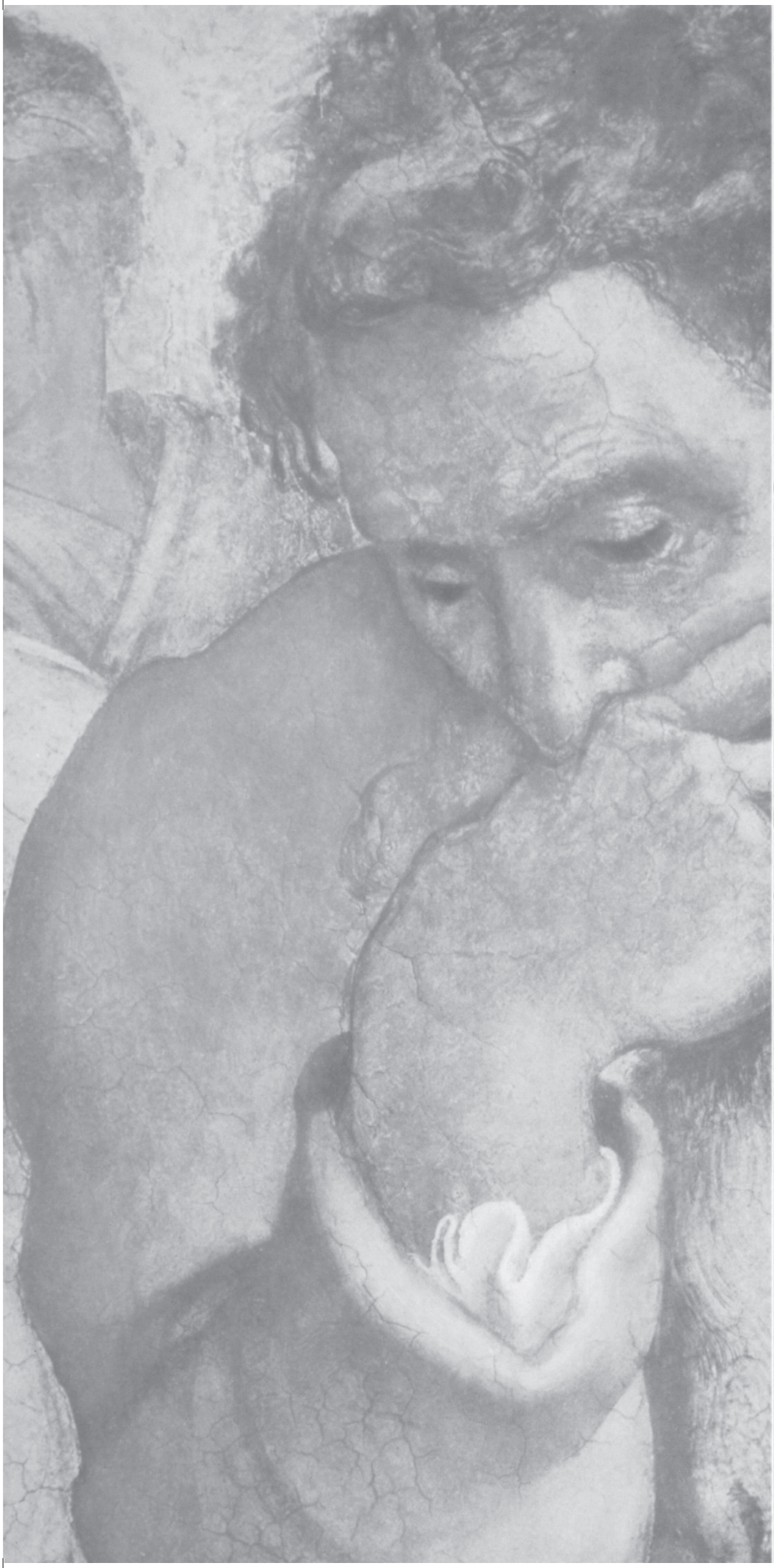


ЭКСПЕРТ
ИЗДАТЕЛЬСТВО

Издательство ЭКСПЕРТ

ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ
научно-практический журнал
Издается с 1996 г.
Постановление ВАК
№ 1-05/1 от 15.01.2003г.
Подписной индекс: 74598

СОВРЕМЕННАЯ ПЕДИАТРИЯ
научно-практический журнал
Издается с 2003 г.
Дополнение к Постановлению ВАК
№ 3-05/7 от 30.06.2004 г.
Подписной индекс: 09850

ПЕРИНАТОЛОГИЯ И ПЕДИАТРИЯ
научно-практический журнал
Издается с 1999 г.
Постановление ВАК
№ 2-02/2 от 09.02.2000 г.
Подписной индекс: 22811

УКРАИНА. ЗДОРОВЬЕ НАЦИИ
научно-практический журнал
Издается с 2007 г.
КВ № 12511-1395Р от 24.04.2007
Подписной индекс: 99956

СОВРЕМЕННАЯ СТОМАТОЛОГИЯ
научно-практический журнал
Издается с 1997 г.
Постановление ВАК
№ 2-02/2 от 09.02.2000 г.
Подписной индекс: 22924

ЗУБНОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ
научно-практический журнал
Издается с 2002 г.
Подписной индекс: 09860

РЕКЛАМНАЯ ПОЛИГРАФИЯ

ИЗДАНИЕ МОНОГРАФИЙ

04210, Украина, г. Киев-210, а/я 32

тел./факс: (+38 044) 529-70-27
тел./факс: (+38 044) 230-27-19
e-mail: expert@nbi.com.ua
e-mail: expert@d-line.org.ua

УКРАЇНА. ЗДОРОВ'Я НАЦІЇ

№ 2 (30) 2014 р.
Науково-практичний журнал
Періодичність виходу – щоквартально
Заснований у січні 2007 р.

Керівний орган журналу

Засновник: ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

Колегіальні органи журналу

Головний редактор – Г. О. Слабкий
Заступник головного редактора – Ю. Б. Ященко
Директор проекту – Д. О. Бахтіярова
Науковий редактор – О. Р. Ситенко
Літературний редактор – О. М. Ратаніна
Науковий перекладач – Н. Т. Кучеренко
Секретаріат – Н. Ю. Кондратюк, Є. М. Кривенко, Л. А. Карамзіна, І. В. Бутенко

Редакційна колегія

Голова редакційної колегії: В. М. Лобас

О. І. Авраменко
В. О. Волошин
Ю. В. Вороненко
М. В. Голубчиков
А. С. Котуза
Б. О. Ледощук
В. П. Лисак
Л. Ф. Матюха
В. М. Лехан
О. В. Любінець
А. М. Нагорна
М. Є. Нечитайло
М. Г. Проданчук
С. О. Риков
Н. О. Сайдакова
Г. О. Слабкий
А. В. Степаненко
Л. А. Чепелевська
Н. П. Ярош
Ю. Б. Ященко

Редакційна рада

Голова редакційної ради: Д. І. Заболотний (Київ)

В. І. Агарков (Донецьк)
Т. Д. Бахтєєва (Київ)
А. Войтила (Люблін, Польща)
Н. Г. Гойда (Київ)
О. О. Дудіна (Київ)
Ю. В. Думанський (Донецьк)
О.З. Децик (Івано-Франківськ)
В. Н. Запорожан (Одеса)
А. Б. Зіменковський (Львів)
О. С. Коваленко (Київ)
Т. В. Кулемзіна (Донецьк)
Ю. В. Михайлова (Росія)
Р. О. Моісеєнко (Київ)
О. Ю. Майоров (Харків)
О. П. Мінцер (Київ)
А. Овоц (Варшава, Польща)
В. А. Огнєв (Харків)
О. М. Орда (Київ)
В. Л. Подоляка (Донецьк)
В. М. Рудий (Київ)
О. Р. Ситенко (Київ)
Д. В. Тентюк (Молдова)
О. М. Ціборовський (Київ)
Т. Ч. Чубаков (Киргизія)
М. В. Шевченко (Київ)
М. М. Шутов (Донецьк)

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 25.06.2010 р. №1-05/4)
Рекомендовано до друку Вченою радою ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України».
Протокол № 5 від 10.06.2014 р.
Адреса редакції: пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна
Тел./факс: (044) 576-41-19; 576-41-09

Свідоцтво про державну реєстрацію КВ №12202-1086Р від 15.01.2007 р.
Підписано до друку 10 червня 2014 р. Загальний наклад 2500 прим. Зам. № 01/07/01

Видавці
ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»
Адреса: пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна

Видавництво «ЕКСПЕРТ»
Адреса редакції: вул. Кіквідзе, 14в, м. Київ, 01103, Україна

Видруковано у друкарні «Аврора-принт»,
Адреса: вул. Причальна, 5, м. Київ, 02081, Україна, тел. (044) 550-52-44
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи: А00 № 777897 від 06.07.2009 р.

Усі статті рецензовані. Відповідальність за достовірність фактів та інших відомостей у публікаціях несуть автори.
Цілковите або часткове розмежування в будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у цьому виданні, допускається лише з письмового дозволу редакції. Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе рекламодавець.

© ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», 2014
© Видавництво «ЕКСПЕРТ», 2014

УВАГА!
Ви можете передплатити журнал «Україна. Здоров'я нації»
у будь-якому відділенні зв'язку України. Передплатний індекс 99956

ЗМІСТ

ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ: ТЕНДЕНЦІЇ ТА ПРОГНОЗИ

Флорикян В.А.
Сопоставление артериального и венозного компонентов интракраниального кровообращения по данным ультразвуковой допплерографии у больных в отдаленном периоде закрытой черепно-мозговой травмы 5

Якимець В.В., Гуценко І.В., Косарчук В.В., Чергава О.Ю.
Аналіз загальних рівнів та показників госпіталізованої захворюваності військовослужбовців Збройних сил України за 2009–2013 рр. 10

ПИТАННЯ ДЕМОГРАФІЧНОГО РОЗВИТКУ

Чепелевська Л.А., Ященко Ю.Б.
Статево-вікові тенденції смертності населення від хвороб системи кровообігу в регіонах України 14

ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Северин Г.К., Слабкий Г.О., Астахова Н.Ю.
Оптимізована система онкологічної допомоги населенню 22

Бугоркова И.А.
Мониторинг основных стоматологических заболеваний в группе лиц подросткового возраста 27

Плужнікова Т.В.
Сучасні підходи до профілактики цереброваскулярних захворювань у населення агропромислового регіону 31

Качур О.Ю.
Структурна перебудова системи надання медичної допомоги як основа нової моделі організації променевої діагностики 37

Знаменська М.А.
Методичні підходи до оцінки ефективності програм комунікацій з населенням в охороні здоров'я . . 42

Савчук О.В.
Сучасні проблеми та перспективи розвитку муніципальних стоматологічних закладів м. Києва (на думку керівників і лікарів цих закладів) 46

РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Матюха Л.Ф., Слабкий Г.О., Бухановська Т.М.
Результати соціологічного дослідження інтернів щодо їх готовності до надання первинної медичної допомоги дитячому населенню 52

Картавцев Р.Л.
Забезпеченість закладів охорони здоров'я вторинного рівня високовартісним обладнанням 62

Клименюк В.П.
Аналіз факторів інвалідизації внаслідок серцево-судинних захворювань на основі історичних когорт 66

Кривенко Є.М.
Сучасна структура функціонально-організаційної моделі інформатизації охорони здоров'я на регіональному рівні 75

МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД

Ukraine: not only matter of geopolitics 83

ФІНАНСУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Шевченко М.В., Кучеренко Н.Т.
Державне регулювання ціноутворення та системи відшкодування лікарських засобів в Україні 86

ЮВІЛЕЇ

Некролог. Пам'яті професора А.Р. Уваренка 94

CONTENT

HEALTH OF THE POPULATION: TENDENCIES AND FORECASTS

Florikyan V.A.
Comparison of arterial and venous components of the intracranial circulation according to doppler ultrasound in patients in the remote period of closed craniocerebral injury 5

Yakymets V.V., Gutsenko I.V., Kosarchuk V.V., Chergava O.Yu.
Analysis of general levels and indexes of the hospitalized morbidity of servicemen of the armed forces of Ukraine is for 2009–2013 10

QUESTIONS OF DEMOGRAPHIC DEVELOPMENT

Chepelevska L.A., Yaschenko Yu.B.
Sex and age mortality tendencies of the population from cardiovascular diseases in the regions of Ukraine 14

ORGANIZATION OF MEDICAL CARE PROVISION

Severyn G.K., Slabky G.O., Astakhova N.Yu.
The optimized system of the oncologic help to the population 22

Bugorkova I.A.
Monitoring of basic stomatological diseases in the group of persons of teens 27

Pluzhnikova T.V.
Modern approaches to the prevention of cerebrovascular disease in the population agroindustrial region 31

Kachur O.Yu.
Structural reorganization of health care system as a basis of new model of beam diagnostics organization 37

Znamenska M.A.
Methodological approaches to effectiveness evaluation of communications programs with the population in health care 42

Savchuk O.V.
Modern problems and prospects of Kyiv municipal stomatologic establishments (according to heads and physicians of these establishments) 46

REFORMING OF PUBLIC HEALTH SYSTEM

Matyukha L.F., Slabky G.O., Bukhanovska T.M.
Results of sociological research interns about their willingness to provide primary health care of the child population 52

Kartavtsev R.L.
Provision of health care institutions of secondary level the expensive equipment 62

Klymenyuk V.P.
The analysis of disability factors due to cardiovascular diseases on the basis of historical cohorts 66

Kryvenko Ye.M.
Modern structure of functional organizational model of informatization of public health at the regional level 75

INTERNATIONAL EXPERIENCE

Ukraine: not only matter of geopolitics 83

FINANCING OF PUBLIC HEALTH SYSTEM

Shevchenko M.V., Kucherenko N.T.
State regulation of pricing and reimbursement of medical products in Ukraine 86

ANNIVERSARIES

The obituary. In memory of Professor A.R. Uvarenko 94

УДК 616.831.716.4-073.43

В.А. Флорикян

СОПОСТАВЛЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО И ВЕНОЗНОГО КОМПОНЕНТОВ ИНТРАКРАНИАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДОППЛЕРОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ЗАКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков, Украина

Цель *– выявить корреляционные связи между артериальным и венозным компонентами церебрального кровообращения у больных в отдаленном периоде закрытой черепно-мозговой травмы с венозной энцефалопатией.*

Материалы и методы. *У 97 больных с венозной энцефалопатией в отдаленном периоде закрытой черепно-мозговой травмы и 15 здоровых лиц методом ультразвуковой допплерографии изучена церебральная гемодинамика и сопоставлены артериальный и венозный компоненты интракраниальной гемоциркуляции.*

Результаты. *Установлено, что артериальное и венозное кровообращения являются одним из звеньев системы общей гемодинамики организма с ее взаимозависимыми и взаимокоррекционными, компенсаторными возможностями, направленными на сохранение адекватного кислородного баланса в жизненно важных системах организма.*

Выводы. *Таким образом, выявление ранних проявлений нарушений церебральной и центральной гемодинамики у больных в отдаленном периоде закрытой черепно-мозговой травмы с незначительной неврологической симптоматикой является одной из актуальных и нерешенных проблем соматоневрологии. Проведение рациональной патогенетической терапии на начальном этапе развития патологии способствует уменьшению неврологических проявлений заболевания и в дальнейшем предотвращает развитие инвалидизации пациентов.*

Ключевые слова: *закрытая черепно-мозговая травма, церебральная сосудистая гемодинамика, венозная энцефалопатия, корреляционные возможности.*

Введение

При изучении церебральной гемодинамики как артериального, так и венозного компонентов методом ультразвуковой допплерографии (УЗДГ) у больных в отдаленном периоде закрытой черепно-мозговой травмы (ОПЗЧМТ) обнаружены различные нарушения мозгового кровообращения [1, 2, 4]. Эти изменения во многом зависят от возраста, степени выраженности церебральной венозной патологии, времени, прошедшего после травмы и, в некоторой степени, от тяжести перенесенной ЧМТ [3, 4, 5, 6]. Причем главную роль в формировании интракраниальной сосудистой патологии у больных в ОПЗЧМТ играет затруднение венозного оттока из полости черепа [3, 7, 10, 11]. Однако многие вопросы по сопоставлению артериального и венозного компонентов церебральной гемоциркуляции не разрешены.

Цель работы – выявить у больных в ОПЗЧМТ с венозной энцефалопатией корреляционные связи между артериальным и венозным компонентами церебрального кровообращения.

Материалы и методы

Ультразвуковая допплерография проведена у 112 пациентов. В основную группу включены 97 больных в ОПЗЧМТ с церебральной сосудистой патологией, которые были разделены на три группы в зависимости от выраженности венозной энцефалопатии: I – 31 пациент с начальными проявлениями внутримозговой венозной патологии, II – 44 пациента; III – 22 больных

с выраженной венозной энцефалопатией. В контрольную группу включено 15 здоровых лиц.

Проведен анализ основных показателей линейной скорости кровотока (ЛСК) венозного бассейна: базальная вена Розенталя, глазничная вена, прямой синус и их сопоставление с ЛСК внутренней сонной артерии (ВСА), передней мозговой артерии (ПМА), средней мозговой артерии (СМА), задней мозговой артерии (ЗМА), позвоночной артерии (ПА), основной артерии (ОА). Все данные интракраниального артериального и венозного компонентов кровообращения, полученные методом УЗДГ, статистически обработаны.

Результаты исследования и их обсуждение

По данным УЗДГ, у больных с ОПЗЧМТ уже на ранних этапах формирования церебральной венозной патологии наблюдалось повышение одного из важных компонентов общей гемоциркуляции мозга – ЛСК. Что касалось показателей артериального компонента интракраниального кровообращения, то у больных с начальными проявлениями венозной патологии (хотя они имели склонность к увеличению) достоверных отличий от показателей пациентов контрольной группы не отмечалось. Незначительное увеличение скорости интракраниального артериального кровообращения у больных I группы с начальными проявлениями затруднения венозного оттока являлось защитной сосудистой реакцией и имело компенсаторный характер, поскольку при дальнейшем затруднении венозного оттока из мозга повышалось давление не только в интракраниальных венах, но и в экстракраниальных – яремных, позвоночных, в правых отделах сердца и стволе легочной артерии. У больных основной группы, в зависимости от возраста, показатели артериального кровообращения мозга были с различной степенью выраженности церебральной венозной патологии (табл. 1).

По данным таблицы 1, все показатели ЛСК во многом зависели от возраста больного и степени выраженности венозной патологии. Все показатели скорости церебрального артериального кровотока у больных I группы находились в пределах физиологической нормы и даже несколько превосходили их по сравнению с контрольной группой. У пациентов моложе 45 лет, с начальными проявлениями венозной дисциркуляции, нарушения скорости кровотока в ВСА даже превосходили соответствующие показатели в контрольной группе на 6,8%, а в СМА – на 5,8%. Повышение артериальной гемоциркуляции наблюдалось в ЗМА (2,6%), ОА (3,1%) и ПА (5,1%). Превышение ЛСК в СМА, ОА, ПА было статистически достоверным. У больных более старшей возрастной группы (46–60 лет) отмечались несколько увеличенные параметры ЛСК, однако эти изменения были менее выраженными: гемодинамика во ВСА увеличилась по сравнению с контрольной группой на 4,9%, СМА – на 2,8%, ЗМА – на 2,6%, ОА – на 4,4%, а ПМА и ПА – даже на 7,0% и 8,0% соответственно.

Таблица 1

Показатели линейной скорости кровотока в артериальных сосудах мозга (см/с) в зависимости от возраста больных и степени выраженности церебральной венозной патологии

Интракранеальные артерии	Группа с ОПЗЧМТ			
	возраст больных, лет	I группа	II группа	III группа
ВСА	<45	48,5±4,1	39,9±4,5*	–
	46–60	42,4±3,1	38,8±3,9*	36,1±3,9
А	<45	64,8±5,2	69,9±5,1	–
	46–60	55,7±4,4	52,8±3,3***	47,9±6,2***
ПМА	<45	45,6±3,7	44,9±4,1	–
	46–60	44,1±3,1	42,9±2,5	41,9±3,2
ЗМА	<45	38,1±1,2	35,7±2,6	–
	46–60	41,9±6,3	40,6±2,8	41,5±3,9**
ПА	<45	38,8±4,1*	35,7±3,2	–
	46–60	36,1±2,9	32,3±3,5	29,9±4,3
ОА	<45	39,9±3,5*	37,1±2,9	–
	46–60	38,1±3,4	35,5±2,8**	37,7±4,9*

Примечания: * – p<0,05; ** – p<0,01; *** – p<0,001 достоверность изменений относительно данных контрольной группы.

Таблица 2

Основные параметры линейной скорости кровотока венозного бассейна мозга у больных основной группы в зависимости от выраженности венозной патологии (см/с)

Церебральный венозный бассейн	Группа больных		
	I	II	III
Базальная вена Розенталя	15,65±3,51*	21,3±2,1**	27,1±3,6**
Глазничная вена	13,11±3,21	17,87±2,91	20,37±2,12
Прямой синус	22,56±2,85	33,35±2,12*	39,17±1,12*

Примечание: * – p<0,005; ** – p<0,01 достоверные изменения относительно данных контрольной группы.

У больных со второй степенью церебральной венозной патологии, у которых возраст не превышал 45 лет, наблюдалось уменьшение всех показателей ЛСК по сравнению с контрольной группой. Так, показатели ВСА по сравнению с контрольной группой снизились на 12,1%, СМА – на 1,1%, ПМА – на 7,0%, ПА – на 3,2%, ОА – на 4,1%, ЗМА – на 3,4%.

Аналогичное уменьшение показателей ЛСК отмечалось у больных в возрасте 46–60 лет: ВСА – на 3,7%, СМА – на 2,6%, ЗМА – на 0,4%, ПА – на 1,2%, ОА – на 2,4%, а ПМА – на 2,4%.

Эти нарушения артериального мозгового кровотока выявлялись по отношению к показателям не только в контрольной группе, но и у больных с начальными проявлениями венозной дисциркуляторной патологии. Так, кровообращение во ВСА уменьшилось на 8,4%, СМА – на 1,2%, ЗМА – на 2,0%, ПА – на 2,0%, ОА – на 1,7%. Что касается кровотока по ПМА, то по сравнению с данными I группы его уменьшение составляло 3,2%.

У больных с выраженной венозной энцефалопатией (III группа) наблюдалось дальнейшее снижение скорости кровотока не только в обеих СМА, но и в ПМА и ЗМА.

Полученные данные свидетельствуют о развитии вазоспазма в церебральных сосудах. Наши исследования находят подтверждение в работах других авторов [6, 7, 8, 9, 11], указывающих, что одной из причин вазоспазма является нарастающее давление в сосудах мозга, которое приводит к замедлению кровотока и нарушению венозного оттока.

Исследования скоростных параметров внутримозгового венозного кровотока у больных с ОПЗЧМТ отражены в таблице 2.

По данным таблицы 2, нарушения в венозном сосудистом русле мозга у больных с различной степенью выраженности венозной дисциркуляции наблюдались у всех обследованных основной группы. Причем проявления нарушения венозного оттока из мозга характеризовались не только повышением ЛСК, но были однотипными и выявлялись даже у больных с начальными проявлениями церебральной венозной патологии, тогда как не статистически достоверных изменений кровообращения в артериальных сосудах мозга не установлено.

В то же время, с возрастанием интракраниальной венозной патологии наблюдалось дальнейшее ухудшение, прогрессирование цереброваскулярной гемоциркуляции.

Для подтверждения взаимосвязи и степени взаимозависимости между артериальным и венозным компонентами мозгового кровообращения, которые развиваются как в норме, так и при патологических состояниях (каковые наблюдаются у больных с посттравматической венозной энцефалопатией), нами проведен корреляционный анализ скоростных характеристик венозного и артериального сосудистого русла мозга в зависимости от стадии заболевания. Анализ наших исследований выявил корреляционную зависимость между показателями венозной гемодинамики и скоростными характеристиками артериального русла мозга. На ранних стадиях формирования церебральной венозной патологии у больных с ОПЗЧМТ ультразвуковая допплерография позволила установить только незначительное затруднение венозного оттока из черепа, которое является нарушением одного из компонентов общей церебральной гемоциркуляции – повышением ЛСК во внутримозговых венах. Показатели артериального компонента церебральной гемодинамики не изменились, были в пределах физиологических норм и не отличались от данных контрольной группы. Незначительное повышение венозной дисциркуляции являлось компенсаторной реакцией, предотвращающей церебральные нервные структуры от гипоксии и метаболических нарушений.

Дальнейшее ухудшение венозного оттока из мозга, выявленное у больных со второй степенью нарушения венозной гемодинамики, привело к компенсаторному спазму, сужению мозговых артерий, снижению, уменьшению прилива крови в головной мозг, предотвратило излишнее кровенаполнение венозного русла головы и венозный застой. Кроме того, в компенсаторный про-

цесс вовлеклась экстракраниальная венозная система. Однако эти компенсаторные возможности сосудистой системы мозга в дальнейшем истощились, появились уже не функциональные, а органические изменения в артериальных и венозных структурах, возникла субкомпенсация, а у большинства больных III группы с выраженной венозной энцефалопатией – декомпенсация мозгового кровотока.

Выводы

Таким образом, полученные нами данные УЗДГ у больных ОПЗЧМТ свидетельствуют, что интракраниальное венозное русло имеет большое значение в кровообращении головного мозга и является основным механизмом формирования церебральной дисциркуляции с развитием венозной дистонии. Оно играет не только активную, но и регулирующую роль в перераспределении крови в сосудистой системе головного мозга, предотвращая мозговые структуры от кислородного голодания. На начальных стадиях развития нарушений церебральной венозной патологии происходит некоторое компенсаторное повышение кровотока в артериальном русле, а с ухудшением венозного кровообращения наступает компенсаторное снижение кровотока в артериальных сосудах. При дальнейшем прогрессировании венозной энцефалопатии (больные III группы) наступает субкомпенсация, а затем и декомпенсация сосудистого процесса мозга с развитием морфологических изменений, как в артериальном, так и в венозном русле, вовлекая в патологический процесс внекраниальные венозные сосуды, вплоть до нарушения функции правых отделов сердца. Кроме того, интракраниальная артериальная и венозная гемоциркуляции являются одним из звеньев системы общего кровообращения организма с ее взаимозависимыми и взаимокорреляционными, компенсаторными возможностями, направленными на сохранение адекватного кислородного баланса в жизненно важных системах организма.

Перспективы дальнейших исследований

Одной из актуальных и нерешенных проблем соматоневрологии является выявление ранних проявлений нарушений церебральной и центральной гемодинамики у больных в ОПЗЧМТ, с незначительной неврологической симптоматикой. Данная проблема требует дальнейшего изучения, поскольку проведение рациональной патогенетической терапии на начальном этапе развития патологии способствует уменьшению неврологических проявлений заболевания и в дальнейшем предотвращает развитие инвалидизации пациентов.

Литература

1. *Динамика* сосудистых нарушений при лечении больных с отдаленными последствиями закрытых черепно-мозговых травм. / В. И. Тайцлин, М. К. Азарьянц, И. А. Залогина, Л. И. Седых // Неврология и психиатрия : Респ. межвед. сб. – К. : Здоров'я, 1990. – Вып. 19. – С. 21–24.
2. *Мякотных В. С.* Клинические, патофизиологические и морфологические аспекты отдаленного периода закрытой черепно-мозговой травмы / В. С. Мякотных, Н. З. Таланкина, Т. А. Боровкова // Журн. неврол. и психиатр. – 2002. – Вып. 102, № 4. – 61–65.
3. *Оценка* состояния мозгового кровообращения с помощью кросс-спектрального анализа спонтанных колебаний системной и церебральной гемодинаміки / В. Б. Семенютин, В. А. Алиев, В. П. Берснев [та ін.] // Нейрохирургия. – 2008. – № 1. – С. 48–57.
4. *Скоромец Т. А.* Гемодинамические механизмы вторичного повреждения головного мозга в остром периоде тяжелой и среднетяжелой черепно-мозговой травмы / Т. А. Скоромец // Нейрохирургия. – 2001. – № 1. – С. 18–21.
5. *Современные* представления о механизмах патогенеза повреждений мозга и нейропротекторной терапии / Ю. Г. Шанько, А. Л. Танин, А. Н. Наделько [и др.] // Ars. Medica. – 2009. – № 3 (13). – С. 97–105.
6. *Трошин В. Д.* Сосудистые заболевания нервной системы / В. Д. Трошин. – Нижний Новгород, 1992. – 302 с.
7. *Ashborn M.* Management of chronic pain / M. Ashborn, P. Staats // Lancet. – 1999. – Vol. 353. – P. 1865–1869.
8. *Beal M. F.* Do defects in mitochondrial energy metabolism underlie the pathology of neurodegenerative disease / M. F. Beal, B. T. Hyman, W. Koroshatz // Trends. Neurosci. – 1993. – Vol. 16. – P. 125–131.
9. *Cantello R.* Transcraneal magnetic stimulation and Parkinson's disease / R. Cantello, R. Tarletti, C. Civardi // Brain. Res. Rev. – 2002. – Vol. 38 (3). – P. 309–327.
10. *Duschanov Sherzod.* Dopplerographic characteristic of extra-and-intracranial / Duschanov Sherzod // Medical and Health Science Journal, MHSJ. – 2011. – Vol. 4. – P. 23–28.

11. *Transcranial* dopplerography in neurosurgery / B. Gaidar, V. Semenyutin, V. Parfyonov, D. Svistov // Transkranialnaya dopplerografiya v nejrohirurgii Saint Petersburg. – 2008. – Vol. 46. – P. 660–662.

Дата поступления рукописи в редакцию: 28.04.2014 г.

Зіставлення артеріального і венозного компонентів інтракраніального кровообігу за даними ультразвукової доплерографії у хворих у віддаленому періоді закритої черепно-мозкової травми

В.А. Флорікян
Харківська медична академія післядипломної освіти,
м. Харків, Україна

Мета – виявити кореляційні зв'язки між артеріальним і венозним компонентами церебрального кровообігу у хворих з венозною енцефалопатією у віддаленому періоді закритої черепно-мозкової травми.

Матеріали та методи. У 97 хворих із венозною енцефалопатією у віддаленому періоді закритої черепно-мозкової травми методом ультразвукової доплерографії вивчено церебральну гемодинаміку і зіставлено артеріальний та венозний компоненти інтракраніальної гемоциркуляції.

Результати. Встановлено, що артеріальний і венозний кровообіги є однією з ланок системи загальної гемодинаміки організму з її взаємозалежною і взаємокорекційною, компенсаторними можливостями, спрямованими на збереження адекватного кисневого балансу в життєво важливих системах організму.

Висновки. Таким чином, виявлення ранніх проявів порушень церебральної та центральної гемодинаміки у хворих у віддаленому періоді закритої черепно-мозкової травми з незначною неврологічною симптоматикою є однією з актуальних та невирішених проблем соматоневрології. Проведення раціональної патогенетичної терапії на початковому етапі розвитку патології сприяє зменшенню неврологічних проявів захворювань і в подальшому попереджує розвиток інвалідизації пацієнтів.

Ключові слова: закрита черепно-мозкова травма, церебральна судинна гемодинаміка, венозна енцефалопатія, кореляційні можливості.

Comparison of arterial and venous components of the intracranial circulation according to doppler ultrasound in patients in the remote period of closed craniocerebral injury

V.A. Florikyan
Kharkov Medical Academy of Postgraduate Education,
Kharkov, Ukraine

Purpose – identification of patients with venous encephalopathy in the remote period of closed craniocerebral injury correlation between arterial and venous components of the cerebral circulation.

Materials and methods. In 97 patients with venous encephalopathy in the remote period of closed craniocerebral injury and 15 healthy individuals the method of ultrasonic dopplerography was study a cerebral hemodynamics and comparing arterial and venous components of intracranial haemocirculation.

Results. Educed, that arterial and venous circulation of blood are one of links of the system of general hemodynamics of organism with her interdependent, compensatory capacity sent to maintenance of adequate oxygen balance in the vitally important systems of organism.

Conclusions. Thus, revealing of early manifestations of disorders of cerebral and central hemodynamics at patients in the remote period of closed craniocerebral injury with insignificant neurological symptoms is one of important and unresolved problems of somatonevrology. Carrying out of rational pathogenetic therapy at early stage of disease promotes reduction of neurological manifestations of disease and prevents further development of patient's disability.

Key words: closed craniocerebral injury, cerebral vascular hemodynamics, venous encephalopathy, correlation possibilities.

Сведения об авторе

Флорикян Вартануш Аршавировна – к.мед.н., ассистент кафедры неврологии Харьковской медицинской академии последипломного образования; ул. Корчагинцев, 58, 61000, г. Харьков; служ. тел. +38 (057) 343-89-62; e-mail: florikian@mail.ru.

УДК 312.6:616-082-057.36:001.8(477)

В.В. Якимець[1], І.В. Гуценко[2], В.В. Косарчук[3], О.Ю. Чергава[4]

АНАЛІЗ ЗАГАЛЬНИХ РІВНІВ ТА ПОКАЗНИКІВ ГОСПІТАЛІЗОВАНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ ЗА 2009–2013 РР.

[1]Лікарня Управління внутрішніх справ МВС у Рівненській області, м. Рівне, Україна
[2]Обласний перинатальний центр, м. Рівне, Україна
[3]Національна академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна
[4]Українська військово-медична академія, м. Київ, Україна

***Мета** – проаналізувати рівні та показники госпіталізованої захворюваності серед військовослужбовців Збройних сил України.*
***Матеріали та методи.** Для дослідження рівнів госпіталізації вихідним матеріалом слугували дані статистичної звітності за 2009–2013 рр. (форма 2/мед), внесені до автоматизованої інформаційної системи ведення медичних звітів закладів охорони здоров'я «Контингент», проаналізовані та узагальнені фахівцями лікувально-профілактичного відділу Військово-медичного департаменту Міністерства оборони України.*
***Результати.** Аналіз рівня, структури та динаміки госпіталізації у військовослужбовців Збройних сил України за 2009–2013 рр. засвідчив зростання темпів госпіталізації серед досліджуваних контингентів.*
***Висновки.** Вивчення загальної структури госпіталізації військовослужбовців Збройних сил України дає змогу встановити найбільш поширені хвороби серед особового складу військ. Це дуже важливо для прогнозування та планування кадрового і матеріального медичного забезпечення військ.*
***Ключові слова:** рівні, показники госпіталізації, госпіталізація, строкова служба, офіцери, військовослужбовці за контрактом.*

Вступ

Обсяги госпіталізації мають першочергове значення в процесі перспективного планування організації системи охорони здоров'я військовослужбовців Збройних сил України (ЗС України). Стаціонарна допомога потребує значних ресурсів, а тому її адекватна оцінка має сприяти підвищенню ефективності діяльності військово-медичної служби [1, 2].

Вивчення контингенту госпіталізованих дає змогу більш раціонально планувати та організовувати госпітальну медичну допомогу військовослужбовцям, спостерігати за динамічними змінами в стані їхнього здоров'я, а також певною мірою дає уявлення про поширеність деяких захворювань.

Відомо, що склад госпіталізованих значно відрізняється від фактичного поширення захворювань серед військовослужбовців. Але дані про хворих, які потребують обов'язкової госпіталізації (при гострих хірургічних захворюваннях, деяких інфекційних захворюваннях), доволі повно висвітлюють рівень цих захворювань серед військовослужбовців.

На обсяги та склад госпіталізованих впливає багато факторів, які ускладнюють порівняння цих матеріалів: забезпеченість ліжками, спеціалізація ліжкового фонду, кваліфікація лікарів поліклінік і госпіталів, діагностичні можливості госпіталю, стан амбулаторно-поліклінічної допомоги та її можливості, військово-статевий склад військовослужбовців даної території, відбір на госпіталізацію тощо [3, 4, 5].

Матеріали та методи

При цьому вивчалися рівень, структура і динаміка госпіталізованої захворюваності серед військовослужбовців строкової служби, офіцерів і військовослужбовців за контрактом.

Для дослідження рівнів госпіталізації вихідним матеріалом слугували дані статистичної звітності щодо загальної госпіталізації в ЗС України за 2009–

2013 рр. (форма 2/мед), внесені до автоматизованої інформаційної системи ведення медичних звітів закладів охорони здоров'я «Контингент», проаналізовані та узагальнені фахівцями лікувально-профілактичного відділу Військово-медичного департаменту Міністерства оборони України. При цьому визначались рівень, структура і динаміка госпіталізації за основними класами хвороб військовослужбовців строкової служби, офіцерів і військовослужбовців за контрактом за кожен рік у 2009–2013 рр. та середні за п'ять років.

Результати дослідження та їх обговорення

Нами проаналізовано показники загальної госпіталізації військовослужбовців ЗС України за 2009–2013 рр. з урахуванням категорій (строкова служба, офіцери, за контрактом).

Рівень загальної госпіталізації у військовослужбовців строкової служби становив 1982,3‰, в офіцерів – 362,5‰, у військовослужбовців за контрактом – 324,4‰ (рис. 1).

Загальні рівні госпіталізованої захворюваності у військовослужбовців строкової служби за класами хвороб мали тенденцію до збільшення показників з 1905,5‰ у 2009 р. до 2252,3‰ у 2013 році.

У структурі загальної госпіталізації військовослужбовців строкової служби перше місце посіли хвороби органів дихання (X клас) – 60,1% із показником 1190,2‰. Показники підвищилися з 1213,7‰ у 2009 р. до 1449,6‰ у 2012 р. та знизилися у 2013 р. до 1346,8‰ (рис. 2).

Друге рангове місце зайняли хвороби шкіри та підшкірної клітковини (XII клас) – 13,01% (257,84‰). Показники зросли з 228,1‰ у 2009 р. до 316,3‰ у 2013 році.

На третьому ранговому місці були деякі інфекційні та паразитарні хвороби (I клас) – 7,3% (145,7‰).

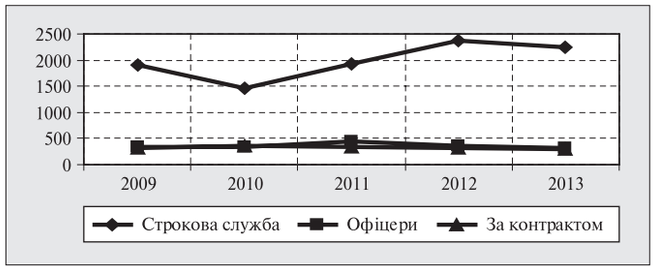


Рис. 1. *Динаміка рівнів загальної госпіталізації серед військовослужбовців Збройних сил України за 2009–2013 рр.*

Показники поступово зменшилися з 141,2‰ у 2009 р. до 85,4‰ у 2013 році.

Четверте місце належало хворобам органів травлення, з урахуванням хвороб порожнини рота (XI клас) – 6,9% (136,04‰). Показники зросли з 122,7‰ у 2009 р. до 197,8‰ у 2013 році.

На п'ятому ранговому місці розмістилися хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (XIII клас) – 2,2% (44,4‰). Показники збільшилися з 27,4‰ у 2009 р. до 64,4‰ у 2013 році.

Загальні рівні госпіталізованої захворюваності в офіцерів були нижчими, ніж у рядового складу, відмічалася тенденція до зменшення показників з 346,3‰ у 2009 р. до 327,2‰ у 2013 році.

