послуг; 2) інформатизація обміну інформацією на принципах універсальності та захищеності персональних даних пацієнтів.

Модель інтеграції медичної допомоги була використана для обґрунтування та розробки інтегрованої системи організації перинатальної допомоги, дієвість та ефективність якої була доведена в масштабному лонгітудинальному організаційному експерименті [2].

Висновки

Теоретично обґрунтовано загальну модель інтеграції медичної допомоги в Україні, провідними компонентами якої є координація діяльності (між рівнями медичної допомоги, між різними закладами охорони здоров'я, що належать до одного рівня, та між структурними підрозділами одного закладу); сумісна (командна) робота лікарів

різних спеціальностей та середнього медичного персоналу, а також наступність медичного обслуговування, як в межах одного медичного закладу, так і між закладами різних рівнів. Умовами, що забезпечують реалізацію інтегрованої моделі, визначені: стандартизація медичної допомоги, створення потужного фінансового пулу, налагодження ефективного обміну інформацією між

учасниками процесу надання медичної допомоги та створення системи колективної відповідальності за результати діяльності системи.

Перспективи подальших досліджень полягають у подальшому застосуванні моделі інтеграції медичної допомоги для розробки інтегрованих систем організації медичної допомоги для різних груп пацієнтів.

Список літератури

1. *Комментарии Всемирного банка на промежуточный доклад экспертной группы «Здоровье и среда обитания человека»*. Москва, ноябрь 2011 года [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://strategy2020.rian.ru/load/366215667>. – Название с экрана.
2. *Лехан В. М.* Медико-соціальне обґрунтування, розробка та впровадження інтегрованої системи організації перинатальної допомоги / В. М. Лехан, В. Г. Гінзбург // Вісн. проблем біології і медицини. – 2014. – Вип. 4, Т. 4 (116). – С. 277–282.
3. *Лехан В. М.* Основні проблеми управління у фінансуванні охорони здоров'я в Україні. потенціал щодо вдосконалення державного фінансування системи [Електронний ресурс] / В. М. Лехан. – Режим доступу: <http://edisk.ukr.net/?do=dir#cdir=i103915267>. – Назва з екрану.
4. *Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния в контексте политики Здоровье-2020: реализация положенийТаллиннской хартии 2008 г.* Таллинн, Эстония, 17–18 октября 2013 г. Европейский региональный комитет. Шестидесят четвертая сессия. Копенгаген, Дания, 15–18 сентября 2014 г. 23 июля 2014 г. EUR/RC64/9 140462
5. *Улучшение деятельности служб оказания медицинской помощи: пациент в центре систем здравоохранения.* Второе совещание по подготовке Европейской министерской конференции ВОЗ по системам здравоохранения "Системы здравоохранения-здоровье-благосостояние". Блед, Словения, 19–20 ноября 2007 г. EUR/08/5085699 14 января 2008 г. – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2008. – 42 с.
6. *Усовершенствованные системы здравоохранения спасают жизни.* Основы Европейской стратегии ВОЗ по развитию систем здравоохранения. – ЕРБ ВОЗ, 2008.
7. *Шевский В. И.* Интеграция усилий медицинских организаций при оказании пациентам медицинской помощи: мнение врачей / В. И. Шевский, И. М. Шейман, А. Р. Ахметзянов, И. В. Зарочинцева // Здравоохранение. – 2013. – № 6. – С. 42–59; № 7. – С. 24–35.
8. *Шевский В. И.* Проблемы формирования интегрированной системы здравоохранения / В. И. Шевский, И. М. Шейман // Вопр. государственного и муниципального управления. – 2013. – № 3. – С. 24–44.
9. *Blantes F.* Building a bridge from fragmentation to accountability – the prometheus payment model / F. Blantes, M. Rosenthal, M. Painter // New England Journal of Medicine. – 2009. – Vol. 10. – P. 1033–1036.
10. *Clague C.* The Integrated Care Network: Bringing the NHS and Local Government Together / C. Clague // British Journal of Healthcare Computing & Information Management. – 2004. – Vol. 21. – P. 19–20.
11. *Enthoven A.* Integrated Delivery Systems: The Cure for Fragmentation / A. Enthoven // Am. J. Manag. Care. – 2009. – P. 284–290.
12. *Grune O.* Trends in Integrated Care – Reflections on Conceptual Issues [Electronic resource] / O. Grune, M. Garcia-Barbero. – Copenhagen : World Health Organization, 2002. – EUR/02/5037864Availableat: www.euro.who.int/document/ihb/Trendicrefconissue.pdf
13. *Health Systems Financing.* The path to universal coverage : The World Health Report. – WHO, 2010. – 128 p.
14. *Improved health system performance through better care coordination* [Electronic resource] / A. P. Contandriopoulos, J. L. Denis, T. Nassera, C. Rodriguez. HealthWorkingPaperno. 30. Paris: Organisation for Economic Coperationand Development (OECD), 2007. Available at: www.oecd.org/dataoecd/22/9/3979160.pdf.
15. *Ten Steps to Successful Breastfeeding.* Baby-Friendly Hospital Initiative [Electronic resource]. – Access mode: <http://www.tensteps.org>. – Title from screen.
16. *Towards people – centred health systems: An innovative approach for better health outcomes.* WHO Regional Office for Europe. Copenhagen ВОЗ, 2013. – 34 p.

ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ МОДЕЛИ ИНТЕГРИРОВАННОЙ СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УКРАИНЕ

В.М. Лехан, В.Г. Гинзбург

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

Цель: теоретическое обоснование модели интегрированной системы медицинской помощи в Украине для повышения качества и эффективности медицинского обслуживания населения.

Материалы и методы: системный подход и анализ, концептуальное моделирование.

Результаты. Теоретически обоснована общая модель интеграции медицинской помощи в Украине, ведущими компонентами которой являются координация деятельности (между уровнями медицинской

помощи, учреждениями здравоохранения и их структурными подразделениями); командная работа врачей разных специальностей, преемственность медицинского обслуживания. Условиями, обеспечивающими реализацию модели, определены: стандартизация медицинской помощи, создание мощного финансового пула, налаживание эффективного обмена информацией между участниками процесса оказания медицинской помощи и создание системы коллективной ответственности за результаты деятельности системы.

Выводы. Интеграция медицинской помощи позволяет повысить ее действенность и эффективность.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **медицинская помощь, интеграция, модель.**

THEORETICAL SUBSTANTIATION OF MODEL OF INTEGRATED HEALTH CARE SYSTEM IN UKRAINE

V.M. Lekhan, V.G. Ginsburg

Dnipropetrovsk Medical Academy, Ukraine

Purpose: theoretical substantiation of model of integrated health care system in Ukraine for improvement of quality and efficiency of health services of the population.

Materials and methods: system approach and analysis, conceptual modeling.

Results. Theoretically proved the general model of integration medical care in Ukraine, leading which components are activity coordination (between health care levels, health care facilities and their structural departments); team work of doctors of various specialties, continuity of medical care. Conditions providing realisation of model, are defined: health care standardization, creation of powerful financial pool, adjustment of effective information interchange between stakeholders of health care and creation of collective responsibility system for results of system performance.

Conclusions. Medical care integration allows increasing its efficiency and effectiveness.

KEY WORDS: **medical care, integration, model.**

Рукопис надійшов до редакції 03.11.2014 р.

Відомості про авторів:

Лехан Валерія Микитівна – д.мед.н., проф., зав. каф. соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я Дніпропетровської державної медичної академії; телефон/факс кафедри (контактний телефон): +38(8056) 713-51-84.

Гінзбург Валентина Григорівна – к.мед.н., директор Департаменту охорони здоров'я Дніпропетровської облдержадміністрації; тел.: +38(8056) 742-87-62.

LEGAL AND REGULATORY FRAMEWORK OF BLOOD ESTABLISHMENTS OF UKRAINE

Zhytomyr Regional Blood Center, Ukraine

Purpose: to determine the status of legal and regulatory that regulates activities of blood service establishments of Ukraine as of 01.01.2013.

Materials and methods. Operating documents that regulated activity of blood service in Ukraine were studied.

Results. It is established that the activities of blood service establishments in Ukraine regulating 107 legal acts, including 15 Laws of Ukraine, 2 Decrees of the President of Ukraine, 16 Resolutions of the Cabinet of Ministers of Ukraine, 37 Orders of Ministry of Health of Ukraine, 14 intergovernmental orders, 9 Orders of Ministry of Health of USSR and Ukrainian SSR, 1 Resolution of the USSR State Committee on standards and 10 guidelines of Ministry of Health and National Academy of Medical Sciences of Ukraine. Have limitation period up to 5 years 19 acts, from 5–10 years – 25 documents, from 10 to 15 years – 35 certificates, from 15 to 20 years – 13 acts, from 20 to 25 years – 8 acts and 25–40 years have 7 legal and regulatory acts.

Conclusions. The standard base of blood service of Ukraine demands harmonisation with recommendations and resolutions WHO and the Council of Europe, Guidelines on production, use and quality assurance of blood components.

KEY WORDS: legal and regulatory framework, blood service, statistical reporting forms, haemovigilance system, legislation of the European Union.

Realization of the right of each individual for health, availability and quality of medical care requires improvement of the models of health care systems of any country regardless of political structure and economic status. As a rule every 10 years countries make changes in their own models. However, there was not any significant progress in health care system of Ukraine during 50-year period, except some changes in the amount of funding and the remuneration level of medical workers labour [1].

When introducing changes in health care models primary role should be assigned to the creation of appropriate legal and regulatory framework, adequate resource support, including financial, human and logistical support and implementation of modern effective management. In documents of WHO and European Union the main strategic goals of modern principles of blood service model functioning, development and improvement to justify the evolutionary or reformatory changes in national blood service system are outlined. Law of Ukraine "On the State Programme of Adaptation of Ukrainian legislation to the legislation of European Union" determined that the state policy of Ukraine concerning legislation approximation is formed as part of legal reform in Ukraine and is aimed at ensuring common approaches to designing standards and obligatory consideration of legislation requirements of European Union [2]. Research of

the current legal framework of blood service activities will allow to design an action plan to adjust national legislation in accordance with international documents that will be a determinant prerequisite for the efficient functioning of blood services in future.

The aim of the study is to determine the status of legal and regulatory framework that regulates activities of blood service establishments of Ukraine as of 01.01.2013.

Object and methods. Laws of Ukraine, Decree of the President of Ukraine, Resolutions of Verkhovna Rada of Ukraine, Decisions and Orders of the Cabinet of Ministers of Ukraine, Orders USSR Ministry of Health, Ministry of Health of Ukraine and other ministries, departments and agencies. As the regulatory framework for the production of blood products as medicinal products is regulated by Ukrainian Pharmacopoeia and other international acts and pharmacopoeia, analysis of its condition in this article was not carried out.

Results and Discussion. Legal and regulatory framework of blood service establishments consists of 107 legal and regulatory acts adopted in different years. During the period of existence of the state of Ukraine there were adopted 96 legislative and legal acts, that is 89.7% of legal and regulatory framework of blood service (Table).

Among the legislative acts there are 15 Laws of Ukraine, 2 Decrees of the President of Ukraine, 16 Resolutions of the Cabinet of Ministers of Ukraine, 37 Orders of Ministry of Health of Ukraine, 14

Table. Structure of legal and regulatory framework

Document	Up to 5 years	From 5 to 10 years	From 10 to 15 years	From 15 to 20 years	From 20 to 25 years	From 25 to 30 years	From 30 to 35 years	From 35 to 40 years	Total
Law of Ukraine	4	1	6	1	3				15
Decree of the President of Ukraine	1	1							2
Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine	1	2	8	5					16
Order of Ministry of Health of Ukraine	8	12	11	5	1				37
Guidelines, instructions	3	5	2						10
Orders of other ministries, departments and services	2	4	6	2					14
Resolution of Head Health Officer of Ukraine			2						2
Order of Head Health Officer of USSR					1				1
Order of Ministry of Health of USSR and Ukrainian SSR					3	6		1	10
Resolution of USSR State Committee on Standards							1		1
Total	19	25	35	13	8	6	1	1	108

interdepartmental orders, 9 Orders of Ministry of Health of USSR and Ukrainian SSR, 1 Resolution of USSR State Committee on standards and 10 guidelines of Ministry of Health and National Academy of Medical Sciences of Ukraine.

By term of adopting the documents were distributed as follows: up to 5 years (2008–2012) – 19 documents (4 Laws of Ukraine, 1 Decree of the President of Ukraine, 1 Resolution of the Cabinet of Ministers, 8 Orders of Ministry of Health of Ukraine, 2 interdepartmental orders, 3 guidelines of Ministry of Health and NAMS of Ukraine). During 2003–2007 (5–10 years) 25 documents were adopted: 1 Law of Ukraine, 1 Decree of the President of Ukraine, 2 Resolutions of the Cabinet of Ministers, 12 Orders of Ministry of Health of Ukraine, 4 interdepartmental orders, 5 Guidelines of Ministry of Health and NAMS of Ukraine. The largest part of documents are legal acts adopted during 1998–2002, 35 documents ranging from 10 to 15 years, including 6 Laws of Ukraine, 8 Resolutions of the Cabinet of Ministers, 11 Orders of Ministry of Health of Ukraine, 8 interdepartmental orders, 2 guidelines of Ministry of Health and NAMS of Ukraine. During 1993–1997 there were adopted 13 documents including 1 Law of Ukraine, 5 Resolutions of the Cabinet of Ministers of Ukraine, 5 Orders of Ministry of Health of Ukraine and 2 Orders of State Standard of Ukraine. From 1988 to

1992 eight documents were adopted – 3 Laws of Ukraine, 1 Order of Ministry of Health of Ukraine, 1 interdepartmental order, 3 Orders of Ministry of Health of USSR and Ukrainian SSR.

Composition of current work with donors and potential donors is determined by 25 legislative and legal acts; blood procurement, blood components manufacturing, storage and transportation are regulated by 23 documents; laboratory support (clinical, biochemical, immunological and bacteriological tests) is determined by 10 documents; composition of quality system in blood service establishments is governed by 12 documents; procedure of donor blood screening for transfusion-transmissible infections is determined by 22 acts; activities on transfusion assistance and information analysis are regulated by 13 regulatory acts; metrological support, facilities criteria and requirements for compliance with sanitary and epidemiological welfare are regulated by 32 legal and regulatory documents.

The work of a unitary donor center is governed by 25 acts, including 2 documents – up to 5 years, 9 acts – from 5 to 10 years, 4 documents – from 10 to 15 years, 4 documents – 15–20 years and 3 documents more than 20 years (Order of USSR Ministry of Health from 12.07.1989 No. 408 “On Measures on Reduction of Incidence Level of Hepatitis in the Country”, Order of Ministry of Health

from 09.11.1988 No. 06-14 / 39, which approved the "Instruction for Platelets Procurement from Single Donor by Intermittent Thrombocytapheresis Using Polymerous Containers", Order of Ministry of Health from 10.02.1988 No. 91 "On Obligatory Testing of Donors for HIV"). The adoption of Law of Ukraine "On Personal Data Protection" requires amendments to the registration forms for donors. Obtaining of specific plasma as raw materials for plasma products stipulates the reviewing of methods (order) of donor immunization or introduction of other technologies of diagnostics of specific antibodies due to natural or artificial immunity.

Blood and blood components procurement, storage conditions and transportation are regulated by 23 documents adopted at different periods. Among them 3 regulatory acts are under 5 years, 7 documents – from 5 to 10 years, 6 acts – from 10 to 15 years, 3 acts – 15–20 years and 4 acts – 20–30 years: Order of USSR Ministry of Health from 09.11.1988 No. 06-14 / 39 Instruction "Platelets Procurement from a Single Donor by Intermittent Thrombocytapheresis"; Order of USSR Ministry of Health from 12.07.1989 No. 408 "On Measures on Reduction of Incidence Level of Hepatitis in the Country"; Order of USSR Ministry of Health from 10.06.1985 No. 770 "On Consummation of Trade Standard OST 42-21-85 "Sterilization and Disinfection of Goods for Medical Purposes. Methods, means and conditions"; Order of USSR Ministry of Health from 30.08.1984 No. 06-14/10 "Instruction on Procurement of Preserved Donor Blood". During last 20 years new technologies using appropriate equipment were implemented in blood service establishments: hardware apheresis of plasma and blood cells including stem cells from the peripheral circulatory system, formation of pools of platelets from whole blood units, virus inactivation in blood components for transfusion, formation of cold chain during storage and transportation of blood and blood components etc. New technologies with introduction of new technological equipment require a certain mechanism of legalization and procedure of their usage in blood service establishments, that is why it is necessary to develop regulatory documentation. There is no regulatory documentation concerning plasma for fractionation, blood components for perinatal use and use in children, cold chain conditions for blood product transportation and usage of autologous blood according to the requirements and recommendations of WHO and Council of Europe.

Laboratory support (clinical, biochemical, immunological bacteriological tests) is regulated by 10 legal and regulatory documents: 1 Law of Ukraine, 4 Orders of Ministry of Health of Ukraine, 1 Order of State Committee on Issues of Technical Regulation and Consumer Policy, 3 Orders of USSR Ministry of

Health and 3 Guidelines of Ministry of Health of Ukraine and NAMS of Ukraine. They are aged: 1 document – up to 5 years; 4 – from 5 to 10 years; 1 – from 10 to 15 years; 1 – from 15 to 20 years and 1 – from 20 to 25 years and 2 – over 25 years: Order of USSR Ministry of Health from 07.09.1990 No. 05-14/28 "Instruction on Preparation of Standard Sera and Antirhesus Reagent"; Order of USSR Ministry of Health from 23.04.1985 No. 545 "On Further Improvement of Quality Control of Clinical Laboratory Trials"; Order of USSR Ministry of Health from 30.08.1984 No. 06-14/10 which approved the "Instruction on Procurement of Preserved Donor Blood."

Laboratory trials in developed countries are run using hardware approach, especially where the error is worth a human life. Technologies of immune hematological trials and organization of internal quality control system remain obsolete. It is necessary to develop documentation for creation of external quality assessment system with the determination of appropriate reference laboratories by Ministry of Health of Ukraine in order to investigate transfusion complications and reactions. Regulatory framework of sterility control taking into account new technologies of blood procurement, blood components manufacturing and new methods for sterility research needs changes.

Regulations of donor blood testing for transfusion-transmissible infections are determined by 22 legal and regulatory documents: 3 Laws of Ukraine, 1 Decree of the President of Ukraine; 4 Resolutions of the Cabinet of Ministers of Ukraine; 9 Orders of Ministry of Health of Ukraine; 2 Resolutions of Head Health Officer of Ukraine; 2 Orders of USSR Ministry of Health and 1 Order of Ministry of Health of Ukrainian SSR. By term of adoption documents were distributed as follows: up to 5 years – 3 acts; from 5 to 10 years – 4 acts; from 10 to 15 years – 8 acts; from 15 to 20 years – 3 acts; from 20 to 25 or more – 4 documents including 1 Law of Ukraine 1992, Order of USSR Ministry of Health from 12.07.1989 No. 408 "On Measures on Reduction of Incidence Level of Hepatitis in the Country"; Order of USSR Ministry of Health from 10.02.1988 No. 91 "On Obligatory Donor Blood Testing for HIV"; Order of USSR Ministry of Health from 15.06.1987 No. 426-DSP "On Task Performance in Fight against AIDS in Ukrainian SSR." In 2013 there was adopted a new Procedure of donor blood screening which needs the next step – creating the regulatory framework concerning organization of intra-laboratory quality control and continuous involvement of laboratories in external quality assessment system.