У структурі загальної госпіталізації офіцерів перше місце посіли хвороби органів дихання (X клас) – 21,2% (77,02‰). Показники підвищилися з 67,4‰ у 2009 р. до 87,3‰ у 2012 р. та знизилися у 2013 р. до 77,9‰ (рис. 3).

Друге рангове місце зайняли хвороби системи кровообігу (IX клас) – 15,6% (56,54‰). Показники поступово зменшилися з 59,5‰ у 2009 р. до 47,3‰ у 2013 році.

На третьому місці були хвороби органів травлення, з урахуванням хвороб порожнини рота, (XI клас) – 15,2% з показником 54,9‰. Показники знизилися з 57,6‰ у 2009 р. до 44,6‰ у 2013 році.

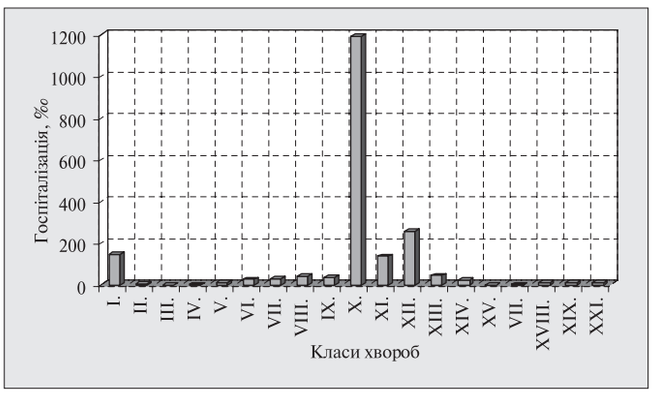


Рис. 2. *Показники загальної госпіталізації військовослужбовців строкової служби Збройних сил України за класами хвороб у середньому за 2009–2013 рр.*

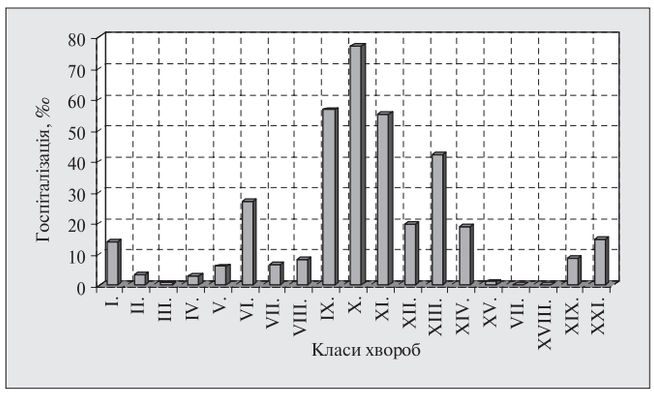


Рис. 3. *Показники загальної госпіталізації офіцерів Збройних сил України за класами хвороб у середньому за 2009–2013 рр.*

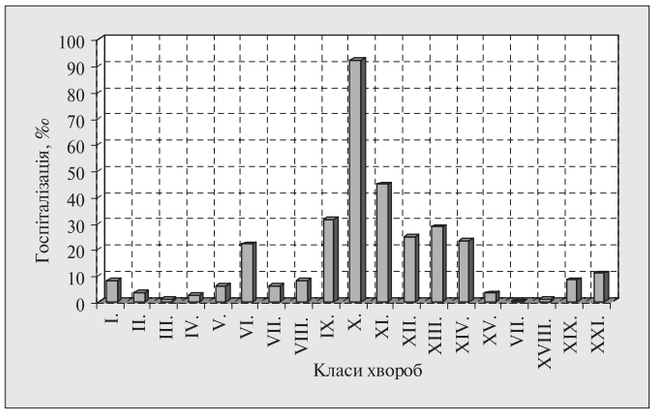


Рис. 4. *Показники загальної госпіталізації військовослужбовців за контрактом за класами хвороб у середньому за 2009–2013 рр.*

Четверте рангове місце належало хворобами кістково-м'язової системи та сполучної тканини (XIII клас) – 11,6% (42,2‰). Показники збільшилися з 39,5‰ у 2009 р. до 40,0‰ у 2013 році.

На п'ятому ранговому місці розмістилися хвороби нервової системи (VI клас) – 7,4% (26,8‰). Показники незначно зросли з 22,0‰ у 2009 р. до 24,2‰ у 2013 році.

Загальні рівні госпіталізації у військовослужбовців за контрактом мали тенденцію до зменшення показників з 310,3‰ у 2009 р. до 294,5‰ у 2013 році.

У структурі захворюваності військовослужбовців за контрактом перше місце, як і у офіцерів та військовослужбовців строкової служби, посіли хвороби органів дихання (X клас) – 28,3% (91,9‰). Показники збільшилися з 82,7‰ у 2009 р. до 90,6‰ у 2013 р. (рис. 4).

Друге рангове місце зайняли хвороби органів травлення, з урахуванням хвороб порожнини рота, (XI клас) – 13,8% (44,7‰). Показники знизилися з 42,5‰ у 2009 р. до 36,9‰ у 2013 році.

На третьому ранговому місці були хвороби системи кровообігу (IX клас) – 9,7% (31,4‰). Показники зменшилися з 31,1‰ у 2009 р. до 26,4‰ у 2013 році.

Четверте місце – хвороби кістковом'язової системи та сполучної тканини (XIII клас) – 8,8% (28,5‰). Показники XIII класу підвищилися з 25,8‰ у 2009 р. до 28,1‰ у 2013 році.

На п'ятому ранговому місці розмістилися хвороби шкіри та підшкірної клітковини (XII клас) – 7,6% (24,7‰). Показники незначно зросли з 23,0‰ у 2009 р. до 24,9‰ у 2013 році.

Висновки

Вивчення загальної структури госпіталізації військовослужбовців ЗС України дає загальну уяву про найбільш поширені хвороби серед особового складу військ. Це дуже важливо при прогнозуванні та плануванні кадрового і матеріального медичного забезпечення військ.

Перспективи подальших досліджень

Привертають увагу високі рівні загальної захворюваності на хвороби органів дихання і хвороби органів травлення у всіх підрозділах ЗС України, що потребує подальшого детального вивчення причин і факторів ризику виникнення цих захворювань.

Література

1. *Волик О. М.* Обсяги госпіталізації до медичних закладів та підрозділів Збройних сил України / О. М. Волик // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – К., 2002. – № 4. – С. 20–22.
2. *Волик О. М.* Динаміка показників здоров'я військовослужбовців Збройних сил України кадрового складу за даними щорічної статистичної звітності / О. М. Волик // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – К., 2002. – № 3. – С. 15–17.
3. *Госпитализированная* заболеваемость военнослужащих ВС Украины / Н. Н. Вовкодав, Н. И. Хижняк, А. С. Кухленко, В. В. Дяченко // Проблемы военного здравоохранения и пути его реформирования. – К., 1996. – С. 96–98.
4. *Огороднійчук І. В.* Захворюваність, госпіталізація та працевтрати військовослужбовців Збройних Сил України 2001–2004 рр. / І. В. Огороднійчук, В. В. Нарожнов, М. І. Хижняк // Проблеми військової охорони здоров'я : зб. наук. праць УВМА. – К., 2006. – Вип. 15. – С. 505–511.
5. *Огороднійчук І. В.* Обсяги госпіталізації серед військовослужбовців Збройних сил України за 2001–2005 роки / І. В. Огороднійчук, В. В. Нарожнов, М. М. Хижняк // Сучасні аспекти військової медицини : зб. наук. праць ГВКГ МО України. – К., 2007. – Вип. № 12. – С. 34–38.

Дата надходження рукопису до редакції: 28.04.2014 р.

Анализ общих уровней и показателей госпитализированной заболеваемости военнослужащих Вооруженных сил Украины за 2009–2013 гг.

В.В. Якимець[1], И.В. Гуценко[2], В.В. Косарчук[3], Е.Ю. Чергава[4]
[1]Больница Управления внутренних дел МВД в Ровенской области, г. Ровно, Украина
[2]Обласной перинатальный центр, г. Ровно, Украина
[3]Национальная академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина
[4]Украинская военно-медицинская академия, г. Киев, Украина

Цель – проанализировать уровни и показатели госпитализированной заболеваемости среди военнослужащих Вооруженных сил Украины.

Материалы и методы. Для исследования уровней госпитализации исходным материалом служили данные статистической отчетности за 2009–2013 гг. (форма 2/мед), внесенные в автоматизированную информационную систему ведения медицинских отчетов учреждений здравоохранения «Контингент», проанализированные и обобщенные специалистами лечебно-профилактического отдела Военно-медицинского департамента Министерства обороны Украины.

Результаты. Анализ уровня, структуры и динамики госпитализации военнослужащих Вооруженных сил Украины за 2009–2013 гг. засвидетельствовал повышение темпов госпитализации среди исследуемых контингентов.

Выводы. Изучение общей структуры госпитализации военнослужащих Вооруженных сил Украины дает общее представление о наиболее распространенные болезни среди личного состава войск. Это очень важно для прогнозирования и планирования кадрового и материального медицинского обеспечения войск.

Ключевые слова: уровни, показатели госпитализации, госпитализация, срочная служба, офицеры, военнослужащие по контракту.

Analysis of general levels and indexes of the hospitalized morbidity of servicemen of the armed forces of Ukraine is for 2009–2013

V.V. Yakymets[1], I.V. Gutsenko[2], V.V. Kosarchuk[3], O.Yu. Chergava[4]
[1]Hospital Management of Internal affairs Ministries of Internal Affairs, Rivne, Ukraine
[2]Region Perinatal Center, Rivne, Ukraine
[3]National Medical Academy of Education the Name of P. Shupika, Kyiv, Ukraine
[4]Ukrain Military Medical Academy of Department of Defense of Ukraine, Kyiv, Ukraine

Purpose – analysis of the levels and indicators hospitalized morbidity among servicemen of the armed forces of Ukraine.

Materials and methods. For research levels hospitalization source material served statistics for the period 2009–2013 (form 2/honey), made in the automated information system of maintenance of medical records of health institutions «Contingent», analyzed and summarized by the specialists of medical Department Military-medical Department of the Ministry of defence of Ukraine.

Results. The analysis of the level, structure and dynamics of hospitalization members of the Armed Forces of Ukraine for 2009–2013, the results of which indicate an increase in the rate of hospitalization among the study groups.

Conclusions. The study of the overall structure of hospitalization members of the Armed Forces of Ukraine gives an overview of the most common diseases among the troops. It is very important for forecasting and planning of human and material medical support.

Key words: level, rates of hospitalization, hospitalization, emergency service, officers, servicemen on contract.

Відомості про авторів

Якимець Володимир Володимирович – к.мед.н., нач. відділення лікарні Управління внутрішніх справ МВС Рівненської області; вул. Миколи Хвильового, 2а, м. Рівне, 30300, Україна; служб. тел. +38 (0362) 67-90-15; e-mail: carpus54@ukr.net.

Гуценко Інна Володимирівна – к.мед.н., лікар акушер-гінеколог Обласного перинатального центру; вул. Міцкевича, 30, м. Рівне, 33028, Україна; служб. тел. +38 (0362) 22-34-76.

Косарчук Віктор Васильович – к.мед.н., доц. кафедри Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика; Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна; служб. тел. +38 (044) 205-49-46; e-mail: kos_vvk@i.ua.

Чергава Олена Юріївна – викладач кафедри військової стоматології та щелепно-лицьової хірургії Української військово-медичної академії; вул. Мельникова, 24, м. Київ, 04655, Україна; служб. тел. +38 (044) 489-16-34.

УДК 314.4:314.96:616-055(477)

Л.А. Чепелевська, Ю.Б. Ященко

СТАТЕВО-ВІКОВІ ТЕНДЕНЦІЇ СМЕРТНОСТІ НАСЕЛЕННЯ ВІД ХВОРОБ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ В РЕГІОНАХ УКРАЇНИ

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

***Мета** – виявити тенденції смертності населення України працездатного віку.*

***Матеріали та методи.** За даними Державної служби статистики проаналізовано динаміку смертності населення працездатного віку від хвороб системи кровообігу в цілому та від окремих причин смерті за 2008–2012 рр. Застосовано методи медичної, математичної статистики та системного підходу.*

***Результати.** Виявлено зниження за 2008–2012 рр. смертності працездатного населення від хвороб системи кровообігу на 25,5% (з 201,7 до 150,3 випадку смерті на 100 000 відповідного населення). Найбільш значне зниження – у Кіровоградській, Київській та Херсонській областях (на 35,1–32,2%). Різниця між регіонами з найвищими рівнями смертності (Чернігівська, Житомирська, Київська області) і найнижчими (Тернопільська, Львівська, Чернівецька області) сягає майже двох разів. Смертність чоловіків працездатного віку від хвороб системи кровообігу перевищує смертність жінок у 5 разів, а від інфаркту міокарда – у 9 разів. Смертність від алкогольної кардіоміопатії знизилась удвічі і залишається серед чоловіків у 4,6 разу вищою, ніж серед жінок.*

***Висновки.** Смертність населення працездатного віку від хвороб системи кровообігу, незважаючи на набуту тенденцію до зниження, залишається досить високою порівняно з розвинутими країнами світу і має значні гендерні відмінності: смертність чоловіків значно вища за смертність жінок, особливо від інфаркту міокарда, алкогольної кардіоміопатії, цереброваскулярних хвороб.*

***Ключові слова:** смертність, хвороби системи кровообігу, стать, вік, регіони, Україна.*

Вступ

Серцево-судинні захворювання є основними причинами смертності в Україні. Це стосується ішемічної хвороби серця та інсульту, які разом становлять понад 50% тягаря хвороб і п'яту частину тягаря інвалідності в Україні. В Україні смертність від захворювань серцево-судинної системи зростає з моменту скорочення тривалості життя. За 1990–1995 рр. різко зросла поширеність серцево-судинних захворювань із наступним більш повільним зростанням з 1995 р. дотепер [1, 2, 4].

Як і в багатьох країнах світу, серцево-судинні захворювання є лідером серед причин смертності в Україні. За останніми даними, у 2006 р. захворювання серцево-судинної системи були основними причинами смерті дорослих у всіх вікових групах. Показник смертності від кардіоваскулярних хвороб у чоловіків віком 15–49 років вищий за аналогічний показник у жінок тієї ж вікової групи (118,8 смертей проти 27,4 смертей на 100 000 населення) [3, 5].

Мета роботи – виявити статево-вікові тенденції смертності населення України від хвороб системи кровообігу.

Матеріали та методи

За даними Державної служби статистики проаналізовано динаміку смертності населення працездатного віку від хвороб системи кровообігу в цілому та від окремих причин смерті за 2008–2012 рр. Застосовано методи медичної, математичної статистики та системного підходу.

Результати дослідження та їх обговорення

В Україні смертність населення працездатного віку від хвороб системи кровообігу за останні 5 (2008–2012) років знизилась на 25,5% (з 201,7 до 150,3 випадку смерті на 100 000 населення відповідного віку). Зниження зафіксовано в усіх регіонах, особливо в Кіро-

воградській (на 35,1%), Київській (на 34,5%), Херсонській (на 32,2%) областях та м. Севастополі (на 30,3%).

Найвищі рівні смертності виявлено в Чернігівській області, які досягли 189,4 смертельного випадку на 100 000 працездатного населення, в Житомирській (181,9), Полтавській (176,3) областях (табл. 1).

Найнижчі рівні смертності спостерігались у Тернопільській (97,3), Львівській (110,1), Чернівецькій

Таблиця 1

Динаміка смертності від хвороб системи кровообігу населення України працездатного віку за статтю в регіонах, на 100 тис. відповідного населення

Адміністративна територія	Рік					2012 р. у % до 2008 р.
	2008	2009	2010	2011	2012	
УКРАЇНА						
Усе населення	201,7	165,4	153,4	145,4	150,3	74,5
Чоловіки	329,8	269,4	249,5	236,3	246,1	74,6
Жінки	66,6	55,6	51,7	48,7	47,9	72,0
РЕГІОНИ найвищі значення						
Усе населення						
Чернігівська	264,9	226,2	199,9	173,4	189,4	71,5
Житомирська	241,0	196,6	180,3	165,3	181,9	75,5
Київська	271,8	205,3	189,8	175,8	177,9	65,5
Чоловіки						
Чернігівська	449,0	374,0	331,4	286,4	308,0	68,6
Житомирська	390,1	317,6	290,4	265,5	294,1	75,4
Київська	443,7	332,4	302,6	284,9	290,7	65,5
Жінки						
Дніпропетровська	75,0	60,7	60,3	52,7	61,6	82,2
Миколаївська	66,6	59,4	60,7	57,5	60,1	90,3
Житомирська	80,4	66,0	61,1	56,3	59,4	73,8
РЕГІОНИ найнижчі значення						
Усе населення						
Тернопільська	128,1	115,0	104,8	91,5	97,3	75,9
Львівська	157,5	116,5	108,4	103,5	110,1	69,9
Чернівецька	135,1	123,0	113,7	102,3	112,7	83,4
Чоловіки						
Тернопільська	218,9	195,5	180,9	154,5	165,1	75,4
Закарпатська	231,5	211,3	185,2	158,6	182,7	78,9
Львівська	260,3	191,0	181,1	175,3	184,8	71,0
Жінки						
Тернопільська	31,7	29,5	23,8	24,3	24,5	77,2
Львівська	46,1	35,6	29,1	25,0	27,8	60,4
Івано-Франківська	45,1	36,0	35,8	31,4	28,7	63,8

(112,7), Закарпатській (115,0) та Волинській (120,0) областях.

Серед чоловічого населення зниження рівня смертності по Україні становило 25,4%, у регіонах максимально – в м. Севастополі (на 40,9%), Кіровоградській (на 36,3%), Київській (на 34,5%), Херсонській (на 33,4%) і Чернігівській (на 31,4%) областях.

Максимальні рівні смертності встановлено в Чернігівській (308,0 випадку смерті на 100 000 працездатного чоловічого населення), Житомирській (294,1), Київській (290,7), Донецькій та Полтавській (290,0) областях, мінімальні – у Тернопільській (165,1), Закарпатській (182,7), Львівській (184,8), Чернівецькій (189,4) та Волинській (199,6) областях.

Смертність жінок була в 5,1 разу нижча, ніж у чоловіків (47,9 проти 246,1). Темп її зниження становив 28,0%. Максимальне зниження виявлено в Львівській (на 39,6%), Івано-Франківській, Одеській (на 36,2%) областях та в Автономній Республіці Крим (на 36,4%). Максимальні рівні смертності зафіксовано в Дніпропетровській (61,6 випадку смерті на 100 000 жіночого працездатного населення), Миколаївській (60,1), Житомирській та Чернігівській (59,4), Херсонській (59,0) областях, мінімальні – у Тернопільській (24,5), Львівській (27,8), Івано-Франківській (28,7), Чернівецькій (31,3) та Волинській (34,6) областях.

Смертність населення працездатного віку від окремих хвороб системи кровообігу має свої особливості.

Смертність від інфаркту міокарда в цілому по Україні зменшилась на 11,8% (з 7,1 у 2008 р. до 6,2 у 2012 р.). Водночас, у ряді областей вона зросла досить значно: у Вінницькій – у 2,2 разу, Волинській – у 1,9 разу, Донецькій – у 1,8 разу, Херсонській, Запорізькій, Київській, Луганській – у 1,65–1,62 разу (табл. 2). Максимальні рівні смертності виявлено в Київській (13,7 випадку смерті від інфаркту міокарда на 100 000 працездатного населення), Закарпатській (10,9), Луганській (8,1), Житомирській (8,0) областях та в м. Севастополі (8,1), мінімальні – у Миколаївській (2,7), Чернівецькій (3,3), Полтавській, Рівненській (3,5) та Одеській (3,6) областях.

Смертність від інфаркту міокарда серед чоловіків зменшилась на 8,8%, що є найменшим темпом зниження в класі хвороб системи кровообігу. Водночас, у ряді регіонів зріс рівень смертності в цій категорії. Це такі області, як Запорізька (зростання в 1,62 разу), Херсонська (1,59), Київська (1,56), Вінницька (1,3) і м. Севастополь (1,95). Найвищий рівень смертності від інфаркту міокарда зафіксовано в Київській області (24,5 випадку смерті на 100 000 чоловічого працездатного населення), а також у Закарпатській (18,3), Луганській (14,8), Житомирській (14,6) областях та в м. Севастополі (14,7), мінімальний – у Миколаївській (5,0), Полтавській (5,6), Рівненській (5,9), Одеській та Чернівецькій (6,5) областях.

Смертність від інфаркту міокарда серед жінок працездатного віку менша, ніж серед відповідних чоловіків, у 9,1 разу. Зниження рівня смертності було на 35,6%. У ряді областей відбулося її зростання, особливо в Сумській (в 3,2 разу), Київській (2,8), Херсонській (2,1), Івано-Франківській (1,7) та Черкаській (1,6) областях. Максимальні рівні смертності зафіксовано в Закарпатській (2,8), Київській (2,2), Волинській (2,0), Донецькій (1,8) областях та в м. Києві (2,3).

У переважній більшості областей смертність від інфаркту міокарда серед жінок працездатного віку була на рівні 0,3–0,9 випадку на 100 000 відповідного населення.

Смертність працездатного населення України від алкогольної кардіоміопатії знизилась за 5 років на 50,6%, максимально – в Чернівецькій (на 80,7%), Київській (на 74,2%), Рівненській (на 73,9%), Тернопільській (на 62,7%) областях та в м. Києві (на 72,2%), (табл. 3). Максимальні рівні смертності від цієї патології виявлено в Запорізькій (45,5 випадку смерті на 100 000 працездатного населення), Житомирській (29,6), Закарпатській та Чернігівській (23,9), Дніпропетровській (22,1) областях, мінімальні – у Чернівецькій (0,9), Тернопільській (1,1), Київській (2,6), Донецькій (3,8) областях та в м. Києві (0,2).

Смертність від цієї патології чоловіків працездатного віку знизилась на 50,9%, максимально – у Чернівецькій (зниження на 87,0%), Рівненській (на 73,3%), Київській (на 71,8%) областях та в містах Києві (79,7) і Севастополі (на 72,5%). Рівні смертності серед чоловіків працездатного віку від алкогольної кардіоміопатії були максимальними в Запорізькій (74,8 смертельного випадку на 100 000 чоловіків працездатного віку), Чернігівській (37,6), Закарпатській (36,4), Харківській (35,5) та Сумській (35,0) областях. Мінімальні рівні смертності зафіксовано в Чернівецькій (1,1), Тернопільській (1,8), Київській (4,4), Донецькій (6,5) областях і м. Києві (0,2).

Смертність жінок працездатного віку від алкогольної кардіоміопатії була в 4,6 разу меншою, ніж у чоловіків, і знизилась за 5 років на 50,4%. Максимально – у Львівській (на 91,8%), Київській (на 85,0%), Рівненській (на 80,0%), Івано-Франківській (на 75,0%) та Херсонській (на 73,5%) областях. Водночас, у Черкаській області цей рівень зріс у 3,2 разу, у Вінницькій – в 1,44 разу, у Тернопільській області та м. Києві – майже не змінився. Максимальні рівні смертності жінок працездатного віку від алкогольної кардіоміопатії зафіксовано в Запорізькій (14,4 випадку смерті на 100 000 жінок працездатного віку), Житомирській (12,5), Черкаській (12,0), Дніпропетровській (10,3) та Закарпатській (10,2) областях, мінімальні – у Тернопільській (0,3), Львівській (0,4), Івано-Франківській (0,5), Київській (0,6), Чернівецькій (0,8) областях та в м. Києві (0,1).

Смертність працездатного населення від цереброваскулярних хвороб знизилась в Україні на 17,7% за

Таблиця 2

Динаміка смертності від гострого інфаркту міокарда та деяких його поточних ускладнень населення України працездатного віку за статтю в регіонах, на 100 тис. відповідного населення

Адміністративна територія	Рік					2012 р. у % до 2008 р.
	2008	2009	2010	2011	2012	
УКРАЇНА						
Усе населення	7,1	6,6	6,3	6,0	6,2	88,2
Чоловіки	12,0	11,5	10,9	10,4	10,9	91,2
Жінки	1,9	1,5	1,4	1,3	1,2	64,4
РЕГІОНИ найвищі значення						
Усе населення						
Київська	8,5	10,8	12,5	12,4	13,7	162,4
Закарпатська	9,0	10,3	10,2	10,4	10,9	121,4
Луганська	5,0	7,0	8,0	7,9	8,1	162,7
Чоловіки						
Київська	15,7	19,2	21,0	21,6	24,5	156,1
Закарпатська	15,5	17,8	17,8	18,1	18,3	118,4
Луганська	13,5	11,8	14,4	13,4	14,8	109,8
Жінки						
Закарпатська	1,9	2,2	1,9	2,2	2,8	144,4
м. Київ	11,0	4,1	4,1	1,6	2,3	20,9
Київська	0,8	2,0	3,4	2,6	2,2	281,9
РЕГІОНИ найнижчі значення						
Усе населення						
Миколаївська	8,2	6,3	5,6	2,5	2,7	33,1
Чернівецька	3,3	5,5	4,1	2,8	3,3	100,2
Полтавська	5,1	4,6	4,7	4,7	3,5	67,8
Чоловіки						
Миколаївська	15,2	11,3	9,5	4,7	5,0	32,8
Полтавська	8,9	7,7	7,7	7,6	5,6	63,1
Рівненська	5,4	6,8	7,3	12,4	5,9	110,5
Жінки						
Чернівецька	0,8	1,1	0,8	1,5	0,0	0,0
Миколаївська	0,8	1,1	1,4	0,3	0,3	35,1
Одеська	1,4	1,3	0,6	1,2	0,4	30,9

Таблиця 3

Динаміка смертності від алкогольної кардіоміопатії населення України працездатного віку за статтю в регіонах, на 100 тис. відповідного населення

Адміністративна територія	Рік					2012 р. у % до 2008 р.
	2008	2009	2010	2011	2012	
УКРАЇНА						
Усе населення	26,0	16,6	12,7	11,7	12,9	49,4
Чоловіки	42,2	27,3	20,8	19,2	20,7	49,1
Жінки	9,0	5,4	4,0	3,7	4,5	50,0
РЕГІОНИ найвищі значення						
Усе населення						
Запорізька	84,2	54,6	44,0	39,0	45,5	54,0
Житомирська	42,0	32,4	23,6	22,4	29,6	70,5
Закарпатська	37,9	27,0	20,7	16,0	23,9	62,9
Чоловіки						
Запорізька	134,7	90,0	69,8	64,2	74,8	55,5
Житомирська	67,7	53,7	39,5	36,3	45,3	66,9
Закарпатська	57,6	43,2	32,1	26,0	36,4	63,2
Жінки						
Запорізька	31,7	17,5	16,9	12,4	14,4	45,4
Житомирська	14,3	9,4	6,4	7,3	12,5	87,4
Черкаська	3,8	1,4	1,9	1,4	12,0	315,8
РЕГІОНИ найнижчі значення						
Усе населення						
м. Київ	0,6	0,3	0,3	0,2	0,2	27,8
Чернівецька	4,8	3,0	1,7	0,9	0,9	19,3
Тернопільська	2,9	1,2	2,8	1,4	1,1	37,3
Чоловіки						
м. Київ	1,1	0,4	0,6	0,2	0,2	20,3
Чернівецька	8,3	5,4	2,9	1,1	1,1	13,0
Тернопільська	5,4	2,1	5,4	2,7	1,8	33,6
Жінки						
м. Київ	0,1	0,2	0,0	0,1	0,1	100,0
Тернопільська	0,3	0,3	0,0	0,0	0,3	100,0
Львівська	4,9	1,2	1,1	0,5	0,4	8,2

Таблиця 4

Динаміка смертності від цереброваскулярних хвороб населення України працездатного віку за статтю в регіонах, на 100 тис. відповідного населення

Адміністративна територія	Рік					2012 р. у % до 2008 р.
	2008	2009	2010	2011	2012	
УКРАЇНА						
Усе населення	37,3	33,1	31,9	30,9	30,7	82,3
Чоловіки	56,7	49,8	47,7	46,0	46,4	81,9
Жінки	16,8	15,5	15,1	14,9	13,9	82,4
РЕГІОНИ найвищі значення						
Усе населення						
Донецька	47,0	42,9	38,5	40,5	41,1	87,5
Херсонська	45,6	41,1	42,2	38,8	40,7	89,2
Луганська	47,6	47,7	44,2	41,5	38,0	80,0
Чоловіки						
Донецька	69,4	65,2	57,0	59,9	64,4	92,9
Луганська	68,7	70,7	67,7	61,4	58,6	85,3
Херсонська	67,2	59,0	64,0	61,0	58,3	86,7
Жінки						
Херсонська	22,7	22,1	18,9	15,0	21,7	95,5
Кіровоградська	19,9	18,4	23,5	23,1	20,2	101,6
Дніпропетровська	19,5	16,8	18,4	17,3	18,5	94,5
РЕГІОНИ найнижчі значення						
Усе населення						
м. Київ	28,4	24,0	23,5	20,4	17,7	62,4
Чернівецька	20,7	22,2	18,7	13,7	18,1	87,6
Івано-Франківська	22,3	18,7	19,9	19,2	18,6	83,4
Чоловіки						
Закарпатська	38,1	42,7	34,1	31,3	28,3	74,3
м. Київ	44,2	36,6	35,1	29,5	28,7	64,9
Чернівецька	33,1	33,5	29,5	21,6	28,8	86,8
Жінки						
Івано-Франківська	8,8	4,5	7,3	8,5	6,0	69,0
Чернівецька	7,6	10,2	7,2	5,3	6,9	90,5
Львівська	13,1	11,9	8,6	8,5	8,4	64,1

5 років. Максимально – в м. Києві (на 37,7%), м. Севастополі (на 30,2%), Закарпатській (на 26,9%) та Вінницькій (на 25,7%) областях та Автономній Республіці Крим (на 26,0%), (табл. 4). Максимальні рівні смертності від цієї патології встановлено в Донецькій (41,1 випадку смерті на 100 000 працездатного населення), Херсонській (40,4), Луганській (38,0), Кіровоградській (37,4), Запорізькій (34,9) областях, мінімальні – в Івано-Франківській (18,6), Чернівецькій (18,1), Закарпатській (19,0), Тернопільській (20,9) областях та м. Києві (17,7).

Смертність серед чоловіків працездатного віку від цереброваскулярних хвороб знизилась на 18,1%, найбільше – у м. Києві (на 35,1%), Дніпропетровській (на 28,0%), Закарпатській та Вінницькій (на 25,7%), областях, а також в Автономній Республіці Крим (на 26,6%). Максимальні рівні смертності в цій когорті населення виявлено в Донецькій (64,4 випадку смерті на 100 000 чоловіків працездатного віку), Луганській (58,6), Херсонській (58,3), Сумській (58,1) областях та м. Севастополі (56,1), мінімальні – у Закарпатській (28,3), Чернівецькій (28,8), Івано-Франківській (30,2), Тернопільській (31,9) областях та в м. Києві (28,7).

Смертність жінок від цієї патології була меншою за чоловічу в 3,3 разу і знизилась за 5 років на 17,6%. Максимально – у м. Севастополі (на 53,1%), Львівській (на 35,9%), Одеській (на 31,5%), Івано-Франківській (на 31,0%) та Донецькій (на 30,4%) областях. За рівнями смертності лідирували Херсонська (21,7 випадку смерті на 100 000 працездатних жінок), Кіровоградська (20,2), Дніпропетровська (18,5), Харківська (17,0) та Донецька (16,6) області. Мінімальні рівні смертності від цієї патології у працездатних жінок встановлено в Івано-Франківській (6,0), Чернівецькій (6,9), Львівській (8,4), Закарпатській (8,8) і Тернопільській (9,1) областях.

Висновки

1. Смертність населення України працездатного віку від хвороб системи кровообігу за останні 5 (2008–2012) років знизилась на 25,5%, більш значно – у Кіровоградській, Київській та Херсонській областях (на 35,1%–32,2%).
2. Найвищі рівні смертності спостерігались у Чернігівській, Житомирській та Полтавській областях (189,4–176,3 випадку смерті на 100 000 населення працездатного віку), найнижчі – у Тернопільській, Львівській та Чернівецькій областях (97,3–112,7).
3. Смертність чоловічого населення перевищувала смертність жінок в 5,1 разу і була найвищою в Чернігівській, Житомирській та Київській областях (від 308,0 до 290,7). Серед жіночого населення найвищий рівень смертності виявлено в Дніпропетровській, Миколаївській та Житомирській областях (61,6–59,4).
4. Смертність від інфаркту міокарда становила 4,1% у структурі смертності від класу хвороб системи кровообігу і дорівнювала 6,2 випадку смерті на 100 000 населення працездатного віку. Найвища смертність – у Київській області серед чоловіків (24,5), а серед жінок – в 9,1 разу нижча.
5. Смертність від алкогольної кардіоміопатії становила 8,6% у структурі смертності від хвороб системи кровообігу. За останні 5 років її рівень знизився на 50,6%, особливо значно в Чернівецькій, Київській та Рівненській областях (на 80,7–73,9%).
6. Смертність працездатного населення від цереброваскулярних хвороб дорівнювала 20,4% у структурі смертності від хвороб системи кровообігу. За 5 років її рівень знизився на 17,7%. Максимальні рівні встановлено серед чоловіків у Донецькій, Луганській та Херсонській областях (64,4–58,3).

Перспективи досліджень полягають у подальшому моніторингу коефіцієнтів смертності населення працездатного віку від хвороб системи кровообігу та для створення системи зниження цих коефіцієнтів, доведення їх до європейського рівня.

Література

1. *Медико-демографічне* обстеження населення України 2007 року / Український центр соціальних реформ (УЦСР), Державний комітет статистики України (Держкомстат України) [Україна], Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ) [Україна], Macro International [США]. – Київ, Calverton, Maryland : УЦСР і Macro International, 2008. – 433 с.
2. *Основні* причини високого рівня смертності в Україні. – К. : ВЕРСО–04, 2010. – 60 с.
3. *Сучасні* та прогнозні тенденції смертності населення України : монографія / Г. О. Слабкий, О. М. Орда, Л. А. Чепелевська, О. В. Любінець. – К., 2010. – 180 с.
4. *Трагедія*, якої можна уникнути: подолання в Україні кризи здоров'я людини. Досвід Європи. – К.: ВЕРСО–04, 2009. – 72 с.
5. *Щорічна* доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію. 2008 рік. – К., 2009. – 360 с.

Дата надходження рукопису до редакції: 13.11.2013 р.

Поло-возрастные тенденции смертности населения от болезней системы кровообращения в регионах Украины

Л.А. Чепелевская, Ю.Б. Ященко
ГУ «Украинский институт стратегических исследований МЗ Украины», г. Киев, Украина

Цель – выявить тенденции смертности населения Украины трудоспособного возраста.

Материалы и методы. По данным Государственной службы статистики проанализирована динамика смертности населения трудоспособного возраста от болезней системы кровообращения в целом и по отдельным причинам смерти за 2008–2012 гг. Использованы методы медицинской и математической статистики и системный подход.

Результаты. Выявлено снижение за 2008–2012 гг. смертности трудоспособного населения от болезней системы кровообращения на 25,5% (от 201,7 до 150,3 случая смерти на 100 000 соответствующего населения). Более значительное снижение – в Кировоградской, Киевской и Херсонской областях (на 35,1–32,2%). Разница между регионами с самыми высокими уровнями смертности (Черниговская, Житомирская, Киевская области) и самыми низкими (Тернопольская, Черновицкая области) достигает почти двух раз. Смертность мужчин трудоспособного возраста от болезней системы кровообращения превышает смертность женщин в 5 раз, а от инфаркта миокарда – в 9 раз. Смертность от алкогольной кардиомиопатии снизилась вдвое и остается среди мужчин в 4,6 раза выше, чем среди женщин.

Выводы. Смертность населения трудоспособного возраста от болезней системы кровообращения, несмотря на приобретенную тенденцию к снижению, остается достаточно высокой в сравнении с развитыми странами мира и имеет значительные гендерные различия: смертность мужчин значительно превышает смертность женщин, особенно от инфаркта миокарда, алкогольной кардиомиопатии, цереброваскулярных заболеваний.

Ключевые слова: смертность, болезни системы кровообращения, пол, возраст, регионы, Украина.

Sex and age mortality tendencies of the population from cardiovascular diseases in the regions of Ukraine

L.A. Chepelevska, Yu.B. Yaschenko
SI «Ukrainian Institute of Strategic Researches Ministry of Health of Ukraine», Kyiv, Ukraine

Purpose – to identify tendencies of mortality of working-age Ukrainian population.

Materials and methods. According to the State Statistics dynamics of mortality of working-age population from cardiovascular diseases in general and from separate causes of death for 2008–2012 has been analysed. Methods of medical, mathematical statistics and systematic approach are used.

Results. Decrease for 2008–2012 of mortality of working-age population from diseases of circulatory system on 25.5% (from 201.7 to 150.3 death cases per 100,000 relevant population) has been revealed. The most significant decrease – in the Kirovohrad, Kyiv and Kherson regions (on 35.1–32.2%). The difference between regions with the highest mortality rates (Chernihiv, Zhytomyr, Kyiv regions) and the lowest (Ternopil, Lviv, Chernivtsi regions) reaches almost two times. Mortality among men of working-age from cardiovascular diseases exceeds mortality of women in 5 times, and from myocardium heart attack – in 9 times. Mortality from alcoholic cardiomyopathy has decreased twice and remains among men in 4.6 times above than among women.

Conclusions. Mortality of working-age population from cardiovascular diseases, despite the downward tendency to decrease remains quite high in comparison with developed countries and has significant gender differences: mortality of men is much higher than the death rate of women, especially from myocardial heart attack, alcoholic cardiomyopathy, cerebrovascular diseases.

Key words: mortality, cardiovascular diseases, gender, age, regions, Ukraine.

Відомості про авторів

Чепелевська Людмила Андріївна – д.мед.н., проф., зав. відділу медико-демографічних досліджень ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна; служб. тел. +38 (044) 576-41-19; e-mail: uisr_moz@ukr.net.

Ященко Юрій Борисович – д.мед.н., проф., заступник директора з наукової роботи ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна; служб. тел. +38 (044) 576-41-49.

УДК 614.2:616-006-08

Г.К. Северин[1], Г.О. Слабкий[2], Н.Ю. Астахова[1]

ОПТИМІЗОВАНА СИСТЕМА ОНКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ

[1]Донецький національний медичний університет імені М. Горького, м. Донецьк, Україна
[2]ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, Україна

***Мета** – розробити оптимізовану систему онкологічної допомоги населенню.*

***Матеріали та методи.** Об'єкт дослідження: організаційна система надання онкологічної допомоги населенню. Методи: системний підхід, структурно-логічний аналіз, концептуальне моделювання.*

***Результати.** Запропоновано структурно-оптимізовану систему онкологічної допомоги населенню, яка складається з восьми організаційних блоків. Перші чотири спрямовані на профілактичну роботу з населенням, здоровим у плані онкологічної патології; наступні – на забезпечення медичною допомогою хворих із онкопатологією.*

На рівні вторинної амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги слід запровадити цільові огляди усіх пацієнтів на виявлення візуальних форм злоякісних новоутворень під час звернення хворих на відповідний рівень медичної допомоги.

***Висновки.** Оптимізована система медичної допомоги населенню, скерована на індивідуальну та групову профілактику злоякісних новоутворень у населення, їх виявлення на ранніх стадіях, надання медичної допомоги відповідно до галузевих стандартів залежно від стадії розвитку хвороби, буде сприяти зниженню рівня захворюваності населення на онкопатологію і подовженню якісного життя хворих.*

***Ключові слова:** населення, онкологічна допомога, оптимізована система.*

Вступ

Сьогодні серед найголовніших медико-біологічних і соціально-економічних проблем в охороні здоров'я України є боротьба зі злоякісними новоутвореннями (ЗН), які суттєво впливають на показники загальної захворюваності, інвалідизації та смертності, особливо серед населення працездатного віку. Останніми роками в країні стійко зростає рівень онкозахворюваності. За уточненими даними Національного канцер-реєстру, у 2011 р. зареєстровано 169 030 нових випадків захворювань на ЗН; загальний показник захворюваності на цю патологію сягнув 370,7 на 100 тис. населення, тобто порівняно з 2010 р. збільшився на 2,1%, у т. ч. серед жіночого населення – на 2,7%, чоловічого – на 1,6% [8].

Основними в профілактиці, ранньому виявленні та своєчасному направленні на лікування до спеціалізованих закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) мають стати заклади первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засадах загальної лікарської практики / сімейної медицини[2, 6, 7] з їх юридичним і фінансовим розмежуванням [3] та юридичним визнанням лікаря загальної лікарської практики / сімейного лікаря (ЛЗП/СЛ) основною фігурою у визначенні медичного маршруту пацієнта [4, 5]. При цьому слід відпрацювати обсяги медичної допомоги, які має надавати ЛЗП/СЛ, і механізми його взаємодії з лікарями-спеціалістами [9].

Враховуючи постійне зростання рівня захворюваності населення на онкопатологію та її медико-соціальне значення [11], перед ЛЗП/СЛ стоїть завдання щодо забезпечення профілактичної роботи з виявлення ЗН на ранніх стадіях розвитку та організації медичної допомоги хворим.

Мета роботи – розробити оптимізовану систему онкологічної допомоги населенню.

Матеріали та методи

Об'єктом дослідження стала організаційна система надання онкологічної допомоги населенню. Методами дослідження були системний підхід, структурно-логічний аналіз та концептуальне моделювання.

Результати дослідження та їх обговорення

У ході дослідження обгрунтовано та розроблено оптимізовану систему онкологічної допомоги населенню (рис.). Основним елементом системи стало населення, яке структурно розділено на три групи: здорові, населення з підозрою на онкопатологію і хворі на ЗН.

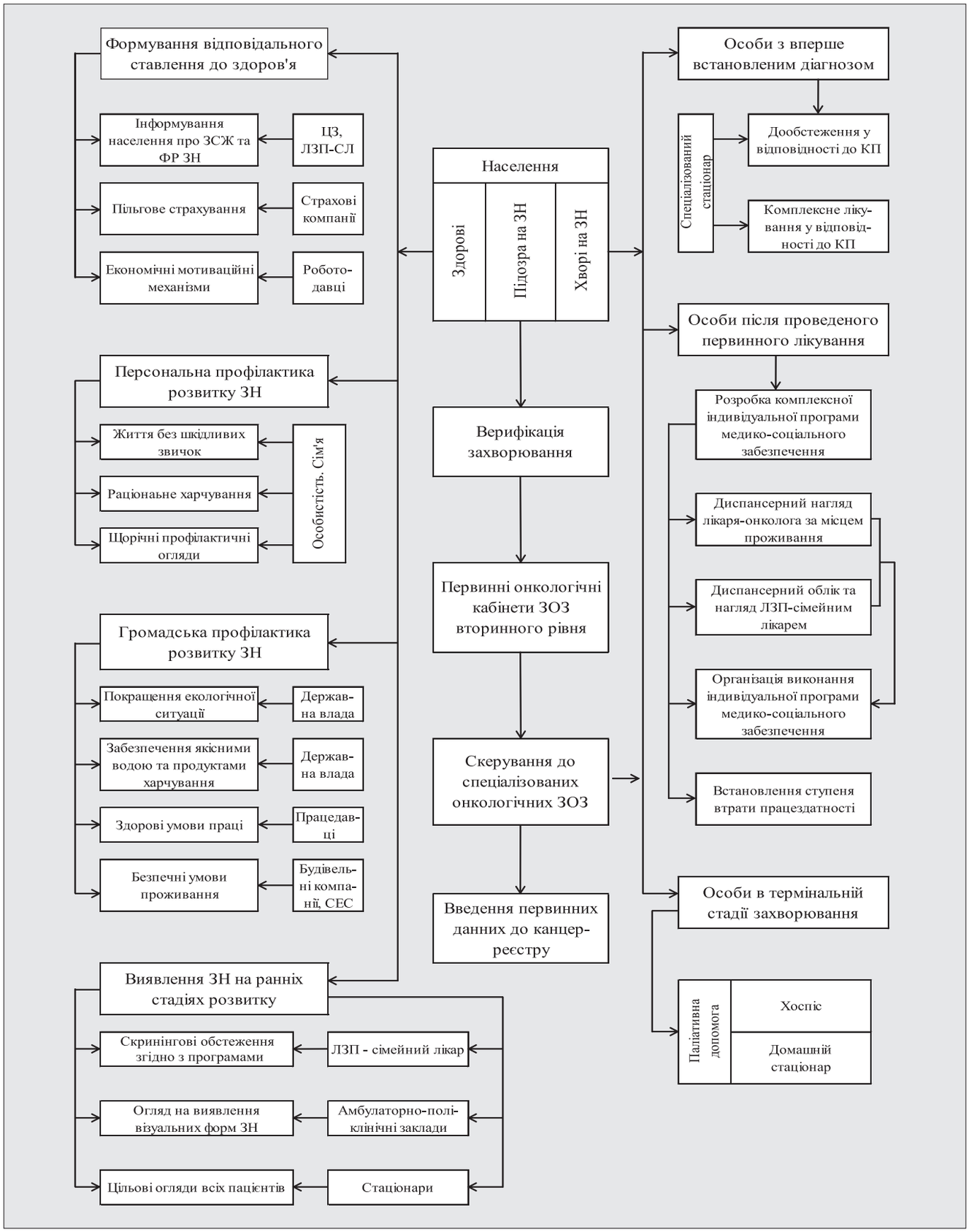


Рис. *Оптимізована система онкологічної допомоги населенню*

Стратегічним напрямом системи є зменшення рівнів захворюваності населення на ЗН та подовження якісного життя хворих з онкопатологією.

Тактичним напрямом системи є профілактика онкопатології, раннє виявлення ЗН, ефективне лікування таких хворих і забезпечення паліативної допомоги в термінальних стадіях хвороби.

Структурно-оптимізована система онкологічної допомоги населенню складається з восьми організаційних блоків.

Перші чотири блоки спрямовані на профілактичну роботу зі здоровими в плані онкологічної патології людьми.

Перший блок системи передбачає формування відповідального ставлення населення до власного здоров'я. Важливим напрямом є інформування населення про основи здорового способу життя (ЗСЖ) та фактори ризику розвитку ЗН, значення щорічного проходження цільових профілактичних оглядів із метою раннього виявлення онкопатології.

Цю роботу мають проводити ЛЗП/СЛ і центри здоров'я. З метою мотивації населення до ЗСЖ запропоновані мотиваційні механізми: пільгове страхування і запровадження економічних мотивацій на робочому місці.

Другий блок передбачає персональну профілактику розвитку ЗН і скерований на сім'ю та особистість. Він включає раціональне харчування, життя без шкідливих звичок (тютюнопаління, зловживання алкоголем) і проходження щорічних цільових онкологічних профоглядів.

Третій блок спрямований на профілактику онкозахворюваності шляхом проведення заходів державного, регіонального та місцевого рівнів. Ці заходи передбачають поліпшення екологічної ситуації, забезпечення якісними водою та продуктами харчування, здорові умови праці, безпечні умови проживання.

Четвертий блок є важливим у роботі ЗОЗ усіх рівнів надання медичної допомоги та скерований на виявлення ЗН на ранніх стадіях. У цьому плані ЛЗП/СЛ мають запровадити систему скринінгових програм із виявлення онкопатології. Такі програми розроблені для запровадження на рівні ПМСД за нашою участю [1, 10].

На рівні вторинної амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги слід запровадити цільові огляди усіх пацієнтів на виявлення візуальних форм ЗН.

П'ятий блок системи передбачає надання медичної допомоги населенню з підозрою на ЗН. Для цього запропонована організація роботи в ЗОЗ вторинного рівня надання медичної допомоги кабінетів первинної онкологічної допомоги, в яких така категорія населення проходить дообстеження з верифікацією захворювання. Первинні дані про них вносяться до канцерреєстру, а пацієнти скеровуються до спеціалізованого онкологічного ЗОЗ. У подальшому лікарі-онкологи здійснюють диспансерний нагляд за такими хворими.

Наступні блоки системи спрямовані на забезпечення хворих із ЗН медичною допомогою.

Шостий блок передбачає надання спеціалізованої медичної допомоги особам з уперше встановленим діагнозом ЗН у стаціонарних умовах. На цьому етапі, відповідно до клінічних протоколів, затверджених МОЗ України, які є галузевим стандартом медичної допомоги, проводиться дообстеження і комплексне лікування вперше виявлених хворих.

Сьомий блок забезпечує організацію та надання медичної допомоги хворим на подальших етапах лікування. По-перше, це розробка комплексної індивідуальної програми медико-соціального забезпечення, яке базується на прогнозі подальшого розвитку хвороби та можливості ефективності застосування медичних програм. По-друге, це диспансерний нагляд за хворим з організацією виконання індивідуальної програми медико-соціального забезпечення. По-третє, це вирішення рівня втрати працездатності та потреби в медико-соціальній допомозі.

Восьмий блок передбачає надання паліативної допомоги хворим у термінальній стадії хвороби. Для цього слід створити хоспісну систему їх забезпечення як на рівні стаціонарів, так і вдома.

Висновки

Оптимізована система медичної допомоги населенню, спрямована на індивідуальну та групову профілактику ЗН у населення, виявлення на ранніх стадіях онкозахворювань і надання медичної допомоги відповідно до галузевих стандартів залежно від стадії розвитку хвороби, має сприяти зниженню рівня захворюваності населення на ЗН і подовженню якісного життя хворих.

Перспективи подальших досліджень скеровані на вивчення ефективності запровадження запропонованої оптимізованої системи онкологічної медичної допомоги населенню.

Література

1. *Думанський Ю. В.* Модель надання онкологічної допомоги населенню на первинному рівні / Ю. В. Думанський, Г. К. Северин // Семейная медицина. – 2014. – № 1. – С. 154–156.
2. *Лехан В. М.* Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. – К., 2009. – С. 30–31.
3. *Первинна* медико-санітарна допомога/сімейна медицина: монографія / З. М. Митник, Г. О. Слабкий, Н. П. Кризина ; за ред. В. М. Князевича ; МОЗ України. – К., 2010. – 404 с.
4. *Порядок* направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я різних рівнів надання медичної допомоги / Г. О. Слабкий, В.П. Лисак, Ю.Б. Ященко [та ін.] ; МОЗ України, ДУ «Укр. ін-т стратегічних досліджень МОЗ України». – К., 2010. – 24 с.
5. *Порядок* організації надання медичної допомоги та забезпечення маршрутів пацієнта лікарем загальної практики / сімейним лікарем при різних клінічних станах та захворюваннях : метод. рекомендації / Л. Ф. Матюха, В. М. Лехан, Н. Г. Гойда [та ін.]. – К. : МОЗ, УІСД, 2011. – 43 с.
6. *Про* порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві: Закон України від 07.07.2011 р. № 3612-VI [Електронний документ]. – Режим доступу : http://www.zakon.rada.gov.ua. – Назва з екрана.
7. *Програма* економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» / Комітет з економічних реформ при Президентові України. – К., 2010. – 87 с. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.president.gov.ua/content /ker-program.html. – Назва з екрана.
8. *Рак* в Україні, 2011–2012. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби : бюлетень Нац. канцер-реєстру України. – К., 2013. – № 14. – С. 2.
9. *Рак* в Україні, 2010–2011. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби : бюл. Нац. канцер-реєстру України. – К., 2012. – № 13. – 124 с.
10. *Северин Г. К.* Характеристика виявлення онкологічних захворювань під час профілактичних оглядів / Г. К. Северин // Україна. Здоров'я нації. – 2013. – № 4. – С. 15–20.
11. *Слабкий В. Г.* Перерозподіл видів надання медичної допомоги між лікарями загальної практики / сімейної медицини та лікарями-спеціалістами / В. Г. Слабкий // Управління закладом охорони здоров'я. – 2010. – № 7. – С. 19–24.

Дата надходження рукопису до редакції: 12.05.2014 р.

Оптимизированная система онкологической помощи населению

Г.К. Северин[1], Г.А. Слабкий[2], Н.Ю. Астахова[1]
[1]Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького, г. Донецк, Украина
[2]ГУ «Украинский институт стратегических исследований МЗ Украины», г. Киев, Украина

Цель – разработать оптимизированную систему онкологической помощи населению.

Материалы и методы. Объект исследования: организационная система оказания онкологической помощи населению. Методы: системный подход, структурно-логический анализ, концептуальное моделирование.

Результаты. Предложена структурно-оптимизированная система онкологической помощи населению, которая состоит из восьми организационных блоков. Первые четыре направлены на профилактическую работу с населением, здоровым в плане онкологической патологии; следующие – на обеспечение больных злокачественными заболеваниями медицинской помощью.

На уровне вторичной амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи следует внедрить целевые осмотры всех пациентов на выявление визуальных форм злокачественных заболеваний во время обращения больных на соответствующий уровень медицинской помощи.

Выводы. Оптимизированная система медицинской помощи населению, направленная на индивидуальную и групповую профилактику злокачественных новообразований у населения, их выявление на ранних стадиях, оказание медицинской помощи согласно отраслевым стандартам в зависимости от стадии развития болезней, будет способствовать снижению уровня заболеваемости населения онкопатологией и продолжению качественной жизни больных.

Ключевые слова: население, онкологическая помощь, оптимизированная система.

The optimized system of the oncologic help to the population

G.K. Severyn[1], G.O. Slabky[2], N.Yu. Astakhova[1]
[1]Donetsk National Medical University named after M. Gorky, Donetsk, Ukraine
[2]SI «Ukrainian Institute of Scientific Researches Ministry of Health of Ukraine», Kyiv, Ukraine

Purpose – development of the optimized system of the oncologic help to the population.

Materials and methods. Object of research: organizational system of rendering the oncologic help to the population. Methods: systemic approach, structural and logical analysis, conceptual modeling.

Results. The offered structural optimized system of the oncologic help to the population consists of eight organizational blocks. The first four – are referred on scheduled maintenance with the population which malignant neoplasm's (MN) – healthy people in respect of oncologic pathology doesn't suffer. The following blocks of system are aimed at providing sick MN with a medical care.

At the level of the secondary out-patient and polyclinic and stationary help it has to be introduced when carrying out target surveys of all patients on identification of the MN visual forms during their address on an appropriate level of a medical care.

Conclusions. The offered optimized system of a medical care to the population, referred on individual and group prophylaxis of malignant neoplasm's at the population, identification at early stages of MN, rendering a medical care according to industry standards depending on a stage of development of illnesses that has to provide depression of an incidence of the population of MN and continuation of qualitative life of patients.

Key words: population, oncologic help, optimized system.

Відомості про авторів

Северин Григорій Костянтинович – к.мед.н., доц. кафедри соціальної медицини, організації охорони здоров'я та історії медицини Донецького національного медичного університету імені М. Горького; просп. Ілліча, 16, м. Донецьк, 83003, Україна; служб. тел. +38 (0623) 44-29-78; e-mail: soc.med.dsmu@mail.ru.

Слабкий Геннадій Олексійович – д.мед.н., проф., директор ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна; служб. тел. +38 (044) 576-41-19; e-mail: g.slabkiy@mail.ru.

Астахова Наталія Юріївна – к.мед.н., асистент кафедри організації вищої освіти, управління охороною здоров'я та епідеміології Донецького національного медичного університету імені М. Горького; просп. Ілліча, 16, м. Донецьк, 83003, Україна.

УДК 616-002.4-084-053.7(083.97)

И.А. Бугоркова

МОНИТОРИНГ ОСНОВНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ГРУППЕ ЛИЦ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького, г. Донецк, Украина
ГУ «Украинский институт стратегических исследований МЗ Украины», г. Киев, Украина

Цель *– повысить эффективность первичной профилактики с целью разработки региональной программы по профилактике стоматологических заболеваний.*

Методы: *системного подхода, эпидемиологический метод, клинические методы обследования, рентгенологическое обследование, статистический анализ.*

Результаты. *Интенсивность кариеса зубов в возрастной группе 14–15 лет составила 53,2%, гигиенический индекс – 2–4 балла; 15–16 лет – соответственно 67,1% и 2–3 балла; 16–17 лет – 74,3% и 1–3 балла; 17–18 лет – 85,1% и 1–2 балла.*

Выводы. *Среднестатистический показатель гигиенического индекса у подросткового населения изменяется в пределах 2–3 балла, что подтверждает высокую заболеваемость кариесом и его осложнениями. Необходимым условием является стандартизация методик профилактики, выработка единых норм организации профилактической работы среди различных групп населения.*

Ключевые слова: *гигиенический индекс, кариес, профилактика, распространенность.*

Введение

Предвестником развития кариозных поражений и его осложнений является неудовлетворительный гигиенический уход за полостью рта. В клинической практике кариес зубов является широко распространенным заболеванием и в иерархии стоматологической заболеваемости занимает первое место. При отсутствии адекватной профилактики и лечения данной патологии сопровождается болевым синдромом, довольно часто приводит к осложненным формам кариеса, что, в свою очередь, может привести к потере зуба и развитию гнойно-воспалительных заболеваний в челюстно-лицевой области. Несвоевременность профилактики, диагностики и лечения увеличивает риск развития осложнений, что влечет за собой негативные социальные и экономические последствия [1, 4, 5, 8].

Организация эффективной системы первичной профилактики данного заболевания является одной из наиболее актуальных проблем медицинской науки и практики [2, 3, 6, 7]. Основу такой системы должны составлять мероприятия, направленные на предупреждение образования и устранение зубного налета, повышение резистентности эмали и органов полости рта к патогенным воздействиям.

Цель работы – повысить эффективность первичной профилактики с целью разработки региональной программы по профилактике стоматологических заболеваний.

Материалы и методы

В работе использованы следующие методы: системного подхода – для проведения количественного и качественного анализа, выявления существующих проблем в организации стоматологической помощи населению; эпидемиологический – для установления причинно-следственной связи возникновения болезней и способах их предупреждения; клинические методы – для постановки диагноза; рентгенологическое обследование; статистический метод – для определения уровня заболеваемости и показателей деятельности стоматологической помощи населению. Обработка данных проведена методами вариационной статистики с использованием стандартного офисного пакета прикладных программ MS Excel для Windows'XP'Professional.

Результаты исследования и их обсуждение

Для решения поставленных задач проведен системный анализ медицинских карт стоматологических больных (Ф-№ 043/о), проходивших лечение

Таблица 1

Распределение возрастных групп по возрасту и полу

Возраст	Подростки				Учащиеся	Работающие
	муж.	%	жен.	%		
14–15 лет	79	12,15	77	11,85	156	
15–16 лет	72	11,08	91	14,00	163	
16–17 лет	75	11,54	84	12,92	159	
17–18 лет	81	12,46	91	14,00	165	7

в стоматологической поликлинике центральной городской клинической больницы № 1 г. Донецка в 2011–2013 гг., а также изучение дневника работы врача стоматолога (Ф-№ 039-2/о).

Информация получена путем копировки необходимых сведений из первичной документации, результатов клинических осмотров и дополнительных методов обследования. Исходная информация занесена в специально разработанную карту. В план исследования включены группы с постоянным прикусом (14–18 лет). Осмотры проведены сотрудниками кафедры стоматологии детского возраста УНИПО ДонНМУ имени М. Горького.

В наблюдательную карту, кроме паспортных данных (возраст, пол, место учебы или работы), внесены данные о посещениях (первичное или повторное), причинах и характере посещений (плановое лечение, острая боль, с целью профилактики), диагнозе, выполненных лечебно-профилактических мероприятиях, назначении и рекомендациях врачей. Всего изучено и проанализировано 650 наблюдательных карт разных возрастных групп для определения необходимого числа наблюдений, обеспечивающего их репрезентативность (табл. 1).

Проведенные клинические и социологическое исследование 650 респондентов показали, что почти у всех подростков в рационе питания, во время нахождения в учебном заведении или на работе, преобладали мучные и кондитерские изделия (основу которых составляли карамель, орехи, шоколад).

Как правило, после приема таких продуктов питания подростки не производят индивидуальный гигиенический уход за полостью рта, и пауза между приемом и гигиеническим уходом составляет 6–10 часов, а в единичных случаях – и более, что наглядно подтверждается столь высоким процентом развития кариеса в данных возрастных группах.

В обследовании пациентов использован интраоральный метод с целью оценки гигиенического состояния, а также визуализации кариозных поражений. Применение компьютерных технологий позволяет объективно оценить гигиеническое состояние зубов, определить процентное соотношение окрашенной поверхности ко всей площади и автоматически выдать оценку в пиксель/балл, установить площадь и толщину зубного налета, выявить наличие микродефектов, выполнить оценку краевого прилегания пломбировочных материалов к эмали зуба. Данный метод позитивно зарекомендовал себя при оценке гигиенического индекса по методу Федорова–Володкиной (табл. 2).

Результаты проведенного исследования показали, что на одного обратившегося в год приходятся следующие значения случаев стоматологического лечения: кариес зубов – 2,91±0,05, осложненный кариес (пульпит и периодонтит) – 0,37±0,05.

Данные клинических осмотров и изучение специально разработанных наблюдательных карт, использованные в исследовании, позволили установить, что неосложненный кариес зубов лидирует среди всех изучаемых нозологических форм стоматологических заболеваний (табл. 3).

Исследования в возрастной группе 14–15 лет засвидетельствовали, что показатель степени окрашивания колеблется в пределах 2,0–4,0 балла – крайние максимальные значения. Плотность зубного налета в максимальных значениях в аппроксимально-пришеечных областях находится в диапазоне 4,0–6,0 микрона. Установлено, что у подростков женского пола показатель степени окрашивания составляет 2,0–3,0 балла (468 пикселей оранжево-коричневых тонов), а у подростков мужского пола – 3,0–4,0 балла (793 пикселей

Таблица 2

Оценка гигиенического индекса Федорова–Володкиной

Степень окрашивания	Оценка в баллах
Отсутствие	1 балл
1/4 поверхности зуба	2 балла
1/2 поверхности зуба	3 балла
3/4 поверхности зуба	4 балла
Всей поверхности зуба	5 баллов

Таблица 3

Лечение по поводу кариеса зубов и его осложнений

Возраст	Распространенность			Доля пациентов имеющих удаленные зубы
	кариес	пульпит	периодонтит	
14–15 лет	53,2	16,7	4,1	7,3
15–16 лет	67,1	18,4	5,4	9,1
16–17 лет	74,3	20,8	6,5	14,7
17–18 лет	85,1	28,0	7,2	19,3

оранжево-коричневых тонов). Так, распространенность неосложненного кариеса среди подростков группы (14–15 лет) составляет 53,2±0,02%, в том числе осложненного 20,8±0,02%.

Исследования в возрастной группе 15–16 лет засвидетельствовали, что показатель степени окрашивания колеблется в пределах 2,0–3,0 балла. Плотность зубного налета в максимальных значениях в аппроксимально-пришеечных областях находится в диапазоне 4,0–5,0 микрона. Установлено, что у подростков женского пола показатель степени окрашивания составляет в среднем 2,0±0,5 балла (378 пикселей оранжево-коричневых тонов), а у подростков мужского пола – 3,0 балла (684 пикселей оранжево-коричневых тонов).

Распространенность неосложненного кариеса среди подростков группы 15–16 лет составляет 67,1±0,02%, в том числе осложненного – 23,8±0,02%, количество удаленных зубов – 9,1% от всех обследованных.

Исследования в возрастной группе 16–17 лет показали, что показатель степени окрашивания находится в диапазоне 1,0–3,0 балла. Плотность зубного налета в максимальных значениях в аппроксимально-пришеечных областях составляет 3,0–4,0 микрона. Установлено, что у подростков женского пола показатель степени окрашивания составляет 1,0–2,0 балла (325 пикселей оранжево-коричневых тонов), а у подростков мужского пола – 2,0–3,0 балла (608 пикселей оранжево-коричневых тонов). Распространенность неосложненного кариеса среди подростков группы 16–17 лет находится в пределах 74,3±0,02%, в том числе осложненного – 27,3±0,02%, количество удаленных зубов – 14,7% от всех обследованных.

Исследования в возрастной группе 17–18 лет показали, что критерий степени окрашивания находится в диапазоне 1,0–2,0 балла. Плотность зубного налета в максимальных значениях в аппроксимально-пришеечных областях составляет 2,0–3,0 микрона. Установлено, что в данной возрастной категории у всех подростков, невзирая на половую принадлежность, показатель степени окрашивания составляет 1,0–2,0 балла (296–544 пикселей оранжево-коричневых тонов). Распространенность неосложненного кариеса среди подростков группы равна 85,1±0,02%, в том числе осложненного – 35,2±0,02%, количество удаленных зубов – 19,3% от всех обследованных.

Выводы

Результаты проведенного исследования засвидетельствовали, что среднестатистический показатель гигиенического индекса у подросткового населения изменяется в пределах 2,0–3,0 балла, что подтверждает высокую заболеваемость кариесом и его осложнениями. При планировании профилактических мероприятий необходимо принимать во внимание высокие показатели распространенности (85,1±0,02%) и интенсивности кариеса, неудовлетворительный уровень гигиены полости рта.

Перспективы дальнейших исследований

Для внедрения современных технологий в работу стоматологических учреждений, в том числе в организацию профилактики кариеса зубов, немаловажное значение, кроме клинико-гигиенических исследований, приобретает социологическое изучение мнения подростков с целью проведения мониторинга для определения культуры здоровья населения.

Необходимым условием для формирования комплексных программ первичной профилактики кариеса зубов на современном этапе развития здравоохранения в Украине является стандартизация методик профилактики, выработка единых норм организации профилактической работы среди различных групп населения. Разработка критериев стоматологической профилактики актуальна в связи с предстоящим внедрением в Украине системы общегосударственного медицинского страхования.

Литература

1. *Диагностика* в терапевтической стоматологии / Т. Л. Реминова, Н. Р. Дмитракова, А. С. Япеева [и др.]. – Ростов-на-Дону, 2006. – 144 с.
2. *Леонтьев В. К.* Методы профилактики стоматологических заболеваний / В. К. Леонтьев // Клиническая стоматология. – 2008. – № 10. – С. 109–110.
3. *Леонтьев В. К.* Профилактика стоматологических заболеваний / В. К. Леонтьев, Г. Н. Пахомов. – М., 2006. – 416 с.
4. *Леус П. А.* Возможности практической реализации известных эффективных методов профилактики кариеса зубов на индивидуальном приеме у врача-стоматолога / П. А. Леус // Маэстро стоматологии. – 2010. № 1 (37). – С. 49–55.
5. *Лукиных Л. М.* Профилактика кариеса зубов и болезней пародонта / Л. М. Лукиных. – М. : Мед. книга, 2003. – 196 с.
6. *Савичук Н. О.* Микроэкология полости рта, дисбактериоз и пути его коррекции / Н. О. Савичук, А. В. Савичук // Совр. стоматология – 2002. – № 4. – С. 9–12.
7. *Савичук Н. О.* Современные подходы к изучению стоматологического здоровья / Н. О. Савичук // Дентальные технологии. – 2010. – № 2. – С. 7–10.
8. *Чижевский И. В.* Клиническое и гигиеническое обоснование профилактики кариеса зубов у детей в промышленно развитом регионе : автореф. дис. ... д.мед.н. / И. В. Чижевский. – К., 2004. – 33 с.

Дата поступления рукописи в редакцию: 28.04.2014 г.

Моніторинг основних стоматологічних захворювань у групі осіб підліткового віку

І.А. Бугоркова
Донецький національний медичний університет
імені М. Горького, м. Донецьк, Україна
ДУ «Український інститут стратегічних досліджень
МОЗ України», м. Київ, Україна

Мета – підвищити ефективність первинної профілактики з метою розробки регіональної програми щодо профілактики стоматологічних захворювань.

Методи: системного підходу, епідеміологічний метод, клінічні методи обстеження, рентгенологічне обстеження, статистичний аналіз.

Результати. Інтенсивність карієсу зубів у віковій групі 14–15 років становила 53,2%, гігієнічний індекс – у межах 2,0–4,0 балу, 15–16 років – відповідно 67,1% і 2,0–3,0 балу, 16–17 років – 74,3% і 1,0–3,0 балу, 17–18 років – 85,1% і 1,0–2,0 балу.

Висновки. Середньостатистичний показник гігієнічного індексу в підліткового населення змінюється у межах 2,0–3,0 балу, що підтверджує високу захворюваність на карієс і його ускладнення. Необхідною умовою є стандартизація методик профілактики, вироблення єдиних норм організації профілактичної роботи серед різних груп населення.

Ключові слова: гігієнічний індекс, карієс, профілактика, поширеність.

Monitoring of basic stomatological diseases in the group of persons of teens

I.A. Bugorkova
Donetsk National Medical University
named after M. Gorky, Donetsk, Ukraine
SI «Ukrainian Institute of Scientific Researches
Ministry of Health of Ukraine», Kyiv, Ukraine

Purpose – increase of efficiency of primary prophylaxis with the purpose of development of the regional program on the prophylaxis of stomatological diseases.

Methods: a method of approach of the systems, epidemiology method, clinical methods of inspection, roentgenologic inspection, statistical analysis.

Results. Intensity of tooth decay in an age-dependent group 14–15 years had been 53.2%, hygienical index scope 2.0–4.0 marks, 15–16 years – 67.1% and 2.0–3.0 marks, 16–17 years – 74.3% and 1.0–3.0 marks, 17–18 years – 85.1% and 1.0–2.0 marks.

Conclusions. Results testify that the average index of hygienical index at a juvenile population changes 2.0–3.0 marks, that confirms high morbidity a caries and his complications. A necessary condition is standardization of methods of prophylaxis, making of single norms of organization of prophylactic work among the different groups of population.

Key words: hygienical index, caries, prophylaxis, prevalence.

Сведения об авторе

Бугоркова Ирина Анатольевна – к.мед.н., доц. кафедры стоматологии детского возраста УНИПО Донецкого национального медицинского университета имени М. Горького, диссертант ГУ «Украинский институт стратегических исследований МЗ Украины»; ул. Никитина, 31а, г. Донецк, 83085, Украина; служ. тел. +38 (062) 311-58-40; e-mail: obl.stom@yandex.ua.

УДК 614.2:616.831(477.53)

Т.В. Плужнікова

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ПРОФІЛАКТИКИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У НАСЕЛЕННЯ АГРОПРОМИСЛОВОГО РЕГІОНУ

Вищий державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава, Україна

***Мета** – науково обґрунтувати нові методи профілактики цереброваскулярних захворювань у населення Полтавської області.*
***Матеріали та методи.** Об'єкт дослідження: організаційна система надання онкологічної допомоги населенню. Методи: системний підхід, структурно-логічний аналіз, концептуальне моделювання.*
***Результати.** Виявлено основні фактори ризику виникнення цереброваскулярної патології, розроблена прогностична таблиця ймовірності виникнення захворювань у жителів агропромислового регіону з використанням нормативного показника співвідношення та вагового коефіцієнта кожної ознаки. Встановлено градація ступеня ризику виникнення цереброваскулярних захворювань.*
***Висновки.** Розроблено триетапну модель первинної профілактики цереброваскулярних захворювань, система реалізації якої передбачає послідовні дії: 1) визначення ступеня ризику, 2) пропаганда необхідності проведення антиризикових заходів, 3) медикаментозна профілактика.*
***Ключові слова:** підходи, профілактика, цереброваскулярні захворювання, агропромисловий регіон.*

Вступ

Цереброваскулярні захворювання (ЦВЗ) є однією з актуальних проблем у сучасній клінічній медицині з огляду на значну частоту їх виникнення, великий відсоток інвалідизації та смертності. За даними вітчизняних літературних джерел, надзвичайно актуальним питанням є ЦВЗ в Україні, адже протягом декількох десятиліть смертність внаслідок них посідає друге місце у структурі загальної смертності населення. Щорічно 100–120 тис. населення країни вперше переносять інсульт, смертність від гострих ЦВЗ останніми роками становить 85–90 на 100 тис. населення [8, 13, 16].

Судинна патологія головного мозку в Україні відзначається значними рівнями поширеності, смертності та інвалідності після перенесеного інсульту [7, 13]. Щороку реєструється понад 360 тис. нових випадків ЦВЗ. Збільшення кількості випадків ЦВЗ відзначається як за рахунок інсультів, так і хронічних порушень мозкового кровообігу. За даними Консенсусу Європейської ради мозку, захворюваність на інсульт в європейських країнах становить 200 на 100 тис., середній рівень смертності – 42 на 100 тис. населення [18, 20]. Спостерігається тенденція до зростання та омолодження ЦВЗ [6, 8, 13]. На жаль, в Україні зберігається збільшується частота інсультів в осіб, молодших за 55 років. Ішемічний інсульт з усієї маси інсультів становить близько 70–80%; крововилив у мозок – 15–20%, а субарахноїдальний крововилив – 3–5% [5]. Соціальне значення проблеми полягає в тому, що зі 100 хворих, які перенесли інсульт, у перші 3–4 тижні помирають 35–40, на кожні 100 тис. населення приходиться 600 хворих із наслідками перенесеного гострого порушення мозкового кровообігу. Профілактика ґрунтується на усуненні або послабленні дії коригованих факторів ризику ішемічних ЦВЗ [1, 3, 5, 6, 18].

За даними досліджень, опитування населення, анкетування, моніторингу встановлено, що в Україні ще надто низька обізнаність населення про ризики основних захворювань, таких як артеріальна гіпертензія (АГ), цукровий діабет, гіперхолестеринемія. Ці пацієнти або не приймають лікарських засобів, або порушують рекомендований режим їх застосування [8, 11]. Профілактика ЦВЗ серед населення має насамперед полягати у дотриманні здорового способу життя [8, 17] й проведенні різних профілактичних заходів із метою усунення або зменшення кількості керованих факторів ризику [2, 14]. При цьому основна увага має приділятися якісному адекватному впливу на такі дуже важливі керовані чинники, як вегетативна дисфункція та гіпертонія [5, 8, 9, 10, 12, 17]. На думку багатьох дослідників [12, 14, 15], саме медико-соціальні фактори приводять до значного зростання рівня ЦВЗ.

Профілактика судинних захворювань головного мозку, на переконання деяких авторів, має здійснюватися за двома основними напрямами: реалізацією популяційної стратегії та стратегії високого ризику [14, 15]. Проте автори по-різному розуміють суть зазначених стратегій. Одні з них [15] вважають, що популяційна стратегія полягає в підвищенні рівня життя та пропаганді здорового способу життя; стратегія високого ризику – у боротьбі з керованими факторами ризику та протиставленні їм факторів антиризику. На думку інших [14], популяційна стратегія передбачає проведення первинної профілактики з метою зниження рівня поширеності ЦВЗ; стратегія високого ризику складається з проведення загального скринінгу для виявлення пацієнтів із підвищеною ймовірністю розвитку судинної патології. Деякі наковці також наголошують на необхідності профілактики факторів ризику шляхом формування здорового способу життя та проведення різних профілактичних заходів [1, 2, 3, 4, 8, 16, 17].

Обов'язковою умовою профілактичних заходів є виявлення факторів ризику в населення під час первинного звертання до лікувальних закладів [6]. Серед різних заходів пріоритет слід віддавати первинній профілактиці, а основну увагу приділяти якісному адекватному впливу на дуже важливий керований чинник – АГ [5, 12].

Крім дотримання здорового способу життя та обстеження, первинна профілактика ЦВЗ передбачає застосування медикаментозних препаратів. Найпоширенішими фармакологічними групами серед них є ноотропи, діуретики, β-блокатори, інгібітори АПФ, антитромбоцитарні препарати, статини [4, 7, 11, 13, 18].

До найнеобхідніших клінічних обстежень належать: збір скарг та анамнезу; клінічний огляд лікарями загальної практики / сімейними лікарями, неврологом, ендокринологом; вимірювання артеріального тиску на обох руках; вимірювання маси тіла та зросту. Обов'язковий обсяг лабораторно-інструментальних досліджень включає: аналіз крові загальний; аналіз сечі загальний; аналіз сечі за Нечипоренком; визначення у плазмі крові п'яти найважливіших компонентів; електрокардіограму (ЕКГ); огляд очного дна; ультразвукове дослідження внутрішніх органів; реоенцефалографію; рентгенографію органів грудної клітини.

Мета роботи – науково обґрунтувати нові методи профілактики ЦВЗ у населення агропромислового регіону – Полтавської області.

Матеріали та методи

У роботі застосовано такі методи: бібліосемантичний – для вивчення світового досвіду стосовно досліджуваної проблеми; системного підходу та медико-статистичного аналізу – для статистичної обробки результатів дослідження і анкетування; прогнозування та моделювання – для розробки моделі профілактики ЦВЗ.

Результати дослідження та їх обговорення

Розроблено модель профілактики ЦВЗ. Обстежено 655 осіб, серед яких 420 хворих із ЦВЗ та 235 здорових осіб (контрольна група). Першим етапом профілактики було визначення ступеня ризику виникнення ЦВЗ. Віднесення до того чи іншого ступеня ризику виникнення ЦВЗ здійснено на основі проведених нами досліджень щодо питомої ваги наявності та відсутності факторів ризику в досліджуваних контингентів. Принцип визначення вірогідності заснований на встановленні нормативних показників співвідношення (НПС) [19]. На основі проведених розрахунків визначено значення НПС, вагового коефіцієнта (ВК), мінімальної та максимальної кількості балів вірогідності по кожному із факторів та їх ознак. Послідовність розрахунку відповідних значень була такою. НПС визначено шляхом відношення питомої ваги окремих ознак виникнення судинних захворювань головного мозку до питомої ваги хворих із ЦВЗ від усієї групи досліджуваних. ВК становили відношення максимальних НПС до мінімальних по кожній з ознак. Потім визначено мінімальну (Mm) і максимальну суму балів (Mx): Mm – шляхом множення величини ВК на мінімальний нормований показник співвідношення (НПСm), а Mx – шляхом множення величини ВК на максимальний показник співвідношення (НПСx).

Нами самостійно складено прогностичну таблицю вірогідності виникнення ЦВЗ у жителів агропромислового регіону.

Дані таблиці використовуються таким чином. У пацієнта визначається: рівень артеріального тиску стандартним методом (гіпертензією вважається артеріальний тиск понад 140/90 мм. рт. ст.), індекс маси тіла (ІМТ = маса тіла (в кг) / зріст (в м^2) – не більше 29; шляхом опитування встановлюється наявність ознак: контакту з іонізуючим випромінюванням, тютюнопаління, зловживання алкоголем, малорухливості, стресових ситуацій, головного болю, запаморочень.