Organization of transfusion assistance and information analysis of blood service establishments are regulated by 14 legal documents: 1 Law of Ukraine and 1 Decree of the President,

2 Resolutions of the Cabinet of Ministers of Ukraine and 10 Orders of Ministry of Health of Ukraine. Distribution by term of adoption looks as follows: up to 5 years – 2 documents; 5–10 years – 5 documents; 10–15 years – 5 documents; 15–25 years – 1 Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine and 1 Law of Ukraine “On State Statistics”; more than 25 years – Order of USSR Ministry of Health from 23.05.1985 No. 700. Basic statistical reporting forms were approved in 2003. In 2010 Order of Ministry of Health approved a new nomenclature of blood components, which require introduction of new technologies (hardware plasmapheresis, leuko filtration of blood and its components, virus inactivation of blood components, pooled platelets from preserved blood, etc.) requiring appropriate amendments to the accounting and reporting forms. Future changes in the model of national healthcare system will set conditions for a formation of blood service status at legislative and state level that will stimulate systemic changes in blood service structure and financial and legal relations in national health care system, especially when administering health insurance system. According to Order of Ministry of Health from 28.10.2002 No. 385 blood transfusion establishments have three names, their functions are not defined by the Regulations and the structure and staff need changes. Nowadays blood service management at the state level according to Decree of the President from 08.04.2011 No. 4441/2011 has decentralized structure with different levels of subordination without a defined development strategy.

Organization of quality control of preserved blood and blood components is regulated by 12 legal documents: 3 Laws of Ukraine, 4 Orders of Ministry of Health of Ukraine, 1 interdepartmental order and 4 Guidelines of Ministry of Health and NAMS of Ukraine. Among them 4 documents are under 5 years; 5 documents – from 5 to 10 years; 1 – from 10 to 15 years; 2 – from 15 to 20 years. Quality control of blood components is virtually a control of stability and standards of manufacturing process of blood components production, including all stages of blood service activities starting from medical examination of a donor to clinical use of blood components. As of today the main stages of procurement technologies do not exclude subjective approaches that affect the quality of the final product. Implementation of a quality system will guarantee the safety and clinical efficacy of transfusion environments. Quality management system requires the adoption of a state strategy and mechanism for implementation of quality system according to the Recommendations of WHO and Council of Europe. Legal framework should include the following sections: principles of quality

management, quality assurance, personnel, premises and equipment, documentation, collection, testing and processing, storage and distribution, self-verification, quality control of final products. Taking into consideration the importance of blood components usage in health care establishments, it is necessary to develop new promising methods for quality assessment of blood components. For obtaining reliable results of quality control indicators it is necessary to adopt standardized methods and procedures, and quality assessment criteria must be installed and approved.

Considerable proportion of legal and regulatory acts (30) regulate general issues of activity arrangements of blood service establishments, formation of stuff and logistic resources, definition of internal regulations and system of labour protection, financial, economic and legal relations of blood service establishments. Among them there are 3 documents up to 5 years; 4 – from 5 to 10 years; 14 – from 10 to 15 years; 8 – from 15 to 20 years.

In the section “Clinical Transfusiology” regulatory framework requires some additional revision and adoption of new documents relating to the usage of blood, blood components and products based on principles of evidence-based medicine. Calculation and procedure for investigation of reactions and complications related to transfusion of blood products are not defined at the state level. Creation of haemovigilance system at regional and national levels requires using of information technologies.

Conclusions

1. The largest number of legal and regulatory acts (35) was adopted during 1998–2002, in subsequent periods declining tendency was recorded; 2003–2007 – 25 documents; 2008–2012 – 19 documents. Almost 50% of legal and regulatory acts are documents of direct effect on functions of blood service establishments.

2. Legal framework of blood service of Ukraine concerning donor selection, procurement, transportation and issue of blood components requires harmonization with Recommendations and Resolutions of Council of Europe and WHO.

3. Immunological trials of donors and recipients need revising and determining minimum standards for blood service establishments and health care establishments.

4. Creation of a quality system and support and development of its effectiveness in every blood service establishment requires regulatory framework based on Recommendations of WHO and Council of Europe and achievements of USA, Japan, European countries and others.

5. Formation of a new section of clinical transfusion “Blood components for perinatal

application and use for infants and younger children” will help to standardize transfusion tactics in perinatal centers and children’s hospitals and departments.

6. Transfusion of blood and blood components requires standardization of accounting storage

conditions and creating haemovigilance system with issuing national recommendations or guidelines for clinical transfusion and relevant orders of Ministry of Health of Ukraine.

References

1. Москаленко В. Ф. Принципи побудови оптимальної системи охорони здоров’я. Український контекст / В. Ф. Москаленко. – К. : Книга плюс, 2008. – С. 10.
2. Про загальнодержавну програму адаптації законодавства України до законодавства Європейського Союзу : Закон України № 1620-IV від 18 березня 2004 р. // Відомості Верховної Ради України. – 2004. – № 29. – С. 367.

НОРМАТИВНО-ПРАВОВА БАЗА СЛУЖБИ КРОВІ УКРАЇНИ

А.М. Чугрієв

Житомирський обласний центр крові, Україна

Мета: визначити стан нормативно-правової бази, що регламентує роботу закладів служби крові України станом на 01.01.2013 р.

Матеріали і методи. Вивчалися чинні документи, якими регламентовано діяльність служби крові в Україні.

Результати. Встановлено, що діяльність закладів служби крові України регулюють 107 нормативно-правових актів, у тому числі 15 законів України, 2 укази Президента України, 16 постанов Кабінету Міністрів України, 37 наказів МОЗ України, 14 міжвідомчих наказів, 9 наказів МОЗ СРСР та УРСР, 1 постанова Держкомітету із стандартів СРСР та 10 методичних рекомендацій МОЗ і НАМН України. Мають термін давності до 5 років 19 актів, від 5–10 років – 25 актів, від 10 до 15 років – 35 актів, від 15 до 20 років – 13 актів, від 20 до 25 років – 8 актів і вік 25–40 років мають 7 нормативно-правових акти.

Висновки. Нормативна база служби крові України потребує гармонізації з Рекомендаціями і резолюціями ВООЗ і Ради Європи, з Керівництвом по виготовленню, використанню і забезпеченню якості компонентів крові.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: нормативно-правова база, служба крові, статистичні форми звітності, система haemovigilance, законодавство Європейського Союзу.

НОРМАТИВНО-ПРАВОВАЯ БАЗА СЛУЖБЫ КРОВИ УКРАИНЫ

А.Н. Чугриев

Житомирский областной центр крови, Украина

Цель: определить состояние нормативно-правовой базы, регламентирующей работу учреждений службы крови Украины по состоянию на 01.01.2013 г.

Материалы и методы. Изучены действующие документы, которыми регламентирована деятельность службы крови в Украине.

Результаты. Установлено, что деятельность учреждений службы крови Украины регулируют 107 нормативно-правовых актов, в том числе 15 законов Украины, 2 указа Президента Украины, 16 постановлений Кабинета Министров Украины, 37 приказов МЗ Украины 14 межведомственных приказов, 9 приказов МЗ СССР та УССР, 1 постановление Госкомитета по стандартам СССР и 10 методических рекомендаций МЗ и НАМН Украины. Имеют срок давности до 5 лет 19 актов, от 5–10 лет – 25 актов, от 10 до 15 лет – 35 актов, от 15 до 20 лет – 13 актов, от 20 до 25 лет – 8 актов и возраст 25–40 лет имеют 7 нормативно-правовых актов.

Выводы. Нормативная база службы крови Украины требует гармонизации с Рекомендациями и резолюциями ВОЗ и Совета Европы, с Руководством по изготовлению, использованию и обеспечению качества компонентов крови.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: нормативно-правовая база, служба крови, статистические формы отчетности, система haemovigilance, законодательство Европейского Союза.

Рукопис надійшов до редакції 10.11.2014 р.

Відомості про автора:

Чугрієв Анатолій Миколайович – к.мед.н., головний лікар Житомирського обласного центру крові; тел.: +38(412) 39-58-57.

ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАХВОРЮВАНОСТІ ТА ПОШИРЕНОСТІ АЛКОГОЛІЗМУ СЕРЕД ДОРОСЛОГО НАСЕЛЕННЯ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Закарпатський обласний наркодиспансер, м. Ужгород, Україна
ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ

Мета: провести аналіз зареєстрованої захворюваності дорослого населення Закарпатської області на алкоголізм у розрізі адміністративних територій та рівнів поширеності алкоголізму серед дорослого населення області, виділивши в окрему категорію жінок та сільське населення.

Матеріали і методи. Під час виконання роботи використано статистичний, бібліосемантичний та метод системного підходу. Статистичному аналізу підлягали дані галузевої статистичної звітності щодо захворюваності та поширеності алкоголізму серед дорослого населення Закарпатської області за період 2006–2013 років.

Результати. Встановлено тенденції до зниження рівнів захворюваності дорослого населення області на алкоголізм, у тому числі жіночого та сільського, а також до зниження показника поширеності алкоголізму серед всього дорослого населення області. Водночас зареєстровано тенденцію до збільшення показника поширеності алкоголізму серед дорослого жіночого та сільського населення області.

Висновки. Достовірні відмінності показників захворюваності і поширеності алкоголізму в розрізі адміністративних територій Закарпатської області серед усіх категорій населення вимагають вивчення соціальних, медичних та економічних детермінант алкоголізму у дорослого населення.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: алкоголізм, захворюваність, поширеність, Закарпатська область, доросле населення, жінки, сільське населення.

Зловживання алкогольними напоями викликає численні негативні соціальні та медичні наслідки, призводить до фізичної і моральної деградації людини і становить загрозу для безпеки суспільства у цілому [3;4].

Україна останніми роками вийшла на одне з перших місць у світі за рівнем вживання алкогольних напоїв (10–12 л чистого алкоголю на душу населення). Причому тільки приблизно половина всього обсягу вживаного алкоголю є продуктом легального виробництва. Надзвичайно високим є рівень вживання міцних алкогольних напоїв (не менше 80%). До зловживання алкоголем залучається все більше жінок і підлітків, у тому числі внаслідок зростання споживання пива і слабоалкогольних напоїв («алкопопсів») у сучасному суспільстві, відносно легкості придбання алкогольних напоїв і доступності цін. Загалом в Україні від алкогольної залежності страждають близько 1 млн осіб, що призводить до одного із найвищих у Європі рівня захворюваності на алкогольні психози [2;5].

Медико-соціальне значення проблеми зловживання алкоголем зумовлене також стабільно високими показниками числа злочинів, скоєних у нетверезому стані, вагомими рівнями смертності від травм, отруєнь і самогубств на ґрунті алкоголізму, особливо серед чоловіків працездатного віку, значною поширеністю патології

внутрішніх органів, асоційованої із алкогольною залежністю (хронічні хвороби нервової системи, кровообігу, органів травлення та дихання). У результаті алкоголізм є другим за вагомістю чинником ризику глобального тягаря хвороб [1].

Мета роботи: провести аналіз зареєстрованої захворюваності дорослого населення Закарпатської області на алкоголізм в розрізі адміністративних територій та рівнів поширеності алкоголізму серед дорослого населення області, виділивши в окрему категорію жінок та сільське населення.

Матеріали і методи. Під час виконання роботи використано такі методи: статистичний, бібліосемантичний, системного підходу. Статистичному аналізу підлягали дані галузевої статистичної звітності щодо захворюваності та поширеності алкоголізму серед дорослого населення Закарпатської області за період 2006–2013 років. Отримані результати підлягали статистичній обробці з використанням програм Statistika 6.0 та MS Excel.

Результати дослідження та їх обговорення. На першому етапі дослідження було вивчено та проаналізовано показники зареєстрованої захворюваності дорослого населення області на алкоголізм з розрахунку на 100 тис. відповідного населення.

З табл. 1 видно, що за роки дослідження показник зареєстрованої захворюваності дорослого населення Закарпатської області на алкоголізм

Таблиця 1. Захворюваність дорослого населення області на алкоголізм (на 100 тис. дорослого населення)

Адміністративна територія	2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	абс.	показ-ник	абс.	показ-ник	абс.	показ-ник	абс.	показ-ник	абс.	показ-ник	абс.	показ-ник	абс.	показ-ник
м. Ужгород	133	144,39	140	151,987	126	136,194	92	99,4433	97	104,51	76	81,7952	93	100,167
Берегівський	202	335,39	182	302,18	153	254,254	60	99,7075	73	121,436	55	91,4092	108	179,372
Виноградівський	131	151,72	116	134,349	126	144,221	106	121,329	118	133,775	91	102,416	99	110,727
Великобerez-нянський	83	393,63	67	317,75	56	269,24	23	110,582	50	241,35	50	241,779	13	62,6838
Воловецький	6	31,32	8	41,758	17	89,7666	12	63,3647	9	47,609	7	37,0429	25	131,97
Іршавський	48	65,45	37	50,452	74	100,228	86	116,481	69	92,4202	51	68,00	54	71,60
Міжгірський	91	250,01	102	280,227	139	382,068	67	184,162	88	241,519	97	266,18	60	164,532
Мукачівський	263	187,40	276	196,668	275	193,783	293	206,467	306	213,534	331	229,657	331	228,83
Перечинський	20	84,74	23	97,4535	42	178,427	50	212,41	44	186,48	33	139,27	39	164,183
Рахівський	91	138,68	84	128,01	87	131,619	94	142,209	103	154,099	76	112,798	87	128,446
Свалявський	91	221,02	108	262,314	109	263,91	41	99,2688	35	84,5288	36	86,793	26	62,5782
Тячівський	182	142,89	170	133,466	165	127,87	170	131,745	184	140,741	215	163,364	177	133,767
Ужгородський	85	145,31	109	186,344	129	216,548	85	142,687	85	139,578	69	113,239	90	146,738
Хустський	78	81,07	88	91,4656	90	92,9983	66	68,1987	28	28,7601	33	33,8101	43	43,9381
Всього по області/середньо-обласний показник	1504	169,50	1510	169,602	1588	184,366	1245	128,433	1289	137,881	1220	126,254	1245	123,538

знизилися в 1,37 разу і в 2012 році склав 123,54. При цьому із 14 адміністративних територій області зниження показника зареєстровано на 10 (71,4%) територіях, а підвищення – в межах 4 (28,6%). Найвищий рівень зниження показника зареєстровано у Великобerezнянському районі (6,3 разу) – з 393,6 до 62,7 на 100 тис. дорослого населення, а найвищий рівень зростання показника зареєстровано у Воловецькому районі (4,21 разу) – з 31,3 до 131,9 відповідно.

Порівняння рівнів зареєстрованої захворюваності дорослого населення на алкоголізм показало, що у 2006 та 2012 рр. показники захворюваності нижче 100 на 100 тис. дорослого населення зареєстровані в межах чотирьох, але різних адміністративних територій. Показники захворюваності вище 200 на 100 тис. дорослого населення у 2006 р. зареєстровані в межах 4, а в 2012 р. – на одній адміністративній території області. У 2006 р. різниця граничних показників захворюваності склала 12,58 разу: від 31,3 у Воловецькому до 393,6 – у Великобerezнянському районах. У 2012 р. різниця граничних показників захворюваності склала 5,21 разу: від 43,9 у Хустському до 228,8 у Мукачівському районах.

Далі вивчалися показники захворюваності та поширеності алкоголізму серед дорослих жінок Закарпатської області (табл. 2).

Аналіз наведених у табл. 2 даних та їх порівняння з даними табл. 1 вказує на те, що в цілому в області показники захворюваності жіночого населення на алкоголізм за роки спостереження достовірно скоротилися. Скорочення показника відбулося в 1,7 ($p \geq 0,05$) разу – з 74,20 у 2006 р. до 44,62 у 2012 р. У структурі захворюваності дорослого населення на алкоголізм захворюваність жіночого населення склала в 2006 році 43,8%, а в 2012 р. – 36,1%.

У ході дослідження встановлена достовірна різниця зареєстрованої захворюваності дорослого жіночого населення на алкоголізм в розрізі адміністративних територій області. Так, у 2006 р. така різниця склала 12,13 разу: від 15,61 у Воловецькому до 189,28 у Великобerezнянському районі, а в 2012 р. – у 12,76 разу – від 7,86 у Воловецькому до 100,29 на 100 тис. дорослого жіночого населення в Мукачівському районі.

Найвищий рівень зниження захворюваності дорослого жіночого населення на алкоголізм зареєстровано у Великобerezнянському районі (5,1 разу): з 184,28 до 36,21 на 100 тис. дорослого жіночого населення.

Наступним кроком дослідження було вивчення та проведення аналізу показників зареєстрованої захворюваності на алкоголізм дорослого сільського населення (табл. 3).

Таблиця 2. Захворюваність дорослого жіночого населення області на алкоголізм (на 100 тис. відповідного населення)

Адміністративна територія	2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	абс.	показ-ник	абс.	показ-ник	абс.	показ-ник	абс.	показ-ник	абс.	показ-ник	абс.	показ-ник	абс.	показ-ник
м. Ужгород	48	77,84	33	53,518	37	60,45	34	55,55	20	32,56	18	29,28	23	37,32
Берегівський	48	117,23	54	131,89	43	105,75	16	39,35	10	24,78	17	42,21	20	49,76
Виноградівський	38	62,31	42	68,87	35	57,09	17	27,73	46	74,80	19	30,74	26	41,89
Великобerezнянський	26	184,28	30	212,63	21	150,35	7	50,12	13	93,38	13	93,84	5	36,21
Воловецький	2	15,61	5	39,02	8	62,80	3	23,55	5	39,48	2	15,76	1	7,86
Іршавський	12	23,35	13	25,30	26	50,63	23	44,79	21	40,89	11	21,43	21	40,92
Міжгірський	36	145,67	32	129,49	43	174,44	15	60,85	13	53,14	19	77,95	13	53,41
Мукачівський	74	77,24	73	76,19	76	78,98	90	93,53	71	73,09	89	91,39	98	100,29
Перечинський	7	42,86	6	36,73	13	79,67	14	85,80	14	85,75	12	73,52	13	79,30
Рахівський	26	55,74	32	68,60	35	75,03	9	19,29	27	57,69	17	36,21	25	53,10
Свалявський	26	92,95	37	132,28	34	121,75	10	35,81	17	60,91	9	32,17	7	25,00
Тячівський	39	44,77	41	47,07	59	67,55	46	52,67	51	58,17	36	40,95	43	48,79
Ужгородський	27	68,59	24	60,97	28	70,54	14	35,27	26	64,63	15	37,08	12	29,48
Хустський	20	30,37	22	33,41	36	54,82	19	28,93	8	12,20	8	12,19	14	21,30
Всього по області/середнє по обл.	439	74,20	444	79,71	494	86,42	317	46,66	342	55,10	266	45,34	321	44,62

Таблиця 3. Захворюваність на алкоголізм дорослого сільського населення області (на 100 тис. відповідного населення)

Адміністративна територія	2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	абс.	показ-ник	абс.	показ-ник	абс.	показ-ник	абс.	показ-ник	абс.	показ-ник	абс.	показ-ник	абс.	показ-ник
Берегівський	144	288,58	129	258,52	94	189,84	39	78,76	39	79,189	40	81,35	52	105,76
Виноградівський	93	115,27	83	102,87	98	121,48	86	106,61	77	95,219	67	82,47	75	91,83
Великобerezнянський	77	372,52	51	246,73	53	262,75	21	104,11	43	216,647	45	228,53	12	61,23
Воловецький	3	16,06	5	26,77	10	54,57	10	54,57	7	38,377	3	16,43	16	87,70
Іршавський	38	42,22	33	36,66	64	71,46	72	80,39	63	70,175	45	50,10	50	55,58
Міжгірський	68	172,07	61	154,36	107	273,38	45	114,97	61	156,929	74	191,17	50	129,32
Мукачівський	128	144,02	129	145,15	134	150,89	128	144,14	150	168,186	165	184,56	171	191,00
Перечинський	12	48,54	17	68,76	30	122,09	44	179,06	35	141,832	21	84,84	26	104,45
Рахівський	70	127,62	57	103,92	55	100,59	72	131,68	93	169,736	36	65,50	53	96,04
Свалявський	63	168,95	70	187,72	71	191,58	23	62,06	24	64,939	18	48,73	19	51,38
Тячівський	134	105,76	122	96,29	126	99,44	115	90,76	146	114,676	177	138,53	143	111,55
Ужгородський	76	120,90	90	143,17	111	174,54	75	117,94	83	129,040	63	97,46	80	123,04
Хустський	47	51,53	48	52,63	57	62,86	24	26,47	16	17,684	23	25,40	29	31,98
Всього по області/середнє по обл.	953	136,46	895	124,89	1010	144,27	754	99,35	837	112,510	777	99,62	776	95,45

Аналіз наведених у табл. 3 даних вказує на те, що за роки дослідження рівень зареєстрованої захворюваності сільського дорослого насе-

лення на алкоголізм знизився в 1,43 разу і в 2012 р. становив 95,45 на 100 тис. дорослого сільського населення. У структурі захворюваності доросло-

го населення області на алкоголізм захворюваність сільського дорослого населення становила у 2006 р. 80,51%, у 2012 р. – 77,28%.

Також встановлена достовірна різниця рівнів зареєстрованої захворюваності в межах адміністративних територій. Так, у 2006 р. різниця становила 23,2 разу – від 16,06 на 100 тис. дорослого сільського населення у Воловецькому до 372,52 у Великоберезнянському районі, а в 2012 р. – 5,97 разу – від 31,98 у Хустському до 191,00 на 100 тис. дорослого сільського населення у Мукачівському районі.

Найбільший показник підвищення рівня зареєстрованої захворюваності дорослого сільського населення на алкоголізм зареєстровано у Воло-

вецькому районі – 5,3 разу: з 16,06 у 2006 р. до 87,70 на 100 тис. дорослого сільського населення у 2012 р., а найбільший показник зниження рівня захворюваності дорослого сільського населення на алкоголізм зареєстровано у Великоберезнянському районі – 6,1 разу: з 372,52 у 2006 р. до 61,23 на 100 тис. дорослого сільського населення у 2012 р.

Наступним кроком дослідження було вивчення показників поширеності алкоголізму серед дорослого населення Закарпатської області та, зокрема, серед жінок та сільського населення. Результати вивчення поширеності алкоголізму серед дорослого населення Закарпатської області наведено у табл. 4.

Таблиця 4. Поширеність алкоголізму серед дорослого населення області (на 100 тис. відповідного населення)

Адміністративна територія	2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	абс.	показ-ник	абс.	показ-ник	абс.	показ-ник	абс.	показ-ник	абс.	показ-ник	абс.	показ-ник	абс.	показ-ник
м. Ужгород	1473	1599,12	1603	1740,25	1578	1705,67	1472	1591,09	1461	1574,12	1461	1572,4	1492	1606,98
Берегівський	1651	2741,2	1683	2794,3	1679	2790,15	1571	2610,68	1418	2358,85	1172	1947,85	1075	1785,42
Виноградівський	1237	1432,67	1285	1488,27	1321	1512,03	1320	1510,89	1337	1515,74	1366	1537,37	1403	1569,19
Великоберезнянський	490	2323,82	533	2527,74	568	2730,9	543	2610,7	545	2630,69	553	2674,08	554	2671,3
Воловецький	295	1539,83	294	1534,61	298	1573,56	302	1594,68	294	1555,23	291	1539,93	277	1462,2
Іршавський	1212	1652,64	1196	1630,83	1175	1591,45	1120	1516,96	1116	1494,8	1063	1417,26	1084	1437,3
Міжгірський	904	2483,58	952	2615,46	1017	2795,4	1029	2828,4	1027	2818,6	1071	2939	1077	2953,4
Мукачівський	2626	1871,2	2598	1851,24	2553	1799,01	2579	1817,34	2689	1876,44	2760	1914,96	2655	1835,46
Перечинський	408	1728,74	401	1699,08	408	1733,29	427	1814,01	468	1983,47	479	2021,52	491	2067,02
Рахівський	1288	1962,82	1294	1971,96	1337	2022,69	1371	2074,13	1390	2079,59	1391	2064,5	1392	2055,13
Свалявський	785	1906,64	814	1977,07	848	2053,17	856	2072,54	835	2016,62	825	1989,01	824	1983,25
Тячівський	2307	1811,22	2397	1881,87	2426	1880,08	2473	1916,5	2527	1932,89	2547	1935,29	2551	1927,9
Ужгородський	1260	2154,07	1317	2251,51	1340	2249,42	1156	1940,54	1152	1891,69	1001	1642,79	980	1597,81
Хустський	1359	1412,52	1410	1465,53	1467	1515,87	1502	1552,04	1503	1543,8	1461	1496,86	1474	1506,16
Всього по області/середньообласний показник	17295	1901,43	17777	1959,27	18015	1996,62	17721	1960,75	17762	1948,04	17441	1906,63	17329	1889,89

Аналіз наведених у табл. 4 даних вказує на тенденцію до зниження показника зареєстрованої поширеності алкоголізму серед дорослого населення області з рівнем у 2012 р. 1889,89 на 100 тис. дорослого населення, з найвищим рівнем у 2008 р. – 1996,62.

Встановлено достовірні відмінності показника поширеності алкоголізму серед дорослого населення в розрізі адміністративних територій. Так, у 2006 р. різниця показника поширеності алкоголізму в розрізі адміністративних територій склала 1,9 разу – від 1412,5 у Хустському до 2741,2 у Берегівському районі, а в 2012 р. – 2,01 разу – від 1437,3 в Іршавському до 2953,4 у Міжгірському районі.

За період дослідження в межах 6 (42,9%) адміністративних територій зареєстровано зменшення показника поширеності алкоголізму, а в межах 8 (57,1%) – збільшення відповідного показника.

Порівняння показників захворюваності дорослого населення на алкоголізм та його поширеності вказує на невідповідність темпів зміни вказаних показників у розрізі адміністративних територій області.

Наступним кроком дослідження стало вивчення та аналіз показників поширеності алкоголізму серед дорослого жіночого населення області.

З табл. 5 видно, що рівень зареєстрованої поширеності алкоголізму серед дорослого жіно-

Таблиця 5. Поширеність алкоголізму серед дорослого жіночого населення області (на 100 тис. відповідного населення)

Адміністративна територія	2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	абс.	показ-ник	абс.	показ-ник	абс.	показ-ник	абс.	показ-ник	абс.	показ-ник	абс.	показ-ник	абс.	показ-ник
м. Ужгород	375	608,15	393	637,35	390	637,17	379	619,20	376	612,04	375	610,09	389	631,12
Берегівський	292	713,17	304	742,48	306	752,53	367	902,54	280	693,77	244	605,82	220	547,40
Виноградівський	197	323,05	217	355,85	241	393,13	235	383,34	249	404,90	252	407,75	265	427,01
Великобerezнянський	119	843,43	137	971,01	150	1073,96	135	966,56	132	948,14	133	960,08	132	955,83
Воловецький	68	530,71	70	546,32	66	518,13	71	557,39	70	552,70	69	543,65	55	432,22
Іршавський	248	482,57	248	482,57	258	502,44	258	502,44	268	521,89	253	492,88	262	510,51
Міжгірський	164	663,62	186	752,64	213	864,10	209	847,87	210	858,40	207	849,27	207	850,38
Мукачівський	549	573,02	555	579,28	557	578,85	565	587,16	594	611,48	611	627,43	625	639,60
Перечинський	103	630,59	103	630,59	107	655,76	120	735,43	114	698,23	125	765,84	123	750,27
Рахівський	336	720,27	335	718,13	357	765,27	358	767,42	355	758,53	349	743,36	352	747,71
Свалявський	191	682,85	212	757,93	219	784,24	214	766,34	217	777,44	216	772,12	216	771,37
Тячівський	384	440,81	409	469,51	451	516,38	466	533,55	499	569,13	506	575,52	514	583,19
Ужгородський	218	553,78	224	569,02	220	554,23	190	478,65	191	474,76	171	422,73	168	412,76
Хустський	242	367,52	243	369,04	242	368,54	238	362,45	253	385,76	233	355,16	243	369,77
Всього по області/середньообласний показник	3486	580,97	3636	612,98	3777	640,34	3805	643,60	3808	633,37	3744	623,69	3771	616,37

чого населення за роки дослідження збільшився в 1,1 разу і становив 616,37 на 100 тис. дорослого жіночого населення. Частка зареєстрованої поширеності алкоголізму серед дорослого жіночого населення у загальному показнику поширеності алкоголізму серед дорослого населення області за роки спостереження зросла з 30,6% у 2006 р. до 32,61% у 2012 р.

Встановлена достовірна різниця зареєстрованого показника поширеності алкоголізму серед дорослого жіночого населення в розрізі адміністративних територій області. Так, у 2006 р. різниця склала 2,3 разу – від 367,52 в Хустському до 843,43 у Великобerezнянському районі, а в 2012 р. – 2,6 – від 369,77 в Хустському до 955,83 у Великобerezнянському районі.

За роки дослідження збільшення показника поширеності алкоголізму серед дорослого жіночого населення області зареєстровано в 11 (78,6%), а зменшення – у 3 (21,4%) адміністративних територіях області.

Далі вивчалися та аналізувалися показники зареєстрованої поширеності алкоголізму серед дорослого сільського населення (табл. 6).

Як свідчать результати дослідження, зареєстрована поширеність алкоголізму серед дорослого сільського населення області має тенденцію до зростання. За роки дослідження зареєстровано зростання поширеності алкоголізму у 1,03 разу

з показником 1437,3 на 100 тис. дорослого сільського населення. Частка зареєстрованої поширеності алкоголізму серед дорослого сільського населення в загальному показнику поширеності алкоголізму серед дорослого населення області за роки дослідження зросла з 73,4% у 2006 р. до 76,0% у 2012 р.

Встановлена достовірна різниця зареєстрованого показника поширеності алкоголізму серед дорослого сільського населення в розрізі адміністративних територій області. У 2006 р. ця різниця склала 2,7 разу: від 832,2 в Хустському до 2286,6 в Берігівському районі, а в 2012 р. – 2,6: від 901,9 в Хустському до 2347,1 у Великобerezнянському районі.

За роки дослідження збільшення показника поширеності алкоголізму серед дорослого сільського населення області зареєстровано на 10 (71,4%), а зменшення – на 4 (28,6%) адміністративних територіях області.

Висновки

У ході дослідження встановлено тенденції до зниження рівнів захворюваності дорослого населення Закарпатської області на алкоголізм, у тому числі жіночого та сільського. Також встановлено тенденцію до зниження показника поширеності алкоголізму серед всього дорослого населення області. При цьому зареєстровано тенденцію до збільшення показника поширеності алкоголізму серед дорос-

Таблиця 6. Поширеність алкоголізму серед дорослого сільського населення області (на 100 тис. відповідного населення)

Адміністративна територія	2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	абс.	показ-ник	абс.	показ-ник	абс.	показ-ник	абс.	показ-ник	абс.	показ-ник	абс.	показ-ник	абс.	показ-ник
Берегівський	1141	2286,6	1173	2350,7	1202	2427,5	1112	2245,8	1015	2061,0	857	1743,0	746	1517,19
Виноградівський	759	940,719	796	986,6	852	1056,2	887	1099,5	881	1089,5	907	1116,4	935	1144,87
Великобerezнянський	386	1867,44	421	2036,8	450	2230,9	443	2196,2	452	2277,3	459	2331,0	460	2347,1
Воловецький	204	1092,02	205	1097,4	211	1151,5	217	1184,2	219	1200,7	214	1172,0	201	1101,79
Іршавський	1109	1232,07	1080	1199,9	1056	1179,0	1010	1127,7	1005	1119,5	968	1077,8	983	1092,66
Міжгірський	571	1444,91	593	1500,6	657	1678,6	667	1704,1	666	1713,4	702	1813,5	720	1862,2
Мукачівський	1222	1374,95	1189	1337,8	1157	1302,9	1181	1329,9	1212	1358,9	1292	1445,2	1244	1389,49
Перечинський	306	1237,76	310	1253,9	319	1298,2	345	1404,0	378	1531,8	386	1559,5	386	1550,7
Рахівський	979	1784,8	970	1768,4	990	1810,6	1017	1860,0	1032	1883,5	1015	1846,7	1044	1891,72
Свалявський	479	1284,56	494	1324,8	509	1373,4	521	1405,8	508	1374,5	496	1342,6	497	1343,93
Тячівський	1372	1082,83	1445	1140,4	1481	1168,8	1514	1194,8	1571	1233,9	1598	1250,7	1645	1283,24
Ужгородський	1054	1676,66	1092	1737,1	1105	1737,6	912	1434,1	910	1414,8	821	1270,1	818	1258,13
Хустський	759	832,2	216	236,8	817	901,0	825	909,8	818	904,1	807	891,2	818	901,944
Всього по області/середньообласний показник	10341	1395,2	9984	1382,4	10806	1485,9	10651	1468,9	10667	1474,1	10522	1450,7	10497	1437,3

лого жіночого та сільського населення області. Встановлені достовірні відмінності показників захворюваності і поширеності алкоголізму в розрізі адміністративних територій серед усіх категорій населення, які підлягали вивченню.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням соціальних, медичних та економічних детермінант алкоголізму у дорослого населення Закарпатської області.

Список літератури

1. ВОЗ: Алкоголь // Информационный бюллетень №349. – Февраль 2011 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/ru/index.html>. – Название с экрана.
2. Лазоришинець В. В. Здоров'я населення та діяльність системи охорони здоров'я України: реалії, проблеми та шляхи вирішення : аналіт. матеріали / В. В. Лазоришинець, В. Г. Бідний, М. В. Банчук; за ред. З. М. Митника. – К. : МОЗ, УІСД, 2010. – 107 с.
3. Лінський І. В. Основні проблеми, пов'язані з поширенням алкогольної залежності та наркоманії в Україні, та шляхи їх розв'язання / І. В. Лінський, О. І. Мінко // Укр. вісн. психоневрол. – 2005. – Т. 13, № 4. – С. 8–11.
4. Первый отчет о ходе работ по применению антиалкогольной стратегии Европейского Союза: Генеральный Директорат по здравоохранению и защите потребителей. – ЕС, 2009 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.narcom.ru/publ/info/858>. – Название с экрана.
5. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2013 рік / за ред. О. С. Мусія. – К., 2014. – 405 с.

ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АЛКОГОЛИЗМА СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ЗАКАРПАТСКОЙ ОБЛАСТИ

В.В. Кручаница

Закарпатский областной наркодиспансер, г. Ужгород, Украина

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

Цель: провести анализ зарегистрированной заболеваемости взрослого населения Закарпатской области алкоголизмом в разрезе административных территорий и уровней распространенности алкоголизма среди взрослого населения области, выделив в отдельную категорию женщин и сельское население.

Материалы и методы. Во время выполнения работы использованы статистический, библио-семантический и метод системного подхода. Статистическому анализу подлежали данные отраслевой

статистической отчетности относительно заболеваемости и распространенности алкоголизма среди взрослого населения Закарпатской области за период 2006–2013 годов.

Результаты. Установлены тенденции к снижению уровней заболеваемости взрослого населения области алкоголизмом, в том числе женского и сельского, а также к снижению показателя распространенности алкоголизма среди всего взрослого населения области. В то же время зарегистрирована тенденция к увеличению показателя распространенности алкоголизма среди взрослого женского и сельского населения области.

Выводы. Достоверные отличия показателей заболеваемости и распространенности алкоголизма в разрезе административных территорий Закарпатской области среди всех категорий населения требуют изучения социальных, медицинских и экономических детерминант алкоголизма у взрослого населения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: алкоголизм, заболеваемость, распространенность, Закарпатская область, взрослое население, женщины, сельское население.

CHARACTERISTIC OF INCIDENCE AND PREVALENCE OF ALCOHOLISM AMONG ADULT POPULATION OF TRANS-CARPATHIAN REGION

V.V. Kruchanytsya

Transcarpathian regional narcoclinic, Uzhgorod, Ukraine

PE «Ukrainian Institute of Strategic Researches MHC of Ukraine»

Purpose: to carry out analysis of the registered incidence of adult population of the Transcarpathian region to alcoholism in the context of administrative areas and levels of prevalence of alcoholism among adult population of the region, highlighting in separate category of women and the rural population.

Materials and methods. At work performance are applied statistical, bibliosemantyck and method of system approach. The data of branch statistical reporting on incidence and prevalence of alcoholism among adult population of the Transcarpathian region for the period 2006-2013 years was subject to the statistical analysis.

Results. Tendencies to decrease in levels of morbidity of adult population of the Transcarpathian region by alcoholism, including women and rural population, as well as to reduce in an indicator of prevalence of alcoholism among all adult population of region are established. At the same time it is registered a tendency to increase indicator of prevalence of alcoholism among adult women and rural population.

Conclusions. Significant differences of indicators of morbidity and prevalence of alcoholism in the context of administrative areas of the Transcarpathian region among all categories of the population demand studying social, medical and economic determinants of alcoholism at adult population.

KEY WORDS: alcoholism, morbidity, prevalence, Transcarpathian region, adult population, women, rural population.

Рукопис надійшов до редакції 03.11.2014 р.

Відомості про автора:

Кручаниця Василь Васильович – головний лікар Закарпатського обласного наркодиспансеру;
тел. служб.: +38 (0312)660705.