Залежно від наявності чи відсутності кожної з ознак, підраховується загальна кількість балів. У нашому випадку кількість балів за відсутності будь-якого фактора ризику або ознак ЦВЗ становить 22,09 балу. Далі розраховується кількість балів у тому випадку, коли наявні всі фактори ризику та найхарактерніші прояви ЦВЗ. У нашому випадку кількість балів за максимальної наявності факторів ризику та ознак – 42,72 балу.

Але фактори ризику або ознаки ЦВЗ, як правило, майже завжди присутні. Зазвичай спостерігається хоча б одна із ознак, що прогностично передбачає можливість виникнення ЦВЗ. Тому наступним кроком прогнозування є визначення нижньої межі вірогідності віднесен-

Таблиця

Прогностична таблиця вірогідності виникнення цереброваскулярних захворювань у жителів агропромислового регіону

Фактор ризику та патогномонічний прояв ознаки	Нормований показник співвідношення (НПС)	Ваговий коефіцієнт (ВК)	Кількість балів
Гіпертензія: - немає - є	0,86 0,68	1,23	1,06 0,84
Надмірна маса тіла: - немає - є	0,56 1,00	1,79	1,0 1,79
Контакт з іонізуючим випромінюванням: - немає - є	0,88 0,69	1,29	1,14 0,88
Тютюнопаління: - немає - є	0,87 0,69	1,26	1,1 0,87
Зловживання алкоголем: - немає - є	1,24 0,32	3,88	4,81 1,24
Малорухливість: - немає - є	1,34 0,22	6,09	8,16 1,34
Стресові ситуації: - немає - є	0,14 1,27	9,07	1,27 11,52
Головний біль: - немає - є	0,11 1,45	13,18	1,45 19,14
Запаморочення: - немає - є	0,37 1,19	3,22	1,19 3,83
Цереброваскулярні захворювання у батьків: - немає - є	0,65 0,91	1,4	0,91 1,27

ня до групи ризику. Для цього до мінімальної кількості балів додається кількість балів одного фактора ризику, що має найменший ВК. У нашому випадку це значення дорівнює 0,84. Додаючи до мінімальної кількості балів (22,09) значення 0,84, визначається нижня межа вірогідності віднесення пацієнта до групи ризику. Вона дорівнює 22,93 балу. Отже, вірогідність виникнення ЦВЗ знаходиться в межах від 22,93–29,53 балу (низький ступінь ризику), 29,54–36,14 балу (середній ступінь ризику) до 36,15–42,72 балу (високий ступінь ризику).

Другим етапом є пропаганда необхідності проведення антиризикових заходів. Цей етап є завершальним для осіб із низьким (22,93–29,53 балу) і середнім (29,54–36,14 балу) ступенями ризику. До основних антиризикових заходів відносяться рекомендації щодо зниження артеріального тиску, зниження маси тіла, відмова від тютюнопаління та від зловживання алкоголем, підвищення рухливості, уникнення стресових ситуацій.

Третій етап, крім заходів I та II етапів, передбачає медикаментозну профілактику. Він показаний для групи з високим ступенем ризику (36,15–42,72 балу) з наявністю АГ або вегетативної дисфункції за гіпертонічним типом.

Висновки

На основі виявлених факторів ризику та характерних патогномонічних проявів розроблено прогностичні таблиці ймовірності захворювання в жителя агропромислового регіону, суттю яких є розрахунок нормативного показника співвідношення та вагового коефіцієнту кожної з ознак.

Проведено градацію ступеня ризику виникнення ЦВЗ, за якою, низький ступінь ризику знаходиться в межах 22,93–29,53 балу, середній – 29,54–36,14 балу, високий – 36,15–42,72 балу.

Рис. *Модель первинної профілактики цереброваскулярних захворювань*

Розроблено триетапну модель первинної профілактики ЦВЗ, система реалізації якої передбачає послідовність дій: 1) визначення ступеня ризику; 2) пропаганда необхідності проведення антиризикових заходів; 3) медикаментозна профілактика.

Перспективи розвитку полягають у подальшому обов'зковому використанні науково обґрунтованої нами моделі первинної профілактики ЦВЗ у населення агропромислового регіону на засадах загальної практики / сімейної медицини, а також у впровадженні запропонованої нами методики виявлення ризику виникнення ЦВЗ серед населення.

Література

1. *Бабов К. Д.* Застосування фізичних факторів у реабілітації хворих літнього віку із захворюваннями серцево-судинної і нервової системи: метод. рекомендації / К. Д. Бобов, І. П. Шмаров, Є. Б. Волошина. – Одеса : Астропринт, 2009. – 28 с.
2. *Бердичевский М. Я.* Опыт работы новой организационной структуры лечебно-профилактической помощи при цереброваскулярных заболеваниях / М. Я. Бердичевский, И. М. Ханков, О. С. Харзов // Неврол. журнал. – 2009. – № 6. – С. 48–51.
3. *Варакин Ю. Я.* Эпидемиологические аспекты острых нарушений мозкового кровообращения: автореф. дис. на соискание науч. стенени доктора мед. наук : спец. 14.02.03. «Социальная медицина» / Ю. Я. Варакин. – М., 2007. – 38 с.
4. *Главный* специалист Министерства здравоохранения Украины о профилактике и лечении мозкового инсульта // Укр. мед. часопис. – 2011. – № 6. – С. 39–41.
5. *Де Фритос Г. Р.* Первичная профилактика инсульта / Г. Р. де Фритос, Д. Х. Богуславский // Журн. невр. и психиатр. имени С.С. Корсакова. – 2007. – № 4. – С. 7–20.
6. *Демографія* і стан здоров'я народу України / В. М. Коваленко, В. М. Корнацький, Т. С. Манойленко [та ін.]. – К., 2011. – 142 с.
7. *Зозуля І. С.* Епідеміологія цереброваскулярних захворювань в Україні / І. С. Зозуля, А. І. Зозуля // Укр. мед. часопис. – 2011. – № 5. – С. 38–41.
8. *Зозуля Ю. П.* Проблеми судинно-церебральної патології та шляхи їх вирішення / Ю. П. Зозуля, Т. С. Міщенко // Журнал НАМН України. – 2011. – Т. 17, № 1. – С. 19–25.
9. *Котвіцька А. А.* Оцінка епідеміологічного стану судинно-мозкових захворювань серед населення України та шляхи його покращення / А. А. Котвіцька, І. О. Лобова // Управління, економіка та забезпечення якості в фармації. – 2013. – № 2 (28). – С. 74–79.
10. *Маколкин В.* Вторичная профілактика инсульта в практике врача / В. Маколкин, Д. Напалков // Врач. – 2007. – № 4. – С. 46–48.
11. *Мищенко Т. С.* Аналіз епідеміології цереброваскулярних хвороб в Україні / Т. С. Мищенко // Судинні захворювання головного мозку. – 2010. – № 3. – С. 2–9.
12. *Мухин Н.* Артериальная гипертония высокого риска: пріоритет комбинированной терапии / Н. Мухин, С. Моисеев, И. Попов // Врач. – 2007. – № 4. – С. 22–25.
13. *Особенности* эпидемиологии инвалидности при заболеваниях нервной системы в Украине / Н. К. Хобзей, Т. С. Мищенко, В. А. Голик [и др.] // Междунар. неврол. журнал. – 2011. – № 5 (43). – С. 24–26.
14. *Профилактика* сосудистых заболеваний головного мозга / А. С. Манвелов, Ю. Я. Варакин, В. С. Смирнов [и др.] // Журн. неврол. и психиатр. имени С.С.Корсакова. – 2000. – № 12. – С. 34–36.
15. *Процек О. Г.* Динаміка цереброваскулярної патології серед населення Вінницької області / О. Г. Процек, І. В. Олійник, М. С. Гнатишин // Україна. Здоров'я нації. – 2007. – № 1. – С. 42–45.
16. *Регіональні* особливості рівня здоров'я народу України : аналіт.-стат. пос. – К., 2011. – 165 с.
17. *Факторы* риска ишемического инсульта и внутримозгового кровоизлияния в 22 странах (исследование INTERSTROKE): исследование «случай–контроль» // Терапія. – 2011. – № 1. – С. 9–21.
18. *Харченко Т.* Актульные вопросы профилактики инсульта / Т. Харченко // Укр. мед. часопис. – 2011. – № 6. – С. 26–27.
19. *Шиган Е. Н.* Методы прогнозирования и моделирования в социально-гигиенических исследований / Е. Н. Шиган. – М. : Медицина, 1986. – 207 с.
20. *Olsen J.* Consensus document on European brain research / J. Olsen, M. G. Baker, T. Freud // JNNP. – 2009. – Vol. 77. – P. 1–49.

Дата надходження рукопису до редакції: 22.04.2014 р.

Современные подходы к профилактике цереброваскулярных заболеваний у населения агропромышленного региона

Т.В. Плужникова
Высшее государственное учебное заведение
«Украинская медицинская стоматологическая академия»,
г. Полтава, Украина

Цель – научно обосновать новые методы профилактики цереброваскулярных заболеваний у населения Полтавской области.

Материалы и методы. Применены библиосемантический метод – для изучения мирового опыта по исследуемой проблеме, системного подхода и медико-статистического анализа – для статистической обработки результатов исследования, анкетирование, прогнозирования и моделирования – для разработки модели профилактики цереброваскулярных заболеваний.

Результаты. Выявлены основные факторы риска возникновения цереброваскулярной патологии, разработана прогностическая таблица вероятности возникновения заболеваний у жителей агропромышленного региона с использованием нормативного показателя соотношения и весового коэффициента каждого признака. Установлена градация степени риска возникновения цереброваскулярных заболеваний.

Выводы. Разработана трехэтапная модель первичной профилактики цереброваскулярных заболеваний, система реализации которой предусматривает последовательные действия: 1) определение степени риска, 2) пропаганда необходимости проведения антирисковых мероприятий, 3) медикаментозная профилактика.

Ключевые слова: подходы, профилактика, цереброваскулярные заболевания, агропромышленный регион.

Modern approaches to the prevention of cerebrovascular disease in the population agroindustrial region

T.V. Pluzhnikova
A Higher State Educational Establishment of Ukraine
«Ukrainian Medical Stomatological Academy»,
Poltava, Ukraine

Purpose – a scientific foundation for new methods prevention of cerebrovascular disease in the population of Poltava region.

Materials and methods – bibliosemantic used in the method – to study the international experience regarding the researched problem, and health system approach and statistical analysis – for the statistical analysis of the results of research, surveys, forecasting and modeling – to develop a model of prevention cerebrovascular disease.

Results. Identified the main risk factors for cerebrovascular pathology developed predictive probability table of diseases in population of agroindustrial region using standard ratio and the ratio of the weight factor trait. Set allocation the degree of risk of cerebrovascular diseases.

Conclusions. Developed a three-stage model of primary prevention of cerebrovascular diseases, implementation system which provides consistent implementation: 1) identifying the risk, 2) the need for propaganda to eliminate risk factors, 3) drug prevention.

Key words: approaches to prevention, cerebrovascular disease, agroindustrial region.

Відомості про автора

Плужнікова Тетяна Владиславівна – к.мед.н., викладач кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з біостатистикою та медичним правознавством ВДНЗУ «УМСА»; вул. Шевченко, 23, м. Полтава, 36011, Україна; e-mail: supper1000@mail.ru.

УДК 615.849.616-082.001.57

О.Ю. Качур

СТРУКТУРНА ПЕРЕБУДОВА СИСТЕМИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЯК ОСНОВА НОВОЇ МОДЕЛІ ОРГАНІЗАЦІЇ ПРОМЕНЕВОЇ ДІАГНОСТИКИ

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

Мета *– розробити концептуальні підходи до побудови нової моделі організації променевої діагностики в ході структурної перебудови системи надання медичної допомоги населенню.*

Матеріали та методи: *законодавча база проведення реформи; методи описового моделювання, структурно-логічного аналізу. Основу дослідження становив системний підхід.*

Результати. *Враховуючи значення променевих методів діагностики в забезпеченні якісної медичної допомоги, наведено сучасну систему організації променевої діагностики в закладах охорони здоров'я, які входять до складу госпітального округу. Запропонована система, структурну основу якої становлять заклади охорони здоров'я госпітального округу, визначає: потребу кожного закладу охорони здоров'я в методах променевої діагностики залежно від виду медичної допомоги, яка в ньому надається; структурний підрозділ, який створюється в кожному із зазначених закладів охорони здоров'я, режим його роботи, а також організацію інтерпретації результатів променевих методів обстеження в кожному типі закладів.*

Висновки. *Наведена система організації променевої діагностики на рівні госпітального округу побудована з урахуванням диференційованого підходу до забезпечення пацієнтів променевими методами діагностики залежно від рівня медичної допомоги і типу закладу охорони здоров'я.*

Ключові слова: *структурна перебудова, система охорони здоров'я, променева діагностика.*

Вступ

Стратегією реформування системи охорони здоров'я [1] та на законодавчому рівні [5, 10], що підтверджено підзаконними актами [6–9], започатковано реформування системи охорони здоров'я України та відпрацювання запропонованих заходів реформи в пілотних регіонах.

Центральна роль у підвищенні ефективності функціонування системи охорони здоров'я належить структурній реорганізації системи відповідно до потреб населення в різних видах медичної допомоги.

На первинному рівні для структурної реорганізації та розвитку системи первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини необхідно провести чітке розмежування первинної та вторинної медичної допомоги; створити мережу закладів первинного рівня, переважно у вигляді амбулаторій загальної практики / сімейної медицини з формуванням центрів первинної медико-санітарної допомоги [2, 4].

На вторинному рівні, на основі даних доказового менеджменту та з урахуванням найкращого світового досвіду, для поліпшення якості медичної допомоги з одночасним підвищенням ефективності використання наявних ресурсів, усунення невиправданого дублювання медичних послуг слід провести диференціацію лікарень, виходячи з інтенсивності медичної допомоги, яка в них надається [3, 11].

Мета роботи – розробити концептуальні підходи до побудови нової системи організації променевої діагностики в ході структурної перебудови медичної допомоги населенню.

Матеріали та методи

У роботі використано законодавчу базу проведення реформи; методи описового моделювання, структурно-логічного аналізу. Основу дослідження становив системний підхід.

Результати дослідження та їх обговорення

Практичне втілення законодавчо зазначених перетворень може бути здійснено при проведенні адміністративно-територіальної реформи шляхом створення госпітальних округів (ГО), які об'єднують оптимізовані заклади охорони здоров'я на нових адміністративних територіях.

Структура госпітального округу включає: багатопрофільну лікарню інтенсивного лікування (ЛІЛ) (першого та другого рівнів); лікарні відновлювального лікування – відповідно до потреби; хоспіс – один на округ; заклади медико-соціальної допомоги/ сестринського догляду; лікарні планового лікування хронічних.

Діагностичні дослідження для потреб первинної ланки та надання планової амбулаторної спеціалізованої допомоги забезпечуються в поліклінічних консуль-

Тип закладу охорони здоров'я	Вид медичної допомоги	Потреба в методах променевої діагностики	Рекомендований структурний підрозділ	Режим роботи	Забезпечення інтерпретації результатів
Центр ПМСД	Первинна медико-санітарна допомога	Флюорографія органів грудної клітки	Пересувний флюорограф. Централізований кабінет на рівні госпітального округу	За графіком у сільських населених пунктах і мікрорайонах міст	Шифровка флюорограф у централізованому кабінеті з отриманням результатів сімейним лікарем в електронному режимі
ЛІЛ першого рівня	Інтенсивна стаціонарна та консультативно-діагностична медична допомога при найбільш поширених хворобах	Рентгенологічна діагностика. МРТ, КТ, вазографія. Ультразвукова діагностика	Відділення променевої діагностики. Відділення ультразвукових методів дослідження (загальне). Відділення ультразвукових методів дослідження (перинатального центру)	Цілодобовий	Прийняття рішення про метод дослідження сумісно лікарями клінічного профілю та лікарями з променевих методів діагностики. Сумісне обговорення результатів дослідження
ЛІЛ другого рівня	Інтенсивна стаціонарна та консультативно-діагностична медична допомога при розширеному переліку хвороб і станів	Рентгенологічна діагностика. МРТ, КТ, ангіографія. Ультразвукова діагностика. Спеціальні методи променевої діагностики	Відділення променевої діагностики. Відділення ультразвукових методів дослідження (загальне). Відділення ультразвукових методів дослідження (перинатального центру)	Цілодобовий	Прийняття рішення про метод дослідження сумісно лікарів клінічного профілю та лікарів із променевих методів діагностики. Сумісне обговорення результатів дослідження
Лікарня планового лікування	Планова стаціонарна та амбулаторно-поліклінічна медична допомога при визначеному переліку хвороб та станів	Рентгенологічна діагностика. Ультразвукова діагностика	Кабінети рентгендіагностики та ультразвукових методів дослідження	У режимі роботи консультативної поліклініки	Представлення результатів лікарем із променевої діагностики, у складних випадках сумісне обговорення результатів
Лікарня відновлювального лікування	Пацієнти направляються на лікування повністю обстеженими. При необхідності скеровуються на консультацію на обстеження до консультативно-діагностичного центру ЛІЛ				
Заклад медико-соціальної допомоги	Пацієнти направляються на госпіталізацію обстеженими. При необхідності скеровуються на консультацію на обстеження до консультативної поліклініки лікарні планового лікування				
Хоспіс	Пацієнти направляються до закладу обстеженими. За необхідності лікар-спеціаліст викликається до хоспісу				

Рис. *Функціонально-структурна система організації променевих методах діагностики закладів охорони здоров'я на рівні госпітального округу*

тативних відділеннях лікарень планового лікування та консультативно-діагностичних центрах ЛІЛ. У гострих випадках амбулаторна спеціалізована допомога також надається спеціалістами ЛІЛ.

Лікарні інтенсивного лікування створюються для надання цілодобової медичної допомоги хворим, лікування хворих із гострими станами, що потребують високої інтенсивності лікування та догляду (наприклад, інфаркт міокарда, інсульт, гостра кровотеча тощо). Ресурсне забезпечення лікарень цього типу потребує інтенсивних технологій, спеціалізованого, високовартісного діагностичного та лікувального обладнання, наявності служби реанімації та інтенсивної терапії, служби екстреної діагностики.

Лікарні планового лікування функціонують для проведення повторних курсів протирецидивної терапії або доліковування пацієнтів після інтенсивної терапії з використанням стандартних схем лікування.

Лікарні відновлювального лікування створюються для відновлення функцій, порушених унаслідок захворювання чи травми, з метою або попередження інвалідності, або реабілітації інвалідів, потребують спеціального обладнання (фізіотерапевтичного, тренажерів для лікувальної фізкультури).

Хосписи – це заклади для надання паліативної допомоги та психологічної підтримки термінальним (безнадійно) хворим, потребують спеціального оснащення для надання допомоги і догляду, а також спеціально підготовленого, переважно сестринського персоналу та широкого залучення волонтерів.

Заклади медико-соціальної допомоги – це новий для України тип закладів для забезпечення догляду та надання соціальної й паліативної допомоги хронічним хворих, цей заклад потребує мінімального діагностичного й лікувального обладнання, обслуговування забезпечується переважно сестринським персоналом.

Головна роль надається багатопрофільним лікарням для надання інтенсивної допомоги, передусім екстреної медичної допомоги, оскільки саме від їх діяльності залежить життя та здоров'я пацієнтів. Саме ці лікарні в розвинених країнах світу становлять близько 90% усіх стаціонарів.

Планується поступове, виважене об'єднання багатопрофільних і монопрофільних або спеціалізованих закладів.

Враховуючи значення променевих методів діагностики в забезпеченні якісної медичної допомоги, нами запропоновано сучасну систему організації променевої діагностики в закладах охорони здоров'я, які входять до складу ГО (рис.).

Ключовою ідеєю створення системи є забезпечення пацієнтів сучасними методами променевої діагностики відповідно до галузевих стандартів, які базуються на доказовій базі за рівнями та видами медичної допомоги.

Запропонована система, структурну основу якої становлять заклади охорони здоров'я ГО, визначає потребу кожного закладу охорони здоров'я в методах променевої діагностики залежно від виду медичної допомоги, яка в ньому надається; структурний підрозділ, який створюється в кожному із зазначених закладів охорони здоров'я, режим його роботи, а також організацію інтерпретації результатів променевих методів обстеження в кожному типі закладів.

Центральним елементом системи є відділення променевої діагностики та відділення ультразвукових методів дослідження ЛІЛ, які проводять усі види променевої діагностики населенню ГО залежно від потреби.

Висновки

Запропонована функціонально-організаційна система організації променевої діагностики на рівні ГО має диференційований підхід до забезпечення пацієнтів променевими методами діагностики залежно від рівня медичної допомоги і типу закладу охорони здоров'я.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з розробкою алгоритму впровадження запропонованої системи в охорону здоров'я України.

Література

1. *Лехан В. М.* Стратегія розвитку охорони здоров'я : український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. – К., 2009. – 50 с.
2. *Матюха Л. Ф.* Стан модернізації первинної медичної допомоги в Україні / Л. Ф. Матюха, К. О. Надутий, Н. Ю. Кондратюк // Україна. Здоров'я нації. – 2013. – 2 (26). – С. 76–83.
3. *Охорона* здоров'я України: стан, проблеми, перспективи : спеціалізоване видання / В. М. Князевич, В. В. Лазоришинець, І. В. Яковенко [та ін.]. – Київ–Тернопіль, 2009. – 440 с.
4. *Первинна* медико-санітарна допомога/сімейна медицина: [монографія] / З. М. Митник, Г. О. Слабкий, Н. П. Кризина ; за ред. В. М. Князевича. – К., 2010. – 404 с.
5. *Про* внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги : Закон України від 07.07.2011 р. № 3611-VI [Електронний документ]. – Режим доступу : http : www.rada.gov.ua. – Назва з екрана.
6. *Про* затвердження Методичних рекомендацій щодо розрахунку потреби населення у медичній допомозі : наказ МОЗ України від 15.07.2011 № 420 [Електронний документ]. – Режим доступу : http : www.moz.gov.ua. – Назва з екрана.
7. *Про* затвердження нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України щодо реалізації Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» : наказ МОЗ України від 05.10.2011 р. № 646 [Електронний документ]. – Режим доступу : http : www.moz.gov.ua. – Назва з екрана.
8. *Про* затвердження Порядку створення госпітальних округів у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві : постанова КМУ від 24.10.2012 р. № 1113 [Електронний документ]. – Режим доступу : http : www.rada.gov.ua. – Назва з екрана.
9. *Про* затвердження примірних положень про заклади охорони здоров'я : наказ МОЗ України від 30.12.2011 р. № 1008 [Електронний документ]. – Режим доступу : http : www.moz.gov.ua. – Назва з екрана.
10. *Про* порядок проведення реформування системи охорони здоров'я в Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві : Закон України від 07.07.2011 р. № 3612-VI [Електронний документ]. – Режим доступу : http : www.rada.gov.ua. – Назва з екрана.
11. *Шевченко М. В.* Результати оптимізації вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у пілотних регіонах у 2012 р. / М. В. Шевченко, Ю. Б. Ященко // Східноєвроп. журн. громад. здоров'я : матеріали Міжнар. наук.-практ. конф., присвяченої Всесвітньому Дню здоров'я 2013, м. Київ, 04–05.04.2013 р. – 2013. – № 1 (21). – С. 288–289.

Дата надходження рукопису до редакції: 22.05.2014 р.

Структурная перестройка системы оказания медицинской помощи как основа новой модели организации лучевой диагностики

А.Ю. Качур
ГУ «Украинский институт стратегических исследований МЗ Украины», г. Киев, Украина

Цель – разработать концептуальные подходы к построению новой модели организации лучевой диагностики в ходе структурной перестройки системы оказания медицинской помощи населению.

Материалы и методы: законодательная база проведения реформы; методы описательного моделирования, структурно-логического анализа. Основу исследования составил системный подход.

Результаты. Учитывая значение лучевых методов диагностики в обеспечении качественной медицинской помощи, приведена современная система организации лучевой диагностики в заведениях здравоохранения, которые входят в состав госпитального округа. Предложенная система, структурную основу которой представляют учреждения здравоохранения госпитального округа, определяет: потребность каждого заведения здравоохранения в методах лучевой диагностики в зависимости от вида медицинской помощи, которая в нем оказывается; структурное подразделение, которое создается в каждом из отмеченных заведений здравоохранения, режим его работы, а также организацию интерпретации результатов лучевых методов обследования в каждом типе заведений.

Выводы. Приведенная система организации лучевой диагностики на уровне госпитального округа построена с учетом дифференцированного подхода к обеспечению пациентов лучевыми методами диагностики, в зависимости от уровня медицинской помощи и типа учреждения здравоохранения.

Ключевые слова: структурная перестройка, система здравоохранения, лучевая диагностика.

Structural reorganization of health care system as a basis of new model of beam diagnostics organization

O.Yu. Kachur
SI «Ukrainian Institute of Strategic Researches Ministry of Health of Ukraine», Kyiv, Ukraine

Purpose – to develop conceptual approaches to construction of new model of beam diagnostics organization in the structural reorganization of medical care system.

Materials and methods: legislative base of carrying out of reform; methods of descriptive modeling, structural and logical analysis have been applied. The basis of the study was systematic approach.

Results. Taking into account value of beam diagnostics methods in maintenance of qualitative medical aid, given modern system of beam diagnostics organization in the health care facilities included in hospital district. The proposed system, the structural basis of which are health care facilities of hospital district determines: need of each health care institution for methods of beam diagnostics depending on the type of medical care that it is given; structural unit, which is created in each of these health care facilities and mode of its operation and organization of interpretation of results of beam methods of inspection in each type of institutions.

Conclusions. The resulted system of the organization of beam diagnostics at the level of hospital district is constructed on the basis of differentiated approach to providing patients with beam diagnostic methods depending on the level of medical care and type of health care facility.

Key words: structural reorganization, health care system, beam diagnostics.

Відомості про автора

Качур Олександр Юрійович – к.мед.н., н.с. ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна; служб. тел. +38 (044) 576-41-19; e-mail: uisr_moz@ukr.net.

УДК 614.2:002:316.77

М.А. Знаменська

МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОГРАМ КОМУНІКАЦІЙ З НАСЕЛЕННЯМ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

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

***Мета** – розробити методичні підходи до оцінки ефективності комунікативних програм в охороні здоров'я.*

***Матеріали та методи.** Методи: описового моделювання, структурно-логічного аналізу, бібліосемантичний, системного підходу. Методичні підходи до оцінки ефективності комунікативних програм в охороні здоров'я розглянуто на прикладі формування позитивного ставлення населення до реформування системи охорони здоров'я.*

***Результати.** Наведено впорядковані і систематизовані методичні підходи до проведення оцінки ефективності програм комунікацій з населенням в охороні здоров'я. Висвітлено загальні підходи до дослідження ефективності вказаних програм; етапи і рівні їх оцінки, структуру рівнів оцінки ефективності комунікативних програм в охороні здоров'я та загальні підходи до інтерпретації результатів.*

***Висновки.** Використання поданих методичних підходів до оцінки результатів комунікативних програм дасть змогу підвищити ефективність комунікацій із громадськістю щодо формування в населення позитивного ставлення до реформування охорони здоров'я в країні.*

***Ключові слова:** методичні підходи, ефективність програм комунікацій, охорона здоров'я.*

Вступ

Питання результативності та звітності завжди залишаються в центрі уваги спеціалістів із паблик рілейшнз (PR) [4]. Вони розуміють, що проведення комунікативних програм має справити помітний та очевидний позитивний вплив на ситуацію, тобто змінити її у визначеному напрямку. З цією метою, після виконання всіх запланованих заходів комунікативних програм, використовуються різноманітні методи та засоби дослідницької роботи, щоб оцінити та документально підтвердити досягнуті результати [1, 3].

Мета роботи – розробити методичні підходи до оцінки ефективності комунікативних програм в охороні здоров'я.

Матеріали та методи

Методи: описового моделювання, структурно-логічного аналізу, бібліосемантичний, системного підходу. У даній статті методичні підходи до оцінки ефективності комунікативних програм в охороні здоров'я розглянуто на прикладі формування позитивного ставлення населення до реформування системи охорони здоров'я.

Результати дослідження та їх обговорення

Дослідники, які будуть проводити оцінку ефективності комунікацій з громадськістю в охороні здоров'я в цілому, у тому числі з питань формування позитивного ставлення населення до реформування системи охорони здоров'я, мають *знати ключові принципи та методи оцінювання*.

На початку необхідно визначити мету дослідження та бажаний результат, щоб встановити критерій або еталон для вимірювання результатів. При цьому слід розрізняти дослідження *результатів процесу* у сфері комунікацій, які є кількісними та поверхневими (наприклад, кількість публікацій, круглих столів, прес-конференцій та контент-аналіз їх змісту), та дослідження *результатів їх впливу* (наприклад, якою мірою змінилося ставлення до реформи охорони здоров'я в осіб, які приймають рішення, на рівні конкретної адміністративної території чи в медичних працівників конкретного закладу охорони здоров'я).

Дослідження повідомлень у ЗМІ, незважаючи на їх велике значення, доцільно розглядати лише як перший крок в оцінці комунікативних заходів. Воно може відображати тільки фактичне висвітлення в пресі певних

матеріалів. Однак не можливо отримати інформацію, чи познайомилася з нею цільова аудиторія і як вона на неї прореагувала.

При оцінці ефективності комунікативних компаній доцільно використовувати різні методи дослідження в комбінаціях та в певній послідовності. Наприклад, контент-аналіз повідомлень ЗМІ, просторовий аналіз (аналіз поширення повідомлень), дослідження успішності комунікаційного заходу (наприклад, круглого столу), опитування громадської думки та соціологічні дослідження, фокус-групи тощо.

При дослідженні необхідно ідентифікувати цільові групи впливу та канали комунікативного впливу. При цьому не можна оцінювати заходи комунікативного впливу відокремлено. Надто важливо проводити оцінку комплексно, пов'язуючи комунікативну діяльність із реальними діями з реформування охорони здоров'я: що заплановано і що зроблено, виходячи зі стратегічних завдань реформи, та позитивними, негативними впливами здійсненого на доступність і якість медичної допомоги.

Щоб надійно провести оцінку комунікативних програм слід визначити конкретні цілі дослідження та узгодити критерії, за якими буде проводитися оцінка: цілі мають формулюватися таким чином, щоб вони передбачали реалістичні, вимірювані й відповідні до стратегії реформування охорони здоров'я результати. Слід пам'ятати, що проведення оцінки результативності комунікативних програм (формування позитивного відношення населення до реформи) необхідно передбачати вже на етапах планування і проводити її на різних етапах реформування, а відповідно комунікативної діяльності, що дасть змогу коригувати методи впливу, канали й частоту подачі інформації та вибору цільових груп.

У загальному виді принциповими питаннями, які підлягають оцінці при дослідженні ефективності комунікативних програм, є:

- чи зрозуміли та сприйняли позитивно представники цільових груп впливу представлену інформацію?;
- чи вдалося охопити комунікативним впливом усі цільові групи?;

Рис. 1. *Етапи та рівні дослідження, оцінка комунікативних програм*

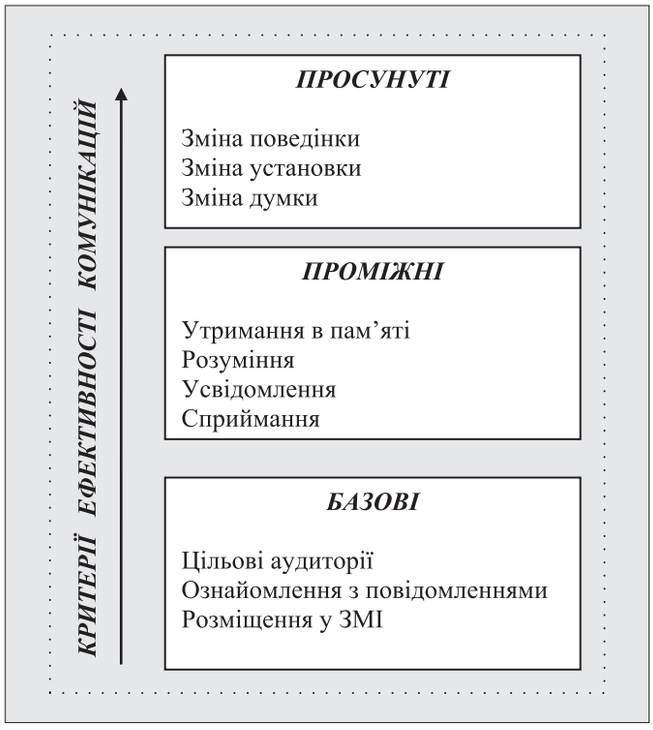


Рис. 2. *Критерії оцінювання комунікативних програм*

- чи вдалося досягти поставленої мети?;
- як непередбачувальні обставини вплинули на проведення комунікативних заходів і виконання програм?;
- чи вдалося провести заплановані заходи в рамках виділених коштів?;
- як можна було зробити стратегію комунікативної діяльності більш ефективною?;
- що можна зробити для більш ефективного здійснення комунікативної діяльності в наступному?

Розглянемо етапи та рівні оцінки комунікативних програм.

Існує три загальні етапи й рівні дослідження, а також оцінки комунікативних програм із використанням різноманітних методів. Це:

1. Збирання даних про масштабність поширення інформації з використанням різноманітних каналів комунікації.
2. Дослідження рівня усвідомлення і розуміння цільовою аудиторією інформації та утримання її в пам'яті.
3. Дослідження змін ставлення цільової аудиторії до певної ситуації. У нашому випадку до реформи охорони здоров'я (рис. 1).

Наведена послідовність етапів і рівнів дослідження ефективності комунікативних програм представляє стандартні елементи оцінки.

Досягнення певних змін у поведінці цільової аудиторії громадськості є головною метою комунікативних програм. Результатом комунікативних програм є не кількість проведених заходів, а вплив, який вони спричинили на лінію поведінки громадськості в цілому і окремих груп населення (рис. 2). Отже, успіх комунікацій визначається підтримкою населення в цілому, медичними працівниками і особами, які приймають рішення на всіх рівнях управління реформи охорони здоров'я.

Детальна методологія дослідження ефективності комунікативних програм в охороні здоров'я викладена в методичних рекомендаціях [2], тому ми зупинимося на загальних підходах до інтерпретації результатів оцінювання.

Підтвердження ефективності комунікативних програм – це складна річ, тому даний процес має бути безперервним і відповідальним елементом програм комунікацій із населенням та його цільовими групами впливу. Формалізовані дослідження напередодні розгортання комунікативних програм та під час їх проведення надають необхідну інформацію для порівняння остаточних результатів із ситуацією, що існувала до початку програми і є основою для проведення корекції під час її здійснення.

Для підсумкової інтерпретації результатів і оцінювання результатів комунікативних програм необхідні спеціалісти, які володіють загальнотеоретичними, соціологічними, соціально-психологічними, політологічними та іншими знаннями про соціальні явища й процеси.

Висновки

Наведено методичні підходи до оцінки результатів комунікативних програм, використання яких дасть змогу підвищити ефективність комунікацій із громадськістю щодо формування в населення позитивного ставлення до реформування охорони здоров'я в країні.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням ефективності заходів комунікації в пілотних регіонах із реформування охорони здоров'я щодо формування в населення позитивного ставлення до реформування системи надання медичної допомоги та впровадження сімейної медицини.

Література

1. *Комунікації* у процесі впровадження та супроводу реформування / Г. О. Слабкий, Ю. Б. Ященко, Л. В. Ященко [та ін.] // Україна. Здоров'я нації. – 2012. – № 2–3. – С. 176–181.
2. *Слабкий Г. О.* Методичні рекомендації з оцінки ефективності комунікативних програм в охороні здоров'я / Г. О. Слабкий, М. А. Знаменська. – К., 2014. – 39 с.
3. *Слабкий Г. О.* Роль комунікацій в модернізації закладів охорони здоров'я України / Г. О. Слабкий, М. А. Знаменська, Н. Г. Левенець // Впровадження сучасних досягнень медичної науки в практику охорони здоров'я України : матер. Міжнар. мед. конгресу, м Київ, 25–27 вересня 2012 р. – К., 2012. – С. 6–7.
4. *Стратегія* і тактика комунікацій із громадськістю для організацій третього сектора : метод. пос. /за ред. В. Г. Королька. – К., 2003. – 216 с.

Дата надходження рукопису до редакції: 22.05.2014 р.

Методические подходы к оценке эффективности программ коммуникаций с населением в здравоохранении

М.А. Знаменская
ГУ «Украинский институт стратегических исследований МЗ Украины», г. Киев, Украина

Цель – разработать методические подходы к оценке эффективности коммуникативных программ в здравоохранении.

Материалы и методы. Методы: описательного моделирования, структурно-логического анализа, библиосемантический, системного подхода. Методические подходы к оценке эффективности коммуникативных программ в здравоохранении рассмотрены на примере формирования позитивного отношения населения к реформированию системы здравоохранения.

Результаты. Приведены упорядоченные и систематизированные методические подходы к проведению оценки эффективности программ коммуникаций с населением в здравоохранении. Отражены общие подходы к исследованию эффективности указанных программ; этапы и уровни их оценки, структуру уровней оценки эффективности коммуникативных программ в здравоохранении и общие подходы к интерпретации результатов.

Выводы. Использование поданных методических подходов к оценке результатов коммуникативных программ позволит повысить эффективность коммуникаций с общественностью по формированию у населения позитивного отношения к реформированию здравоохранения в стране.

Ключевые слова: методические подходы, эффективность программ коммуникаций, здравоохранение.

Methodological approaches to effectiveness evaluation of communications programs with the population in health care

M.A. Znamenska
SI «Ukrainian Institute of Strategic Researches Ministry of Health of Ukraine», Kyiv, Ukraine

Purpose – to develop a methodical approach to evaluating the effectiveness of communication programs in health care.

Materials and methods: descriptive modeling, structural-logical analysis, systematic approach. In this article methodical approach for effectiveness evaluation of communication programs in health care are considered on the example of forming in public a positive attitude to health care system reform.

Results. Ordered and systematic methodological approaches to effectiveness evaluation of communications programs with the population in health care are presented. This article presents general approaches to effectiveness study of this programs; stages and levels of assessment, the structure of levels for evaluating the effectiveness of communication programs in health care and the general approach to results interpretation.

Conclusions. Methodological approaches for communication programs evaluation are presented. It will increase the efficiency of communication with the population toward formation of positive attitude to health care reform in the country.

Key words: methodological approaches, effectiveness of communication programs, health care.

Відомості про автора

Знаменська Марія Андріївна – к.мед.н., асистент кафедри офтальмології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика; дисертант ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна; служб. тел. +38 (044) 408-05-36; e-mail: znamenska@yahoo.com.