УДК 616-002.5-032.2-08:615.015.8]-084

І.Т. П'ЯТНОЧКА, С.І. КОРНАГА, Н.В. ТХОРИК

ШЛЯХИ ЗНИЖЕННЯ РОЗПОВСЮДЖЕННЯ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ З ПОГЛЯДУ ФТИЗІОЕПІДЕМІОЛОГІЇ

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

Мета: обґрунтувати шляхи зниження захворюваності на туберкульоз, зокрема мультирезистентний, на підставі знання закономірностей фтизіоепідеміології цієї недуги.

Матеріали і методи. В основу роботи покладено літературні дані, особисті багаторічні спостереження та дослідження.

Результати. Захворюваність на вперше діагностований деструктивний туберкульоз в області з 2010 по 2013 рік знизилась з 47,9% до 40,2%. Рецидиви з деструкціями зросли з 51,9% до 79,2%, а видужання настало лише у 41,3% хворих. Решта пацієнтів є практично мультирезистентними хронічними хворими, що становить епідемічну загрозу.

Висновки. Для зниження розповсюдження туберкульозу необхідно удосконалювати шляхи його виявлення, лікування до припинення бактеріовиділення, загоєння порожнин розпаду і стабілізації туберкульозного процесу.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: туберкульоз, мультирезистентність, фтизіоепідеміологія.

Туберкульоз, як захворювання, відомий з давніх давен. Ця інфекційна хвороба, яку спричиняють мікобактерії туберкульозу, перебігає з періодичними загостреннями, рецидивами та ремісіями, уражає переважно найбідніші, соціально дезадаптовані, групи населення. За даними ВООЗ, останніми роками боротьба з туберкульозом у Європейському регіоні має позитивні зміни. Україна також досягла певних успіхів у подоланні туберкульозу, проте на цьому фоні зростає кількість хворих на хіміорезистентні форми туберкульозу. Факторами, що обумовлюють високий рівень захворюваності та поширення його мультирезистентних форм, є недостатнє і несвоєчасне виявлення хворих на заразні форми туберкульозу. Захворюваність на бактеріальні форми туберкульозу становить 30,8 на 100 тис. населення; ефективність лікування вперше виявлених хворих сягає лише 55,0%, з рецидивом – 34,2% [6]. Показник смертності у 2012 році становив 15,1 на 100 тис. населення. Загальний відсоток хворих, що померли від туберкульозу, протягом одного року спостереження по Україні склав, в середньому, 17,7, у Тернопільській області – 30,4. Це свідчить про незадовільну роботу з раннього виявлення туберкульозу, як і недостатню санпросвітню роботу серед населення області.

Надзвичайно актуальною сьогодні є потреба національної політики щодо формування у населення відповідального ставлення до власного здоров'я, як найвищої особистої та суспільної цінності, починаючи з дитинства, формування

навичок здорового способу життя як базової складової виховання духовної та фізично здорової особистості [2]. Усі ці компоненти (чітке уявлення про збудника, клінічні прояви хвороби, діагностику, лікування та профілактику) в комплексі, з огляду на їх практичне застосування, поєднуються в єдине поняття – подолання туберкульозу на основі знань практичної фтизіоепідеміології.

Мета дослідження полягає в обґрунтуванні шляхів зниження захворюваності на туберкульоз, зокрема мультирезистентний, на підставі знання закономірностей фтизіоепідеміології цієї недуги.

Матеріали і методи. В основу роботи покладено літературні дані, особисті багаторічні спостереження та дослідження.

Результати дослідження та їх обговорення. Епідемічний процес при туберкульозі виникає і підтримується при взаємодії трьох обов'язкових його частин: а) джерела збудника туберкульозу; б) механізм передачі; в) сприйнятливості населення до туберкульозної інфекції. При розриві цієї взаємодії і вилученні хоча б одного елемента епідеміологічний процес припиняється. Епідемічний процес при туберкульозі – це процес взаємодії людини і популяції збудника туберкульозу. Цей процес, з одного боку, є явищем біологічним, з іншого – соціальним. Є певні біологічні закони розвитку цього процесу, що полягають у постійному пристосуванні мікобактерій туберкульозу до мінливих умов зовнішнього середовища.

Основним джерелом туберкульозної інфекції є хворий на туберкульоз легень, який виділяє

мікобактерії з мокротинням при кашлі, розмові, чханні. Особливість пацієнта, як джерела інфекції, полягає в тому, що він може виділяти мікобактерії туберкульозу постійно чи періодично протягом багатьох років. Хворий на деструктивний туберкульоз легень може виділяти з мокротинням від 15 млн до 7 млрд мікобактерій протягом доби. Джерелом інфекції можуть бути також свійські тварини, передовсім велика рогата худоба, від якої людина заражається бичачим типом мікобактерій, в основному через молоко.

Туберкульоз поширюється переважно повітряно-краплинним шляхом. Однак краплинне інфікування відбувається не так часто і лише за певних умов. Значно більше значення має пилова інфекція. Висохлі крапельки мокротиння на підлозі, різних предметах піднімаються в повітря у вигляді інфікованого пилу. Чим менші ці частинки, тим більш імовірно, що вони через дихальні шляхи досягають альвеол, позбавлених місцевого захисту. Рідше інфекція потрапляє через ушкоджені бронхи або мигдалики і лімфатичні вузли ротової частини глотки (кільце Пирогова). Зараження через інфікований пил відбувається переважно в житлі туберкульозного хворого. Зараження мікобактеріями туберкульозу може відбуватися також аліментарним, контактним шляхом і, надзвичайно рідко, внутрішньо-утробно.

Заразливість для оточуючих людей неоднакова. Вона залежить від багатьох факторів і умов. Важливе значення має масивність бактеріовиділення і його тривалість.

Мікобактерії туберкульозу мають значну стійкість до різних фізичних і хімічних агентів. Висохлі мікобактерії зберігають патогенність для морських свинок протягом $1-1\frac{1}{2}$ року. У вуличному пилу мікобактерії зберігаються протягом 10 днів. Ультрафіолетові промені вбивають мікобактерії через 2–3 хвилини. У вологому мокротинні мікобактерії гинуть при кип'ятінні протягом 5 хвилин, у висохлому мокротинні – лише через 45 хвилин. Надійної дезінфекції мокротиння можна досягти при використанні препаратів, що виділяють активний хлор (3–5% розчин хлораміну протягом 5 годин, 1–2% розчин хлораміну активованого сульфатом амонію протягом 3 годин, 10–20% розчин хлорного вапна протягом $2\frac{1}{2}$ годин, а також бактерицидного ультрафіолетового опромінення [5].

Людина може захворіти на туберкульоз лише при попаданні в її організм мікобактерій туберкульозу. Однак людині притаманна відносна індивідуальна резистентність до туберкульозу, про що свідчить ряд факторів. Залежно від епідеміологічної ситуації мікобактеріями туберкульозу інфікується більшість людей, але захворюють лише незначна частина інфікованих – 5–15% і,

переважно, в перші 1–2 роки після зараження. Найчастіше туберкульоз виявляють у членів родини хворого, що перебувають з ним у тісному контакті. У селі з великою кількістю населення при частому спілкуванні хворого з односельцями може заразитися 50–100 чоловік [8].

Загалом більшість людей (85–90%) успішно справляються з первинним зараженням мікобактеріями туберкульозу. Однак слід пам'ятати, що опірність людини до туберкульозу протягом життя неоднакова. Найнебезпечнішим є зараження в ранньому дитячому віці. При недавньому інфікуванні ризик розвитку захворювання в 10 разів більший, ніж якщо інфікування відбулося давно. У дорослих, що були раніше інфіковані, забезпечується захист від реінфекції приблизно на 40% [8].

Останніми роками ризик інфікування збільшився в десятки разів і продовжує щорічно зростати. Оскільки сучасні заходи щодо розриву ланцюга передачі туберкульозної інфекції від хворого до здорового недостатньо ефективні, не своєчасне виявлення хворих, погана їх ізоляція та малоефективне лікування збільшують поширення туберкульозної інфекції. Цьому сприяють низька санітарна грамотність населення, недостатня робота у вогнищах туберкульозної інфекції. Проте, навіть в умовах постійного сімейного контакту з бактеріовиділювачами, не всі особи стають інфікованими. Оскільки схильність до туберкульозу визначається не лише факторами зовнішнього середовища, мікобактеріями туберкульозу, але і внутрішніми властивостями організму, зокрема спадковими (генетичними) факторами.

Якщо підходити до туберкульозу з позицій генетики, то його можна віднести до групи захворювань зі спадковою схильністю чи багатфакторних захворювань. У сім'ях пробандів (пробанд – це хворий, з якого починається складання родоводу), котрі хворіли на деструктивний бацилярний туберкульоз, частота туберкульозу серед рідних першої лінії родоводу (діти, сестри і брати, батьки пробандів) значно перевищувала частоту захворювання серед всього населення не лише за наявності сімейного контакту (у 7,2 разу), але і за відсутності тісного сімейного контакту з пробандами (у 5 разів) і навіть з не-деструктивним туберкульозом легень.

Стосовно асоціації між захворюванням на туберкульоз і різними генетичними маркерами, такими як антигени групи крові, з'ясувалося, що вірогідність захворювання на туберкульоз у осіб з групою крові В (III) вірогідно вища, ніж з групою крові А (II) і АВ (IV). Достовірно більше спостерігається хворих на туберкульоз з групою крові АВ (IV), а у осіб з групою крові А (II) – більш важкий перебіг. Серед вперше виявлених хво-

рих на деструктивний туберкульоз легень частіше спостерігаються особи О (I) і рідше з групою А (II) [6]. Кращі результати лікування спостерігалися у хворих з В (III), найнижчі у пацієнтів з А (II) групою крові. Загоєння каверн значно частіше відбувалося в осіб з Rh (-) приналежністю [3].

Лікування хворих на туберкульоз – найважливіша невід’ємна ланка в розриві епідеміологічного ланцюга, що дає змогу досягти загоєння туберкульозного процесу та відновлення працездатності і соціального статусу. Основними ознаками, що підтверджують ефективність лікування, є стійке припинення бактеріовиділення, підтверджене бактеріоскопічним та культуральним методами, загоєння порожнин розпаду, стабілізація процесу, а також досягнення медико-соціальної та трудової реабілітації.

Останніми роками, на тлі поступової стабілізації епідеміологічного процесу, велику загрозу становить значне поширення мультирезистентного туберкульозу. Це найнебезпечніша форма туберкульозу, при якій мікобактерії є стійкими до двох найефективніших протитуберкульозних препаратів (ізоніазиду та рифампіцину), а самі мікобактерії мають більшу вірулентність і набагато легше передаються від хворої до здорової людини. Хворі на мультирезистентний туберкульоз потребують обов’язкової госпіталізації та тривалого інтенсивного лікування. Сьогодні лікування хворих на туберкульоз проводиться згідно з уніфікованим клінічним протоколом медичної допомоги (УКПМД) «Туберкульоз» (2012). Стаціонарне лікування проводиться до припинення бактеріовиділення, що підтверджується методом мікроскопії мазка мокротиння [7]. Ця унітарна програма є доволі жорсткою, яка не допускає відхилень від запрограмованого методу лікування та організаційних форм.

Подальше лікування проводиться в домашніх умовах під «медичним» наглядом. Таке лікування не є достатньо ефективним, оскільки загоєння порожнин розпаду констатовано лише у 63,1% хворих на вперше діагностований деструктивний туберкульоз легень (Тернопільська область, 2011–2012 роки). До речі, захворюваність на вперше діагностований деструктивний туберкульоз в області з 2010 по 2013 рік знизилась з 47,9% до 40,2%. Водночас рецидиви з деструкціями зросли з 51,9% до 79,2%, а видужання відбулося лише у 41,3% хворих. Решта неефективно пролікованих пацієнтів є практично мультирезистентними «хроніками» і становлять дуже небезпечну епідеміологічну загрозу [4]. З цього випливає, що, на відміну від унітарної, слід дотримуватись більш гнучкої програми лікування, яка передбачає для різних контингентів хворих різні методи та організаційні форми лікування. Ефективність лікування повинна підтверджувати-

ся стійким припиненням бактеріовиділення, загоєнням порожнин розпаду і стабілізацією процесу. До того ж в окремих випадках виправданим є проведення протирецидивних курсів хіміотерапії, що значною мірою запобігало б виникненню рецидивів. Загалом для досягнення кращих результатів лікування потрібно, в окремих випадках, проводити більш тривалу стаціонарну комплексну терапію. Значно ширше слід застосовувати хірургічні втручання, зокрема при мультирезистентному туберкульозі легень, а також колапсотерапевтичні. Застосуванням пневмоперитонеуму на фоні інтенсивної хіміотерапії ми досягали видужання у окремих хворих на мультирезистентний деструктивний туберкульоз легень [1].

Паліативне лікування необхідно проводити в спеціалізованих стаціонарах або в окремо виділених палатах тубстаціонарів. Виписка пацієнтів з незагоєними порожнинами розпаду на амбулаторне лікування, зокрема паліативне, створює велику загрозу розповсюдження туберкульозної інфекції, передусім мультирезистентного туберкульозу, серед членів сім’ї, близького оточення і населення взагалі. Заходи із знешкодження туберкульозної інфекції в домашніх умовах, в переважній більшості тубвогнищ, є недостатньо ефективними через відсутність надійних засобів дезінфекції, як хімічних так і фізичних. Ці можливості в протитуберкульозних стаціонарах є в повному об’ємі.

Інший шлях зниження поширеності мультирезистентного туберкульозу полягає в попередньому «сортванні» вперше виявлених хворих, яких спочатку необхідно розмішувати в окремі палати на час визначення чутливості мікобактерій туберкульозу до хіміопрепаратів. Оскільки нерідко хворі на вперше діагностований мультирезистентний туберкульоз тривалий час перебувають у загальних палатах з пацієнтами, які не виділяють або виділяють чутливі до протитуберкульозних препаратів мікобактерії. У таких випадках і відбувається внутрішньолікарняне розповсюдження мультирезистентного туберкульозу. Підтвердженням цього є те, що у відділенні хворих на вперше діагностований туберкульоз легень мультирезистентний констатовано у 2010–2014 роках у 7, 12, 19, 23 і 33 пацієнтів відповідно. Отже, при госпіталізації хворих і на вперше діагностований туберкульоз легень потрібно дотримуватися превентивних заходів щодо внутрішньолікарняного розповсюдження мультирезистентності.

Надзвичайно велике значення в розриві епідеміологічного процесу мають профілактичні заходи. Це, передусім, щеплення та ревакцинація, хіміопрфілактика, оздоровчо-профілактична робота в тубвогнищах, як і серед контингентів груп ризику.

Важливою складовою протитуберкульозної роботи є санпросвітня робота серед хворих на

туберкульоз, контактів і населення в цілому. Санітарно-просвітня робота – це безперервний процес, який полягає у висвітленні властивостей збудника туберкульозу, шляхів його передачі, проявів захворювання, методів лікування і профілактики. На жаль, санітарно-просвітня робота не проводиться на належному рівні, зокрема індивідуальна робота з пацієнтами. Підтвердженням цього є слабка загальна орієнтація з питань туберкульозу у 15,7% пацієнтів, які знаходилися на стаціонарному лікуванні і вже закінчили інтенсивну фазу [7]. У цьому є велика вина медичного персоналу, передусім фтизіатрів.

Висновки

Для зниження розповсюдження туберкульозу, зокрема мультирезистентного, необхідно удосконалення шляхів його виявлення, тривале комплексне лікування до стійкого припинення бактеріовиділення, загоєння порожнин розпаду

і стабілізації туберкульозного процесу, з використанням доступних апробованих адекватних методів (хірургічні, колапсотерапевтичні, в окремих випадках і протирецидивні курси хіміотерапії).

З метою обмеження внутрішньолікарняного поширення мультирезистентності серед вперше діагностованих хворих слід проводити їх попередню короточасну «ізоляцію» в окремих палатах до визначення медикаментозної чутливості мікобактерій.

Необхідно покращити санпросвітню роботу серед хворих на туберкульоз і населення взагалі, прищеплюючи навички здорового способу життя, правильного розуміння і виконання оздоровчо-профілактичних заходів.

Перспективи подальших досліджень спрямовані на поглиблене вивчення шляхів зниження мультирезистентного туберкульозу серед сільських мешканців.

Список літератури

1. Пневмоперитонеум у комплексному лікуванні хворих на хіміорезистентний туберкульоз легень / І. Т. П'ятночка, С. І. Корнага, Ю. В. Довбуш [та ін.] // Шпитальна хірургія. – 2011. – № 3. – С. 86–88.
2. Пульмонологія та фтизіатрія: національний підручник у 2-х т. / за ред. Ю. І. Феценка, В. П. Мельника, І. Г. Ільницького. – К.–Л. : Атлас, 2011. – 1362 с.
3. П'ятночка І. Т. Ефективність лікування хворих на туберкульоз легень при різній групі та резус-приналежності крові / І. Т. П'ятночка, С. І. Корнага, Н. В. Корнага // Інфекційні хвороби. – 2007. – № 1. – С. 41–43.
4. П'ятночка І. Т. Про рецидиви туберкульозу легень / І. Т. П'ятночка, С. І. Корнага, Н. В. Тхорик // Вісн. наук. досліджень. – 2014. – № 2. – С. 53–54.
5. Туберкульоз в Україні (аналітично-статистичний довідник за 2011–2012 роки). – К., 2013. – 122 с.
6. Туберкулёз органов дыхания : рук-во для врачей / А. Г. Хоменко, М. М. Авербах, А. А. Александрова [и др.]; под ред. А. Г. Хоменко. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : Медицина, 1988. – 576 с.
7. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Туберкульоз. – К., 2012. – 171 с.
8. Феценко Ю. І. Фтизіоепідеміологія / Ю. І. Феценко, В. М. Мельник. – К. : Здоров'я, 2004. – 624 с.

ПУТИ СНИЖЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕНИЯ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ФТИЗИОЭПИДЕМИОЛОГИИ

И.Т. Пятночка, С.И. Корнага, Н.В. Тхорик

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

Цель: обосновать пути снижения заболеваемости туберкулёзом, в частности мультирезистентным, на основании знаний закономерностей фтизиоэпидемиологии этой болезни.

Материалы и методы. В основу работы положены литературные данные, личные многолетние наблюдения и исследования.

Результаты. Заболеваемость впервые диагностированным деструктивным туберкулёзом в области с 2010 по 2013 годы снизилась с 47,9% до 40,2%. Рецидивы с деструкциями возросли с 51,9% до 79,2%, а выздоровление наступило лишь у 41,3% больных. Остальные пациенты являются практически мультирезистентными хроническими больными, что составляет эпидемическую угрозу.

Выводы. Для снижения распространения туберкулёза необходимо совершенствовать пути его выявления, лечение до прекращения бактериовыделения, заживления полостей распада и стабилизации туберкулёзного процесса.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: туберкулёз, мультирезистентность, фтизиоэпидемиология.