УДК 616.31:352.001.73

О.В. Савчук

СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ МУНІЦИПАЛЬНИХ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАКЛАДІВ М. КИЄВА (НА ДУМКУ КЕРІВНИКІВ І ЛІКАРІВ ЦИХ ЗАКЛАДІВ)

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

***Мета** – вивчити проблеми організації та перспективи розвитку муніципальних стоматологічних закладів м. Києва за результатами соціологічного опитування лікарів-стоматологів і керівників стоматологічної служби.*

***Матеріали та методи.** За спеціально розробленою програмою проведено анкетування 309 лікарів-стоматологів і 67 керівників стоматологічної служби в муніципальних медичних закладах м. Києва.*

***Результати.** За даними анкетування, переважна більшість опитаних вважають, що основною проблемою організації стоматологічної допомоги населенню столиці є недостатнє її фінансування. Цим обумовлений незадовільний стан матеріально-технічного оснащення закладів, низький рівень оплати праці та відсутність економічної мотивації в медичного персоналу до підвищення кваліфікації.*

***Висновки.** Для оптимізації стоматологічної служби, на думку респондентів, необхідно здійснити її організаційно-функціональну перебудову. Для забезпечення підвищення доступності та зростання соціальної та економічної ефективності стоматологічної допомоги опитані підтримали ідею запровадження державних стандартів безоплатної стоматологічної допомоги та формування нового господарського механізму в стоматологічних закладах у вигляді державно-приватного партнерства.*

***Ключові слова:** муніципальні стоматологічні заклади, лікарі-стоматологи, керівники, соціологічне дослідження, організація стоматологічної допомоги.*

Вступ

Збереження стоматологічного здоров'я населення є одним із пріоритетних завдань, яке контролюється Європейською стратегією Всесвітньої організації охорони здоров'я по досягненню здоров'я для всіх [4]. Сучасний стан стоматологічного здоров'я та організації стоматологічної допомоги населенню України характеризується високим рівнем поширеності стоматологічних захворювань, згортанням профілактичних заходів, скороченням державного фінансування стоматологічної служби [3].

Ефективне управління охороною здоров'я, у тому числі стоматологічного, неможливо здійснювати без отримання інформації, яка відображає стан охорони здоров'я і результати реформ у галузі. Достовірні результати такого роду можна отримати шляхом проведення медико-соціального дослідження серед професіоналів – лікарів та організаторів охорони здоров'я [5]. Саме тому важливо знати думку лікарів-стоматологів і керівників стоматологічної служби щодо сучасних проблем у діяльності стоматологічних закладів, відповідності системи стоматологічної допомоги економічним умовам, шляхів розвитку стоматології в нових умовах [1, 2, 6]. Соціологічне опитування, як метод дослідження, дає змогу представити різнобічну оцінку сучасного стану, проблем і перспектив розвитку стоматологічних закладів, а також порівняти результати оцінок різних контингентів опитаних [1, 6].

Мета роботи – вивчити сучасні проблеми та перспективи розвитку муніципальних стоматологічних закладів м. Києва за результатами соціологічного опитування лікарів-стоматологів і керівників стоматологічної служби.

Матеріали та методи дослідження

Соціологічне дослідження проведено в м. Києві у 2013 р. за спеціально розробленою програмою опитування (анкетою), якою передбачено збір інформації від

Таблиця 1

Результати соціологічного опитування лікарів-стоматологів і керівників стоматологічної служби в муніципальних закладах м. Києва

№ пор.	Запитання	Варіант відповіді	Результати опитування	
			лікарі P±m (у %)	керівники P±m (у %)
1.	Стать	1.1. Чоловіча	31,7±2,6	79,2±5,0
		1.2. Жіноча	68,3±2,6	20,8±5,0
2.	Вік	2.1. 18–39 років	27,2±2,5	12,1±4,0
		2.2. 40–49 років	33,7±2,7	34,2±5,8
		2.3. 50–59 років	29,7±2,6	46,2±6,1
		2.4. 60 і старші	9,4±1,7	7,5±3,2
3.	Матеріально-технічний стан стоматологічного закладу	3.1. Задовільний	31,4±2,6	35,9±5,9
		3.2. Незадовільний	68,6±2,6	64,1±5,9
4.	Динаміка матеріально-технічного стану закладу за останні 3 роки	4.1. Поліпшився	12,0±1,8	18,3±4,7
		4.2. Не змінився	7,1±1,5	7,6±3,2
		4.3. Погіршився	80,9±2,2	74,1±5,4
5.	Використання сучасних методів лікування	5.1. Так	30,0±2,6	39,9±6,0
		5.2. Ні, через відсутність сучасної апаратури	70,0±2,6	60,1±6,0
6.	Зміни, необхідні для удосконалення організації роботи стоматологічних закладів	6.1. Збереження та удосконалення існуючої системи	24,0±2,4	14,1±4,3
		6.2. Перехід до страхової медицини	18,7±2,2	27,9±5,5
		6.3. Поширення приватної практики	14,2±2,0	8,5±3,4
		6.4. Запровадження державно-приватного партнерства в стоматології	43,1±2,8	49,5±6,1
7.	Необхідність у запровадженні державних стандартів безоплатної стоматологічної допомоги	7.1. Існує	72,5±2,5	85,6±4,3
		7.2. Ні	16,7±2,1	14,4±4,3
		7.3. Важко відповісти	10,8±1,8	–
8.	Наявність систематичної інформації про нові методи організації та фінансування стоматологічних закладів із провідних наукових установ	8.1. Так	4,3±1,2	13,2±4,1
		8.2. Ні	61,5±2,8	43,5±6,1
		8.3. Важко визначити	14,5±2,0	3,3±2,2

лікарів-стоматологів і керівників стоматологічної служби для вивчення їхньої думки щодо існуючих проблем і можливості удосконалення роботи муніципальних стоматологічних закладів. Анкета налічувала 11 запитань і 46 підпитань. Соціологічне опитування здійснено шляхом анонімного анкетування двох якісно та кількісно репрезентативних вибірок, які налічували 309 лікарів-стоматологів муніципальних медичних закладів м. Києва та 67 організаторів – керівників стоматологічних поліклінік і відділень у лікувальних закладах комунальної власності м. Києва. Статистична обробка результатів соціологічного дослідження передбачала використання методів статистичного групування, табличного зведення, аналізу абсолютних і відносних рядів розподілу, оцінки статистичної вірогідності відмінності результатів соціологічного опитування лікарів-стоматологів і керівників стоматологічної служби (за критерієм Пірсона χ^2).

Результати дослідження та їх обговорення

Аналіз статево-вікового складу респондентів засвідчив, що серед лікарів у муніципальних стоматологічних закладах 68,3% становили жінки, а 31,7% – чоловіки, а серед керівників стоматологічної служби – відповідно 79,2% і 20,8%. Серед лікарів-стоматологів і організаторів охорони здоров'я переважали особи віком 40–59 років – відповідно 63,4% і 80,4% (табл. 1).

У результаті проведених соціологічних досліджень серед лікарів-стоматологів і керівників стоматологічної служби виявлено узагальнену думку обох груп респондентів щодо матеріально-технічного стану муніципальних стоматологічних закладів, існуючих перешкод для їх нормальної діяльності, перспективних напрямів удосконалення організації роботи, адаптації медичних закладів до роботи в умовах ринкових відносин і бачення шляхів розвитку стоматології в нових соціально-економічних умовах.

Встановлено, що провідною проблемою в професійній діяльності лікарів-стоматологів є застаріла матеріально-технічна база закладів. Як незадовільний оцінили матеріально-технічний стан стоматологічного закладу 68,6±2,6% лікарів і 64,1±5,9% керівників, а на його погіршення протягом останніх трьох років вказали відповідно 80,9±2,2% і 74,1±5,4% респондентів. Серед респондентів 70,0±2,6% лікарів і 60,1±6,0% керівників відзначили, що це не дає змоги використовувати сучасні методики лікування.

Аналіз результатів опитування респондентів щодо перспективних напрямів удосконалення організації стоматологічної допомоги засвідчив, що 24,0±2,4% лікарів і 14,1±4,3% керівників висловилися за удосконалення існуючої системи надання стоматологічної допомоги; 18,7±2,2% і 27,9±5,5% підтримали ідею переходу до страхової медицини, 14,2±2,0% і 8,5±3,4% – поширення приватної практики. За запровадження державно-приватного партнерства в наданні стоматологічної допомоги висловилося 43,1±2,8% лікарів і 49,5±6,1% керівників. Вказали на необхідність введення державних стандартів безоплатної стоматологічної допомоги 72,5±2,5% лікарів і 85,6±4,3% керівників.

Слід зазначити, що відсутність систематичної інформованості щодо нових методів організації роботи стоматологічних закладів відмітили 61,5±2,8% лікарів і 43,5±6,1% керівників.

Основними перешкодами для нормальної діяльності стоматологічних закладів, на думку респондентів (табл. 2), є: недостатнє фінансування стоматологічних закладів (93,2±1,4% лікарів і 94,1±2,9% керівників); скорочення обсягу безоплатної медичної допомоги (відповідно 77,6±2,4% і 86,5±4,2%); відсутність системи прийому на роботу медичних працівників за контрактом, в якому вказується розмір заробітної плати залежно від обсягу наданої медичної допомоги (80,3±2,3% і 79,1±5,0%); відсутність чіткості у визначенні гарантій безоплатної допомоги населенню (77,9±2,4% і 85,6±4,3%); низький рівень оплати праці (76,1±2,4% і 67,2±5,7%); відсутність матеріальної мотивації до підвищення кваліфікації медичного персоналу (71,5±2,6% і 70,1±5,6%).

На думку 44,9±2,8% лікарів і 40,8±6,0% керівників, слід зберегти державну форму стоматологічних закладів. Це пов'язано насамперед із великим соціальним значенням стоматологічної допомоги та низькою платоспроможністю населення. Водночас, значна частина респондентів (43,7±2,8% лікарів і 48,3±6,1% керівників) вказали на необхідність запровадження приватно-державного партнерства в стоматології, що сприятиме сумісному державному та ринковому регулюванню її економічної діяльності, оптимізації нормативно-правової бази, більш чіткому розмежуванню повноважень і зобов'язань між бізнесом і державою.

На думку 40,4±2,8% лікарів і 40,8±6,0% керівників, оптимізація системи надання стоматологічної допомоги в найближчі роки буде пов'язана з організаційно-функціональною перебудовою, а також з удосконаленням фінансово-економічної діяльності стоматологічних закладів (відповідно 30,3±2,6% і 34,2±5,8%).

Слід відмітити одностайність в оцінці провідних проблем у діяльності муніципальних стоматологічних закладів і перспективних напрямів у їх розвитку лікарями-стоматологами та керівниками служби, що засвідчує відсутність вірогідної різниці в їх відповідях за критерієм Пірсона χ^2($p>0,05$).

Висновки

При аналізі матеріалів соціологічного дослідження узагальнено думку лікарів-стоматологів і керівників стоматологічної служби щодо сучасних проблем та напрямів розвитку муніципальних стоматологічних закладів м. Києва.

Переважна більшість лікарів і керівників стоматологічних закладів вказали, що основною проблемою організації стоматологічної допомоги населенню столиці є недостатнє її фінансування. Цим обумовлений незадовільний стан матеріально-технічного оснащення закладів, низький рівень оплати праці та відсутність економічної мотивації в медичного персоналу до підвищення кваліфікації.

Для оптимізації стоматологічної служби, на думку респондентів, слід провести її організаційно-функціональну перебудову. Лікарі та керівники стоматологічних закладів підтримали ідею запровадження держав-

Таблиця 2

Основні проблеми та напрями удосконалення роботи стоматологічних закладів на думку лікарів стоматологів і керівників стоматологічної служби, P±m (%)

№ пор.	Запитання та варіант відповіді		Лікарі	Керівники
1.	Проблеми, які заважають роботі стоматологічних закладів			
	1.	Недосконаліть концепції розвитку стоматологічної допомоги в Україні	32,5±2,7	49,5±6,1
	2.	Відсутність прогресивної законодавчої бази	43,1±2,8	68,6±5,7
	3.	Недостатнє фінансування лікувальних закладів	93,2±1,4	94,1±2,9
	4.	Недостатня господарська самостійність закладів	25,6±2,5	34,5±5,8
	5.	Відсутність маркетингової (ринкової) стратегії в управлінні, неекономічна орієнтація організації закладів	17,5±2,2	79,2±5,0
	6.	Відсутність економічної мотивації до підвищення кваліфікації медичного персоналу	71,5±2,6	70,1±5,6
	7.	Низький рівень оплати праці	76,1±2,4	67,2±5,7
	8.	Відсутність системи прийому на роботу медичних працівників за контрактом, в якому вказується розмір заробітної плати залежно від обсягу наданої медичної допомоги	80,3±2,3	79,1±5,0
	9.	Відтік кваліфікованих кадрів із закладів	49,8±2,8	58,2±6,0
	10.	Недостатня підготовленість головних лікарів	47,0±2,8	65,7±5,8
	11.	Недостатня підготовленість лікарів	37,9±2,8	59,8±6,0
	12.	Низька платоспроможність населення	49,3±2,8	50,0±6,1
	13.	Відсутність чіткості у визначенні гарантій безоплатної допомоги населенню	77,9±2,4	85,6±4,3
	14.	Низький рівень клієнтського сервісу	48,9±2,8	62,6±5,9
	15.	Скорочення обсягу безоплатної медичної допомоги	77,6±2,4	86,5±4,2
2.	Господарська форма стоматологічних закладів, оптимальна для сучасних економічних умов			
	1.	Державна	44,9±2,8	40,8±6,0
	2.	Приватна	11,0±1,8	7,9±3,3
	3.	Державно-приватне партнерство	43,7±2,8	48,3±6,1
	4.	Акціонерна	2,5±0,9	3,0±2,1
3.	Оптимізація надання стоматологічної допомоги у найближчі роки буде пов'язана з:			
	1.	організаційно-функціональною перебудовою стоматологічної служби	40,4±2,8	40,8±6,0
	2.	удосконаленням її фінансово-економічної діяльності	30,3±2,6	34,2±5,8
	3.	запровадженням нових методів і технологій у лікувально-діагностичний процес	14,8±2,8	13,2±4,1
	4.	удосконаленням кадрової політики	14,5±2,8	6,7±3,1

них стандартів безоплатної стоматологічної допомоги та формування нового господарського механізму в стоматологічних закладах, у вигляді державно-приватного партнерства, для забезпечення підвищення доступності та зростання соціальної та економічної ефективності стоматологічної допомоги.

Перспективи подальших досліджень

Результати соціологічного дослідження будуть використані при обґрунтуванні моделі оптимізації муніципальної стоматологічної допомоги населенню великого міста.

Література

1. *Белоусов Н. И.* Социологическая диагностика организации стоматологической службы в регионе / Н. И. Белоусов, Б. В. Трифонов, В. Г. Стародубцев // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2008. – Т. 7, № 3. – С. 744–748.
2. *Боднева С. Л.* Государственно-частное партнерство как эффективный путь развития стоматологии в новых социально-экономических условиях / С. Л. Боднева, В. С. Сирунянц, И. В. Сирунянц // Экономика и менеджмент в стоматологии. – 2008. – № 2 (25). – С. 18–26.
3. *Вахненко О. М.* Аналіз ресурсного забезпечення стоматологічної служби в Україні / О. М. Вахненко // Соврем. стоматология. – 2011. – № 3. – С. 172–176.
4. *Основы* политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ // Европейская серия по достижению здоровья для всех. – 2005. – № 7. – 98 с.
5. *Решетников А. В.* Проведение медико-социологического мониторинга / А. В. Решетников, С. А. Ефименко. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 160 с.
6. *Шестаков Г. С.* О роли социологических исследований в изучении стоматологической заболеваемости населения / Г. С. Шестаков, М. М. Жабоев // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. – 2011. – № 2. – С. 62–64.

Дата надходження рукопису до редакції: 15.04.2014 р.

Современные проблемы и перспективы развития муниципальных стоматологических учреждений г. Киева (по мнению руководителей и врачей этих учреждений)

О.В. Савчук
Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

Цель – изучить проблемы организации и перспективы развития муниципальных стоматологических учреждений г. Киева по результатам социологического опроса врачей-стоматологов и руководителей стоматологической службы.

Материалы и методы. По специально разработанной программе проведено анкетирование 309 врачей-стоматологов и 67 руководителей стоматологической службы в муниципальных медицинских закладах г. Киева.

Результаты. По данным анкетирования, преимущественное большинство опрошенных считают, что основною проблемою организации стоматологической помощи населению столицы является недостаточное ее финансирование. Этим обусловлено неудовлетворительное состояние материально-технического оборудования учреждений, низкий уровень оплати труда и отсутствие экономической мотивации у медицинского персонала к повышению квалификации.

Выводы. Для оптимизации стоматологической службы, по мнению респондентов, необходимо провести ее организационно-функциональную перестройку. Для обеспечения повышения доступности и увеличения социальной и экономической эффективности стоматологической помощи опрошенные поддержали идею внедрения государственных стандартов бесплатной стоматологической помощи и формирования нового хозяйственного механизма в стоматологических учреждениях в виде государственно-частного партнерства.

Ключевые слова: муниципальные стоматологические, врачи-стоматологи, руководители, социологическое исследование, организация стоматологической помощи.

Modern problems and prospects of Kyiv municipal stomatologic establishments (according to heads and physicians of these establishments)

O.V. Savchuk
National Medical Academy of Postgraduate Education named after P.L. Shupyk, Kyiv, Ukraine

Purpose – to study problems of organisation and prospects of development of Kyiv municipal stomatologic establishments by results of sociological survey of dentists and heads of stomatologic service.

Materials and methods. Under specially developed program questioning 309 dentists and 67 heads of stomatologic service in Kyiv municipal medical institutions is spent.

Results. According to survey, the overwhelming majority of respondents consider that the basic problem of dental care organisation to the capital population is its insufficient funding. This is due to the unsatisfactory condition of material and technical equipment of establishments, low level of wages and lack of economic motivation of medical personnel to improvement of professional skill.

Conclusions. For optimization of stomatologic service, according to respondents, it is necessary to carry out its organizational and functional reorganisation. For provide increased availability and growth social and economic efficiency of stomatologic care respondents have supported idea of introduction of state standards of free dental care and formation of new economic mechanism in stomatologic establishments in the form of state-private partnership.

Key words: municipal stomatologic establishments, dentists, heads, sociological research, organization of dental care.

Відомості про автора

Савчук Олег Володимирович – к.мед.н., доц. кафедри стоматології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика; вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна; тел. служб. +38 (044) 482-08-41; e-mail: kab413@mail.ru.

УДК 316.25:616-083:3781

Л.Ф. Матюха[1], Г.О. Слабкий[2], Т.М. Бухановська[1]

РЕЗУЛЬТАТИ СОЦІОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ІНТЕРНІВ ЩОДО ЇХ ГОТОВНОСТІ ДО НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДИТЯЧОМУ НАСЕЛЕННЮ

[1]Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна
[2]ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, Україна

***Мета** – вивчити готовність лікарів-інтернів другого року навчання (спеціальність «Загальна практика – сімейна медицина») до надання первинної медичної допомоги дитячому населенню після закінчення інтернатури.*

***Матеріали та методи.** Проведено соціологічне дослідження 65 лікарів-інтернів. Одиниці спостереження відібрано випадковим способом із використанням безповоротної вибірки. Мінімізацію випадкових похибок забезпечено репрезентативністю вибірки. Методи обліку та збору медико-статистичної інформації – анкетування та опис. Обробку та статистичне групування отриманої інформації проведено за ознаками, відображеними в абсолютних цифрах і відсотках за загальноприйнятими методиками.*

***Результати.** Встановлено, що лише 20,0% респондентів по закінченню інтернатури мають бажання та готові обслуговувати дітей з етапу надходження дитини з пологового будинку до дільниці.*

***Висновки.** Для підвищення вищезазначеного відсотка слід збільшити термін проходження інтернатури за фахом «Загальна практика – сімейна медицина»; переглянути існуючі нормативні документи щодо заочних баз для проходження інтернатури; створити навчально-тренінгові центри при закладах первинної медичної допомоги, що є базами заочного навчання; керівники заочних баз повинні нести відповідальність за якість підготовки лікаря-інтерна та ознайомлювати інтернів із медико-технологічними документами, уніфікованими клінічними протоколами, наказами МОЗ України з питань надання медичної допомоги дитячому населенню.*

***Ключові слова:** лікарі-інтерни, дитяче населення, сімейна медицина.*

Вступ

Реформування системи охорони здоров'я на сучасному етапі передбачає надання первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) усьому населенню незалежно від віку та включає консультування, діагностування й лікування найпоширеніших хвороб, травм та отруєнь [2, 5, 6, 7]. Водночас, одним із основних напрямів діяльності лікарів загальної практики – сімейних лікарів (ЛЗПСЛ) є принцип збереження «здоров'я здорових» [1], тобто посилення профілактичних заходів. Це дуже актуально, оскільки саме на амбулаторному етапі медичної допомоги слід вирішувати понад 80% медичних проблем пацієнтів [6]. На сьогодні в Україні починають і закінчують лікування близько 30% пацієнтів у сільській місцевості та близько 50% міського населення.

Важливим інструментом реформування галузі є ефективна кадрова політика. У 2011–2012 рр. забезпеченість ЛЗПСЛ (за даними статистичних звітів) збільшилася з 1,8 до 2,3 на 10 тис. населення, а кількість випускників вищих медичних навчальних закладів (ВМНЗ) на зазначені посади у 2013 р. порівняно з попереднім зросла на 77,5% [8]. Тому дуже суттєва надія покладена на молоде покоління ЛЗПСЛ, зокрема, на до- і післядипломну підготовку.

Програма інтернатури випускників ВМНЗ III–IV рівнів акредитації за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина» (ЗПСМ) складається з двох років навчання та поділяється на очну (бази кафедр післядипломної підготовки лікарів) і заочну частини (лікувально-профілактичні заклади (ЛПЗ) за місцем розподілу лікарів-інтернів). За цей час інтерни підвищують рівень професійної готовності для самостійної роботи з фаху «ЗПСМ». Проте, відповідно до нового документу ЄС Directive 2005/36/ЕС, спочатку Велика Британія, а потім інші країни збільшили мінімальний термін навчання ЛЗПСЛ до 3 років [4].

Таблиця 1

Розподіл лікарів-інтернів за віком

Вік (повні роки), x	Кількість інтернів, p	xp	%±Δ%
23	24	552	36,9±6,0
24	23	552	35,4±5,9
26	5	125	7,7±3,3
27	6	156	9,2±3,5
	1	27	1,5±1,5
28	3	84	4,6±2,6
29	1	29	1,5±1,5
30	0	0	0
31	2	62	3,2±2,2
	n=65	Σxp=1587	

Мета роботи – вивчити готовність лікарів-інтернів другого року навчання (спеціальність «ЗПСМ») до надання ПМСД дитячому населенню після закінчення інтернатури.

Матеріали та методи

Проведено репрезентативне опитування шляхом анонімного анкетування 65 лікарів-інтернів другого року навчання, які вже пройшли першу очну підготовку на кафедрах післядипломної освіти та стажування на заочних базах.

Одиниці спостереження відібрано випадковим способом із використанням безповоротної вибірки, тобто кожний респондент заповнював анкету тільки один раз. Мінімізацію випадкових похибок забезпечено репрезентативністю вибірки. Методи обліку та збору медико-статистичної інформації – анкетування та опис.

Опитування проведено одномоментно із застосуванням спеціально розроблених анкет. Анкети були анонімними, запитання передбачали вибір одного чи декількох найбільш прийнятних варіантів відповідей та висловлювання власної думки опитуваних. Перед анкетуванням лікарям-інтернам роздано інформаційний лист, де зазначено мету, завдання соціологічного дослідження, наголошено на анонімності анкетування, на праві респондентів відмовитись від участі в заповненні анкет та на необхідності надання об'єктивної відповіді на поставлені запитання.

Обробку та статистичне групування отриманої інформації проведено за ознаками, відображеними в абсолютних цифрах і відсотках відповідно до загальноприйнятих методик [3].

Результати дослідження та їх обговорення

Дослідження проведено серед респондентів, середній вік яких становив 24,4 року (табл. 1). Найбільше було осіб віком 23 (36,9±6,0%) і 24 роки (35,4±5,9%). Найменше – віком 27 і 29 років (по 1,5±1,5% відповідно).

За статтю переважали жінки (49 осіб, або 75,4±5,3%), а чоловіки становили 24,6±5,3% (16 респондентів).

За місцем проходження заочного циклу інтернатури інтерни розподілилися таким чином: в амбулаторіях у складі центрів первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД) проходили заочну частину 32 (49,2±6,2%) респонденти, у віддалених від ЦПМСД амбулаторіях працювало 3 (4,6±2,6%) інтерни. Проте більшість (30 опитаних, або 46,2±6,2%) проходили заочну частину в інших ЛПЗ: центральних міських лікарнях – 18 (60,0±8,9%) осіб, центральних районних лікарнях – 8 (26,6±8,1%) осіб, у терапевтичних відділеннях обласних лікарень – 4 (13,4±6,2%) лікарі.

Серед осіб, які взяли участь у дослідженні, 56 (86,2±4,3%) респондентів відповіли, що заклад, де вони проходили заочний цикл інтернатури, знаходиться в міському поселенні, 8 (12,3±4,1%) – в обласному центрі, 1 (1,5%) – у сільській місцевості.

Протягом навчання на заочних базах 31 (47,7±6,2%) інтерн обслуговував лише доросле населення (рис. 1) та стільки ж надавали медичну допомогу всьому населенню (дорослим і дітям). Ще 3 (4,6±2,6%) респонденти відповіли, що обслуговували лише дорослих і дітей від 15 років.

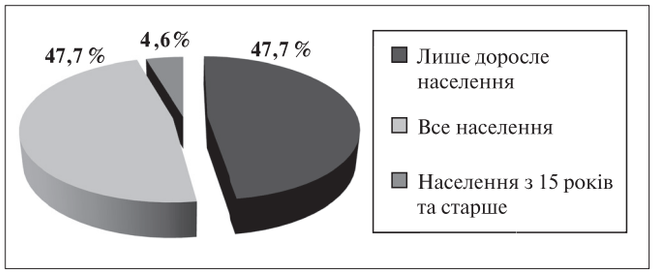


Рис. 1. *Розподіл респондентів за категоріями населення, яким надавалась допомога під час проходження заочної частини інтернатури за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина» (%)*

Серед тих (47 осіб, або 72,3±5,6%), хто надавав медичну допомогу дитячому населенню (0–17 років), самостійно це здійснювало 9 (19,2±5,7%) респондентів, разом із педіатром – 15 (31,9±6,8%), разом з іншими лікарями – 23 (48,9±7,3%). У ході проведеного анкетування 18 (27,7±5,6%) респондентів відповіли, що зовсім не працювали з дітьми.

У лікувальних закладах, де працювали лікарі-інтерни, відстань до найближчої багатопрофільної лікарні становила до 5 км – 43 (66,2±5,9%) респонденти, 5–10 км – 9 (13,8±4,3%) лікарів, 10–15 км – 7 (10,8±3,8%) осіб, понад 15 км – 6 (9,2±3,6%) опитаних. Середня відстань серед тих, хто працював у ЛПЗ на відстані понад 15 км, становила майже 66 км.

З клінічними настановами, уніфікованими протоколами, затвердженими МОЗ України, щодо надання медичної допомоги дитячому населенню ознайомлений 51 (78,5±5,1%) респондент (рис. 2), решта (14 осіб, або 21,5±5,1%) відповіли, що не ознайомлені з цими нормативними документами. Стосовно наявності на заочних базах проходження інтернатури документів, які регламентують надання медичної допомоги дітям, 56 (86,2±4,3%) осіб відповіли позитивно, решта (9 опитаних, або 13,8±4,3%) респондентів – негативно. Більшість (38 інтернів, або 58,5±6,1%) у своїй роботі при обслуговуванні педіатричного контингенту керувалися відповідними клінічними настановами, уніфікованими клінічними протоколами, затвердженими МОЗ України, ще 11 (16,9±4,6%) – іноді до них зверталися, а решта (16 інтернів, або 24,6±5,3%) респондентів відповіли, що дуже рідко або зовсім не використовували їх у своїй роботі.

Робоче місце оснащене комп'ютерною технікою майже у кожного третього інтерна. Так, 49 (75,4±5,3%) опитаних відповіли, що не мали комп'ютера на місці проходження інтернатури. При цьому ті, у кого він був (16 осіб, або 24,6±5,3%), здебільшого (11 опитаних, або 68,8±11,6%) забезпечені доступом до мережі Інтернет.

Наступне запитання анкети стосувалось використання наявного автоматизованого робочого місця та передбачало декілька відповідей. З'ясовано (рис. 3), що комп'ютер на робочому місці використовувався насамперед для пошуку необхідної інформації (50,0%), ведення медичної документації (43,8%), створення Єдиного реєстру пацієнтів (31,3%).

Наступні запитання анкети стосувались самостійної оцінки за п'ятибальною шкалою власних знань і практичних навичок самими інтернами (табл. 2).

Одним з основних видів ПМСД є профілактика. Серед профілактичних заходів, спрямованих на попередження хвороб саме в ранньому дитячому віці, на перший план виступає специфічна та неспецифічна профілактика рахіту. За даними таблиці 2, наявність достатнього та високого рівня теоретичних знань із цього питання визнали 49 (75,4±5,3%) інтернів, середній бал серед всіх опитаних – 3,9. Така ж середня оцінка стосувалась і профілактики залізодефіцитних станів у дітей раннього віку. Водночас, на достатньому рівні («4» та «5» балів) оцінили власні знання 50 (76,9±5,2%) респондентів. Наднизький середній бал із теоретичних основ профілактики виявився в інтернів щодо особли-

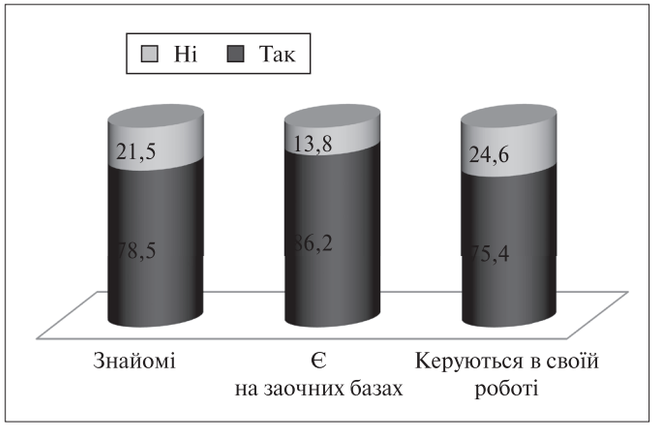


Рис. 2. *Відповіді респондентів щодо використання у своїй практиці клінічних настанов, уніфікованих клінічних протоколів надання медичної допомоги дитячому населенню (%)*

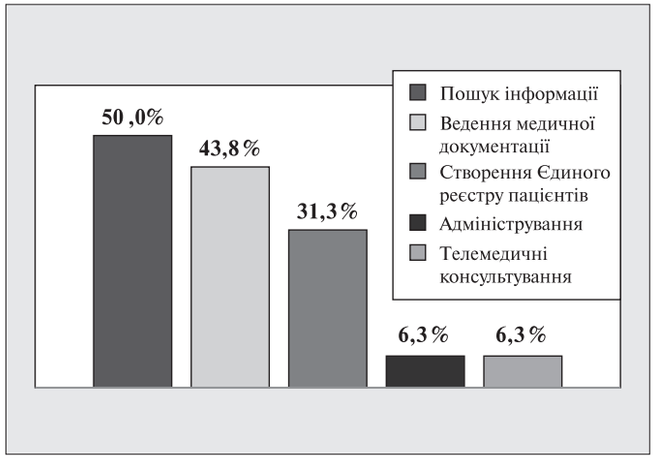


Рис. 3. *Використання комп'ютеризованого робочого місця лікарями-інтернами (%)*

Таблиця 2

Самооцінка інтернами рівня теоретичних знань (бали)

Знання	Бал										Середній бал
	1		2		3		4		5		
	абс.	%±Δ%	абс.	%±Δ%	абс.	%±Δ%	абс.	%±Δ%	абс.	%±Δ%	
з питань профілактики											
профілактики рахіту	0	–	1	1,5±1,5	15	23,1±5,2	37	56,9±6,1	12	18,5±4,8	**3,9**
профілактики залізодефіцитних станів у дітей раннього віку	1	1,5±1,5	0	–	14	21,6±5,1	39	60,0±6,0	11	16,9±4,6	**3,9**
особливостей спостереження, догляду, режиму дітей 1-го року життя	0	–	3	4,7±2,6	19	29,2±5,6	27	41,5±6,1	16	24,6±5,3	**3,4**
самостійне складання індивідуального плану вакцинації дитини	0	–	6	9,2±3,6	19	29,2±5,6	28	43,1±6,1	12	18,5±4,8	**3,7**
вигодовування та харчування дитини раннього віку	0	–	0	–	12	18,5±4,8	35	53,8±6,2	18	27,7±5,6	**4,1**
методів загартовування дитини	0	–	4	6,2±3,0	15	23,1±5,2	34	52,3±6,2	12	18,5±4,8	**3,8**
методики правильного прикладання дитини до грудей матері	0	–	2	3,1±2,1	10	15,4±4,5	19	29,2±5,6	34	52,3±6,2	**4,3**
факторів ризику синдрому раптової смерті дитини грудного віку	0	–	0	–	23	35,4±5,9	28	43,1±6,1	14	21,6±5,1	**3,9**
з діагностики											
методики оцінки кульшових суглобів дитини на наявність вродженого вивиху, дисплазії	0	–	2	3,1±2,1	14	21,5±5,1	38	58,5±6,1	11	16,9±4,6	**3,9**
рефлексів немовляти	0	–	1	1,5±1,5	17	26,2±5,5	34	52,3±6,2	13	20,0±5,0	**3,9**
методики оцінки загальної та місцевої реакції на щеплення	0	–	0	–	19	29,2±5,6	28	43,1±6,1	18	27,7±5,6	**4,0**
методики проведення огляду зовнішнього вуха та барабанної перетинки з рефлектором і отоскопом	0	–	11	16,9±4,6	19	29,2±5,6	22	33,8±5,9	13	20,0±5,0	**3,6**
методики оцінки гостроти слуху мовою і пошепки	0	–	4	6,2±3,0	13	20,0±5,0	32	49,2±6,2	16	24,6±5,3	**3,9**
методики визначення гостроти зору за допомогою оптичних таблиць, набору лінз	1	1,5±1,5	6	9,2±3,6	21	32,3±5,8	28	43,1±6,1	9	13,8±4,3	**3,6**
критеріїв фізіологічної жовтяниці в новонароджених	0	–	2	3,1±2,1	13	20,0±5,0	37	56,9±6,1	13	20,0±5,0	**3,9**

Таблиця 2 (продовження)

Знання	Бал										Середній бал
	1		2		3		4		5		
	абс.	%±Δ%	абс.	%±Δ%	абс.	%±Δ%	абс.	%±Δ%	абс.	%±Δ%	
із загальноклінічних											
вікових показників маси тіла, зросту	0	–	0	–	6	9,2±3,6	29	44,6±6,2	30	46,2±6,2	**4,4**
методики оцінки психічного розвитку дитини залежно від віку	0	–	1	1,5±1,5	20	30,8±5,7	31	47,7±6,2	13	20,0±5,0	**3,9**
методики визначення фізичного розвитку дитини залежно від віку	0	–	1	1,5±1,5	14	21,6±5,1	32	49,2±6,2	18	27,7±5,6	**4,0**
здійснення догляду за пупковим залишком	0	–	0	–	9	13,8±4,3	37	56,9±6,1	19	29,2±5,6	**4,2**
методів контрацепції в підлітків	0	–	3	4,7±2,6	8	12,3±4,1	24	36,9±6,0	30	46,2±6,2	**4,2**
профілактики інфекцій, що передаються статевим шляхом	0	–	1	1,5±1,5	10	15,4±4,5	22	33,8±5,9	32	49,2±6,2	**4,3**
з консультування батьків та близьких родичів дитини з питань профілактики захворювань, здорового способу життя	0	–	0	–	8	12,3±4,1	28	43,1±6,1	29	44,6±6,2	**4,3**
з невідкладної допомоги при:											
судомному синдромі	0	–	3	4,7±2,6	19	29,2±5,6	35	53,8±6,2	8	12,3±4,1	3,7
анафілактичному шоці	0	–	2	3,1±2,1	9	13,8±4,3	40	61,5±6,0	14	21,6±5,1	4,0
гострому стенозуючому ларинготрахеїті	0	–	3	4,7±2,6	15	23,1±5,2	35	53,8±6,2	12	18,5±4,8	3,9
синдромі раптової смерті дитини	0	–	6	9,2±3,6	33	50,8±6,2	21	32,3±5,8	5	7,7±3,3	3,9
потраплянні стороннього тіла											
у верхні дихальні шляхи	0	–	2	3,1±2,1	14	21,6±5,1	38	58,5±6,1	11	16,9±4,6	3,9
зупинці серцевої діяльності та дихання	0	–	0	–	14	21,6±5,1	32	49,2±6,2	19	29,2±5,6	4,1
гіпертермічному синдромі	0	–	0	–	5	7,7±3,3	39	60,0±6,1	21	32,3±5,8	4,2
видалення неускладненого стороннього тіла											
з вуха, горла, носа	0	–	4	6,2±3,0	29	44,6±6,2	27	41,5±6,1	5	7,7±3,3	3,5
видаленні поверхневого стороннього тіла											
з кон'юнктиви	0	–	7	10,8±3,8	24	36,9±6,0	31	47,7±6,2	3	4,7±2,6	3,5

востей спостереження, догляду, режиму дітей 1-го року життя (3,4) та індивідуального плану вакцинації дитини (3,7).

Вважали себе достатньо обізнаними з проведення оцінки загальної та місцевої реакції на щеплення 46 (70,8±5,6%) респондентів, а середній бал серед усіх опитаних становив 4,0.