WAYS OF DECLINE OF MULTIREZISTENS TUBERCULOSIS DISTRIBUTION FROM THE POINT OF PHTHISIOEPIDEMIOLOGY*I.T. Pyatnochka, S.I. Kornaha, N.V. Thoryk*

SHEE «Ternopil State Medical University named by I.Ya. Horbachevskyi Ministry of Health of Ukraine»

Purpose: to ground the ways of morbidity tuberculosis decline in particular, multirezistens, on the basis of conformities knowledge to law of this illness phthisioepidemiology.

Materials and methods. Literary data, personal long-term supervisions and researches are fixed in basis.

Results. Morbidity on the first diagnosed destructive tuberculosis in region from 2010 to 2013 decreased from 47,9% to 40,2%. Relapses with destructions grew from 51,9% to 79,2%, and recovery came only at 41,3% patients. Other patients are practically multirezistens "chronics" and very dangerous epidemiology threat.

Conclusions. For the decline of distribution of tuberculosis it is necessary to perfect the ways of its exposure, treatment to stopping of bacterioexcretion, cavities cicatrization of disintegration and stabilizing of tubercular process.

KEY WORDS: **tuberculosis, multiresistens, phthisioepidemiology.**

Рукопис надійшов до редакції 05.11.2014 р.

Відомості про авторів:

П'ятночка Іван Теодорович, – д.мед.н., проф., ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України», тел.: +38(0352) 52-59-29.

Корнага Світлана Іванівна – д.мед.н., проф. кафедри пропедевтики внутрішньої медицини та фтизіатрії ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України», тел.: +38(0352) 52-59-29.

Тхорик Наталія Василівна – лікар-фтизіатр Шумської ЦРЛ, тел.: +38(03558) 2-14-73.

РОЗВИТОК ОРІЄНТАЦІЇ СИСТЕМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА ПАЦІЄНТІВ

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

Мета: вивчити та проаналізувати сучасні підходи до розвитку пацієнтоорієнтованих систем охорони здоров'я.

Матеріали і методи. У ході виконання роботи використані наступні методи наукових досліджень: бібліосемантичний, контент-аналізу, структурно-логічного аналізу. Основою дослідження став системний підхід. Матеріалами дослідження були основні міжнародні документи із забезпечення прав пацієнтів у системах охорони здоров'я.

Результати. Основними принципами системи охорони здоров'я, орієнтованої на пацієнтів, є: відповідність чинному законодавству; спрямованість на потреби пацієнтів, у тому числі інформування про їхні права та виключення усіх видів дискримінації; інтеграція різного виду медичних послуг; дотримання кодексу етичних норм; ефективна система контролю якості; можливість залучення громадян до організації медичної допомоги; взаємодія між постачальником і отримувачем медичних послуг; відповідність управління сучасним вимогам; високий рівень кваліфікації фахівців; доступність та якість медичних послуг.

Висновки. Вказані принципи охоплюють практично все, що може бути передбачено в роботі системи охорони здоров'я, яка орієнтована на пацієнтів, однак на даному етапі розвитку вітчизняної системи охорони здоров'я впровадження цих принципів є складною проблемою.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: система охорони здоров'я, що орієнтована на пацієнта, принцип.

Історично склалося так, що центральною і головною фігурою будь-якої системи охорони здоров'я є пацієнт. Потреба пацієнта в різних медичних послугах стала основою розробки пропозицій медичних послуг та їх подальшого удосконалення [3]. Але розвиток та удосконалення форм і методів надання медичних послуг, формування сучасних систем охорони здоров'я, які мають забезпечити населенню різноманітні види медичної допомоги, інтенсивна технізація, висока корпоратизація і комерціалізація системи медичної допомоги призвели до переміщення пацієнта на периферію системи і перетворили його із мети в засіб [6].

У системах охорони здоров'я відношення пацієнт – постачальник медичних послуг (медичний працівник) є надзвичайно складними і різноманітними [4]. Тому найбільш чутливою проблемою для всіх систем охорони здоров'я є проблема реалізації прав пацієнтів [5].

У сучасних стрімких умовах розвитку медичних послуг найбільш перспективним є пацієнтоорієнтований менеджмент, який спрямований на максимальне задоволення потреб пацієнтів через підвищення якості медичної допомоги, що стає запорукою не тільки успішної діяльності закладів охорони здоров'я, але і їх виживання в умовах конкуренції [1;2;7].

Мета роботи: вивчити та проаналізувати сучасні підходи до розвитку пацієнтоорієнтованих систем охорони здоров'я.

Матеріали і методи. У ході виконання роботи використані наступні методи наукових досліджень: бібліосемантичний, контент-аналізу, структурно-логічного аналізу. Основою дослідження виступає системний підхід. Матеріалами дослідження стали основні міжнародні документи із забезпечення прав пацієнтів у системах охорони здоров'я.

Результати дослідження та їх обговорення. У ході контент-аналізу міжнародних документів встановлено, що першою організацією, діяльність якої скерована в тому числі на захист прав пацієнтів та розробку стандартів медичної етики і практики охорони здоров'я, є створена в 1847 році Американська медична асоціація.

На рівні країн ЄС основним документом у сфері прав пацієнтів є «Європейська Хартія пацієнтів» (Рим, 2002). У ній йдеться про те, що для громадян європейських країн недопустимо, щоб права теоретично затверджувались, а на практиці в них відмовляли людям з причини відсутності ресурсів. Фінансові обмеження, які б вони не були обґрунтовані, не можуть бути причиною невиконання прав пацієнтів або їх скорочення. Тому неможливо, щоб на законодавчому рівні встановлювалися права пацієнтів, які в наступному не виконувалися б.

Важливим результатом прийняття Європейської Хартії пацієнтів стало розширення прав пацієнтів та передбачення їх імплементації в системі охорони здоров'я. У зв'язку з прийняттям Хартії заклади охорони здоров'я інакше стали

підходити до рішення проблеми забезпечення прав пацієнтів. Медичні працівники стали краще розуміти пацієнтів, пояснювати результати обстежень та надавати більше інформації про методи лікування та побічні його дії.

На розвиток Європейської Хартії пацієнтів були запроваджені визначення системи, яка орієнтована на пацієнтів. Кращим вважається визначення Національної Ради охорони здоров'я Великої Британії (2004 р.): «Система охорони здоров'я, яка орієнтована на пацієнта, є такою системою надання медичної допомоги, в якій якість медичної допомоги забезпечується через партнерство інформованих та шанованих пацієнтів (членів їхніх сімей) з командою підготовлених, організованих і скоординованих в своїх діях професіоналів».

Виходячи з цього, концептуально можна говорити про те, що за таких умов:

- пацієнти повинні отримувати медичну допомогу (і управляти нею) в партнерстві з командою медиків-професіоналів, яка оцінює, поважає і діє відповідно до потреб, цінностей, переваг, культури та інших факторів, які визначені пацієнтами та їхніми сім'ями;

- пацієнти та їхні сім'ї повинні отримувати науково обґрунтовану, економічно ефективну, якісну та безпечну медичну допомогу, яка сприяє покращенню здоров'я, усуває дискомфорт і вільна від можливих помилок;

- пацієнти і їхні сім'ї повинні мати можливість отримувати і розуміти як медичну інформацію, так і медичні послуги, та приймати рішення відповідно до свого здоров'я.

З урахуванням вищенаведеного розроблені концептуальні принципи для всіх компонентів системи медичної допомоги, яка орієнтована на пацієнтів.

Головною метою системи медичної допомоги, яка орієнтована на пацієнтів, є створення реальних умов та механізмів для максимальної реалізації в охороні здоров'я прав громадян і пацієнтів. Така система повинна являти собою цілісний механізм, в якому організаційно і функціонально інакше працювати неможливо.

Всесвітня організація охорони здоров'я пропонує наступні принципи медичної допомоги, яка орієнтована на пацієнтів і безпосередньо на хворих з хронічними хворобами (WHO. General Principles of Good Chronic Care, 2003):

- побудоване партнерство під час проведення лікування;

- зосередження на потребах і пріоритетах пацієнта;

- використання принципу 5 дій: оцінити, порадити, узгодити, надати допомогу, усунути;

- передача пацієнтові знань про хворобу та самообслуговування;

- організація активного нагляду;

- залучення пацієнта в якості експерта нарівні з персоналом медичного закладу;

- забезпечення зв'язку та підтримки громади і сім'ї;

- використання письмової інформації – реєстри, плани лікування, лікувальні карти та інші матеріали з метою інформування, рекомендацій та нагадування;

- робота єдиною клінічною командою;

- забезпечення подовження медичного догляду.

Поряд з цим існують і інші визначення принципів системи медичної допомоги, орієнтованої на пацієнта, що мають практичну цінність. Так, наприклад (Cronin, 2004):

- навчання/передача знань;

- залучення сім'ї та друзів;

- співробітництво/командний менеджмент;

- цілісність/увага до немедичних та особистісних проблем;

- повага до потреб та бажань пацієнтів;

- вільний рух/доступність інформації.

Вказані принципи охоплюють практично все, що може бути передбачено в роботі системи охорони здоров'я, яка орієнтована на громадян та пацієнтів, однак на даному етапі розвитку вітчизняної системи охорони здоров'я впровадження цих принципів є складною проблемою.

Висновки

Підсумовуючи усі концептуальні підходи та точки зору щодо медичної допомоги, орієнтованої на пацієнтів, можна виділити наступні основні принципи системи охорони здоров'я, яка повинна: опиратися на чинне законодавство і підкріплюватися відповідними діями органів місцевого самоврядування; бути повністю сформованою на потреби пацієнтів; бути заснованою на повазі людської гідності та виключити усі види дискримінації; базуватися на інтеграції різного виду медичних послуг; дотримання кодексу етичних норм; мати ефективну систему контролю якості медичної допомоги; забезпечувати залучення громадян та їх організацій в організацію медичної допомоги, догляду та надання медичних послуг; створювати можливість для взаємних дій між тими, хто надає медичну допомогу, і тими, хто її отримує; забезпечувати відповідність управління процесами і ведення документації сучасним вимогам; передбачати відповідний захист персональних даних; забезпечувати інформування пацієнтів про їхні права, можливості та характер медичної допомоги, яка надається; передбачати право пацієнтів на самовизначення та можливість вибору різних видів послуг; забез-

печувати, щоб всі особи, що залучені до надання медичної допомоги, були залучені до системи безперервної післядипломної освіти; забезпечувати доступність та якість медичних послуг.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з дослідженням забезпечення прав пацієнтів у ході реформування системи медичної допомоги населенню в Україні.

Список літератури

1. Бугорков И. В. Изучение проблемы конкурентоспособности медицинских организаций на рынке стоматологических услуг / И. В. Бугорков // Europäische Fachhochschule. European applied sciences. – 2012. – № 1. – Р. 74–76.
2. Бугорков И. В. Исследование конкурентных преимуществ стоматологических организаций на целевом рынке / И. В. Бугорков // Health as a factor of quality and lifetime of biological species : Materials digest the XXXVIII International Research and Practice Conference and the III stage of the Championship in medicine, pharmaceuticals and veterinary sciences, London, December 05-10, 2012. – London, 2012. – Р. 56–58.
3. Казинян А. Г. Хартия основных прав Европейского Союза / А. Г. Казинян // Московский журн. междунар. права. – 2003. – № 1. – С. 70–93.
4. Права пациента – права человека в системе здравоохранения и медицине: сб. международных документов / [сост. В. В. Глуховский]. – С. : Сфера, 2004. – 216 с.
5. Реалізація права населення на отримання профілактичної медичної допомоги (за результатами соціологічного дослідження) / Слабкий Г. О., Глуховський В. В., Дорохова О. Т., Шишацька Н. Ф. // Південноукр. мед. наук. журн. – 2013. – № 3. – С. 178–181.
6. Слабкий Г. О. Вплив законодавчої бази на розширення і закріплення прав громадян України на отримання безкоштовної медичної допомоги в амбулаторних умовах / Г. О. Слабкий, Н. Ф. Шишацька, В. А. Русняк // Досвід, реалії і перспективи розвитку систем охорони здоров'я : [монографія]. – Л. : Видавництво ЛОБФ «Медицина і право», 2013. – С. 329–335.
7. Слабкий Г. О. Пацієнтоорієнтовані системи медичної допомоги: міжнародний досвід і завдання для України / Г. О. Слабкий, Н. Ф. Шишацька, В. В. Глуховський // Україна. Здоров'я нації. – 2014. – № 1. – С. 62–66.

РАЗВИТИЕ ОРИЕНТАЦИИ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ПАЦИЕНТОВ

Н.Ф. Шишацкая

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

Цель: изучить и проанализировать современные подходы к развитию пациентоориентированных систем здравоохранения.

Материалы и методы. В ходе работы были использованы следующие методы научных исследований: библиосемантический, контент-анализа, структурно-логического анализа. Основой исследования став системный подход. Материалами исследования были основные международные документы по обеспечению прав пациентов в системах здравоохранения.

Результаты. Основными принципами ориентированной на пациентов системы здравоохранения являются: соответствие действующему законодательству; нацеленность на нужды пациентов, в том числе информирование про их права и исключение всех видов дискриминации; интеграция разного вида медицинских услуг; соблюдение кодекса этических норм; эффективная система контроля качества; возможность привлечения граждан к организации медицинской помощи; взаимодействие между поставщиком и получателем медицинских услуг; соответствие управления современным требованиям; высокий уровень квалификации специалистов; доступность и качество медицинских услуг.

Выводы. Указанные принципы охватывают практически все, что может быть предусмотрено в работе пациентоориентированной системы здравоохранения, но на данном этапе развития отечественной системы здравоохранения внедрение этих принципов является сложной проблемой.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: пациентоориентированная система здравоохранения, принцип.

DEVELOPMENT OF ORIENTATION OF HEALTH CARE SYSTEMS ON PATIENTS

N.F. Shyshatska

PE «Ukrainian Institute of Strategic Researches MHC of Ukraine», Kyiv

Purpose: to examine and analyze modern approaches to development of health care systems focused on the patient.

Materials and methods. During work performance following methods of scientific researches are used: bibliosemantick, content analysis, structural and logical analysis. The basis of the study was a system approach. The basic international documents on maintenance of patients rights in health care systems were research materials.

Results. The basic principles of health care system focused on patients, are: conformity to the current legislation; orientation on requirements of patients, including information about their rights and exclusion of all forms of discrimination; integration of various types of medical services; observance with the code of ethical standards; effective quality monitoring system; possibility of attraction citizens to the health care organization; interaction between the supplier and recipient of health services; conformity of management to modern requirements; high qualified specialists; availability and quality of health services.

Conclusions. These principles cover almost everything that can be provided in the work of health care system focused on patients, but at this stage of development of national health system implementation of these principles is a challenge.

KEY WORDS: **health care system focused on the patient, principle.**

Рукопис надійшов до редакції 05.11.2014 р.

Відомості про автора:

Шишацька Наталія Федорівна – лікар-акушер-гінеколог, Донецьке обласне клінічне територіальне медичне об'єднання; тел.: +38(062) 3040485.

УДК 725.513:316.6(048)

Г.Я. ПАРХОМЕНКО¹, В.Г. СЛАБКІЙ²

РОЛЬ І ФУНКЦІЯ ЛІКАРЕНЬ (АНАЛІТИЧНИЙ ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

¹ДУ “Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України”, м. Київ²Ужгородський національний університет, Україна**Мета:** проаналізувати джерела наукової літератури щодо ролі та функцій лікарень.**Матеріали і методи.** У дослідженні застосовано бібліосемантичний метод – проаналізовано 58 джерел наукової літератури.**Результати.** Центральною функцією лікарень є лікування хворих, однак роль лікарні не можна обмежувати тільки цією функцією, лікарня також може бути важливим місцем для навчання та проведення наукових досліджень, підтримувати розташовані поруч заклади охорони здоров'я. Лікарня, що надає багато робочих місць, грає важливу соціальну роль.**Висновки.** Очікування, пов'язані з кожною із функцій, значно впливають на організацію діяльності лікарні та на структуру її зв'язків. Отримані в ході дослідження результати мають бути використані при розробці стратегії подальшого проведення реформи системи охорони здоров'я в Україні та формування мережі лікарень на всіх рівнях управління.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: лікарня, роль, функції, світовий досвід.

На даному етапі функціонування системи охорони здоров'я в Україні управлінські та фінансові зусилля зосереджені не на задоволенні медичних потреб населення, а на вирішенні потреб закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) та системи в цілому, що призводить до деформованості структури медичних послуг, порушення принципів справедливості та низької якості медичної допомоги; незаінтересованості медичних працівників у підвищенні ефективності праці [8;9;12].

Мета роботи: провести аналіз джерел наукової літератури щодо ролі та функцій лікарень.**Матеріали і методи.** У дослідженні застосовано бібліосемантичний метод – проаналізовано 58 джерел наукової літератури.**Результати дослідження та їх обговорення.** У ході проведеного дослідження встановлено, що центральною функцією лікарень є лікування хворих [15]. При цьому роль лікарні не можна обмежувати тільки цією функцією, лікарня також може бути важливим місцем для навчання та проведення наукових досліджень. Вона може також активно підтримувати розташовані поруч ЗОЗ. Крім того, лікарня, що надає багато робочих місць, грає важливу соціальну роль. Очікування, пов'язані з кожною із названих функцій, значно впливають на організацію діяльності лікарні та на структуру зв'язків з її оточенням [21].

Слід зазначити, що між лікарнями існують значні типологічні відмінності. Типи лікарень можна класифікувати у ієрархічному порядку: лікарні

третього рівня (часто національного чи регіонального рівня, вони зазвичай пов'язані з університетами), лікарні другого рівня (окружні) і комунальні та сільські лікарні. Відмічають також спеціалізовані лікарні та лікарні загального профілю [58]. Водночас слід зазначити, що в країнах з високим рівнем життя межі між лікарнями другого та третього рівнів повільно стираються [19].

Крім того, в умовах зростаючої спеціалізації неможливо точно визначити, яку кількість жителів має обслуговувати лікарня, що належить до третього рівня. Кожна лікарняна спеціальність має свою норму охоплення населення. Так, у підрозділах нейрохірургічного профілю вона вища, ніж онкологічного профілю. Серед лікарень третього рівня також розвивається своя спеціалізація. Так, на десять лікарень третього рівня з кардіохірургічними ліжками для дорослого населення може припадати тільки одна з відповідними ліжками для дитячого населення [10].

Також втрачається традиційний розподіл між університетськими клініками та іншими лікарнями. Можливості навчання медичних працівників розширюються. Модель, згідно з якою навчання було сконцентровано головним чином в обладнаних найновішим обладнанням лікарнях третього рівня, де лікуються пацієнти з найбільш важкими та складними випадками захворювань, не підходить для навчання студентів, які готують себе до роботи сімейним лікарем. Така модель не має особливого відношення до повсякденної клінічної практики [53].

© Г.Я. Пархоменко, В.Г. Слабкий, 2014

У сучасних умовах з'являються нові характеристики лікарень, серед яких – структурна організація (право власності, вид фінансування), функції (типи лікування хворих), мета (забезпечення доступу до медичних послуг чи забезпечення прибутків), способи оцінки результатив-

ності (задоволення пацієнтів, низький рівень післяопераційних ускладнень тощо) [22].

У табл. 1 наведено перелік аспектів лікарень та показано, як можна вимірювати змінні показники. Дані таблиці підтверджують гіпотезу про те, що лікарня – це складна організаційна структура, яка не піддається однозначній класифікації [20].

Таблиця 1. Опис лікарні: аспекти і показники

Аспект	Показник
<i>Місце знаходження</i>	
Географічний рівень	Національна, регіональна, окружна або комунальна
Структура міста	Унітарна або складова
<i>Керівництво</i>	
Власник	Федеральна, регіональна або місцева виконавча влада; міністерство охорони здоров'я чи інше міністерство; автономний державний сектор; некомерційний благодійний сектор; акціонерна компанія; комерційна організація
Керівник адміністрації	Професійні управлінці, технократи, професіонали-лікарі або непрофесіонали
<i>Фінанси</i>	
Основне джерело фінансування	Держава, медичні фонди, збори з хворих тощо
Структура витрат	Високі витрати або низькі витрати (на кожного хворого, категорію хворих, бюджетний рік або ліжко), середня зарплата для всього персоналу або для певної категорії персоналу
Методи оплати	Постатейний бюджет, глобальний бюджет або бюджет, зумовлений діяльністю
<i>Розмір</i>	
Охоплення населення	Географічний або інший принцип охоплення населення (наприклад, охоплення військових)
Чисельність персоналу	Загальна чисельність, чисельність на одне ліжко, на 100 хворих або на одного лікаря; доля середнього медичного персоналу
Розмір лікарні	Число ліжок (стаціонарних чи амбулаторних)
<i>Ступінь складності</i>	
Відношення лікарні до навчального процесу	Лікарня при вищому навчальному закладі або не є навчальною базою
Тип лікарні	Другого чи третього рівня; загального профілю або спеціалізована; для лікування гострих випадків, для видужуючих, для паліативного догляду або змішаного типу
Спеціалізація	Одна чи декілька; число та типи спеціалізацій
Технологія	Тип технології та ступінь технічної оснащеності
<i>Особливості діяльності</i>	
Акредитація	Наявність або відсутність акредитації
Результативність	Оцінка роботи за шкалою показників діяльності
Контроль над пацієнтами	Первинний медсестринський догляд, робота багатопрофільної групи
Ступінь задоволеності хворих	Опитування пацієнтів, кількість скарг
Чутливість	Терміни очікування черги
Ступінь задоволеності персоналу	Показники прийому на роботу та плинність кадрів
Активність	Висока або низька
Чисельність хворих	Стаціонарні хворі; випадки, що не потребують перебування на термін більше доби; епізоди; склад випадків госпіталізації
Коефіцієнт використання ліжок	Середнє число зайнятих ліжок на рік
Кількість прийнятих хворих	На 100 чоловік населення
Середні терміни перебування	Число днів
Результати	Летальність протягом 30 днів після госпіталізації; відсоток лікарняних інфекцій; відсоток «лікарських помилок»; термінова госпіталізація менше, ніж через 28 днів після виписки

Останнім часом предметом уваги стають лікарні третього рівня. Лікарні третього рівня надають найскладніші види медичних послуг, вони, як правило, оснащені найсучаснішою медичною технікою, пов'язані з навчальними закладами і представляють регіональний рівень. Лікарні третього рівня можуть бути як загальнопрофілю (об'єднувати певну кількість спеціальностей), так і спеціалізовані (обслуговувати ту чи іншу групу населення, спеціалізуватися на тих чи інших захворюваннях чи методах лікування) [34;39]. Багато авторів виключність вказаних функцій лікарень третинного рівня ставлять під сумнів [50].

У другій половині XIX століття відмічається зростання числа спеціалізованих лікарень, що пов'язано зі спеціалізацією серед медичних працівників [47]. Лікарні цього типу залучали медичну еліту і тому набули достатньо високого професійного і соціального статусу [41]. Це ортопедичні, офтальмологічні, онкологічні, наркологічні, дитячі лікарні. Але у більшості країн Європи ця модель поступово поступається моделі лікарні загального профілю [48;54;56]. Злиття спеціалізованих ЗОЗ з лікарнями загального типу, починаючи з кінця XX століття, відбувається і в Україні [7].

Далі коротко зупинимося на характеристиці окремих функцій лікарні.

Лікування хворих – визначальна функція лікарні, яка спрямована на лікування гострих випадків. Найважливіші аспекти цієї функції зводяться до наступного: термінове чи планове лікування, стаціонарне чи амбулаторне лікування, лікування гострих випадків чи реабілітація. Однак типологія пацієнтів, яким надається медична допомога лікарнями, має значну різницю і залежить від організаційних підходів в тій чи іншій національній системі охорони здоров'я [17].

Стаціонарне лікування є найбільш важливою функцією лікарень [13]. Незважаючи на те, що загальне число лікарень та ліжок у Західній Європі знизилося, прийом хворих невпинно зростає завдяки тому, що більшість пацієнтів госпіталізуються на відносно короткий курс інтенсивного лікування [16]. У деяких країнах Європи середні терміни перебування хворих на госпітальному ліжку складають до 6 днів [57]. В Україні, незважаючи на один із найвищих рівнів забезпеченості населення лікарнями та лікарняними ліжками, залишаються і одними з найбільших середні терміни перебування пацієнтів на стаціонарному лікуванні [2].

У країнах Західної Європи скорочення термінів перебування пацієнтів при старінні населення та надходженні до лікарень пацієнтів у тяжкому стані пов'язано із використанням нових технологій,

сучасного діагностичного та лікувального обладнання та засобів медичного призначення. Наприклад, використання уже з 1980-х років у хворих з інфарктом міокарда тромболітизму та термінової ангіопластики [49]. Зміна структури лікування та запровадження сучасного обладнання вимагає нових підходів у кадровій політиці: необхідні спеціалісти, які мають медичну освіту з високою технічною кваліфікацією та кваліфіковані керівники, які здатні керувати складною структурою лікувального закладу. Крім того, необхідно враховувати і потреби пацієнтів – вони вимагають комфортних та безпечних умов перебування в лікарні [37].

Другий аспект характеристики лікарні полягає в диференціації між плановим і терміновим лікуванням. Лікування невідкладних станів є найважливішою функцією лікарень. Термінове лікування в лікарні рятує життя, однак тільки в тих випадках, коли стан хворих стабілізовано, коли вони швидко доправлені до лікарні, коли медична допомога, що їм надається, відповідає тяжкості стану пацієнта [36].

Дискусії про створення служби невідкладної допомоги започатковані під впливом наступного відкриття: в США серед померлих від травм біля 50% помирають відразу, оскільки травми є не сумісними із життям, 30% помирають між першою та четвертою годинами від попереджувальних причин, 20% помирають від пізніх ускладнень [55].

Один із підходів полягає у спеціальній підготовці середнього медичного персоналу для невідкладної допомоги при ситуаціях, які загрожують життю. На противагу цьому були надані пояснення, що процес реанімації на місці травми затримує перевезення потерпілого до лікарні, а покращання тканинного кровообігу підвищує ризик кровотечі під час перевезення [52].

Інший підхід полягав у тому, що на місце пригоди має прибути лікар [42], а перевезення травмованого вертольотом може підвищити шанс на виживання [51].

Створення спеціалізованих травматологічних центрів призвело до зниження смертності від нещасних випадків у США [46]. Вказані центри характеризують наступне: по-перше, старший медичний персонал, який представляє певні спеціальності, має знаходитися в центрі постійно; по-друге, центри тісно взаємодіють із службами швидкої допомоги; по-третє, через кожний центр щотижня проходить 10–20 тяжко травмованих хворих [40].

Однак у Великій Британії створення подібних центрів за американською моделлю не мало очікуваної ефективності [44]. Отже організаційну методологію втручання необхідно розробляти з урахуванням національного контексту. У деяких

країнах, насамперед пострадянського простору, були створені лікарні невідкладної допомоги [28]. Існування таких центрів є перешкодою для розвитку сучасних лікарень загального профілю, які надають інтегрований пакет медичних послуг.

При цьому слід зазначити, що відділення невідкладної допомоги певною мірою виконують функцію первинної допомоги, що небажано [45]. З іншого боку, пацієнти допускають, що подібне поєднання первинної і невідкладної допомоги є доцільним [26]. Один із методів «фільтрації» менш складних випадків полягає у створенні автономних закладів для лікування незначних ушкоджень [29]. Другий метод – робота у відділеннях невідкладної допомоги лікарів первинної ланки, які здатні надавати більш ефективну та економічну медичну допомогу [36].

В Україні питанням організації інтенсивної медичної допомоги останнім часом присвячена велика кількість наукових робіт [1;3]. Вивчалися питання мережі, структури, ресурсного забезпечення, якості та результативності термінової медичної допомоги, як на догоспітальному, так і госпітальному етапах [4;5;6]. Була обґрунтована необхідність створення різнопрофільних спеціалізованих центрів та показана їх ефективність, а в умовах реформування системи медичної допомоги населення формування госпітальних округів [14] з формуванням лікарень інтенсивного лікування [11].

У поняття «амбулаторне лікування» входить цілий ряд різноманітних видів діяльності, які включають послуги відповідних клінік, різні складні форми лікування (діаліз, хіміотерапія тощо) та проведення в амбулаторних умовах хірургічних операцій. Але до останнього часу роль амбула-

торного лікування у різних системах охорони здоров'я практично не досліджувалась [25].

В Україні амбулаторне лікування пацієнтів здійснюється через мережу домашніх та денних стаціонарів [18].

Розглянемо ще один елемент лікування хворих – реабілітацію. Кращі результати приносять програми активної реабілітації, які пропонують допомогу через багатопрофільні групи лікарів [30]. Взірцем може слугувати діяльність багатопрофільних груп реабілітації після інсульту [31]. Денні лікарні дозволяють пацієнтам вечорами повертатися додому, що не обов'язково призводить до кращих результатів, ніж реабілітація в стаціонарі, особливо у людей похилого віку [35]. Друга альтернатива – реабілітація в домашніх умовах, але важко сказати, наскільки вона ефективніша, ніж реабілітація в денних центрах чи стаціонарах [32]. Проблема організаційних форм реабілітації активно обговорюється і в Україні.

Важливою функцією лікарень є також навчання та проведення досліджень, які тісно пов'язані з лікуванням пацієнтів [38]. Дані функції лікарень повинні враховуватися під час проектування лікарень [23]. Але існує небезпека, що прагнення до підвищення економічності лікарень призведе до зниження питомої ваги даної функції. Але можливо, що фінансова вигода від подібних заходів зрештою буде несуттєвою [26;33;43].

Слід зазначити, що лікарні – це не тільки місце, де професійні медичні працівники ставлять діагнози та лікують хворих. Лікарні відіграють певну громадську роль і в зв'язку з цим наділені певною сукупністю різних значень (табл. 2). Для успіху реформи необхідно, щоб відповідальні за розробку політики особи, змогли гідно оцінити цей аспект.

Таблиця 2. Альтернативні значення лікарень

Аспект	Альтернативні значення	
Легітимізація держави	Пріоритетна політична проблема	Непріоритетна політична проблема
Політичний індикатор	Загальне благо	Приватна зручність
Громадянський здобуток	Лікарня в кожному місті	Регіональні заклади
Показник стану системи охорони здоров'я	Домінуюча лікарня	Частина системи охорони здоров'я
Постачальник медичної допомоги	Медична і соціальна допомога	Невідкладна допомога тяжкохворим
Кращі медичні сили	Основне місце концентрації професійних сил	Одне із кількох місць концентрації професійних сил

Висновки

Таким чином, діяльність лікарні має багато аспектів. Отримані в ході дослідження результати мають бути використані в ході розробки стратегії подальшого проведення реформи системи

охорони здоров'я в Україні та формування мережі лікарень на всіх рівнях управління.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням ефективності діяльності лікарень різного типу, які створюються в ході реформи системи медичної допомоги в Україні.

Список літератури

1. Вплив основних складових лікувально-діагностичного процесу на летальність у відділеннях анестезіології та інтенсивної терапії / В. М. Князевич, Г. О. Слабкий, Р. М. Федосюк, О. М. Ковальова // *Здоровье женщины*. – 2009. – № 6 (42). – С. 22–33.
2. *Здоров'я населення та діяльність охорони здоров'я України : європейський вимір (за даними вибіркового індикатора бази даних Європейського Регіонального Бюро Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я)* / Ф. Ф. Ринда, Є. М. Кривенко, Р. Й. Лихотоп [та ін.]; за ред. З. М. Митника. – К. : МОЗ; УІСД, 2010. – 89 с.
3. Кадрове забезпечення служби анестезіології та інтенсивної терапії лікувальних закладів України II–III рівнів надання медичної допомоги / В. М. Князевич, Г. О. Слабкий, Р. М. Федосюк, О. М. Ковальова // *Проблеми екології та медицини*. – 2009. – Т. 13, № 1–2. – С. 3–12.
4. Кадрове забезпечення служби анестезіології та інтенсивної терапії лікувальних установ України II–III рівні надання медичної допомоги / В. М. Князевич, Г. О. Слабкий, Р. М. Федосюк, О. М. Ковальова // *Лікар. справа / Врачеб. дело*. – 2009. – № 7–8. – С. 98–106.
5. Князевич В. М. Характеристика забезпечення відділень інтенсивної терапії лікувальних закладів України моніторинговою апаратурою / В. М. Князевич // *Совр. педиатрия*. – 2009. – № 1 (23). – С. 10–13.
6. Князевич В. М. Характеристика структури та організації діяльності служби анестезіології та інтенсивної терапії системи охорони здоров'я України / В. М. Князевич // *Біль, знеболювання і інтенсивна терапія*. – 2009. – № 1. – С. 2–8.
7. Лехан В. М. Проблеми та перспективи перебудови стаціонарної медичної допомоги вторинного рівня / В. М. Лехан, Л. В. Крячкова, В. В. Волчек // *Східноєвроп. журн. громад. здоров'я*. – 2008. – Т. 2, № 2. – С. 44–52.
8. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. – К., 2009. – 50 с.
9. *Медико-демографічна ситуація та організація медичної допомоги населенню : підсумки діяльності системи охорони здоров'я України за 2008 рік : монографія* / за ред. В. М. Князевича; МОЗ України, УІСД МОЗ України. – К., 2009. – 122 с.
10. *Основні показники діяльності обласних лікарень України. 2008 рік. (Аналіз інтегральних показників та рейтингова оцінка)* / М. П. Жданова, О. М. Коллякова, Н. Ю. Кондратюк [та ін.]; за ред. Міністра охорони здоров'я України В. М. Князевича. – К., 2009. – 46 с.
11. *Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні. Спільний звіт* / за заг. ред. В. М. Лехан, В. М. Рудого. – К. : Вид-во Раєвського, 2005. – 168 с.
12. *Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи : спеціалізоване видання* / В. М. Князевич, В. В. Лазоршинцев, І. В. Яковенко [та ін.]. – Київ-Тернопіль, 2009. – 440 с.
13. *Охорона здоров'я України: проблеми та напрямки розвитку* / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко [та ін.] // *Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України*. – 2011. – № 4.
14. *Позитивний досвід реформування галузі охорони здоров'я регіонів* / О. В. Аніщенко, Р. О. Моїсеєнко, О. К. Толстанов [та ін.]. – К., 2011. – 149 с.
15. *Салтман Р. Б. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий* : пер. с англ. / Р. Б. Салтман, Дж. Фигейрас. – М. : Геотар Медицина, 2000. – 432 с.
16. *Системы здравоохранения, здоровье и благосостояние: оценка аргументов в пользу инвестирования в системы Здравоохранения* / Josep Figueras, Martin Mc Kee, Suszy Lessof [et al.]. – ВОЗ, 2008.
17. *Системы здравоохранения: улучшение деятельности. Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2000 г.* – Женева : ВОЗ, 2000. – 232 с.
18. *Ситуаційний аналіз розвитку сімейної медицини в Україні. 2010 р.* / О. І. Антонішин, П. С. Бондарчук, М. В. Денисенко [та ін.]; за ред. Г. О. Слабкого. – К. : МОЗ, ДУ «УІСД МОЗ України», 2011. – 28 с.
19. *Скляр С. І. Реформування системи охорони здоров'я: світовий досвід та Україна (огляд літератури)* / С. І. Скляр, Н. Ю. Кондратюк // *Україна. Здоров'я нації*. – 2008. – № 2 (6). – С. 82–87.
20. *Слабкий Г. А. Вопросы оценки деятельности стационаров в интерпретации ВОЗ* / Г. А. Слабкий, Г. Я. Пархоменко // *Україна. Здоров'я нації*. – 2011. – № 2 (18). – С. 7–15.
21. *Слабкий Г. О. Модель лікарні майбутнього* / Г. О. Слабкий, Г. Я. Пархоменко. – К., 2010. – 60 с.
22. *Тульчинский Т. Х. Новое общественное здравоохранение: введение в современную науку* / Т. Х. Тульчинский, Е. А. Варавикова. – Иерусалим : Amutah for Education and Health, 1999. – 1049 с.
23. *A case of market failure* // *Lancet*. – 2000. – Vol. 355. – P. 1657.
24. *American College of Surgeons Committee on Trauma Resources for Optimal Care of the Injured Patient*. – Chicago, IL : American College of Surgeons, 1990.
25. *Berman P. Organization of ambulatory care provision: a critical determinant of health system performance in developing countries*, Bulletin of the World Health Organization / P. Berman // *The International Journal of Public Health*. – 2000. – Vol. 78 (6). – P. 791–802.
26. *Bevan G. The medical service increment for teaching (SIFT): a 400m anachronism for the English NHS?* / G. Bevan // *British Medical Journal*. – 1999. – Vol. 319. – P. 908–11.
27. *Calnan M. The functions of the hospital emergency department: a study of patient demand* / M. Calnan // *Journal of Emergency Medicine*. – 1984. – Vol. 2. – P. 57–63.