Найнижче інтерни оцінили власні концептуальні знання стосовно методик проведення огляду зовнішнього вуха та барабанної перетинки і визначення

Таблиця 3

Самооцінка інтернами володіння практичними навичками (бали)

Практична навичка	Бал										Середній бал
	1		2		3		4		5		
	абс.	%±Δ%	абс.	%±Δ%	абс.	%±Δ%	абс.	%±Δ%	абс.	%±Δ%	
з профілактики											
з профілактики рахіту	0	–	4	6,2±3,0	15	23,1±5,2	36	55,4±6,2	10	15,4±4,5	**3,8**
з профілактики залізодефіцитних станів у дітей раннього віку	0	–	3	4,7±2,6	18	27,7±5,6	34	52,3±6,2	10	15,4±4,5	**3,8**
особливостей спостереження, догляду, режиму дітей 1-го року життя	0	–	5	7,7±3,3	11	16,9±4,6	37	56,9±6,1	12	18,5±4,8	**3,9**
самостійно скласти індивідуальний план вакцинації дитини	0	–	7	10,8±3,8	20	30,8±5,7	28	43,1±6,1	10	15,4±4,5	**3,6**
оцінка вигодовування та харчування дитини раннього віку та проведення корекції харчування	0	–	3	4,7±2,6	14	21,6±5,1	31	47,7±6,2	17	26,1±5,4	**4,0**
володіння методами загартовування дитини	1	1,5±1,5	4	6,2±3,0	14	21,6±5,1	38	58,5±6,1	8	12,3±4,1	**3,7**
володіння методикою правильного прикладання дитини до грудей матері	0	–	5	7,7±3,3	7	10,8±3,8	27	41,5±6,1	26	40,0±6,1	**4,1**
попередження синдрому раптової смерті дитини грудного віку	0	–	4	6,2±3,0	16	24,6±5,3	30	46,2±6,2	15	23,1±5,2	**3,9**
з діагностики											
оцінка кульшових суглобів дитини на наявність вродженого вивиху, дисплазії	0	–	3	4,7±2,6	16	24,6±5,3	35	53,8±6,2	11	16,9±4,6	**3,8**
визначення рефлексів немовляти	0	–	5	7,7±3,3	15	23,1±5,2	32	49,2±6,2	13	20,0±5,0	**3,8**
оцінка загальної та місцевої реакції на щеплення	0	–	5	7,7±3,3	17	26,1±5,4	31	47,7±6,2	12	18,5±4,8	**3,8**
огляд зовнішнього вуха та барабанної перетинки з рефлектором і отоскопом	1	1,5±1,5	9	13,8±4,3	17	26,1±5,4	28	43,1±6,1	10	15,4±4,5	**3,6**
оцінка гостроти слуху мовою і пошепки	0	–	5	7,7±3,3	12	18,5±4,8	31	47,7±6,2	17	26,1±5,4	**3,9**
визначення гостроти зору за допомогою оптичних таблиць, набору лінз	0	–	6	9,2±3,6	17	26,1±5,4	31	47,7±6,2	11	16,9±4,6	**3,7**
із загальноклінічних навичок											
оцінка вікових показників маси тіла, зросту	0	–	3	4,7±2,6	6	9,2±3,6	31	47,7±6,2	25	38,5±6,0	**4,2**

Таблиця 3 (продовження)

Практична навичка	Бал										Середній бал
	1		2		3		4		5		
	абс.	%±Δ%	абс.	%±Δ%	абс.	%±Δ%	абс.	%±Δ%	абс.	%±Δ%	
оцінка психічного розвитку дитини залежно від віку	0	–	3	4,7±2,6	15	23,1±5,2	32	49,2±6,2	15	23,1±5,2	**3,9**
оцінка фізичного розвитку дитини залежно від віку	0	–	2	3,1±2,1	14	21,6±5,1	30	46,2±6,2	19	29,2±5,6	**4,0**
догляд за пупковим залишком	0	–	4	6,2±3,0	10	15,4±4,5	31	47,7±6,2	20	30,8±5,7	**4,0**
консультування підлітків із питань застосування методів контрацепції	0	–	4	6,2±3,0	8	12,3±4,1	34	52,3±6,2	19	29,2±5,6	**4,0**
консультування підлітків щодо профілактики інфекцій, що передаються статевим шляхом	0	–	2	3,1±2,1	13	20,0±5,0	29	44,6±6,2	21	32,3±5,8	**4,1**
консультування батьків та близьких родичів дитини з питань профілактики захворювань, здорового способу життя	1	1,5±1,5	2	3,1±2,1	14	21,6±5,1	26	40,0±6,1	22	33,8±5,9	**4,0**
з надання невідкладної допомоги при:											
судомному синдромі	0	–	7	10,8±3,8	24	36,9±6,0	28	43,1±6,1	6	9,2±3,6	**3,5**
анафілактичному шоці	0	–	6	9,2±3,6	13	20,0±5,0	37	56,9±6,1	9	13,8±4,3	**3,8**
гострому стенозуючому ларинготрахеїті	0	–	7	10,8±3,8	18	27,7±5,6	36	55,4±6,2	4	6,2±3,0	**3,6**
синдромі раптової смерті дитини	1	1,5±1,5	7	10,8±3,8	27	41,5±6,1	27	41,5±6,1	3	4,7±2,6	**3,4**
потраплянні стороннього тіла у верхні дихальні шляхи	0	–	4	6,2±3,0	21	32,3±5,8	32	49,2±6,2	8	12,3±4,1	**3,6**
зупинці серцевої діяльності та дихання	1	1,5±1,5	4	6,2±3,0	16	24,6±5,3	31	47,7±6,2	13	20,0±5,0	**3,8**
гіпертермічному синдромі	0	–	3	4,7±2,6	12	18,5±4,8	37	56,9±6,1	13	20,0±5,0	**3,9**
видалення неускладненого стороннього тіла з вуха, горла, носа	1	1,5±	7	10,8±3,8	25	38,5±6,0	30	46,2±6,2	2	3,1±2,1	**3,4**
видалення поверхневого стороннього тіла з кон'юнктиви	0	–	8	12,3±4,1	26	40,0±6,1	28	43,1±6,1	3	4,7±2,6	**3,4**

гостроти зору за допомогою оптичних таблиць, набору лінз (середній бал – 3,6).

Така ж ситуація спостерігалася стосовно навичок у разі необхідності видалення неускладненого стороннього тіла з вуха, горла, носа та поверхневих сторонніх тіл із кон'юнктиви. У середньому власні знання з цих питань респонденти оцінили в 3,5 балу.

Недостатньо обізнаними були інтерни щодо синдрому раптової смерті дитини. Середній бал знань щодо факторів ризику розвитку цього синдрому та

визначення плану дій у такому випадку становив 3,9 балу.

У дослідженні виявлено (табл. 3), що рівень володіння практичними навичками у інтернів із профілактики захворювань дещо нижчий, ніж теоретичний. Це стосується передусім профілактики рахіту, залізодефіцитних станів, складання індивідуального плану вакцинації дитини, вигодовування та харчування дитини раннього віку й проведення корекції харчування, володіння методами загартування дитини, методами правильного прикладання дитини до грудей матері. Рівень володіння практичними навичками з діагностики також поступався теоретичним знанням. Лише володіння практичними навичками, що стосувались спостереження, догляду та режиму дітей 1-го року життя, було вищим, ніж теоретичні знання, що може бути обумовлено наявністю власних дітей раннього віку в інтернів.

Практично оцінити психічний розвиток дитини залежно від віку на достатньому рівні змогли 72,3±5,6% респондентів, вікові показники маси тіла та зросту – 86,2±4,3%, фізичний розвиток дитини – 75,4±5,3% респондентів. Гірша ситуація склалася щодо можливості надання невідкладної допомоги. Надати допомогу при найбільш поширеному гіпертермічному синдромі на достатньому рівні (4 та 5 балів) змогли б 76,9±5,2% інтернів, при судомному – 52,3±6,2%. Такими навичками, як видалення неускладненого стороннього тіла з вуха, горла, носа, а також поверхневого тіла з кон'юктиви, володіли 49,3±6,2% і 47,8±6,2% респондентів відповідно.

За даними респондентів встановлено, що рівень отриманих ними знань з основних методів обстеження та діагностики найбільш поширених захворювань дитячого віку, з теоретичної підготовки достатній та середній. Але, незважаючи на курс викладання педіатрії у ВМНЗ та на етапі проходження інтернатури, лікарі-інтерни оцінили рівень отриманих ними практичних вмінь і навичок як недостатній. Так, 73,8±5,5% осіб оцінили власні знання з теорії на достатньому та середньому рівнях, 93,9±3,0% зазначили, що володіють основними методами обстеження та діагностики, і лише 61,5±6,0% вказали на власні практичні навички (рис. 4).

Водночас, у ході соціологічного дослідження з'ясовано (рис. 5), що майже половина опитаних не володіє методиками хірургічних маніпуляцій (46,2±6,2%), офтальмологічних (44,6±6,2%) та урологічних (41,6±6,1%). Лікарі-інтерни самостійно можуть провести лише деякі отоларингологічні (18,5±4,8%) та гінекологічні (15,4±4,5%) обстеження і маніпуляції.

По закінченні інтернатури лише 13 (20,0±5,0%) осіб готові надавати ПМСД дитячому населенню, починаючи з етапу надходження дитини до дільниці з пологового відділення, а 19 (29,2±5,6%) респондентів відповіли, що не готові. Водночас, майже половина опитаних

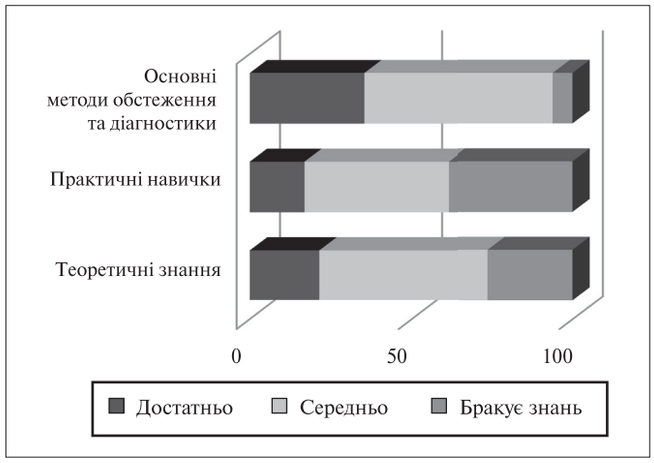


Рис. 4. *Оцінка інтернами рівня знань з усіх педіатричних питань в інтернатурі (%)*

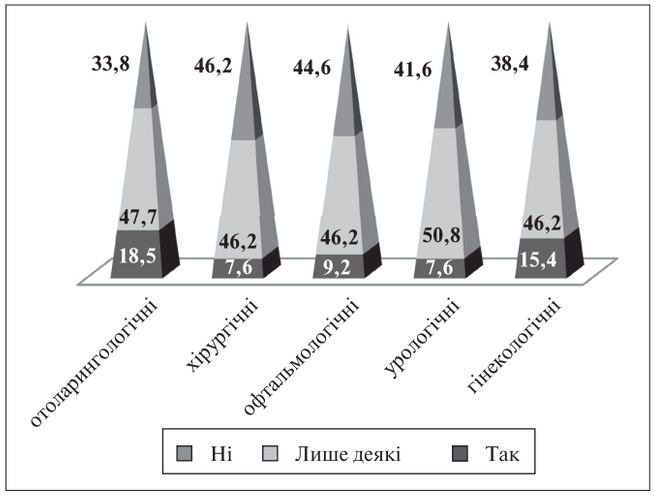


Рис. 5. *Визначення інтернами спроможності самостійно виконувати різні маніпуляції відповідно до програми навчання в інтернатурі за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина» (%)*

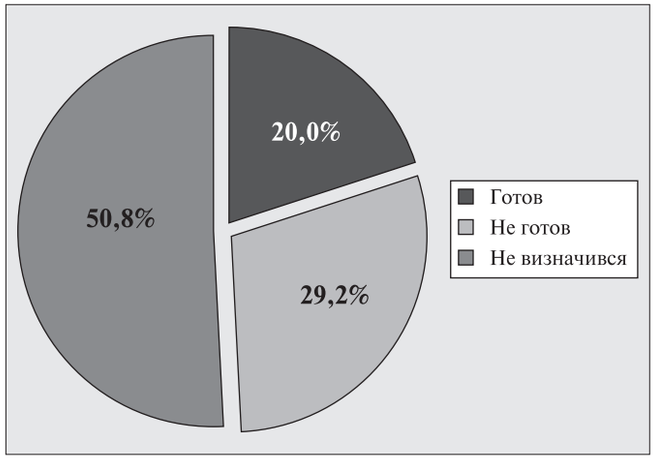


Рис. 6. *Частка лікарів-інтернів, готових по закінченні інтернатури надавати медичну допомогу дитячому населенню (%)*

(33 особи, або 50,8±6,2%) ще не визначилися стосовно своєї готовності в наданні медичної допомоги дітям (рис. 6). Тобто можна припустити, що серед останніх також є майбутні лікарі, здатні виконувати функції відповідно до кваліфікаційної характеристики.

Висновки

Таким чином, у ході проведеного соціологічного дослідження лікарів-інтернів щодо їх готовності до надання ПМСД дитячому населенню встановлено, що лише 20,0% респондентів по закінченні інтернатури мають бажання та готові обслуговувати дітей від моменту надходження дитини з пологового будинку до дільниці. Для підвищення цього відсотка треба: збільшити термін проходження інтернатури за фахом «ЗПСМ» до 3 років; переглянути чинні нормативні документи щодо заочних баз для проходження інтернатури з цієї спеціальності з урахуванням того, що лише ті амбулаторії ЦПМСД, які обладнані відповідно до табеля оснащення і в яких лікар надає допомогу населенню за принципом ЗПСМ незалежно від віку пацієнта, можуть бути базовими закладами з призначенням кваліфікованих ЛЗПСЛ керівниками інтернів для навчання на «робочому місці»; забезпечити роботу лікаря-інтерна (під час проходження заочного циклу) в закладах ПМСД і установах педіатричного та інших профілів на вищих рівнях медичної допомоги, у сільській місцевості та в місті (договір між первинним і вищими рівнями медичної допомоги); створити навчально-тренінгові центри при закладах ПМСД, що є базами заочного навчання з відповідним матеріально-технічним забезпеченням, створенням умов для відпрацювання практичних навичок (ІТ-технології, учбові манекени тощо) як лікарями-інтернами, так і лікарями-практиками; надавати більше самостійності лікарям-інтернам як при курації хворих дітей, так і при відпрацюванні практичних навичок, з якими б інтерни ознайомлювалися на очному циклі (методики хірургічних, офтальмологічних, отоларингологічних та інших діагностично-лікувальних маніпуляцій); щоб керівники закладів і керівники заочних баз несли відповідальність за якість підготовки лікаря-інтерна на заочних базах і були присутніми на заключних іспитах; ознайомлювати лікарів-інтернів (перед куруванням хворого) з медико-технологічними документами, уніфікованими клінічними протоколами, наказами МОЗ України з питань надання медичної допомоги дитячому населенню; частіше залучати лікарів-інтернів до участі в клінічних обговореннях, спільних консультаціях із куратором на заочній базі стажування, участі в патолого-анатомічних та клінічних конференціях із підготовкою літературної довідки по тому чи іншому захворюванню тощо; приділяти достатньо часу для вивчення невідкладних станів, що зустрічаються у дітей, та питанням невідкладної допомоги при них.

Перспективи подальших досліджень

У перспективі планується з'ясувати стан здоров'я дитячого населення України на етапі реформування системи охорони здоров'я та провести моніторинг розвитку ПМСД на засадах ЗПСМ у регіонах.

Література

1. *Доцільність* реформування амбулаторно-поліклінічної системи та переходу до практиці сімейного обслуговування населення / О. М. Гиріна, В. О. Сірик, Н. М. Горобець, Т. І. Калюжна // Сімейна медицина. – 2010. – № 3. – С. 8–10.
2. *Думанский Ю. В.* Семейный врач (врач общей практики) / Ю. В. Думанский, О. В. Синяченко, Г. А. Игнатенко. – Донецк : Донбасс, 2013. – 256 с.
3. *Медицинская* статистика : учебное пособие / В. И. Агарков, С. В. Грищенко, Г. К. Северин [и др.] ; под ред. проф. В. И. Агаркова. – Изд. 2-е.– Донецк : Изд-во «Ноулидж» (Донецкое отделение), 2013. – 277 с.
4. *Одринський В. А.* Відмінності у післядипломному навчанні лікарів ЗП/СМ в Україні і Європі // Про підготовку лікарів загальної практики – сімейної медицини у ДЗ «ЗМАПО МОЗ України»: тези до X навч.-метод. конф. ДЗ «ЗМАПО МОЗ України», 21 червня 2012. – Запоріжжя, 2013. – С. 5–7.
5. *Первинна* медико-санітарна допомога / сімейна медицина : монографія / за ред. В. М. Князевича ; МОЗ України. – К., 2010. – 404 с.
6. *Сімейна* медицина : підручник для студентів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації / О. М. Гиріна, Л. М. Пасієшвілі, Г. С. Попік [та ін.]. – К. : Медицина, 2013. – Кн. 1. – 672 с.
7. *Черешнюк Г. С.* Організаційні основи загальної практики – сімейної медицини: пос. / Г. С. Черешнюк, Л. В Черешнюк. – Вінниця : ФОП Данилюк В.Г., 2013. – 184 с.
8. *Щорічна* доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2012 рік / за ред. Р. В. Богатирьової. – К., 2013. – 464 с.

Дата надходження рукопису до редакції: 21.05.2014 р.

Результаты социологического исследования интернов относительно их готовности к предоставлению первичной медицинской помощи детскому населению

Л.Ф. Матюха[1], Г.А. Слабкий[2], Т.Н. Бухановская[1]
[1]Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика
[2]ГУ «Украинский институт стратегических исследований МЗ Украины»

Цель – изучить готовность врачей-интернов второго года обучения (специальность «Общая практика – семейная медицина») относительно их готовности к предоставлению первичной медицинской помощи детскому контингенту после окончания интернатуры.

Материалы и методы. Проведено социологическое исследование 65 врачей-интернов. Единицы наблюдения отобраны случайным способом с использованием безвозвратной выборки. Минимизация случайных погрешностей обеспечена репрезентативностью выборки. Методы учета и сбора медико-статистической информации – анкетирование и описание. Обработка и статистическое группирование полученной информации проведены по признакам, отображенным в абсолютных цифрах и процентах по общепринятым методикам.

Результаты. Установлено, что лишь 20,0% респондентов по окончанию интернатуры имеют желание и готовы обслуживать детей с этапа поступления ребенка из родильного отделения на участок.

Выводы. Для повышения вышеуказанного процента необходимо: увеличить срок прохождения интернатуры по специальности «Общая практика – семейная медицина»; пересмотреть существующие нормативные документы относительно заочных баз для прохождения интернатуры; создать учебно-тренинговые центры при учреждениях первичной медицинской помощи, которые являются базами заочного обучения; руководители заочных баз должны нести ответственность за качество подготовки врача-интерна и проводить ознакомление интернов с медико-технологическими документами, унифицированными клиническими протоколами, приказами МЗ Украины по вопросам предоставления медпомощи детскому населению.

Ключевые слова: врачи-интерны, детское население, семейная медицина.

Results of sociological research interns about their willingness to provide primary health care of the child population

L.F. Matyukha[1], G.O. Slabky[2], T.M. Bukhanovska[1]
[1]National Medical Academy of Postgraduate Education named after P.L. Shupyk, Kyiv, Ukraine
[2]SI «Ukrainian Institute of Scientific Researches Ministry of Health of Ukraine», Kyiv, Ukraine

Purpose – to study readiness of doctors-interns of the second year of educating (speciality «General practice – family medicine») in relation to their readiness to the grant of primary health care to child's contingent after internship.

Materials and methods. A sociological study is undertaken 65 doctors-interns. Units of supervision are selected by a casual method with the use of irretrievable selection. Minimization of random error terms is provided with representation of selection. Methods of account and collection of medical and statistical information are a questionnaire and description. Treatment and statistical grouping of the got information are conducted on the signs represented in absolute numbers and percents on the generally accepted methodologies.

Results. Found that only 20.0% of respondents at the end of the internship are willing and ready to serve children with stage Incoming child from the hospital to the site.

Conclusions. To increase this percentage should: extend the internship in «General practice – family medicine»; revise existing regulations regarding correspondence database for internship; create educational and training centers in primary care, which are the bases of distance learning; correspondence database managers should be responsible for the quality of training doctors-interns and interns conduct familiarization with medical technology documents, standardized clinical protocols, orders of Ukraine for providing medical care to the child population.

Key words: doctors-interns, child population, family medicine.

Відомості про авторів

Матюха Лариса Федорівна – д.мед.н., професор, зав. кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика; вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна; служб. тел. +38 (044) 288-10-33; e-mail: mlarysa@gmail.com.

Слабкий Геннадій Олексійович – д.мед.н., проф., директор ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна; служб. тел. +38 (044) 576-41-19; e-mail: g.slabkiy@mail.ru.

Бухановська Тетяна Миколаївна – к.мед.н., асистент кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика; вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна; служб. тел. +38 (044) 288-10-34; e-mail: tatiana.malceva@gmail.com.

УДК 614.2:725.511:658.511

Р.Л. Картавцев

ЗАБЕЗПЕЧЕНІСТЬ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ВТОРИННОГО РІВНЯ ВИСОКОВАРТІСНИМ ОБЛАДНАННЯМ

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

***Мета** – проаналізувати рівень забезпеченості закладів охорони здоров'я вторинного рівня високовартісним обладнанням у регіональному аспекті.*

***Матеріали та методи.** Для проведення інвентаризації закладів охорони здоров'я вторинного рівня медичної допомоги розроблено спеціальну електронну програму. Забезпеченість цих закладів високовартісним обладнанням вивчено станом за 2013 рік. Дослідження проведено на замовлення МОЗ України.*

***Результати.** Встановлено, що в закладах охорони здоров'я вторинного рівня медичної допомоги в 2013 р. знаходилося 179 888 одиниць високовартісного обладнання на загальну суму 8 692 636,66 тис. грн. Основними причинами невикористання високовартісного обладнання в закладах охорони здоров'я вторинного рівня медичної допомоги є відсутність приміщень для його встановлення, персоналу та витратних матеріалів.*

***Висновки.** У дослідженні виявлено недостатній та невідповідний галузевим стандартам стан забезпеченості закладів охорони здоров'я вторинної медичної допомоги високовартісним обладнанням, а також незадовільний рівень експлуатації такого обладнання в усіх регіонах України.*

***Ключові слова:** заклади охорони здоров'я вторинного рівня, високовартісне обладнання, регіональний аспект.*

Вступ

Підвищення рівня безпеки пацієнта під час лікувально-діагностичного процесу відіграє особливу роль у системі надання медичної допомоги і визначається як фундаментальний принцип медицини. Національний Фонд Безпеки Пацієнтів США трактує поняття «безпека пацієнта» як попередження несприятливих результатів лікування, запобігання пошкодженням під час лікування або їх зменшення у випадку розвитку [7, 8]. Це можна забезпечити шляхом використання сучасних, високоефективних медичних та організаційних технологій [5], що неможливо без сучасного високовартісного обладнання [6].

Проведені раніше дослідження вказують на недостатній рівень забезпеченості закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) України сучасним обладнанням [2, 3, 4], що негативно впливає на рівень летальності пацієнтів [1].

Мета роботи – вивчити та проаналізувати рівень забезпеченості ЗОЗ вторинного рівня високовартісним обладнанням у регіональному аспекті.

Матеріали та методи

Для проведення інвентаризації ЗОЗ вторинного рівня медичної допомоги розроблено спеціальну електронну програму. Забезпеченість ЗОЗ високовартісним обладнанням вивчено станом за 2013 рік. Дослідження проведено на замовлення МОЗ України.

Результати дослідження та їх обговорення

Встановлено, що в ЗОЗ вторинного рівня медичної допомоги у 2013 р. знаходилося 179 888 одиниць високовартісного обладнання на загальну суму 8 692 636,66 тис. гривень.

Розподіл високовартісного обладнання, що знаходилося на балансі в ЗОЗ вторинного рівня медичної допомоги, та його вартість наведено на рис. 1.

За даними рис. 1, за кількісно-вартісними показниками забезпеченості ЗОЗ вторинного рівня медичної допомоги в регіональному аспекті зареєстровано достовірні відмінності. Так, найбільша кількість обладнання зафіксована в Донецькій (22 261), Дніпропетровській

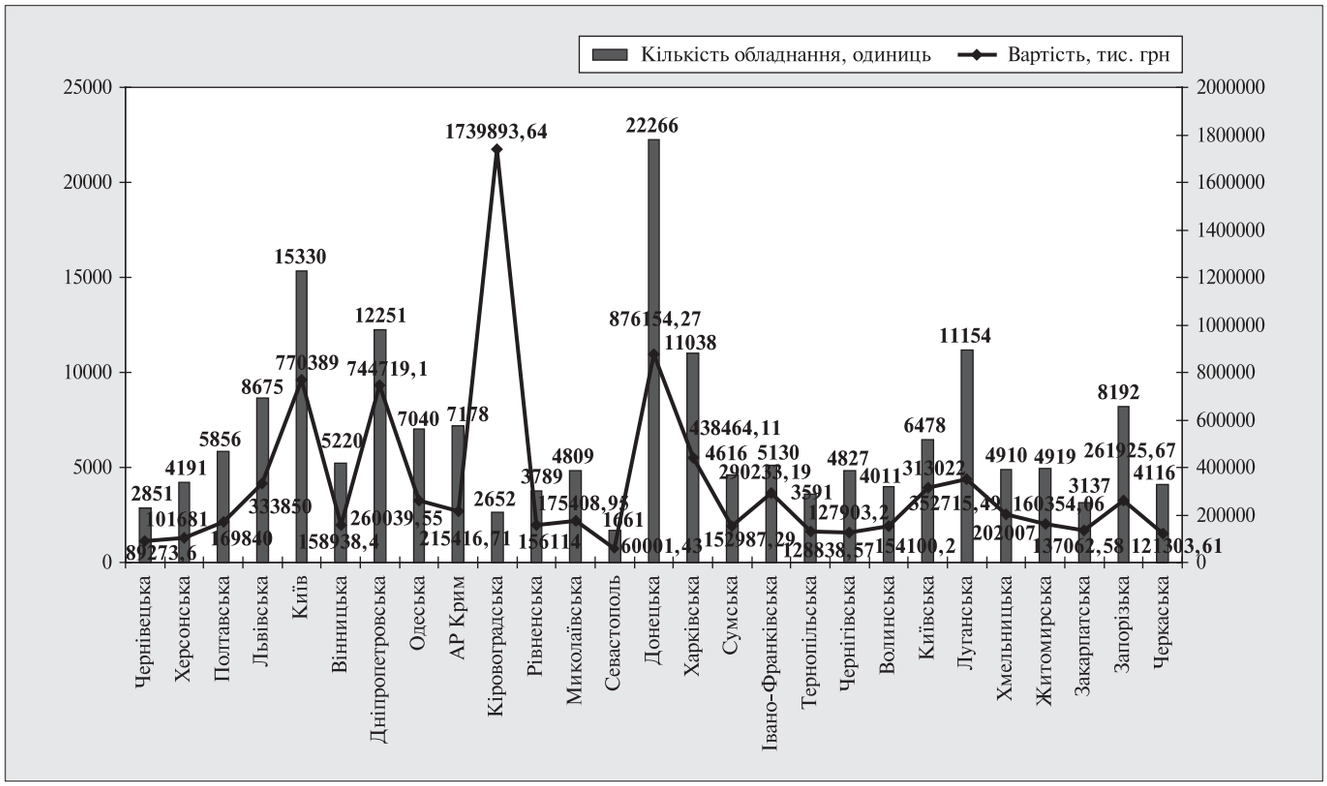


Рис. 1. *Кількість і вартість високовартісного обладнання в закладах охорони здоров'я, які надають вторинну медичну допомогу, за регіонами України*

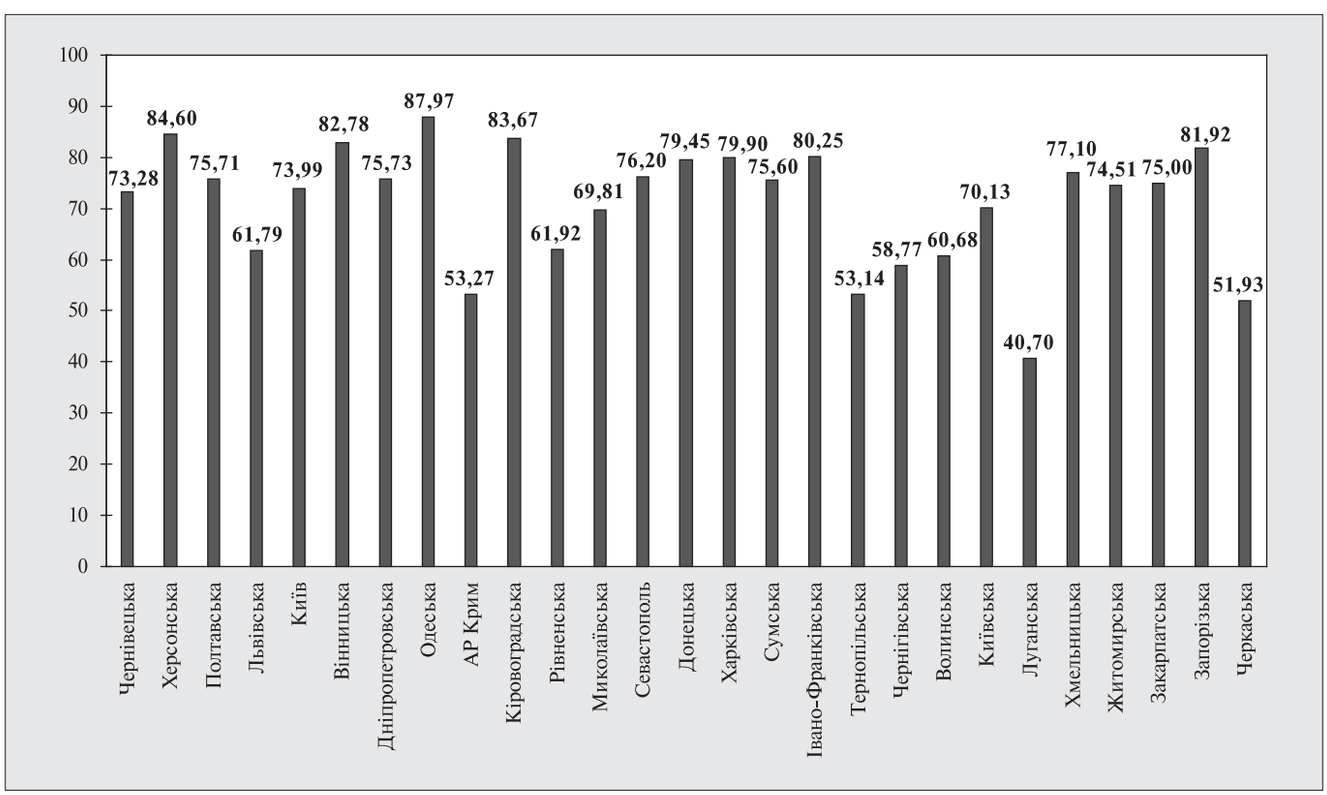


Рис. 2. *Оснащення закладів охорони здоров'я, які надають вторинну медичну допомогу, відповідно до табелів оснащення (%)*

(12 251), Луганській (11 154) областях і м. Києві (15 330), а найменша – у Кіровоградській (2 652), Чернівецькій (2 851) областях і м. Севастополі (1 661).

Найвища вартість вказаного обладнання встановлена в ЗОЗ вторинного рівня Донецької області (876 154,27 тис. грн) і м. Києва (770389,0 тис. грн), а найменша – в ЗОЗ м. Севастополя (60 001,43 тис. грн) і Чернівецької області (89 273,60 тис. грн).

Слід звернути увагу на Кіровоградську область, в якій у ЗОЗ вторинного медичної допомоги при одному з найнижчих рівнів кількості обладнання його вартість була найвищою (1 739 893,64 тис. грн).

Далі вивчено питання відповідності оснащення ЗОЗ вторинного рівня медичної допомоги табелям оснащення, затвердженим МОЗ України (рис. 2).

За даними рис. 2, у жодному регіоні України ЗОЗ вторинного рівня медичної допомоги не оснащені відповідно до табелів оснащення. Найвищі рівні оснащеності зареєстровано в Одеській (87,9%), Херсонській (84,6%), Кіровоградській (83,67%) і Вінницькій (82,7%) областях, а найнижчі – у Луганській (40,7%), Черкаській (51,93%) і Тернопільській (53,14%) областях та АР Крим (53,27%).

У ході дослідження вивчено частку використання обладнання в ЗОЗ вторинного рівня медичної допомоги. Встановлено високий рівень невикористання високовартісного обладнання в ЗОЗ вторинної медичної допомоги в містах Севастополі (18,96%) і Києві (13,1%), а також у Вінницькій (16,59%), Хмельницькій (10,38%) та Одеській (10,2%) областях. Найбільша частка використання обладнання виявлена в ЗОЗ Херсонської (97,74%), Чернівецької (97,33%) і Тернопільської (96,76%) областей.

Основними причинами невикористання високовартісного обладнання в ЗОЗ вторинного рівня медичної допомоги була відсутність приміщень для його встановлення, персоналу і витратних матеріалів.

Висновки

Аналіз результатів інвентаризації забезпеченості ЗОЗ, які надають вторинну медичну допомогу, високовартісним обладнанням і стану його використання за кількісно-вартісними показниками свідчить, що в таких закладах спостерігається недостатній та невідповідний галузевим стандартам стан забезпеченості високовартісним обладнанням, а також незадовільний рівень його експлуатації в усіх регіонах України.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням ефективності використання високовартісного обладнання.

Література

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 (43) – С. 17–32.
2. *Князевич В. М.* Характеристика забезпечення відділень інтенсивної терапії лікувальних закладів України моніторинговою апаратурою / В. М. Князевич // Современная педиатрия. – 2009. – № 1 (23). – С. 10–13.
3. *Оснащеність* лікарень швидкої медичної допомоги України базовим діагностичним та реанімаційним обладнанням / В. М. Князевич, Г. О. Слабкий, Р. М. Федосюк, О. М. Ковальова // Вісник проблем біології і медицини. – 2009. – № 1. – С. 8–12.
4. *Охорона* здоров'я України: стан, проблеми, перспективи : спец. видання / В. М. Князевич, В. В. Лазоришинець, І. В. Яковенко [та ін.]. – Київ–Тернопіль, 2009. – 440 с.
5. *Слабкий Г. О.* Доказова медицина: теоретичні та практичні аспекти / Г. О. Слабкий // Здоровье женщины. – 2009. – № 4. – С. 54–64.
6. *Слабкий Г. О.* Дилема раціоналізації ресурсів і запровадження нових технологій в анестезіології: наркозне обладнання та інгаляційна анестезія в Україні / Г. О. Слабкий, Р. М. Федосюк, О. М. Ковальова // Ліки України. – 2009. – № 4 (130). – С. 122–127.
7. *Correlation* between crash severity, injury severity, and clinical course in car occupants with thoracic trauma: a technical and medical study / M. Richter, C. Krettek, D. Otte [et al.] // J. Trauma. – 2001. – Vol. 50, № 5. – P. 958–967.
8. *Mitchell P. F.* Intensive care medicine in 10 years / P. F. Mitchell, P. M. Suter, W. J. Sibbald // Springer-Verlag Berlin Heidelberg. – New York, 2007. – 435 p.

Дата надходження рукопису до редакції: 10.06.2014 р.

Обеспеченность учреждений здравоохранения вторичного уровня дорогостоящим оборудованием

Р.Л. Картавцев
ГУ «Украинский институт стратегических исследований МЗ Украины», г. Киев, Украина

Цель – проанализировать уровень обеспеченности учреждений здравоохранения вторичного уровня дорогостоящим оборудованием в региональном аспекте.

Материалы и методы. Для проведения инвентаризации учреждений здравоохранения вторичного уровня медицинской помощи разработана специальная электронная программа. Обеспеченность этих учреждений дорогостоящим оборудованием изучена по состоянию за 2013 г. Исследование проведено по заказу МЗ Украины.

Результаты. Установлено, что в учреждениях здравоохранения вторичного уровня медицинской помощи в 2013 г. находилось 179 888 единиц дорогостоящего оборудования на общую сумму 8 692 636,66 тыс. грн. Основными причинами неиспользования дорогостоящего оборудования в учреждениях здравоохранения вторичного уровня медицинской помощи было отсутствие помещений для его установления, персонала и расходных материалов.

Выводы. В исследовании выявлено недостаточное и несоответственно отраслевым стандартам состояние обеспеченности учреждений здравоохранения вторичной медицинской помощи дорогостоящим оборудованием, а также неудовлетворительный уровень эксплуатации такого оборудования во всех регионах Украины.

Ключевые слова: заведения здравоохранения вторичного уровня, дорогостоящее оборудование, региональный аспект.

Provision of health care institutions of secondary level the expensive equipment

R.L. Kartavtsev
SI «Ukrainian Institute of Strategic Researches Ministry of Health of Ukraine», Kyiv, Ukraine

Purpose – to examine the level of provision of health care institutions of secondary level as expensive equipment in the regional context.

Materials and methods. For carrying out of inventory of health facilities of secondary level special electronic program is developed. Provision of these facilities the expensive equipment is studied as 2013. Research is lead under order Ministry of Health of Ukraine.

Results. It is established that in health care institutions of secondary level in 2013 there were 179.888 units of expensive equipment for total sum of 8 692 636.66 thousand UAH. Principal causes for non-use of expensive equipment in the health care institutions of secondary level is lack of space for its installation, personnel and supplies.

Conclusions. The study reveals insufficient and inappropriate to industry standards state of provision of health care institutions of secondary level of medical care by expensive equipment, and also unsatisfactory level of operation of such equipment in all regions of Ukraine.

Key words: health care institutions of secondary level, expensive equipment, regional context.

Відомості про автора

Картавцев Ростислав Леонідович – ген. директор Державного українського об'єднання «Політехмед»; дисертант ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; вул. Нагірна, 25–27, м. Київ, 04107, Україна; служб. тел. +38 (044) 483-68-07; e-mail: ptmref@ukr.net.

УДК 616.1:616-036.86:001.8.000.93

В.П. Клименюк

АНАЛІЗ ФАКТОРІВ ІНВАЛІДИЗАЦІЇ ВНАСЛІДОК СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ НА ОСНОВІ ІСТОРИЧНИХ КОГОРТ

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, м. Вінниця, Україна

***Мета** – вивчити фактори інвалідизації внаслідок серцево-судинних захворювань населення Житомирської області суцільним методом протягом 1999–2008 рр. на основі дизайну стріп-спліт-плот з урахуванням APC-конструкції.*

***Матеріали та методи.** У дослідження включено всю популяцію Житомирської області, розглянуто всі випадки інвалідизації внаслідок серцево-судинних захворювань у даній популяції за 1999–2008 рр. Аналіз даних проведено на основі ієрархічної нелінійної мікст-моделі.*

***Результати.** Стаціонарна динаміка інвалідизації, яка реєструється, є складною композицією ефекту когорт, періодів і зміни вікової структури когорт у часі. Розподіл ризиків інвалідизації за кожним з ефектів далекий від стаціонарного. Простежуються регулярно вищі значення стандартизованих ризиків інвалідизації в чоловіків порівняно з жінками, у міського населення порівняно з сільським.*

***Висновки.** З погіршенням медико-соціального середовища спостерігаються виражені диспропорції реальних ризиків інвалідизації та зареєстрованих.*

***Ключові слова:** інвалідизація, APC-конструкція, стріп-спліт-плот дизайн, серцево-судинні захворювання.*

Вступ

Світовий досвід розвитку визнає вирішальну роль людського потенціалу. Це може бути проблема трудових резервів країн Африки [1], демографічного потенціалу країн Європи [7, 12], кваліфікованих кадрів у країнах Азії [8, 11]. Ситуація в Україні характеризується віковою деформацією працюючих, що приводить до великих фрикційних витрат суспільства. Індикаторним явищем є інвалідизація населення. Основний інвалідизуючий ризик серед старшого населення властивий серцево-судинним захворюванням (ССЗ). Класично вивчення ситуації з інвалідизацією дає змогу знайти важелі запобігання ризику та відновлення працездатності [3]. Проте популяційні дослідження інвалідизації ускладнені внаслідок змішувального впливу APC факторів (вік, період, когорта). Це перше в Європі і країнах СНД популяційне аналітичне дослідження ризиків інвалідизації, проведене за APC-конструкцією на основі стріп-спліт-плот дизайну.

Мета роботи – вивчити фактори інвалідизації внаслідок ССЗ населення Житомирської області суцільним методом протягом 1999–2008 рр. на основі дизайну стріп-спліт-плот з урахуванням APC-конструкції.

Матеріали та методи

Включена вся популяція Житомирської області, розглянуті всі випадки інвалідизації внаслідок ССЗ у даній популяції протягом 1999–2008 рр.

Опис дизайну

В основу дизайну покладена APC-конструкція, яка відтворює рух когорт за роками і віком. Опорною одиницею дослідження є когорта за народженням. Дослідження охоплює 11 когорт за часом народження до 1940 р. (від осіб, що дожили до 1999 р. (перша когорта), і послідовно за п'ятирічними періодами народження («1941–45», «1946–50», ...) до наймолодшої когорти, представники якої народилися після 1985 р.). Когорта являється важливою експериментальною одиницею спостереження, оскільки ототожнює унікальну комбінацію історико-соціальних подій, кумуляцію послідовних експозицій, які зазнали протягом життя представники когорти.

Іншим важливим APC-фактором являється час, в якому розгортається життя представників когорти. На відміну від звичної ролі часу як повторювального фактора дизайну, він має особливу роль в APC-аналізі та відповідному дизайні. Оскільки представники когорт знаходяться в різному віці у кожному з років, час набу-

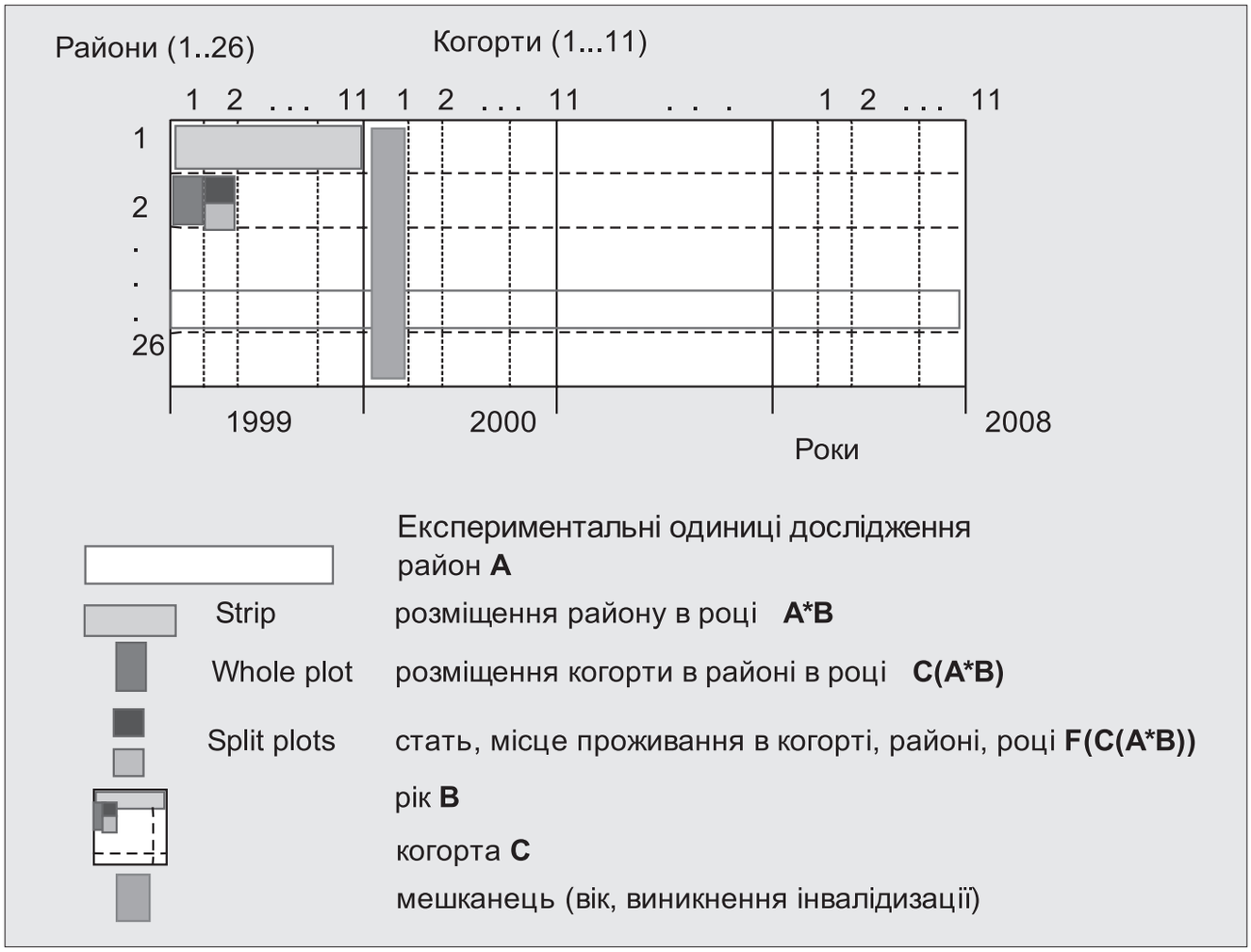


Рис. 1. *Стріп-спліт-плот лонгітудинальний дизайн дослідження*

ває властивостей блокового фактору, втрачаючи значення «повторюваності». У термінах формуляції статистичної моделі час набуває рис рандомізованого фактора і, відповідно, оцінюється як рандомізований ефект. Час як фактор, що утворює блочну структуру дизайну, є важливою експериментальною одиницею спостереження. Вік як третій фактор APC-конструкції визначений дизайном як коваріата, притаманна мешканцю як мікро-одиниці спостереження. Його ефект оцінюється як коваріативний на другій ступені ієрархічної моделі, що будується за дизайном дослідження. Відповідно, вік не бере участі у визначенні експериментальних одиниць дослідження.

Район утворює популяційну одиницю спостереження і наряду з когортою та роком дослідження є складовою першого ступеня моделі. Використання популяційної одиниці уможливлює використання популяційних характеристик, важливими є інвалідизація визначених груп населення, соціально-економічні та медико-демографічні характеристики комуни. Проте внаслідок нерандомізованого географічного розміщення районів між їх популяційними характеристиками вірогідно існує зв'язок. Вид цього зв'язку та імплементація в моделі наводиться нижче.

Описані одиниці спостереження організовані в дизайні таким чином, що визначають ряд експериментальних одиниць спостережень, на основі яких тестуються гіпотези, задані завданнями дослідження. Так, крос-класифікація районів із роками спостереження обумовлює стріп-плот (strip-plot) елемент дизайну A*B (рис. 1 позначені штриховою горизонтальною смугою).

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

Типологічні фактори представників когорти, як то стать, місце проживання мешканців, своєю чергою, розміщені (утворюють гнізда) в хоул-плотах, утворюю-

чи експериментальну одиницю дизайну спліт-плот (split-plot) F(C(A*B)), на рис. 1 позначені суцільно забарвленими прямокутниками.

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

Аналіз даних

Основною проблемою аналізу даних, організація яких включає APC-фактори, є проблема ідентифікації [5, 13], суть якої зводиться до сингулярності матриці даних X і відповідно неповного рангу (X^TX) внаслідок абсолютного лінійного зв'язку між віком, періодом і когортою, зокрема:

Період – Вік = Когорта.

Це означає, що існує безліч рішень моделі (так чи інакше рішення базуються на інвертації матриці X^TX). Тобто неможливо оцінити (ізолювати) окремо ефект віку, періоду та когорти.

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

Інша проблема полягала в тому, що окремі експериментальні одиниці спостереження пов'язані з рандомізованими ефектами [9, 10]. Так, кожна із 7 задіяних одиниць спостережень представляє вибірку (випадкову реалізацію) із популяції (великої множини) можливих, тобто є реалізацією випадкової величини з нормальним розподілом ~$N(0,\sigma^2)$. Оцінки параметрів цих розподілів утворюють матрицю рандомізованих ефектів ZGZ [9, 10], присутність якої різко ускладнює оцінку параметрів моделі. Ще однією особливістю обраного дизайну є ієрархічний характер моделі (див. дизайн) з багатьма гніздовими ефектами, які утворюють складну ієрархічну підпорядкованість ефектів (рівні моделі). Причому ряд рівнів рандомізованих змінних згруповані (гніздяться) у рівні фіксованих ефектів. Наявність фіксованих ефектів поряд із рандомізованими приводить до ієрархічної мікст-моделі зі складною внутрішньою структурою. Ускладненням являється нелінійний (логіт) характер зв'язку між ризиком інвалідизації (π) і лінійним предиктором (LP): $\pi=1/(1+\exp(-LP))$.

Про особливості оцінщиків за різних дизайнів організації даних мікст-моделей зазначається в деяких джерелах літератури [9, 10]. Ми обрали метод оцінки рандомізованих ефектів RPL (метод псевдо-правдоподібності залишків) як найбільш ефективний при заданій ситуації. Практично параметри оцінюються за вкладеними подвійними серіями ітерацій. Перший етап полягає в пошуку оцінок параметрів θ коваріаційної матриці ефектів. Ми обрали як метод оцінки REML (максимальної правдоподібності залишків), який найменш скошено оцінює параметри θ внаслідок виключення з оцінок фіксованих ефектів шляхом попередньої трансформації даних у залишки. Використаний оптимізуючий алгоритм Ньютона–Рафсона з розрахунком Гессіана (матриці похідних логарифмічної функції правдоподібності другого порядку). Діагональні елементи цієї матриці є найбільш ефективними оцінками помилок θ. Процес оптимізації утворює внутрішні ітерації. На другому етапі оцінюються фіксовані ефекти шляхом GLS (генералізованого методу найменших квадратів). Цей крок реалізований у процедурі через SWEEP оператор як найбільш ефективний. Третій етап полягає в трансформації вихідних (проміжних) даних, процес, що утворює зовнішні ітерації. RPL оцінщик, який враховує ієрархію рівнів рандомізованих і фіксованих ефектів, нелінійний характер моделі та складну структуру залишків реалізований у новій експериментальній процедурі GLIMMIX (реліз 2008) статистичної аналітичної системи SAS 9.1 Level 1M3 XP Home platform, S/N 882876, Site #12300001 licensed to Ocheredko Oleksandr.

Дослідження розподілів хвороб серцево-судинної системи за APC-конструкцією

APC-конструкція утворена рухом когорти одночасно за віковими та часовими градаціями. Дослідження розподілів важливе з двох причин. По-перше, аналізуючи одномірні розподіли, ми можемо будувати одномірні гіпотези а в подальшому компонувати їх у багатомірні. Оскільки формуляція моделі базується на дизайні даних і гіпотезах, які підлягають вивченню, дані підрозділу допоможуть нам в ідентифікації ієрархічної рандомізованої моделі. По-друге, таке вивчення дає змогу змістовніше інтерпретувати результати багатомірного статистичного аналізу, оскільки саме властивості одномірних розподілів компонент моделі дають змогу пролити світло на логічний зміст отриманих багатомірних оцінщиків і відповідних статистичних тестів.

Найбільшою проблемою вивчення одномірних розподілів є їх спотворення іншими пов'язаними одномірними розподілами, що особливо характерно для APC-конструкції. Для вирішення цієї проблеми ми відсіювали складові сумісного розподілу факторів, причому не лише APC-конструкції, але й усіх інших потенційних змішувачів, а саме, контролювали стать, місце проживання, фактори індивідуальної специфіки районів, а також експериментальні одиниці спостереження, пов'язані зі змішувальними ефектами, зокрема, ієрархічної послідовності ефектів стріп-плоту, хоул-плоту, спліт-плоту. Фактично ми вивчали маргінальні одномірні розподіли. Для кожного з розподілів ми аналізували достовірність відхилень окремих рівнів інвалідизації від середнього. Специфіка тестування полягала як

Таблиця 1

Розподіл розміру когорт народження в розрізі років дослідження

Когорта	Рік										Усього
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	
-1940	400000	384000	317000	317000	.	.	.	.	.	.	1418000
1941	71422	78418	61580	60356	373000	304000	294000	308000	280000	.	1830776
1946	91464	92175	82294	84398	85637	66114	72768	75512	123420	152580	926362
1951	98822	99236	91768	92091	94274	85651	86041	86019	77085	78791	889778
1956	98951	95759	99698	99974	98434	92967	95177	94988	85909	87844	949701
1961	90980	92262	94107	91655	88479	95571	92043	89876	95002	93628	923603
1966	101000	100000	91425	91131	90661	87250	87572	87191	87351	84896	908477
1971	99644	99350	95693	94689	91842	91007	90765	90621	87615	87556	928782
1976	379000	372000	92123	92555	91432	90477	89089	87698	89346	88296	1472016
1981	.	.	352000	346000	329000	414000	95771	99338	87952	89942	1814003
1986+	.	.	.	.	.	.	310000	294000	394000	384000	1382000
Усього	1431283	1413200	1377688	1369849	1342759	1327037	1313226	1313243	1407680	1147533	13443498
Σ=13444578											

у чисельності одночасних порівнянь, що потребує поправку, так і на кореляцію результатів окремих тестів унаслідок спільного середнього рівня, з яким ведеться співставлення, що теж потребує корекції. Найпотужнішим за таких обставин є тест Нельсона–Сю (Nelson–Hsu), який передбачає, що рівень відрізняється від середнього, якщо значення тесту перевищує критичний рівень [6]:

$$|t_{i0}| \geq d(\alpha;k,v,\rho_1,...,\rho_{k-1}),$$

де μ_0 є середній рівень інвалідизації, а $d(\alpha;k,v,\rho_1,...,\rho_{k-1})$ є критичним рівнем (α) множинних порівнянь з однаковим базисом, де k показників порівнюються із середнім μ_0. з кількістю ступенів свободи v і корельованістю співставлень із коефіцієнтами кореляції ρ_1, ... , ρ_k, $\rho_i = n_i/(n_0+n_i)$; n_i – популяційна основа і-го рівня. Кореляції виникають унаслідок спільного базису порівнянь μ_0. Фактично розраховується на основі стимуляційних методик із використанням квантильного рівняння:

$$q'(\alpha,v,R) = \{q \ni P(\max(|t_1|,...,|t_n|)>q) = \alpha\}$$

Багатомірні вектори t отримуються як випадкові вибірки розподілу з параметрами v (кількість ступенів свободи) і ρ_1, ... , ρ_k (елементи матриці кореляцій R). $q'(\alpha,v,R)$ оцінюється за вибірковим значенням $\hat{q}$ з α центилем отриманих рівнів $\max(|t_1|,...,|t_n|)$. У такий спосіб генерується достатня кількість для забезпечення знаходження істинного значення $P(\max(|t_1|,...,|t_n|)>q)$ у межах заданого радіусу, заданого γ від α з достовірністю $100(1-\in)$. Як правило, γ приймається 0,005 і $\in$=0,01, тобто забезпечується площа хвоста розподілу $\hat{q}$ у межах 0,005* α з вірогідністю 99%. Саме $P(\max(|t_1|,...,|t_n|)>q)$ використовується для побудови довірчих інтервалів відмінностей окремих рівнів від μ_0.

Результати дослідження та їх обговорення

Опис когорт за обсягом та частотою нових випадків інвалідності

Оскільки APC-аналіз ґрунтується на великих масивах даних і потребує значного наповнення елементів перехресної класифікації когорт із роками дослідження. Який обсяг наповнення вважати достатнім, залежить від популяційних явищ, які вивчаються. Якщо традиційно інвалідизація населення вивчається на популяційній основі порядку 1000–10000 осіб, то кількості одиниць дослідження в розрізі комбінацій когорта*рік, наведені в табл. 1, практично на порядок перевищують достатні.

Маргінальні кількості одиниць дослідження (стрічка і стовпчик «усього») свідчать про рівномірний характер розподілу кількості одиниць спостереження за роками та про дещо більші потужності початкових і молодших когорт.

Розподіл інвалідизації внаслідок серцево-судинних захворювань у розрізі статі і місця проживання

Оскільки статистичні розподіли інвалідизації за статтю та місцем проживання пов'язані, ми вивчали стандартизовані за APC-конструкцією групові середні крос-класифікації градацій статі (чоловіки з кодом 1 і жінки з кодом 0) і місця проживання (місто з кодом 1

Таблиця 2

Стандартизовані середні ризики інвалідизації груп населення за статтю і місцем проживання (‰)

Стать	Місце проживання	ССЗ				Інсульти				ІХС			
		M	m	t	p	M	m	t	p	M	m	t	p
Ж	Село	0,145	0,006	210	*	0,07	0,016	8,6	*	0,05	0,016	3,1	*
Ж	Місто	0,253	0,008	245	*	0,18	0,021	4,2	*	0,09	0,031	2,9	*
Ч	Село	0,410	0,014	229	*	0,20	0,048	5,3	*	0,12	0,054	2,2	*
Ч	Місто	0,585	0,017	249	*	0,39	0,074	8,6	*	0,27	0,073	3,7	*

Примітка: *– p<0,0001.

і село з кодом 0). Кодування відповідає підвищеному апріорному ризику інвалідизації в чоловіків порівняно з жінками і в міського населення порівняно з сільським. Кожна з чотирьох отриманих у такий спосіб груп населення має позначення відповідно до кодування. Наприклад, 00 означає групу сільських жінок, 01 – групу міських жінок, 10 – групу сільських чоловіків, 11 – групу міських чоловіків. Указана вище залежність сумісного розподілу інвалідизації за статтю і місцем проживання означає неоднаковий приріст ризику інвалідизації залежно від місця проживання (місто порівняно з селом) для жіночого і чоловічого населення. І навпаки, статеві різниці ризику теж будуть апріорі неоднакові для села і міста. Саме тому ми порівнювали групи населення за двома факторами одночасно. У таблиці 2 наведено стандартизовані середні ризики інвалідизації груп населення за статтю і місцем проживання.

Дані таблиці 2 підтверджують доцільність співставлень груп основаних на крос-класифікації градацій статі і місця проживання. Так, відмінності ризиків інвалідизації внаслідок ССЗ у міського порівняно з сільським населенням для чоловіків становлять 0,585–0,410=0,175‰, тоді як для жінок – 0,253–0,145=0,108‰. Крім того, відмінності ризиків інвалідизації внаслідок ССЗ у чоловіків порівняно з жінками для міського населення дорівнюють 0,585–0,253=0,332‰, тоді як для сільського населення – 0,410–0,145=0,265‰.

Дані таблиці 2 також містять вибіркові помилки ризиків і значення t-тесту гіпотези щодо відмінності ризиків від нульових значень, тобто істотності стандартизованих рівнів інвалідизації. Як випливає із центильних значень p одностороннього t-розподілу, усі ризики суттєво перевищують нульові значення. Тобто обсяг дослідження забезпечує вивчення розподілів ризику.

На рис. 2. зображені множинні співставлення середніх групових (стать*місце проживання) рівнів інвалідизації (π) внаслідок ССЗ на рівні p=0,05 з поправкою Тьюкі–Крамера. Для точності презентації ми вжили логістичне перетворення середніх рівнів (log[π/(1-π)]), яке використовується як лікуюча функція в ході множинної стандартизації за біноміальною моделлю. Діагональ будується на основі цілісної нульової гіпотези, яка стверджує відсутність суттєвих (на рівні α) розбіжностей між будь-якими парами стандартизованих середніх замножинних порівнянь. Кожна пара середніх представлена лінією, розміщеною перпендикулярно до діагоналі. Лінія, утворена парою середніх Mi та Mj, відображує 95% інтервал довіри різниці Mi–Mj. Довжина лінії адаптована до повороту (135 градусів) на графіку. Таким чином, ті лінії, які перетинають діагональ, не суперечать нульовій гіпотезі, тобто відповідні пари середніх різняться недостовірно. Лінії, що відтворюють суттєві різниці (з поправкою Тьюкі–Крамера), не торкаються і не перетинають діагональ. Горизонтальна і вертикальна осі відображують, які саме пари середніх відповідають якій лінії. У кожній лінії є центр, від якого відходять направляючі до осей, що показують групи порівняння.

Як видно з розміщення шести ліній, які відтворюють усі можливі попарні комбінації співставлень середніх, усі попарні відмінності є високодостовірними.

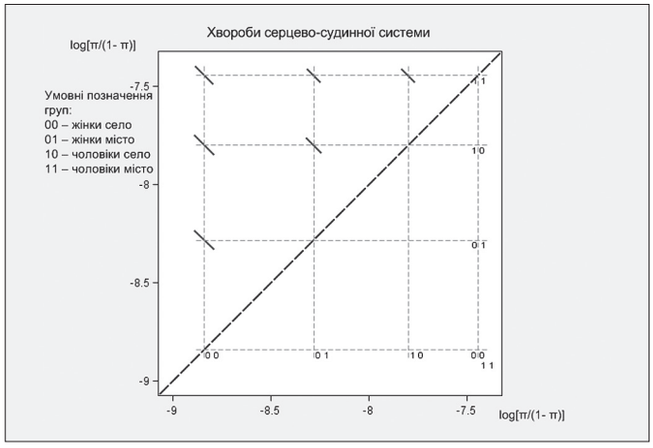


Рис. 2. *Суттєвість різниць середніх групових (стать*місце проживання) рівнів інвалідизації на рівні p=0,05 з поправкою Тьюкі-Крамера*

Таблиця 3

Розподіл обраних за контрастом ризиків інвалідизації районів дослідження (*максимальний ризик) за деякими медико-соціальними індикаторами

Район	% безробітних	% бідних[1]	Забезпеченість лікарями[2]	Забезпеченість СМП	Госпіталізація екстрена	Спеціальність (0)[3]
Малинський*	7,3	3,50	7,9	40,2	5,3	4
Народицький*	3,9	2,30	11,3	31,8	6,8	4
Овруцький*	3,6	3,56	5,6	18,8	6,5	6
Володар-Волинський	5,4	8,00	2,9	8,4	9,3	7
Коростенський	4,6	5,82	7,3	34,6	9,2	7
Черняхівський	3,2	7,60	5,6	31,4	6,1	12

Примітки: 1 – % сільських сімей із середньодушовим місячним доходом до 300 грн; 2 – забезпеченість лікарями, середнім медперсоналом (СМП) першого етапу на 10 000 сільських мешканців; 3– кількість спеціальностей без жодного спеціаліста (0).

Простежуються регулярно вищі значення ризиків у чоловіків порівняно з жінками. Також ризики регулярно вищі в міського населення порівняно з сільським. Особливо виразні відмінності середніх ризиків груп міських чоловіків (найвищий серед усіх) і сільських жінок (найменший з усіх ризик). Саме тому ця пара утворює найбільш віддалену від діагоналі лінію, яка розташована у верхньому лівому кутку.

Розподіл інвалідизації внаслідок серцево-судинних захворювань у розрізі районів Житомирської області

Ми також розглянули розподіл рівнів інвалідизації за районами, які є головними популяційними одиницями спостереження (рис. 3). Важливість такого вивчення очевидна, так як райони ототожнюють композитну дію макроструктурних популяційних факторів.

Для відокремлення змішувального ефекту APC-конструкції, статі та місця проживання проведена стандартизація ризиків інвалідності за вказаними факторами.

На рис. 3 графічно зображені результати. Ризики інвалідизації для районів достовірно відрізняються (F=48; p<0,0001). Найбільші контрасти обумовлені районами: Малинським (15), Народицьким (16), Овруцьким (18) з найвищими рівнями інвалідизації проти найнижчих районів: Володар-Волинського (6), Коростенського (10–11), Черняхівського (25). Зрозуміло, що кожний район має свої унікальні характеристики. Аналіз графічного зображення допоміг у логічній інтерпретації композиції мікст-моделі, викладеній нижче. Для змістовного пояснення виявленої нерівномірності розподілів ризиків ми вивчали важливі медико-соціальні популяційні індикатори в розрізі районів дослідження, а саме: чисельність населення, зокрема сільського, частку безробітних, щільність проживання в сільській місцевості, частку сільських мешканців із вищою освітою, частку працездатних і пенсійного віку серед сільських мешканців, частку малозабезпечених сільських сімей, забезпеченість лікарями, середнім медичним персоналом первинної медико-санітарної допомоги, цілодобовими ліжками, смертність, народжуваність сільських мешканців, питому вагу ускладнень вагітності у сільських жінок, рівень госпіталізації сільських мешканців, зокрема, за екстреними показами, частоту викликів швидкої медичної допомоги, поширеність активного туберкульозу та онкологічних захворювань, кількість звернень на сільського мешканця до

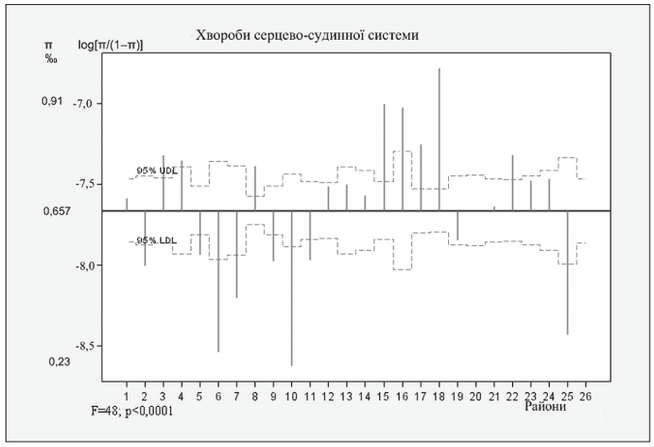


Рис. 3. *Суттєвість відхилень рівнів інвалідності (π) від середнього (0,657‰) по 26 районам Житомирської області*

Примітка: 1 – Андрусівський; 2 – Барановський; 3 – Бердичівський; 4 – Брусилівський; 5 – м. Бердичів; 6 – Володар-Волинський; 7 – Ємільчинський; 8 – м. Житомир; 9 – Житомирський; 10 – м. Коростень; 11 – Коростенський; 12 – Коростишівський; 13 – Лугинський; 14 – Любарський; 15 – Малинський; 16 – Народицький; 17 – Новоград-Волинський; 18 – Овруцький; 19 – Олевський; 20 – Попільнянський; 21 – Радомишльський; 22 – Романівський; 23 – Ружинський; 24 – Червоноармійський; 25 – Черняхівський; 26 – Чуднівський.

закладів першого та другого рівнів надання медичної допомоги, кількість незайнятих (зайнятих) лікарських посад по району, кількість спеціальностей, що обслуговується лише одним лікарем-спеціалістом, без жодного спеціаліста, частку лікарів із вищою категорією.

Дані щодо популяційних характеристик зібрані по районах на основі інформації інформаційно-аналітичних відділів центральних районних лікарень, головного управління статистики в Житомирській області, матеріалів вибіркового обстеження умов життя домогосподарств, проведеного Державною службою статистики України [1, 2]. Для співставності дані зібрані на момент 2008 р., проте, де це було можливо, наведені усереднені оцінки з кількох років.

Виокремлені міста Житомир, Коростень і Бердичів з огляду на специфікацію організації експертизи стійкої втрати працездатності.

Для ілюстративних цілей ми виділили найбільш чутливі медико-соціальні індикатори, які допомагають пролити світло на контрасти ризиків інвалідизації районів дослідження. Ці індикатори наведені в табл. 3 у розрізі районів, які утворюють максимальний контраст щодо ризиків інвалідизації (рис. 3). Ми згрупували райони з максимальним ризиком у верхній половині таблиці (Малинський, Народицький, Овруцький), тоді як райони з мінімальним ризиком розміщені в нижній половині (Володар-Волинський, Коростенський, Черняхівський).

За даними таблиці 3 випливає закономірність: разом із погіршенням медико-соціальних індикаторів ризик інвалідизації внаслідок ССЗ зменшується. Як уже зазначалось, ризик є наслідком дії багатьох факторів, які умовно можна згрупувати у 2 категорії. Перша категорія охоплює поширеність ССЗ і структуру їх важкості, наявність супутніх захворювань, які обмежують функціонування організму та лімітують ті чи інші види активності. Друга множина стосується розуміння прав пацієнтами, їх мотивації та активності щодо експертизи, її доступності. Сюди ж входять фактори організації та діяльності КЕК і МСЕК, зокрема правові регуляції, створення перешкод до освідчення пацієнтів і визнання факту інвалідизації, доступність медичної допомоги, обізнаність і мотивація лікарів щодо раннього розпізнання ознак інвалідизації, правильного та вчасного оформлення документів до експертизи, роз'яснення пацієнтові процесу проходження експертизи, вигод щодо додаткового отримання медичних послуг, соціальних пільг, тобто мотивування пацієнта до освідчення. За реалій життя простежується неузгодження цих двох множин. Саме співставлення ситуацій у розрізі районів і когорт, за винятком усіх інших важливих змішувальних факторів, зокрема віку, дає змогу показати вирішальну роль другої множини факторів, а саме соціального середовища. Саме його дія призводить до виражених диспропорцій істинних ризиків інвалідизації та зареєстрованих. Це підтверджується даними таблиці 3. «Сприятливість» медико-соціального середовища оцінена на основі вибраних медико-соціальних індикаторів, а сааме, частки безробітних, малозабезпечених сільських сімей, забезпеченості лікарями, середнім медичним персоналом первинної медичної допомоги, рівнів госпіталізації сімейних мешканців за екстреними показами, кількості спеціальностей без жодного спеціаліста. Ми обрали саме ці індикатори з огляду на їх гарну варіацію від району до району, а також змістовну інтерпретацію щодо модуляції ризиків інвалідизації. Вони досить точно і повною мірою відображають ті моменти медико-соціального середовища, які приводять до виражених диспропорцій істинних ризиків інвалідизації та зареєстрованих.

Таким чином, підтверджена гіпотеза, що погіршення медико-соціального середовища приводить до виражених диспропорцій істинних ризиків інвалідизації та зареєстрованих.

Висновки

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

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

Простежуються регулярні вищі значення стандартизованих ризиків інвалідизації у чоловіків порівняно з жінками.

Стандартизовані ризики інвалідизації регулярно вищі в міського населення порівняно з сільським.

Співставлення ситуацій у розрізі районів і когорт, за винятком усіх інших важливих змішувальних факторів, зокрема віку, підтверджують гіпотезу, що погіршення медико-соціального середовища приводить до виражених диспропорцій істинних ризиків інвалідизації та зареєстрованих. Чи це політика держави (зменшення пільг, доступності експертизи), чи матеріальна мотивація осіб, причетних до експертизи, чи зміни соціуму і ринку праці – ці питання залишаються не вирішеними.

Література

1. *Витрати* та ресурси домогосподарств України у І кварталі 2011 року (за даними вибіркового обстеження умов життя домогосподарств України) : стат. бюлетень / Державна служба статистики України. – К., 2011. – 145 с.
2. *Методика* формування вибіркових сукупностей для проведення у 2009–2013 роках вибіркових обстежень населення (домогосподарств): умов життя домогосподарств, економічної активності населення та сільськогосподарської діяльності населення у сільській місцевості / Державний комітет статистики України. – К., 2009. – 162 с.
3. *Носуліч Т. М.* Формування ринку медичних послуг на регіональному рівні (організаційно-економічний аспект) : автореф. ... дис. к.мед.н. / Т. М. Носуліч. – К., 2008. – 21 с.
4. *Bhalotra S.* Child Labour in Africa. OECD social, employment and migration working papers / Sonia Bhalotra. – DELSA/ELSA/WD/SEM, 2003. – P. 4–79.
5. *Fu W. J.* Ridge Estimator in Singular Design with Application to Age-Period-Cohort Analysis of Disease Rates / W. J. Fu // Communications in Statistics – Theory and Method. – 2000. – Vol. 29. – P. 263–278.
6. *Hsu J. C.* Multiple Comparisons. Theory and Methods / J. C. Hsu. – London : Chapman & Hall. 1996. – 211 p.
7. *Labour* Market Policies and the Public Employment Service : Proceedings of the Prague Conference, July 2000 [Electronic resource]. – Access mode : http://www.oecd.org/employment/emp/labourmarketpoliciesandthepublicemploymentserviceproceedingsofthepragueconferencejuly2000.htm. – Title from screen.
8. *Labour* migration and the recent financial crisis in Asia: OECD Conference Proceedings, 2000 [Electronic resource]. – Access mode : http://www.econbiz.de/Record/labour-migration-recent-financial-crisis-asia-january-1999-japan-institute-labour-jil-operation-japanese-ministry-labour-oecd-ilo-organised-workshop/10001451914. – Title from screen.
9. *SAS® for Mixed Models* / L. Little, C. Ramon, George A. Milliken [et al]. – Second Edition. – Cary, NC : SAS Institute Inc., 2006. – 834 p.
10. *The GLIMMIX* Procedure. SAS Press. – Cary, NC : SAS Institute Inc., 2006. – 258 p.
11. *Transforming* disability into ability: Policies to Promote Work and Income Security for Disabled People, 2003 [Electronic resource]. – Access mode : http://www.virk.is/static/files/4_disability%20to%20ability.pdf. – Title from screen.
12. *Yamada A.* The evolving retirement income package: trends in adequacy and equality in nine OECD countries, 2002 / Atsuhiro Yamada [Electronic resource]. – Access mode : http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/5lgsjhvj7qvd.pdf?expires=1402578117&id=id&accname=guest&checksum=FF813702D9C8F6DF6643A11C6C967E7C. –– Title from screen.
13. *Yang Y.* Age-period-cohort analysis of repeated cross-section surveys: fixed or random effects? / Yang Yang, Kenneth C. Land // Sociological Methods and Research. – 2006. – Vol. 35. – P. 77–121.

Дата надходження рукопису до редакції: 29.05.2014 р.

Анализ факторов инвалидизации вследствие сердечно-сосудистых заболеваний на основе исторических когорт

В.П. Клименюк
Винницкий национальный медицинский университет
имени М.И. Пирогова, г. Винница, Украина

Цель – изучить факторы инвалидизации вследствие сердечно-сосудистых заболеваний населения Житомирской области сплошным методом за 1999–2008 гг. на основе дизайна стрип-сплит-плот с учетом APC-конструкции.

Материалы и методы. В исследование включена вся популяция Житомирской области, рассмотрены все случаи инвалидизации вследствие сердечно-сосудистых заболеваний в данной популяции за 1999–2008 гг. Анализ данных проведен на основе иерархической нелинейной микст-модели.

Результаты. Регистрируемая стационарная динамика инвалидизации является сложной композицией эффекта когорт, периодов и изменения возрастной структуры когорт во времени. Распределение рисков инвалидизации по каждому с эффектов далеко от стационарного. Прослеживаются регулярные высокие значения стандартизированных рисков инвалидизации у мужчин по сравнению с женщинами, у городского населения по сравнению с сельским.

Выводы. С ухудшением медико-социальной среды наблюдаются выраженные диспропорции истинных рисков инвалидизации и зарегистрированных.

Ключевые слова: инвалидизация, APC-конструкция, стрип-сплит-плот дизайн, сердечно-сосудистые заболевания.

The analysis of disability factors due to cardiovascular diseases on the basis of historical cohorts

V.P. Klymenyuk
Vinnytsa National Medical University
named after M.I. Pyrogov, Vinnytsa, Ukraine

Purpose – to examine the factors of disability due to cardiovascular diseases in Zhytomyr oblast population by continuous basis over 1999–2008 based on strip-split plot design and APC-construction.

Materials and methods. The study included the entire population of Zhytomyr oblast, reviewed all cases of disability from cardiovascular diseases in this population for the period 1999–2008. Data analysis exploited hierarchical nonlinear mixed model.

Results. Registered stationary dynamics of disability is a complex composition of effect cohorts, periods, and changes in age structure of the cohorts in time. Distribution of risks of disability for each of effects it is far from stationary. Regular high values of standardized disability risks at men are traced in comparison with women, at urban population in comparison with rural.

Conclusions. Dramatic discrepancies between existent and registered risks of disability are getting even more obvious with worsening of medico-social environment.

Key words: disability, APC-construction, strip-split plot design, cardiovascular diseases.

Відомості про автора

Клименюк Володимир Петрович – к.мед.н., директор Вищого комунального навчального закладу «Бердичівський медичний коледж»; асистент кафедри соціальної гігієни та організації охорони здоров'я Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018, Україна; служб. тел. (04143) 2-02-17.

УДК 614.2:004.4.001.57:353.1

Є.М. Кривенко

СУЧАСНА СТРУКТУРА ФУНКЦІОНАЛЬНО-ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ МОДЕЛІ ІНФОРМАТИЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ

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

***Мета** – розробити концептуальні вимоги до структури функціонально-організаційної моделі інформатизації охорони здоров'я на регіональному рівні.*

***Методи:** бібліосемантичний, структурно-логічного аналізу, системного підходу та аналізу.*

***Результати.** У статті наведено сучасне бачення структури функціонально-організаційної моделі інформатизації охорони здоров'я на регіональному рівні.*

***Висновки.** Запропонована функціонально-організаційна модель інформаційної системи охорони здоров'я на регіональному рівні може розглядатися як один із засобів подальшого розвитку Єдиного медичного інформаційного простору.*

***Ключові слова:** інформатизація охорони здоров'я, функціонально-організаційна модель, концептуальні підходи.*

Вступ

Як відомо, інформатизація галузі охорони здоров'я в Україні стикається з типовими проблемами, до яких відносяться: хаотична передісторія розвитку ІТ-систем; використання несумісних технічних процедур, що потребує перегляду багатьох рішень із позицій інтеграційних процесів; багаторазове дублювання витрат, коли кожна установа прагне створити свою модель та інфраструктуру; складність введення в експлуатацію та функціонування відокремлених систем; опір з боку персоналу [3, 4, 6].

Дані літератури вказують на відсутність єдиних технологій [4], достатнього ресурсного та кадрового забезпечення [3, 4] у процесі інформатизації галузі, а це приводить до низької ефективності використання її можливостей.

При цьому традиційні адміністративні схеми управління гальмують розвиток галузі, необхідне впровадження нових схем, які спираються на економіку [5]. Значна кількість етапів і учасників бізнес-процесів в охороні здоров'я є наслідком адміністративної системи управління [1, 6]. Необхідно скоротити число ланок в управлінській ланці, максимально автоматизувати звітність [2]. Відставання ІТ-технологій від потреб галузі в охороні здоров'я вище, ніж в інших галузях народного господарства. Необхідно ретельно аналізувати накопичений у галузі досвід, просувати кращі, реально працюючі розробки, працювати з професійними, високоспеціалізованих розробниками.

Вказане зумовило актуальність теми дослідження, його мету і завдання.

Мета роботи – розробити концептуальні вимоги до створення функціонально-організаційної моделі інформатизації охорони здоров'я на регіональному рівні.

Матеріали та методи, використані при виконанні роботи, – бібліосемантичний, структурно-логічного аналізу, системного підходу й аналізу.

Результати дослідження та їх обговорення

Базуючись на концептуальних підходах до створення єдиної інформаційної системи охорони здоров'я, розроблена функціонально-організаційна модель інформаційної системи охорони здоров'я на рівні закладу охорони здоров'я (ЗОЗ) та на рівні регіону.

Функціонально-організаційна модель інформаційної системи охорони здоров'я на рівні ЗОЗ наведена на рис. 1.