28. Cost effectiveness of treating primary care patients in accident and emergency: a comparison between general practitioners, senior house officers and registrars / Dale J., Lang H., Roberts J. A. [et al.] // *British Medical Journal*. – 1996. – Vol. 312 (7042). – P. 1340–4.
29. Dale J. Do patients use minor injury units appropriately? / J. Dale, B. Dolan // *Journal of Public Health Medicine*. – 1996. – Vol. 18. – P. 152–6.
30. Dickinson E. Effective Practice in Rehabilitation – Reviewing the Evidence / E. Dickinson, A. Sinclair. – London : King's Fund, 1998.
31. Do stroke units save lives? / Langhorne P., Williams B. O., Gilchrist W., Howie K. // *Lancet*. – 1993. – Vol. 342. – P. 395–8.
32. Does hospital at home make economic sense? Results of an economic evaluation of early discharge hospital at home care for orthopaedic patients in three areas of West London / Hensher M., Fulop N., Hood S., Ujah S. // *Journal of the Royal Society of Medicine*. – 1996. – Vol. 89. – P. 595–600.
33. Field M. G. Noble purpose, grand design, flawed execution, mixed results: Soviet socialized medicine after seventy years / M. G. Field // *American Journal of Public Health*. – 1990. – Vol. 80. – P. 144–5.
34. Florin D. Evaluating NHS direct: early findings raise questions about expanding the service / D. Florin, R. Rosen // *British Medical Journal*. – 1999. – Vol. 319. – P. 5–6.
35. Forster A. Systematic review of day hospital care for elderly people: the Day Hospital Group / A. Forster, J. Young, P. Langhorne // *British Medical Journal*. – 1999. – Vol. 318 (7187). – P. 837–41.
36. Gleeson A. Major trauma – major problem / A. Gleeson // *Journal of Irish Colleges of Physicians and Surgeons*. – 2000. – Vol. 29. – P. 69–71.
37. Healy J. Welfare Options: Delivering Social Services / J. Healy. – Sydney: Allen & Unwin, 1998.
38. Hunt C. E. Trends in clinical education of medical students: implications for paediatrics / C. E. Hunt, G. A. Kallenberg, M. E. Whitcomb // *Archives of Paediatric and Adolescent Medicine*. – 1999. – Vol. 153. – P. 297–302.
39. James A. M. Closing rural hospitals in Saskatchewan: on the road to wellness? / A. M. James // *Social Science and Medicine*. – 1999. – Vol. 49(8). – P. 1021–34.
40. Kulzhanov M. Health Care Systems in Transition: Kazakhstan / M. Kulzhanov, J. Healy. – Copenhagen : European Observatory on Health Care Systems, 1999.
41. McKee M. Hours of work of junior hospital doctors: is there a solution? / M. McKee, N. Black // *Journal of Management Medicine*. – 1991. – Vol. 5. – P. 40–54.
42. McKee M. Meeting local needs / M. McKee, A. Clarke, B. Tennison // *British Medical Journal*. – 1993. – Vol. 306. – P. 602.
43. McKee M. The impact of managed care on clinical research / M. McKee, E. Mossialos // *Pharmacoeconomics*. – 1998. – Vol. 14. – P. 19–25.
44. Nicholl J. Effectiveness of a regional trauma system in reducing mortality from major trauma before and after study / J. Nicholl, J. Turner // *British Medical Journal*. – 1997. – Vol. 315. – P. 1349–54.
45. Non-urgent care in the hospital medical emergency department in France: how much and which health needs does it reflect? / Lang T., Davido A., Diakite B. [et al.] // *Journal of Epidemiology and Community Health*. – 1996. – Vol. 50. – P. 456–62.
46. Outcome of hospitalized injured patients after institution of a trauma system in an urban area / Mullins R. J., Veum-Stone J., Helfand M. [et al.] // *Journal of the American Medical Association*. – 1994. – Vol. 271. – P. 1919–24.
47. Porter R. The Greatest Benefit to Mankind: A Medical History of Humanity from Antiquity to the Present / R. Porter. – London: HarperCollins, 1997.
48. Rivett G. The Development of the London Hospital System 1823–1982 / G. Rivett. – London : King's Fund, 1986.
49. Round A. Emergency medical admissions to hospital – the influence of supply factors / A. Round // *Public Health*. – 1997. – Vol. 111(4). – P. 221–4.
50. Rural hospitals and the local economy: a needed extension and refinement of existing empirical research / Cordes S., van der Sluice E., Lamphear C., Hoffman J. // *Journal of Rural Health*. – 1999. – Vol. 15 (2). – P. 189–201.
51. Steedman D. J. Medical teams for accidents and major disasters / D. J. Steedman // *Injury*. – 1990. – Vol. 21. – P. 206–8.
52. The costs and benefits of paramedic skills in pre-hospital trauma care / Nicholl J., Hughes S., Dixon S. [et al.] // *Health Technology Assessment*. – 1998. – Vol. 2. – P. 1–67.
53. Threats to applicability of randomised trials: exclusions and selective participation / Britton A., McKee M., Black N. [et al.] // *Journal of Health Services Research and Policy*. – 1999. – Vol. 4. – P. 112–21.
54. Tomlinson B. Report of the Inquiry into London's Health Service, Medical Education and Research / B. Tomlinson. – London: HMSO, 1992.
55. Trunkey D. D. Trauma / D. D. Trunkey // *Scientific American*. – 1983. – Vol. 249. – P. 28–35.
56. University of York (1998) Project Preparation for the Kazakhstan Health Sector Project: Final Report. Almaty: Ministry of Education, Culture and Health and Fund for Compulsory Health Insurance.
57. WHO. European Health for All Database. – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2001.
58. Zimbabwe's hospital referral system: does it work? / Sanders D., Kravitz J., Lewin S., McKee M. // *Health Policy and Planning*. – 1998. – Vol. 13. – P. 359–70.

РОЛЬ И ФУНКЦИЯ БОЛЬНИЦ (АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)*Г.Я. Пархоменко¹, В.Г. Слабкий²*¹ГУ "Украинский институт стратегических исследований МЗ Украины", г. Киев²Ужгородский национальный университет, Украина

Цель: проанализировать источники научной литературы относительно роли и функций больниц.

Материалы и методы. В исследовании применялся библиосемантический метод – проанализированы 58 источников научной литературы.

Результаты. Центральной функцией больниц является лечение больных, однако роль больницы нельзя ограничивать только этой функцией, больница также может быть важным местом для обучения и проведения научных исследований, поддерживать близлежащие учреждения здравоохранения. Больница, предоставляющая много рабочих мест, играет важную социальную роль.

Выводы. Ожидания, связанные с каждой из функций, значительно влияют на организацию деятельности больницы и на структуру ее связей. Полученные в ходе исследования результаты должны быть использованы при разработке стратегии дальнейшего проведения реформы системы здравоохранения в Украине и формирования сети больниц на всех уровнях управления.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: больница, роль, функции, мировой опыт.

ROLE AND FUNCTION OF HOSPITALS (ANALYTICAL REVIEW OF LITERATURE)*G.Ya. Parkhomenko¹, V.G. Slabkyi²*¹PE "Ukrainian Institute of Strategic Researches MHC of Ukraine", Kyiv²Uzhhorod National University, Ukraine

Purpose: to analyze sources of scientific literature on the role and functions of hospitals.

Materials and methods. In study it is applied bibilosemantyck method – 58 scientific literature sources are analyzed.

Results. The central function of hospitals is treatment of patients, but the hospital role not is limited only to this function, the hospital also can be an important site for education and carrying out of scientific researches, support nearby health facilities. The hospital giving many workplaces, plays an important social role.

Conclusions. Expectations connected with each of functions significantly influence the organization of hospital activity and on structure of its communications. The results received during study should be used in the development of strategy of further reform of the health care system in Ukraine and formation of a network of hospitals at all levels of management.

KEY WORDS: hospital, role, functions, world experience.

Рукопис надійшов до редакції 09.10.2014 р.

Відомості про авторів:

Пархоменко Георгій Якович – к.мед.н., лікар вищої категорії, головний лікар центру «Новий зір», пошукач ДУ "Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України"; тел. +38 (044) 576-41-19.

Слабкий Василь Геннадійович – ДУ "Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України"; тел. +38 (044) 576-41-19.

ГОМЕОПАТІЯ ЯК МЕТОД НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ РІЗНИМ КАТЕГОРІЯМ НАСЕЛЕННЯ: ОЦІНКА ЛІКАРІВ

¹Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

²Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, Україна

Мета: проаналізувати думку лікарів щодо ефективності застосування гомеопатії у наданні медичної допомоги.

Матеріали і методи. Дослідження проведено з використанням методів системного підходу і системного аналізу та медико-статистичного методу. За спеціально розробленими анкетами було опитано лікарів різних спеціальностей. Опрацьовано 139 якісно заповнених анкет.

Результати. Встановлено задоволеність лікарів гомеопатією як методом надання медичної допомоги. Більшість респондентів відмітили ефективність цього методу ($88,5\% \pm 3,4\%$), понад половина застосовують його у своїй лікарській практиці ($56,1\% \pm 4,2\%$), а також самі використовують цей метод ($46,8\% \pm 4,2\%$). Респонденти зазначили ефективність методу гомеопатії як при лікуванні гострих та хронічних захворювань, так і при застосуванні його з метою профілактики.

Висновки. Системне впровадження методу гомеопатії може сприяти суттєвому підвищенню ефективності, якості, безпечності та доступності медичної допомоги різним категоріям населення.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: соціологічне дослідження, гомеопатія, лікар, ефективність медичної допомоги.

Здоров'ю людини належить пріоритетне місце серед людських потреб, тому проблема якості медичної допомоги сьогодні вважається актуальною для будь-якої системи охорони здоров'я. В Україні актуальність цієї проблеми посилюється у зв'язку із трансформацією медичної галузі [1;4;6–9;11;13;17;19].

Водночас ще у 1978 р. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) [13] підкреслювала необхідність інтегрувати нетрадиційну медицину у первинну медико-санітарну допомогу (ПМСД) національних систем охорони здоров'я з метою оптимізації якості профілактичної і лікувальної допомоги населенню. Актуальність інтеграції альтернативних методів лікування засвідчена і в такому документі, як «WHO Traditional Medicine Strategy: 2014–2023» [19]. Водночас нова концепція ВООЗ щодо якості системи охорони здоров'я має на меті перехід від орієнтованої на хворобу моделі до холістичного (цілісного) підходу до вирішення проблем пацієнта [5].

Однак ні в міжнародних, ні у вітчизняних фундаментальних дослідженнях проблем забезпечення якості медичної допомоги [4;6–9;17] питання інтеграції гомеопатичного методу з метою її оптимізації не розглядалося.

Водночас і фахівці ВООЗ, і ряд зарубіжних та вітчизняних вчених і лікарів підкреслюють доцільність ширшого використання гомеопатії у сучасній медичній практиці, зважаючи на безпечність, ефективність та економічну до-

ступність гомеопатичних лікарських засобів [2;3;5;10;12;14;15;16;18;19].

Саме ці протиріччя визначили мету даного соціологічного дослідження.

Мета дослідження: проаналізувати думку лікарів щодо гомеопатії як методу надання медичної допомоги різним категоріям населення.

Матеріали і методи. Для проведення даного медико-соціологічного дослідження була розроблена програма, яка включала етапи визначення об'єкта і предмета дослідження, визначення генеральної сукупності і формування репрезентативної вибірки, розробку інструменту дослідження (анкети) [11], його апробацію і корекцію, збір, обробку та аналіз даних, оцінку результатів дослідження. Методом збору даних було безповоротне вибіркове анонімне письмове опитування (кожен респондент заповнював анкету лише один раз). Дослідження проведено з використанням методів системного підходу і системного аналізу та медико-статистичного методу.

Об'єктом дослідження була думка респондентів – лікарів Київської міської клінічної лікарні №1, Київської міської дитячої клінічної лікарні №2 і Київської міської шкірно-венерологічної лікарні. Отримано 147 анкет, з яких відібрано та опрацьовано 139 якісно заповнених анкет.

Розподіл респондентів за лікарською спеціальністю наведено на рис. 1.

Розподіл респондентів за кваліфікаційною категорією наведено у табл. 1.

Стаж роботи респондентів відображено в табл. 2.

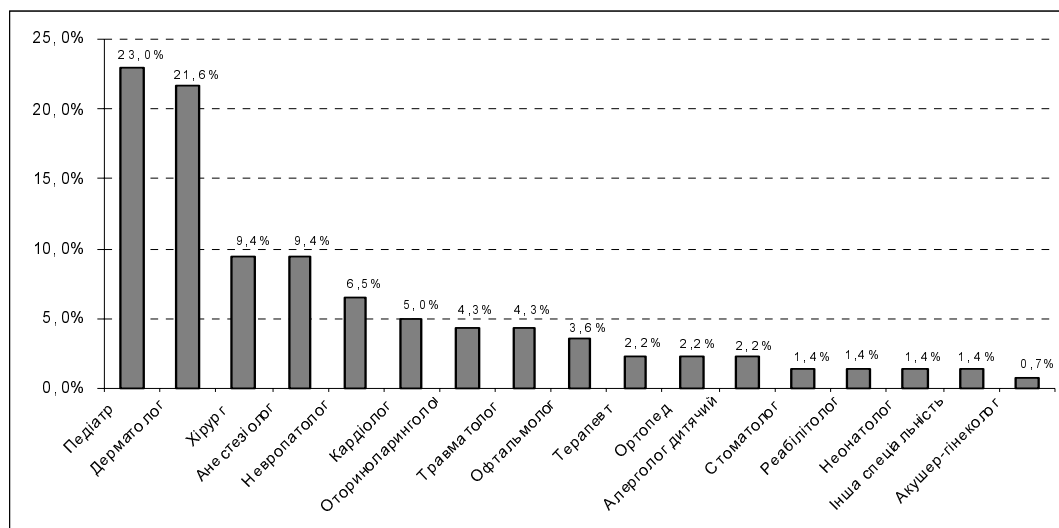


Рис. 1. Розподіл респондентів за лікарською спеціальністю

Таблиця 1. Кваліфікаційна категорія респондентів за лікарською спеціальністю

Кваліфікаційна категорія	Кількість респондентів	% $\pm m$
Вища	77	55,4% $\pm$ 4,2%
Перша	26	18,7% $\pm$ 3,3%
Друга	15	10,8% $\pm$ 2,6%
Немає	14	10,1% $\pm$ 2,6%
Не вказано	7	5,0% $\pm$ 1,9%

Таблиця 2. Стаж роботи респондентів

Стаж роботи	Кількість респондентів	% m
До 5 років	26	18,7% $\pm$ 3,3%
6–10 років	18	13,0% $\pm$ 2,8%
11–15 років	27	19,4% $\pm$ 3,4%
16–20 років	27	19,4% $\pm$ 3,4%
21–25 років	9	6,5% $\pm$ 2,1%
26–30 років	17	12,2% $\pm$ 2,8%
31 та більше	12	8,6% $\pm$ 2,4%
Не вказано	3	2,2% $\pm$ 1,2%

Серед усіх респондентів, які брали участь у цьому дослідженні, було 3,6% $\pm$ 1,6% (5 осіб) кандидатів медичних наук і 0,7% $\pm$ 0,7% (1 особа) докторів медичних наук.

Результати дослідження та їх обговорення.

Понад половина опитаних лікарів (56,1% $\pm$ 4,2%) застосовують метод гомеопатії у своїй лікарській практиці. Досвід використання цього методу у лікарській практиці у найбільшій кількості респондентів (41,0% $\pm$ 5,6%) становить 6–10 років.

Із респондентів, які мають досвід застосування методу гомеопатії, 2,3% $\pm$ 1,6% вважають цей метод високоефективним, 88,5% $\pm$ 3,4% – ефективним ($p < 0,001$). Неефективним вважають метод гомеопатії 9,2% $\pm$ 3,1% респондентів (рис. 2).

Результати вивчення думки респондентів щодо ефективності застосування методу гомеопатії у пацієнтів різних вікових груп наведено у табл. 3.

Аналіз відповідей на запитання, чи доводилося респондентам самим використовувати метод гомеопатії для лікування, виявив, що 46,8% $\pm$ 4,2% респондентів лікувалися методом гомеопатії, а 53,2% $\pm$ 4,2% даний метод лікування особисто не застосовували.

Вивчення питання про використання гомеопатичного лікування родичами респондентів дозволило виявити факт застосування такого лікування в 59,0% $\pm$ 4,2% випадків.

Крім того, встановлено, що 64,0% $\pm$ 4,1% ($p < 0,001$) знайомих/колег по роботі опитаних лікарів ліку-

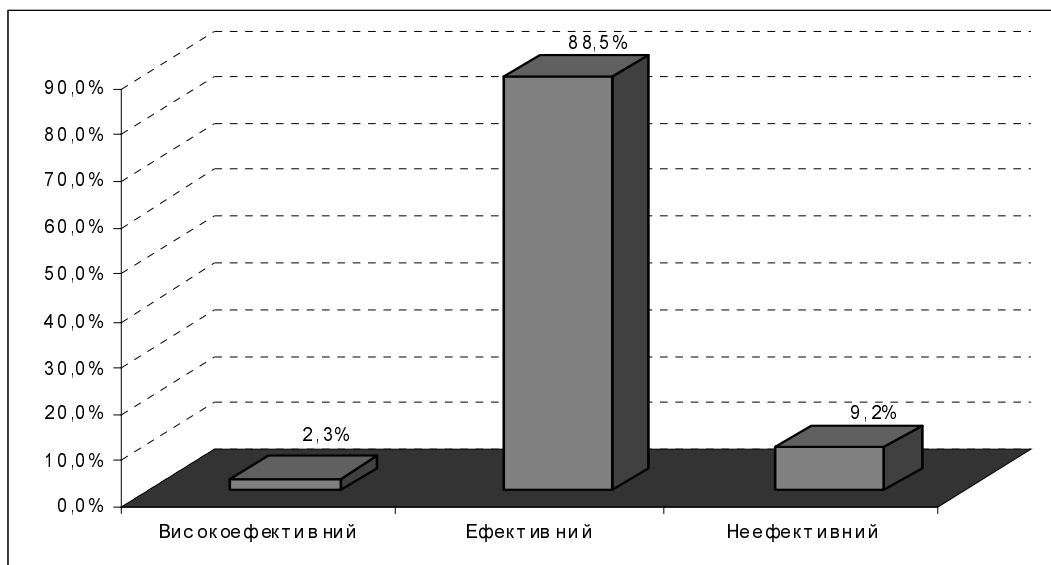


Рис. 2. Оцінка респондентами ефективності методу гомеопатії

Таблиця 3. Розподіл респондентів за відповідями щодо ефективності методу гомеопатії у різних вікових групах

Вікова група населення	Кількість респондентів	%±m
Діти	37	42,5%±5,3%
Дорослі особи молодого віку	15	17,2%±4,0%
Дорослі особи середнього віку	11	12,6%±3,6%
Люди похилого віку	7	8,1%±2,9%
Люди старечого віку	1	1,2%±1,1%
Не залежить від віку	28	32,2%±5,0%

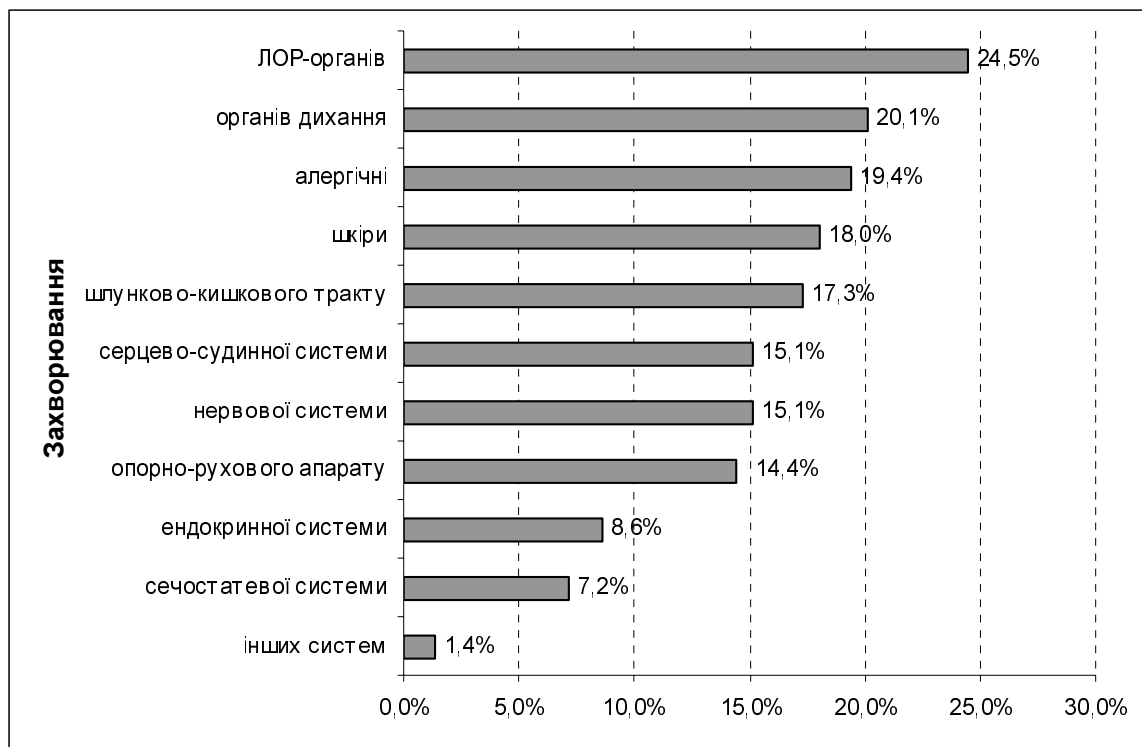


Рис. 3. Точка зору респондентів щодо ефективності методу гомеопатії при лікуванні хронічних захворювань

валися методом гомеопатії, тоді як $23,0\% \pm 3,6\%$ не лікувалися цим методом. Не знають, чи їхні знайомі/колеги по роботі лікувалися гомеопатичними препаратами $13,0\% \pm 2,8\%$ респондентів.

Найбільшу/найчастішу ефективність методу гомеопатії при використанні його з метою профілактики відмічають $33,8\% \pm 4,0\%$ респондентів, а $17,3\% \pm 3,2\%$ респондентів зазначають його ефективність і при лікуванні гострих захворювань ($p < 0,05$).

Точка зору респондентів щодо ефективності методу гомеопатії при лікуванні хронічних захворювань різних органів і систем відображена на рис. 3.

Аналіз відповідей свідчить, що метод гомеопатії найчастіше ефективний при хронічній патології ЛОР-органів ($24,5\% \pm 3,6\%$ респондентів), органів дихання ($20,1\% \pm 3,4\%$ респондентів), алергічних захворюваннях ($19,4\% \pm 3,4\%$ респондентів) і захворюваннях шкіри ($18,0\% \pm 3,3\%$ респондентів).

Ефективність методу гомеопатії при лікуванні хронічних захворювань шлунково-кишкового тракту відмітили $17,3\% \pm 3,2\%$ респондентів. Однакова кількість респондентів – $15,1\% \pm 3,0\%$ – відзначила, що метод гомеопатії є ефективним при лікуванні хронічної патології серцево-судинної і нервової систем. Відмітили ефективність гомеопатії при лікуванні хронічних захворювань опорно-рухового апарату $14,4\% \pm 3,0\%$ респондентів. Ефективність гомеопатії при лікуванні хронічної патології ендокринної та сечостатевої систем зазначили $8,6\% \pm 2,4\%$ і $7,2\% \pm 2,2\%$ респондентів. Підкреслили ефективність методу гомеопатії при лікуванні хронічних захворювань інших систем $1,4\% \pm 1,0\%$ респондентів.

Серед причин, які спонукали лікарів до вивчення гомеопатії та використання даного методу у своїй лікарській практиці, було відмічено наступні:

- бажання пацієнтів лікуватися безпечним методом ($71,4\% \pm 6,5\%$ респондентів);
- бажання пацієнтів лікуватися ліками природного походження ($46,9\% \pm 7,1\%$ респондентів);
- побічні дії традиційних лікарських засобів ($32,7\% \pm 6,7\%$ респондентів);

- недостатня ефективність традиційної фармако-терапії ($10,2\% \pm 4,3\%$ респондентів);
- доступна ціна ліків ($8,2\% \pm 3,9\%$);
- наявність гомеопатичних препаратів у аптеках ($6,1\% \pm 3,4\%$ респондентів).

Висновки

1. Результати даного соціологічного дослідження свідчать про задоволеність лікарів гомеопатією як методом надання медичної допомоги: респонденти відмічають ефективність цього методу ($88,5\% \pm 3,4\%$), застосовують цей метод у своїй лікарській практиці ($56,1\% \pm 4,2\%$), а також особисто використовують його для лікування ($46,8\% \pm 4,2\%$). При цьому лікарі підкреслюють ефективність методу гомеопатії як при лікуванні гострих та хронічних захворювань, так і при застосуванні його з метою профілактики.

2. Задоволеність медичної громадськості та населення методом гомеопатії підтверджена у даному дослідженні широким використанням цього методу серед рідних, близьких та колег респондентів (відповідно $59,0\% \pm 4,2\%$ і $64,0\% \pm 4,1\%$).

3. Результати проведеного соціологічного дослідження свідчать, на нашу думку, про те, що системне впровадження методу гомеопатії може значною мірою сприяти суттєвому підвищенню ефективності, якості, безпечності та доступності медичної допомоги різним категоріям населення. Вирішення проблеми підвищення ефективності та якості медичної допомоги шляхом застосування методу гомеопатії на усіх рівнях її надання вимагає системних управлінських рішень при умові відповідних науково обґрунтованих заходів щодо їх реалізації.

Перспективи подальших досліджень полягають у дослідженні вітчизняного і міжнародного досвіду щодо організаційних форм застосування методу гомеопатії для підвищення ефективності та якості надання медичної допомоги, а також науковому обґрунтуванні оптимальної функціонально-організаційної моделі інтеграції методу гомеопатії при організації медичної допомоги на всіх рівнях її надання у період трансформації вітчизняної системи охорони здоров'я.

Список літератури

1. Вороненко Ю. В. Реформування охорони здоров'я: успіхи і перешкоди / Ю. В. Вороненко, Н. Г. Гойда // Сучасні медичні технології. – 2013. – № 2 (18). – С. 24–26.
2. Гарник Т. П. Сучасний розвиток гомеопатії як методу комплементарної та альтернативної медицини / Т. П. Гарник, Т. М. Козименко, Л. М. Кіркільєвська // Фітотерапія. Науково-практичний часопис. – 2008. – № 2. – С. 3–8.
3. Гомеопатія і наномедицина: спільне та особливості / Чекман І. С., Мощич О. П., Антонченко В. Я. [та ін.] // Фармакол. та лікарська токсикол. – 2013. – № 2 (33). – С. 21–25.

4. Горачук В. В. Управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я: [Монографія] / В. В. Горачук. – Вінниця : ПП Балюк І. Б., 2012. – 212 с.
5. Гуцол Л. П. Актуальність застосування гомеопатії як холистичного методу в діяльності лікаря загальної практики – сімейної медицини / Л. П. Гуцол, О. П. Мощич // Сімейна медицина. – 2013. – № 4 (48). – С. 112–114.
6. Зіменковський А. Б. Наукове обґрунтування концептуальної моделі управління якістю в охороні здоров'я України шляхом системного розвитку медичної стандартизації : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : спец. 14.02.03 / А. Б. Зіменковський. – К., 2007. – 34 с.
7. Ліщишина О. М. Належна практика створення медичних стандартів як основа для належної клінічної практики / О. М. Ліщишина, А. Б. Степаненко // Укр. мед. часоп. – 2006. – № 3. – С. 21–27.
8. Матюха Л. Ф. Медико-соціальне обґрунтування оптимізації системи первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини в Україні : автореф. дис. ... на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук : спец. 14.02.03, 14.01.38 / Л. Ф. Матюха. – К., 2011. – 32 с.
9. Мойсеєнко Р. О. Медико-соціальне обґрунтування оптимізації системи надання медичної допомоги дітям і матерям : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук : спец. 14.02.03 / Р. О. Мойсеєнко. – К., 2013. – 32 с.
10. Мощич А. П. Гомеопатия и государственная система здравоохранения (обзор некоторых международных основополагающих аспектов взаимоотношений) / А. П. Мощич, В. А. Туманов // Укр. гомеопатичний щорічник. – 2007. – Т. 10. – С. 56–62.
11. Організація соціологічних опитувань пацієнтів, їх представників і медичного персоналу в закладах охорони здоров'я: методичні рекомендації / В. В. Горачук, Ю. В. Вороненко, Н. Г. Гойда [та ін.]. – К., 2012. – С. 21.
12. Попов А. В. Индивидуальность – камень преткновения медицины // 36. доп. V з'їзду гомеопатів України. – К., 2010. – С. 7–13.
13. AlmaAta Declaration 1978 [Electronic resource]. – Retrieved from URL: www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
14. Eames S. Homeopathic politics / Sara Eames // Simile. The Faculty of Homeopathy Newsletter. – 2010. – Oct. – P. 4.
15. Fisher P. The science of homeopathy: the current state of play / Fisher Peter // Changing Perceptions: an integrated approach to serious illness. Faculty of Homeopathy. British Homeopathic Congress. – Cambridge, 2010. – P. 41.
16. Nicolai T. Homeopathy as a part of Integrative Medicine – Political developments / Ton Nicolai // The 64th Congress of Liga Medicorum Homoeopathica Internationalis, (Warsawa, 26–30 Aug. 2009): abstract book. – Warsaw (Poland), 2009. – P. 29.
17. Ovreteit J. Каковы оптимальные стратегии управления качества стационарной помощи?: (Доклад сети фактических данных по вопросам здоровья) [Електронний ресурс] / J. Ovreteit; ЕРБ ВОЗ. – Копенгаген, 2003. – 33 с. – Режим доступа: <http://www.euro.int/document/e82995r.pdf>. – Название с экрана.
18. Thompson E. Prescribing homeopathy for cancer patients – a best case series / Thompson Elizabeth // Changing Perceptions: an integrated approach to serious illness. Faculty of Homeopathy. British Homeopathic Congress. – Cambridge, 2010. – P. 32.
19. WHO traditional medicine strategy: 2014–2023. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.who.int/medicines/publications/traditional/trm_strategy_14_23/en/

ГОМЕОПАТИЯ КАК МЕТОД ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ РАЗЛИЧНЫМ КАТЕГОРИЯМ НАСЕЛЕНИЯ: ОЦЕНКА ВРАЧЕЙ

Н.Г. Гойда¹, Л.П. Гуцол²

¹Национальная медицинская академия последилового образования им. П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

²Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Украина

Цель: проанализировать мнение врачей относительно эффективности применения гомеопатии при оказании медицинской помощи.

Материалы и методы. Исследование проведено с использованием методов системного подхода и системного анализа и медико-статистического метода. По специально разработанным анкетам были опрошены врачи различных специальностей. Обработано 139 качественно заполненных анкет.

Результаты. Установлена удовлетворенность врачей гомеопатией как методом оказания медицинской помощи. Большинство респондентов отметили эффективность этого метода (88,5%±3,4%), более половины применяют его в своей врачебной практике (56,1%±4,2%), а также сами используют этот метод (46,8%±4,2%). Респонденты указали на эффективность метода гомеопатии как при лечении острых и хронических заболеваний, как и при применении его с целью профилактики.

Выводы. Системное внедрение метода гомеопатии может способствовать существенному повышению эффективности, качества, безопасности и доступности медицинской помощи разным категориям населения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: социологическое исследование, гомеопатия, врач, эффективность медицинской помощи.

HOMEOPATHY AS METHOD OF HEALTH CARE GRANTING TO VARIOUS CATEGORIES OF THE POPULATION: EVALUATION OF DOCTORS

N.G. Hoyda¹, L.P. Hutso²

¹National Medical Academy of Postgraduate Education named after P.L.Shupik, Kyiv, Ukraine

²Vinnitsa National Medical University named after M.I. Pirogov, Ukraine

Purpose: to analyze of doctors opinion on effectiveness of homeopathy application in medical care.

Materials and methods. The study is conducted using of system approach methods, system analysis and medical and statistical method. Under specially developed questionnaires have been surveyed physicians of different specialties. It is processed 139 qualitatively filled questionnaires.

Results. Satisfaction of doctors by homeopathy as method of medical care has been established. Most respondents have noted effectiveness of this method ($88,5\% \pm 3,4\%$), more than half apply it in medical practice ($56,1\% \pm 4,2\%$) as well as themselves using this method ($46,8\% \pm 4,2\%$). Respondents have reported effectiveness of homeopathy as method for the treatment of acute and chronic diseases and application for the preventive purpose.

Conclusions. System implementation of method of homeopathy can promote essential increase of efficiency, quality, safety and availability of medical care to various categories of the population.

KEY WORDS: sociological study, homeopathy, doctor, effectiveness of medical care.

Рукопис надійшов до редакції 06.11.2014

Відомості про авторів:

Гойда Ніна Григорівна – д.мед.н., проф., проректор з лікувальної роботи Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика; тел. р/ф: +38(044) 205-49-48.

Гуцол Лариса Петрівна – к.мед.н, доцент кафедри внутрішньої та сімейної медицини Вінницького національного медичного університету ім.М.І. Пирогова; тел. +38(0432) 57 03 60.



ЛЮБІНЕЦЬ ОЛЕГ ВОЛОДИМИРОВИЧ

(до 60-річчя від дня народження)

Олег Володимирович Любінець народився 24 жовтня 1954 року у м. Дрогобич Львівської області. Після закінчення із золотою медаллю середньої школи вступив на педіатричний факультет Львівського медичного інституту, який закінчив із відзнакою у 1977 році та був рекомендований вченою радою інституту на наукову роботу.

Олег Володимирович працював молодшим науковим співробітником Львівського НДІ туберкульозу, торакальним хірургом Львівського обласного фтизіопульмонологічного центру, головним лікарем Львівського міського медичного об'єднання «Фтизіопульмонологія», президентом Львівського товариства з обмеженою відповідальністю «Фарма», заступником головного лікаря з експертизи тимчасової непрацездатності 5-ої міської клінічної лікарні м. Львова, головним лікарем санаторію «Львів» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця». З 1999 року асистент, а з 2002 року – завідувач кафедри організації і управління

охороною здоров'я ФПДО Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

У 1986 р. О.В. Любінець захистив дисертацію на здобуття вченого ступеня кандидата медичних наук «Диференціальна діагностика ексудативних плевритів туберкульозної, парапневмонічної і ракової природи у фтизіатричній практиці». У 1988 р. став лауреатом премії НТТ для молодих вчених. У 2011 році захистив дисертацію на здобуття вченого ступеня доктора медичних наук на тему «Медико-соціальне обґрунтування продовження середньої очікуваної тривалості життя населення України».

Напрями наукових досліджень О.В. Любінець: формування політики, стратегії і тактики розвитку системи охорони здоров'я України; медико-демографічні процеси в Україні та обґрунтування підходів до продовження середньої тривалості життя; наукове обґрунтування процесів оптимізації протитуберкульозної роботи в Україні; опрацювання методичних підходів із дослідження процесів управління в закладах охорони здоров'я; удосконалення первинної медико-санітарної допомоги; удосконалення системи реабілітації та санаторно-курортне лікування; розвиток загальнолікарської та сімейної медичної практики; підвищення економічної ефективності використання ліжкового фонду; удосконалення державного управління в царині охорони здоров'я населення.

О.В. Любінець є автором понад 200 наукових і навчально-методичних праць, у тому числі 30 опублікованих за кордоном, 16 монографій, 2 авторських свідоцтв на винаходи, 3 авторських прав на твір.

О.В. Любінець став ініціатором реорганізації фтизіатричної служби м. Львова (1989–90), ініціатором впровадження сучасних інформаційних технологій у роботу сімейних лікарів; впровадив у Львівському національному медичному університеті програму «Медичне право» для слухачів факультетів післядипломної освіти вищих медичних навчальних закладів та закладів післядипломної освіти МОЗ України (2004).

На даний час О.В. Любінець є членом редакційних рад чотирьох вітчизняних видань, у т.ч. «Україна. Здоров'я нації», «Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України» та польського часопису «Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu».

О.В. Любінець неодноразово брав участь та був співорганізатором національних та міжнародних наукових семінарів, конференцій, з'їздів, конгресів, у т.ч. за кордоном – у Польщі, Угорщині, Румунії, Словаччині, Чехії. У 2003, 2008 та 2013 роках під керівництвом Олега Володимировича проведені науково-практичні інтернет-конференції з міжнародною участю “Управління охороною здоров’я” та українсько-польський симпозіум «Досвід, реалії та перспективи розвитку систем охорони здоров’я». Матеріали конференцій опубліковані та видані в збірниках матеріалів конференції та у монографіях.

О.В. Любінець нагороджений Подякою МОЗ України, грамотами управлінь охорони здоров’я. Він є головою львівського осередку Української асоціації спеціалістів з соціальної медицини та організаторів охорони здоров’я, членом обласної координаційної ради з впровадження сімейної медицини Львівської облдержадміністрації, атестаційних комісій з атестації організаторів охорони здоров’я та працівників СЕС.

Щиро вітаємо шановного Олега Володимировича зі славним ювілеєм. Зичимо здоров’я, благополуччя, творчої наснаги та успіхів, продовження справи у гідних учнях.

*Завідувачі кафедр соціальної медицини та організації охорони здоров’я
ВМНЗ III–IV рівня акредитації, проблемна комісія МОЗ та НАМН
України зі спеціальності «соціальна медицина», колектив кафедри
організації і управління охороною здоров’я ФПДО Львівського
національного медичного університету імені Данила Галицького,
друзі, колеги, редакційна колегія журналу.*

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. Нумери 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 (СИ), медичні терміни – згідно з Міжнародною анатомічною та Міжнародною гістологічною номенклатурами, назви захворювань – за Міжнародною класифікацією хвороб X перегляду, лікарські засоби – за Державною Фармакопеею (X, XI). 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 тексті 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 в роздріб. 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 організовують належним чином рецензування та відбір статей до друку, не надсилають свої наукові видання до бібліотек, перелік яких затверджено постановою президії ВАК України від 22.05.1997 р. №16/5, тим самим обмежуючи можливість наукової громадськості знайомитися із результатами дисертаційних досліджень. У зв'язку з цим президія Вищої атестаційної комісії України

ПОСТАНОВЛЯЄ:

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

Голова ВАК України
Вчений секретар ВАК України

*В.В. Скопенко
Л.М. Артюшин*

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

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

Крім того, на сторінках журналу розміщуються різноманітні рекламні матеріали.

Періодичність випуску журналу – раз на квартал.

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

Розцінки на розміщення реклами:

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

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

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

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

З надією на плідну співпрацю

Головний редактор

О.М. Дзюба

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. *О.М. Дзюба*

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 60х84/8. Папір офсет.
Друк офсет. Ум. друк. арк 11,16. Обл.-вид. арк. 10,60 Наклад 600. Зам. № 24