На рівні ЗОЗ проводиться первинний збір інформації як про стан здоров'я населення, так і про діяльність кожного медичного працівника та використання ресурсів. В автоматизованому режимі відслідковується якість та ефективність лікувально-діагностичного про-

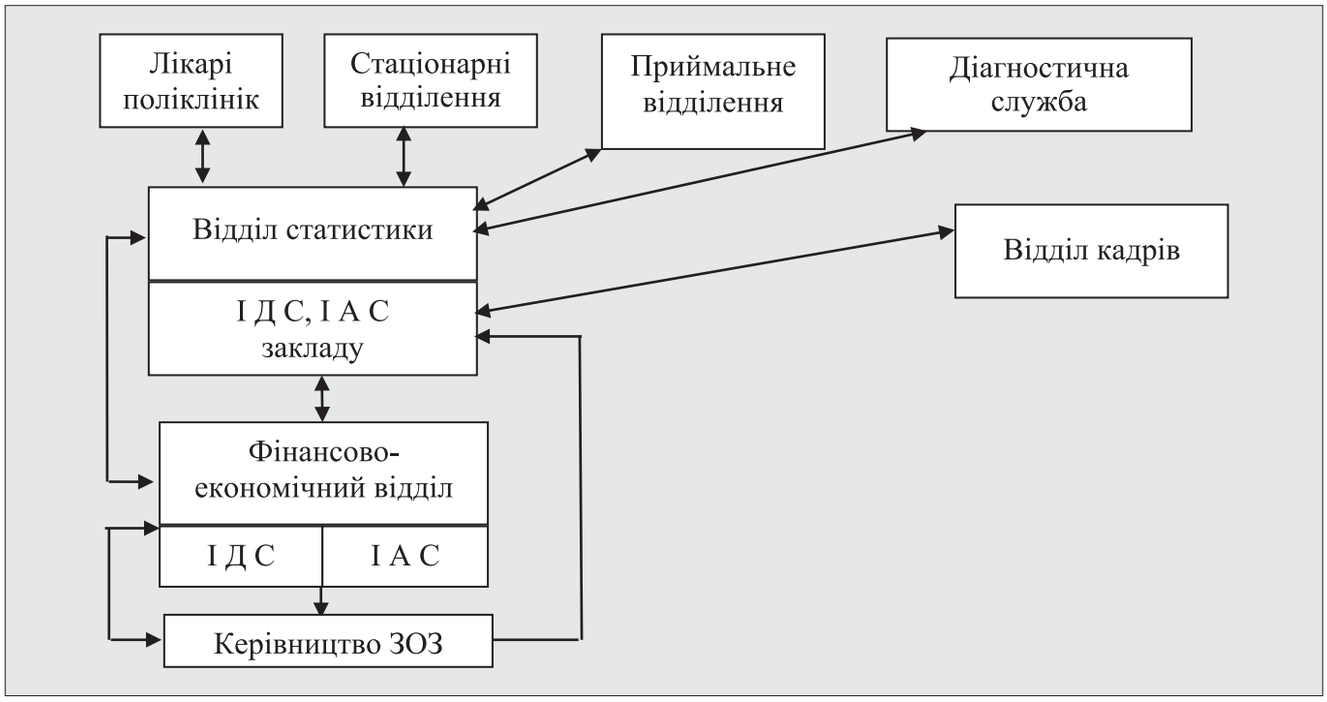


Рис. 1. *Функціонально-організаційна модель інформаційної системи охорони здоров'я на рівні закладу охорони здоров'я*

цесу. При цьому первинна інформація про пацієнта вводиться тільки один раз, а в подальшому лише доповнюється та використовується медичними працівниками при зверненні по медичну допомогу. В узагальненому виді дана інформація використовується виключно зі статистичною метою.

Уся інформація, крім фінансово-економічної, надходить до відділу статистики, де накопичується (інформаційно-довідкова система (ІДС)), аналізується (інформаційно-аналітична система – (ІАС)) та подається керівництву для прийняття управлінських рішень: поточних, планових, стратегічних, термінових рішень при виникненні надзвичайних ситуацій.

Передбачається направлення зворотної інформації для рівня як структурних підрозділів, так і кожного працівника ЗОЗ.

Відповідно до завдань, які має виконувати інформаційна система охорони здоров'я на рівні ЗОЗ, для її функціонування необхідно забезпечити наявність актуальних і достовірних відповідних даних (табл. 1).

Отримання вказаної інформації можливе лише при організації відповідної інформаційної інфраструктури на основі сучасних інформаційних і телекомунікаційних технологій.

Для ефективного функціонування інформаційної системи на рівні ЗОЗ передбачено її наповнення відповідними довідниками (рис. 2).

Наступною структурою в управлінні охороною здоров'я є територіальні управління охороною здоров'я на рівні районних і міських державних адміністрацій. У зв'язку з цим розроблено модель інформаційного забезпечення управлінь даного рівня (рис. 3).

Інформаційне забезпечення управлінських рішень у системі охорони здоров'я характеризується такими основними етапами:

1. Інформаційний збір і нагромадження інформації

Даний етап включає збір та обробку інформації про структуру системи (основні фонди, ресурси: кадрові, фінансові, матеріальні, інтелектуальні); про медичні та організаційні технології, про результати, досягнуті системою за певний термін (кількість пролікованих пацієнтів, результати лікування, рівень витрат на одиницю послуг тощо); раціональність використання наявних ресурсів системи, діяльність кожного медичного працівника та структурних підрозділів за визначеними на даній території індикаторами.

2. Статистична обробка інформаційних баз, аналіз інформації, виявлення проблем, визначення базових станів за допомогою експертно-аналітичних автоматизованих систем, які мають бути уніфікованими та співставними

На цьому етапі проводиться визначення обраних напрямів роботи, потенціалу існуючої структури системи медичної допомоги на певній території та її відповідність поставленим завданням. Визначення витрат, необхідних для функціонування системи, виявлення відхилень від заданого стандарту (норми) за всіма напрямами інформаційної бази, виявлення закладів та їх структур, окремих медичних працівників, які мають відхилення від стандартів серед показників роботи,

Таблиця 1

Дані, які потребує інформаційна система охорони здоров'я на рівні закладу

Напрям діяльності ЗОЗ	Дані, які необхідно отримувати, щодо:
Підвищення ефективності адміністрування	– оперативності, якості та своєчасності виконання управлінських рішень структурними підрозділами
Підвищення ефективності управління задачами прогнозування та планування витрат у процесі надання медичної допомоги	– завантаження персоналу за категоріями; – використання товарно-матеріальних цінностей, зокрема, лікарських засобів і виробів медичного призначення; – завантаження високотехнологічного обладнання; – фінансових витрат на лікувально-діагностичний процес та утримання пацієнтів і лікарні
Оцінка ефективності витрат коштів і контроль за їх надходженням	– фінансування ЗОЗ; – використання коштів на потреби ЗОЗ із документів фінансової звітності; – витрачання коштів на розвиток матеріально-технічної бази; – фактичного обігу лікарських засобів, у т.ч. для лікування пільгових категорій населення
Підвищення якості надання медичної допомоги населенню	– застосування медичних стандартів і клінічних протоколів; – організації контролю якості в ЗОЗ; – підтримки прийняття лікарських рішень на робочому місці
Прогнозування потреб у медичній допомозі в розрізі нозологічних форм, груп населення тощо	– статистичної звітності стосовно стану здоров'я населення та медико-демографічної ситуації на території обслуговування; – кадрових ресурсів ЗОЗ, підготовки та перепідготовки лікарів і середніх медичних працівників, а також адміністративних працівників та інженерно-технічного персоналу; – стану основних фондів; – організації документообігу та руху інформації; – тарифів на різні медичні послуги; – соціально-економічних умов життя населення
Підвищення ефективності управління роботою медичного закладу	– структури медичного закладу; – персоналу ЗОЗ у розрізі категорій; – обсягу надання медичної допомоги; – графіку роботи реєстратури; – використання локальних клінічних протоколів; – пацієнтів, що обслуговуються в ЗОЗ; – лабораторних і параклінічних досліджень; – медикаментозного лікування пацієнтів
Підвищення ефективності використання системи заходів із надання екстреної медичної допомоги населенню, включаючи прогнозування травм і санітарних втрат при надзвичайних станах	– санітарних втрат при ДТП та інших надзвичайних станах; – надання екстреної та невідкладної допомоги; – структури системи управління екстреною медичною допомогою
Підвищення інформованості населення з питань охорони здоров'я, профілактики захворювань і здорового способу життя	– оцінки пацієнтів стану системи охорони здоров'я, якості надання медичної допомоги населенню в ЗОЗ
Інформаційне забезпечення громадян та організацій інформацією щодо захворювань, методів їх профілактики і лікування, здорового способу життя, лікарських засобів та виробів медичного призначення, медичної статистики щодо епідеміологічної ситуації під час епідемій тощо	– санітарно-епідеміологічної ситуації на території обслуговування; – прогнозування ризиків поширення інфекційних захворювань, впливу екологічного стану довкілля на здоров'я населення

стандартів якості медичної допомоги. Аналіз ефективності використання наявних ресурсів системи. Створення системи моніторингу ефективності використання ресурсів. Аналіз ефективності діяльності системи охорони здоров'я та її впливу на стан медико-демографічної ситуації в регіоні, ефективності реформування системи медичної допомоги населенню. Аналіз взаємодії сил, що стимулюють і перешкоджають досягненню поставлених завдань.

3. Вироблення та прийняття рішень

На даному етапі проводиться оцінка обраних напрямків забезпечення ефективної роботи системи та

Рис. 2. *Нормативно-методичне забезпечення інформаційної системи на рівні закладу охорони здоров'я*

аналізу витрат на її функціонування. Формулювання причинно-наслідкових зв'язків, економічне обґрунтування рішень і, в кінцевому результаті, встановлення цілей та завдань рішень, які приймаються.

На даному етапі проводиться визначення сил, засобів, ресурсів і структури системи медичної допомоги на визначеній території, а також стратегічне й поточне планування виконання прийнятих рішень.

4. Реалізація і контроль за виконанням рішень

На цьому етапі виконуються заплановані заходи та оцінюється їх ефективність.

Втілення в практичну діяльність інформаційного забезпечення управління діяльністю системи охорони здоров'я раціональністю та ефективністю на визначеній території, використання ресурсів системи охорони здоров'я її впливу на стан здоров'я населення та демографічну ситуацію потребують запровадження автоматизованих експертно-аналітичних систем і формування єдиного інформаційного простору. Система направлена на допомогу органам управління в керуванні системою охороною здоров'я на задоволення потреб населення в якісній та безпечній медичній допомозі при раціональному використанні наявних ресурсів; забезпечити контроль за результатами діяльності; сприяти координації та організації взаємодії всіх зацікавлених сторін у питаннях забезпечення достатнього рівня здоров'я населення визначеної території.

Функціонально-організаційна модель взаємодії інформації в процесі управління ефективністю діяльності системи охорони здоров'я на рівні регіону наведена на рис. 4.

З метою забезпечення процесу управління системою охорони здоров'я на рівні регіону слід виділити два основні потоки інформації, які підтримують функціонування системи охорони здоров'я:

- висхідний – інформація про ефективність і раціональність діяльності ЗОЗ та персонально медичних працівників і вплив їх діяльності на стан медико-демографічної ситуації в регіоні;
- низхідний, що забезпечує удосконалення діяльності системи охорони здоров'я на визначеній території та регіоні в цілому.

Розглядаючи процес управління ефективністю діяльності системи охорони здоров'я, можна виділити

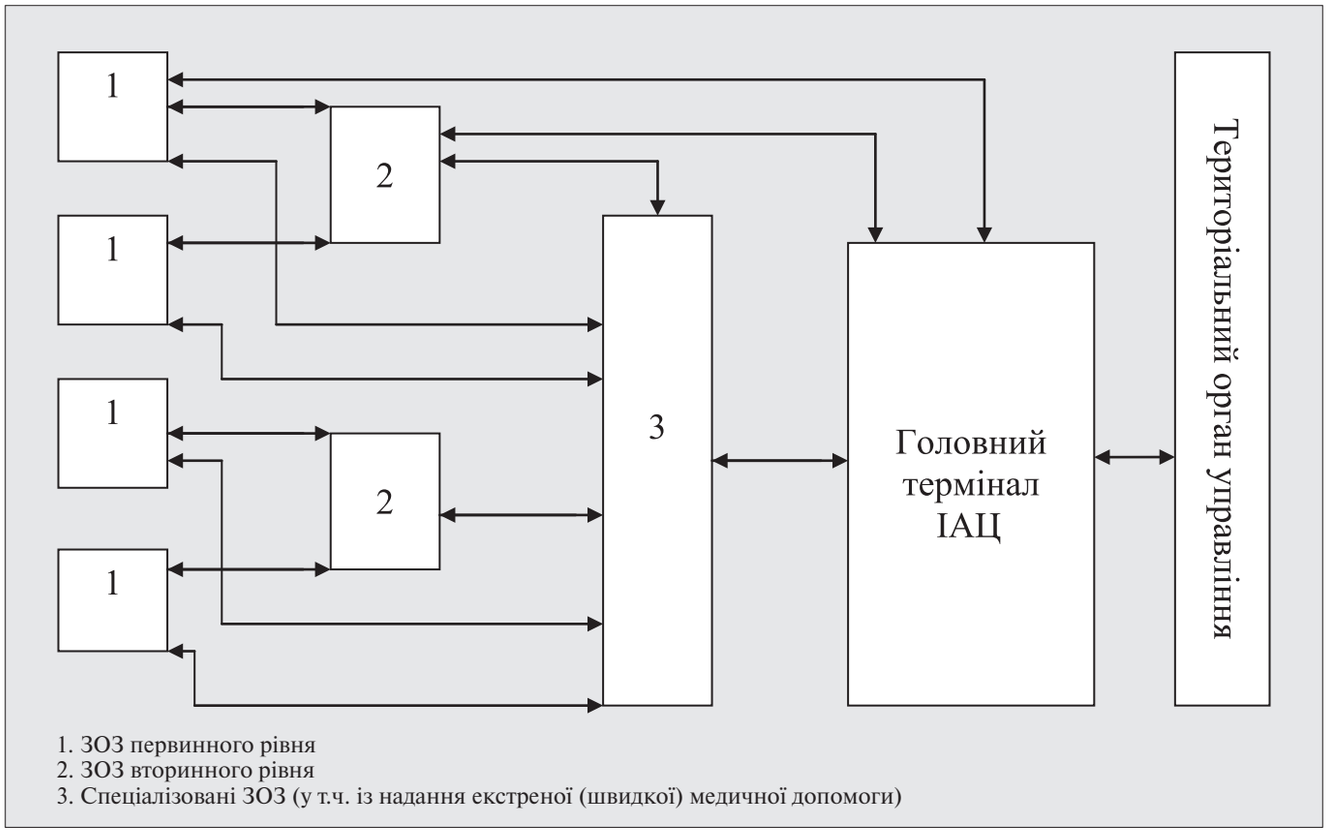


Рис. 3. *Функціонально-організаційна модель інформаційної системи охорони здоров'я на територіальному рівні*

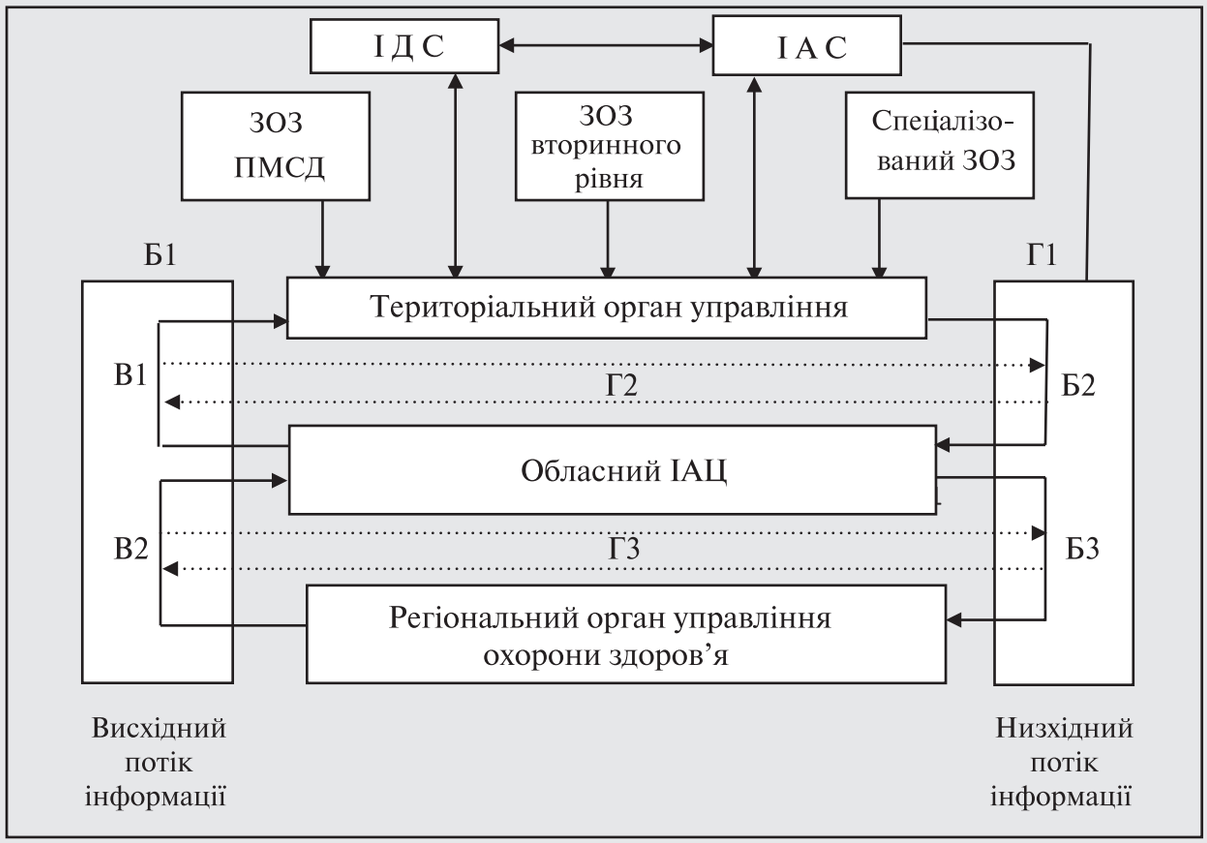
чотири основні рівні, де формується та обробляється інформація, враховуючи, що свій початок вона бере з автоматизованого робочого місця відповідного працівника; рівня ЗОЗ; територіального ІАЦ відповідного органу управління охорони здоров'я; регіонального органу управління охорони здоров'я. Ці рівні є основними складовими, де отримується, накопичується та обробляється інформація і приймаються управлінські рішення, які передаються до їх виконувачів. Отже, це чотири основні компоненти, між якими відбувається обмін даними, тобто здійснюються інформаційні потоки на регіональному рівні.

У межах структурно-функціональної взаємодії елементів в управлінні ефективністю діяльності системи охорони здоров'я інформаційна система регіону має виконувати такі завдання: збір інформації; первинний аналіз отриманих даних (первинний статистичний аналіз); отримання узагальненої інформації в електронній

Таблиця 2

Складові структурної побудови моделі інформаційного забезпечення системи охорони здоров'я на регіональному рівні

Існуючі елементи охорони здоров'я, причетні до інформатизації	Існуючі складові, частково змінені за рахунок функціональної оптимізації	Якісно нові елементи
• Комп'ютеризовані робочі місця в закладах та управліннях охорони здоров'я • Доступ до Інтернет	• Відділення медичної статистики на рівні ЗОЗ • ІАЦ територіальних органів управління • ІАЦ регіональних органів управління • Облікові та звітні статистичні форми	• Інженерно-технічні групи із забезпечення діяльності єдиної інформаційної системи на територіальному рівні • Єдине програмне ліцензоване забезпечення • Єдиний реєстр пацієнтів • Система підготовки кадрів для охорони здоров'я з питань використання єдиної інформаційної системи • Система електронного документообігу



А – первинна інформація з кожного ЗОЗ обласного підпорядкування та територіального органу управління;
Б1 – інформація з кожного ЗОЗ до інформаційно-аналітичного центру за затвердженими індикаторами та термінами;
Б2 – статистична інформація про всі аспекти діяльності ЗОЗ у цілому та в розрізі підрозділів і лікарів за затвердженими індикаторами;
Б3 – аналітична інформація по кожному ЗОЗ і мінімальній структурній одиниці (відділення; лікар-спеціаліст);
В1 – управлінські рішення на рівні конкретного ЗОЗ;
В2 – управлінські рішення на рівні системи охорони здоров'я регіону;
Г1 – порівняння інформації про діяльність на рівні структурних підрозділів ЗОЗ та конкретних медичних працівників до і після впровадження управлінського рішення (ефективність на місцевому рівні);
Г2 – порівняння інформації до і після прийняття заходів щодо вдосконалення лікувально-діагностичного процесу на рівні ЗОЗ;
Г3 – порівняння інформації на рівні системи охорони здоров'я регіону до і після прийняття та виконання конкретного управлінського рішення

Рис. 4. *Функціонально-організаційна модель взаємодії інформації в процесі управління ефективністю діяльності системи охорони здоров'я на рівні регіону*

версії та зручній для подальшого аналізу формі; інформаційно-аналітичний аналіз одержаних результатів і порівняння їх з існуючими стандартами та плановими завданнями функціонування системи, виявлення відхилень і подача інформації для прийняття управлінських рішень. Доведення управлінських рішень до виконавців і контроль за їх виконанням.

Стратегічним напрямом запропонованої моделі інформаційного забезпечення системи охорони здоров'я на регіональному рівні є забезпечення організаторів охорони здоров'я та управлінців на всіх рівнях достовірною комплексною інформацією про стан здоров'я населення, ефективність діяльності системи охорони здоров'я регіону в цілому та кожного ЗОЗ і медичного працівника та їх впливу на медико-демографічну ситуацію на визначеній території.

Тактичним напрямом моделі є створення сучасної системи збору, обробки, аналізу й передачі поточної та планової інформації медико-демографічного характеру та про діяльність системи охорони здоров'я за визначеними індикаторами в розрізі: структура, процес, результат.

Складові структурної побудови моделі наведено в табл. 2.

Запропонована модель єдиної інформаційної системи охорони здоров'я на регіональному рівні складається з наявних ресурсів (комп'ютеризовані робочі місця в закладах та управліннях охорони здоров'я, доступ до Інтернет), існуючих складових, але частково змінених за рахунок функціональної оптимізації (відділення медичної статистики на рівні ЗОЗ, ІАЦ територіальних органів управління, ІАЦ регіональних органів управління, облікові та звітні статистичні форми), та якісно нових елементів (інженерно-технічні групи із забезпечення діяльності єдиної інформаційної системи на рівні госпітального округу, єдине програмне ліцензоване забезпечення, єдиний реєстр пацієнтів, система підготовки кадрів для охорони здоров'я з питань використання єдиної інформаційної системи, система електронного документообігу).

Висновки

Запропонована функціонально-організаційна модель інформаційної системи охорони здоров'я на регіональному рівні може розглядатися як один із засобів подальшого розвитку Єдиного медичного інформаційного простору.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням ефективності використання інформаційних систем в охороні здоров'я.

Література

1. *Гулиев Я. И.* Концептуальные принципы интегрированной системы управления медицинской помощью и единого информационного пространства / Я. И. Гулиев, В. Л. Малых // Программные системы : теория и приложения : труды междунар. конф., ИПС РАН, Переславль-Залесский, 2006 : в 2 т. ; под ред. С. М. Абрамова. – М. : Физматлит, 2006. – Т. 1. – С. 27–49.
2. *Інноваційні* автоматизовані технології в організації медико-санітарної допомоги у багатопрофільному амбулаторно-поліклінічному закладі / Д. Д. Дячук, А. В. Якобчук, І. П. Мархонь, В. М. Кубатко // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2011. – № 2. – С. 42–44.
3. *Інформатизація* охорони здоров'я України та розвиток телемедичних технологій / О. С. Коваленко, Є. М. Кривенко, В. Г. Осташко [та ін.] ; за ред. З. М. Митника. – К., 2010. – 228 с.
4. *Коваленко О. С.* Застосування інформаційних технологій в охороні здоров'я // Управління підприємницькою діяльністю в галузі охорони здоров'я : колективна монографія / за ред. О. В. Баєвої, І. М. Солоненко. – К. : МАУП, 2007. – С. 135–157.
5. *Мінцер О. П.* Інформатизація охорони здоров'я: проблеми, розв'язані та нерозв'язані. Питання впорядкованості та сингулярності / О. П. Мінцер // Медична інформатика та інженерія. – 2013. – № 2. – С. 5–11.
6. *Руденко С. В.* Роль системы информатизации здравоохранения в повышении качества медицинских услуг / С. В. Руденко, Н. В. Романенко // Наук. вісн. міжнар. гуманітарного університету. – 2010. – № 1. – С. 95–99.

Дата надходження рукопису до редакції: 21.05.2014 р.

81

Современная структура функционально-организационной модели информатизации здравоохранения на региональном уровне

Е.Н. Кривенко
ГУ «Украинский институт стратегических исследований МЗ Украины», г. Киев, Украина

Цель – разработать концептуальные требования к структуре функционально-организационной модели информатизации здравоохранения на региональном уровне.

Материалы и методы: библиосемантический, структурно-логического анализа, системного подхода и анализа.

Результаты. Представлено современное видение структуры функционально-организационной модели информатизации здравоохранения на региональном уровне.

Выводы. Предложенная функционально-организационная модель информационной системы здравоохранения на региональном уровне может рассматриваться как одно из средств дальнейшего развития Единого медицинского информационного пространства.

Ключевые слова: информатизация здравоохранения, функционально-организационная модель, концептуальные подходы.

Modern structure of functional organizational model of informatization of public health at the regional level

Ye.M. Kryvenko
SI «Ukrainian Institute of Strategic Researches Ministry of Health of Ukraine», Kyiv, Ukraine

Purpose – to develop a conceptual design requirements for the functional organizational model of informatization of Public Health at the regional level.

Methods: bibliosemantical, structural and logical analysis, a systematic approach and analysis.

Results. The article provides a contemporary vision of the structure of functional organizational model of informatization of Public Health at the regional level.

Conclusions. The proposed functional organizational model of Public Health information system at the regional level can be seen as a means of further developing a Single medical information space.

Key words: informatization of health, organizational functional model, conceptual approaches.

Відомості про автора

Кривенко Євген Миколайович – зав. відділу інформатизації охорони здоров'я ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна; служб. тел. +38 (044) 576-41-16; e-mail: taragorm@ukr.net.

Опубліковано в електронній версії журналу «Lancet» : www.thelancet.com (Vol.383, March 8, 2014)
Дозвіл на публікацію надано редактором журналу «Lancet» паном Річардом Хортоном та одним з авторів професором Лондонської школи гігієни і тропічної медицини Мартіном Маккі (спеціалістом у галузі Європейської охорони здоров'я).

Johan P. Mackenbach, Adrianna Murphy, Martin McKee

UKRAINE: NOT ONLY A MATTER OF GEOPOLITICS

Department of Public Health, Erasmus MC, University Medical Centre Rotterdam, 3000 CA Rotterdam, Netherlands (JPM); and European Centre on Health of Societies in Transition, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, UK (AM, MM)
j.mackenbach@erasmusmc.nl

Published Online March 3, 2014
http://dx.doi.org/10.1016/ S0140-6736(14)60425-6

Ukraine is once again at a political crossroads. Like many of the world's troubled nations, its present-day borders reflect historical events that paid little attention to the national identities of those involved, such as the westward expansion after World War 2 into what had been Polish territory, and Nikita Khrushchev's unexpected 1954 gift from Russia to Ukraine of Crimea. Just like Russia itself, which at different times has looked to the east or west [1], the people of Ukraine have struggled to come to terms with two different identities [2]. During the 20th century the geopolitical situation placed Ukraine firmly in the east, linked to Russia economically, culturally, and politically, but this century many Ukrainian people have turned their attention to the west. The outcome of this ongoing struggle will have profound effects on the health of the Ukrainian population.

This is evident when we look at the historical trajectory of Ukraine's population life expectancy, which has been more dramatic than that of any other European country (figure). In the 1930s, Stalin's forced collectivisation of agriculture led to severe food shortages, and life expectancy in Ukraine fell briefly to record lows of 7 years in men and 11 years in women. World War 2 and the Stalinist repression of the late 1940s caused further dramatic setbacks [3]. After the collapse of the Soviet Union in 1991, life expectancy in all its newly independent republics first followed a similar fluctuating course, but while life expectancy in Estonia and the other Baltic republics began to improve in the mid-1990s, Ukrainian and Russian life expectancy did not do so until 2005. The current gap in life expectancy between Ukraine and Sweden, which has one of Europe's highest life expectancies, is a staggering 14 years in men and 10 years in women [5]. High death rates, together with low birth rates, have caused a true demographic crisis: since the early 1990s, the Ukrainian population has shrunk from 52 to 46 million [5].

High Ukrainian mortality undoubtedly has many causes, but these are ultimately driven by its unfavourable economic and political conditions. Interestingly, within Ukraine there is a clear east–west gradient, with western regions (mostly populated by Ukrainian-speakers) having lower mortality than eastern regions (mostly populated by Russian-speakers), suggesting that the Ukrainian health situation is largely determined by its position on a cultural fault-line between east and west [6]. Specific risk factors that have been shown to have a role in the Ukrainian health disadvantage include a high prevalence of smoking [7], excessive alcohol consumption [8], lack of access to good quality health care [9], and low perceived control over the way one's life turns out [10]. These risk factors are at least partly due to Ukraine's desperate economic situation. After the collapse of the Soviet Union, Ukraine's economy shrunk by half, with rates of absolute poverty rising to more than 30% at the end of the 1990s. After 2000, the economy started to recover, but was struck again by the 2008 recession, and currently Ukraine is one of the poorest European countries with an average income of only US$3500 [11].

Economics, however, is not the whole story, because Ukrainian life expectancy is even lower than expected on the basis of its national income [12]. The country's low life expectancy also reflects political failure. During the past decades, former Communist countries that developed rea-

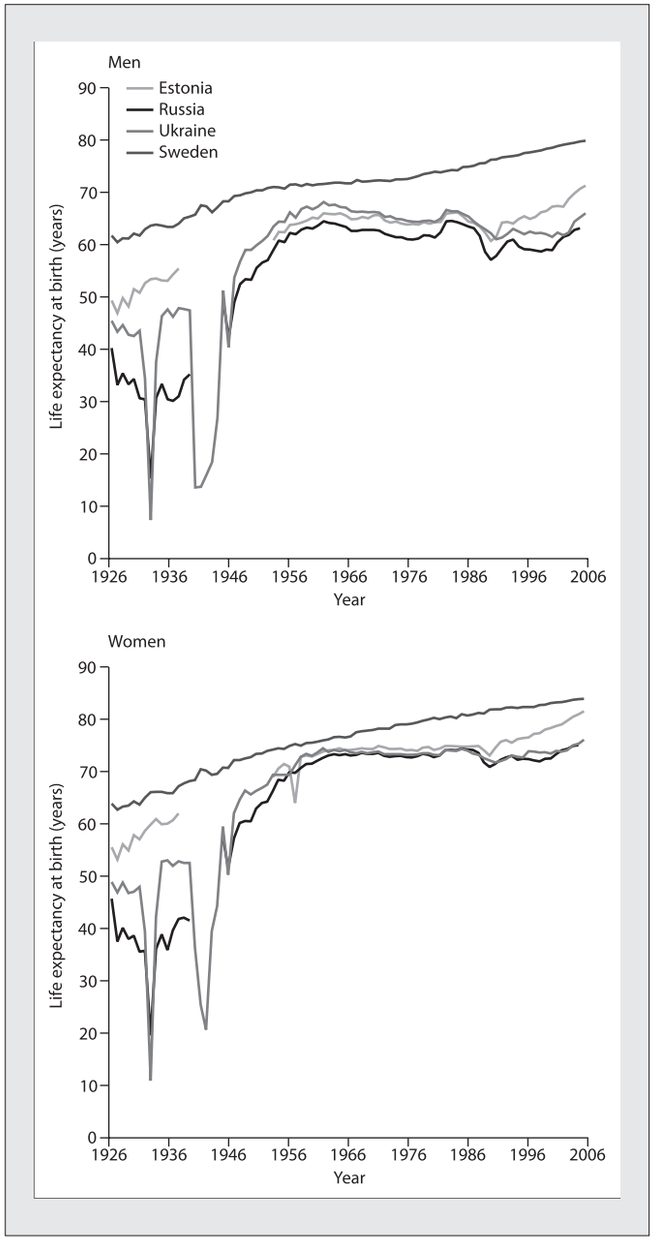


Figure: *Life expectancy in men and women at birth in Ukraine and selected other countries, 1926–2011*

Data are from Meslé and Vallin [3], the Human Life-table Database [4], and WHO's Health for All Database [5]. Data for Estonia are missing between 1939 and 1952, and data for Russia are missing between 1941 and 1945.

sonably functioning democracies had earlier and stronger life expectancy growth than those that remained under partly autocratic rule, like Ukraine. After the first chaotic years were over, countries with a rapid and radical transition to democracy, such as the Czech Republic and Estonia, saw rapid decreases in mortality from conditions amenable to health policy, such as heart disease, cerebrovascular disease, and road trafic injury [13]. Such improvements in mortality probably reflect the wider policy changes that accompanied, and were promoted by, democratisation, including health- care reform, road trafic safety programmes, and health promotion campaigns [14]. Countries with more advanced democratic institutions are also likely to have less corruption [15], which leads to inefficiencies in health care and undermines preventive health policies [16].

In international ratings Ukraine's political system has been characterised as a «partial» democracy [17] and the country is perceived to be corrupt [18]. In a recent analysis that compared the performance of 43 European countries in ten areas of health policy, Ukraine was the worst performer of all, with bad ratings for all areas, ranging from tobacco control to perinatal care and from the detection and control of hypertension to cancer screening [19]. If Ukraine were to have the same low death rates as Sweden for causes of death amenable to health policy, more than half of its annual number of deaths (about 700 000) would not occur [20].

The recipe for Ukrainian health recovery, therefore, is political change: a peaceful transition to full democracy, the building of effective institutions that promote the public good, and subsequent implementation of health and healthcare policies tailored to the needs of the Ukrainian population. The outcome of the ongoing struggle will determine whether this will happen or not, and the European Union and other western powers involved would do well to not only look at the geopolitical dimensions of the situation, but to also recognise its implications for population health. The new government in Kyiv faces many challenges, not least that it is running out of money and requires substantial funds from the European Union, the International Monetary Fund, and others to avoid imminent economic collapse [21]. Yet these organisations will demand conditions with any financial support they provide and, having been stringent in their imposition of austerity on countries facing economic problems within the European Union, they might be tempted to prescribe the same medicine for Ukraine. There was a failure to assess the health impact of such policies in Greece [22]. If the same miscalculation is made in a country with as many health challenges as Ukraine, the consequences could be many times worse. This time there will be no excuse.

We declare that we have no competing interests.

References

1. *Figes O.* Natasha's dance: a cultural history of Russia. Harmondsworth: Penguin, 2003.
2. *Wilson A.* The Ukrainians: unexpected nation. New Haven: Yale University Press, 2000.
3. *Meslé F, Vallin J.* Mortality and causes of death in 20th-century Ukraine. Dordrecht: Springer, 2012.
4. *Max-Planck-Gesellschaft.* The human life-table database. http://www. lifetable.de/ (accessed March 3, 2014).
5. *WHO.* European health for all database (HFA-DB). World Health Organization Regional Office for Europe, updated July, 2013. http://data. euro.who.int/hfadb/ (accessed March 3, 2014).
6. *Murphy A., Levchuk N., Stickley A., Roberts B., McKee M.* A country divided? Regional variation in mortality in Ukraine. Int J Public Health 2013; 58: 837–44.
7. *Gilmore A. B., McKee M., Telishevska M., Rose R.* Epidemiology of smoking in Ukraine, 2000. Prev Med 2001; 33: 453–61.
8. *Webb C. P. M., Bromet E. J., Gluzman S., et al.* Epidemiology of heavy alcohol use in Ukraine: findings from the world mental health survey. Alcohol 2005; 40: 327–35.
9. *Murphy A., Mahal A., Richardson E., Moran A. E.* The economic burden of chronic disease care faced by households in Ukraine: a cross-sectional matching study of angina patients. Int J Equity Health 2013; 12: 38.
10. *Gilmore A. B., McKee M., Rose R.* Determinants of and inequalities in self-perceived health in Ukraine. Soc Sci Med 2002; 55: 2177–88.
11. *The World Bank.* Ukraine. http://data.worldbank.org/country/ukraine (accessed March 3, 2014).
12. *Mackenbach J. P., Looman C. W.* Life expectancy and national income in Europe, 1900–2008: an update of Preston's analysis. Int. J. Epidemiol 2013; 42: 1100–10.
13. *Mackenbach J. P., Hu Y., Looman C. W.* Democratization and life expectancy in Europe, 1960–2008. Soc Sci Med 2013; 93: 166–75.
14. *McKee M., Nolte E.* Lessons from health during the transition from communism. BMJ 2004; 329: 1428–29.
15. *Sung H. E.* Democracy and political corruption: a cross-national comparison. Crime Law Soc Change 2004; 41: 179–93.
16. *McKee M., Zwi A., Koupilova I., Sethi D., Leon D.* Health policy-making in central and eastern Europe: lessons from the inaction on injuries? Health Policy Plan 2000; 15: 263–69.
17. *Marshall M. G., Gurr T. R.* The Polity IV Project: political regime characteristics and transitions, 1800–2012. http:// www.systemicpeace.org/polity/polity4. htm (accessed March 3, 2014).
18. *Transparency* International. Corruption perception index 2013. http://cpi. transparency.org/cpi2013/results/ (accessed March 3, 2014).
19. *Mackenbach J. P., McKee M.* A comparative analysis of health policy performance in 43 European countries. Eur J. Public Health 2013; 23: 195–201.
20. *Mackenbach J. P., Karanikolos M., McKee M.* Health policy in Europe: factors critical for success. BMJ 2013; 346: f533.
21. *Riegert B.* Deutsche Welle Feb 25, 2014. http://www.dw.de/eu-to-offer- financial-aid-to-ukraine/a-17454804 (accessed March 3, 2014).
22. *Kentikelenis A., Karanikolos M., Reeves A., McKee M., Stuckler D.* Greece's health crisis: from austerity to denialism. Lancet 2014; 383: 748–53.

УДК 615.2/.3:336.761.5(477)

М.В. Шевченко, Н.Т. Кучеренко

ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ ЦІНОУТВОРЕННЯ ТА СИСТЕМИ ВІДШКОДУВАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В УКРАЇНІ

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

Мета *– вивчити принципи та механізми державного регулювання ціноутворення і системи відшкодування вартості лікарських засобів в Україні з використанням найкращих світових практик.*

Матеріали та методи. *Використано такі методи: бібліографічний, статистичний та порівняльного аналізу.*

Результати. *Наведено методологічні підходи до ціноутворення на лікарські засоби в Україні. Показано, що державне регулювання цін і система відшкодування є одними з найефективніших інструментів вирішення цього завдання. Визначено підходи до запровадження оптимальної моделі державного регулювання ціноутворення та системи відшкодування в Україні.*

Висновки. *Встановлено, що вартість лікарських засобів є важливим фактором доступності населення до них, а способами поліпшення доступності є підвищення рівня бюджетного фінансування, відшкодування затрат через страхові механізми, стимулювання споживання генериків, відповідна закупівельна практика, розвиток конкуренції та отримання знижок від виробників, механізми регулювання імпорту.*

Ключові слова: *ціноутворення, державне регулювання, реімбурсація, лікарські засоби.*

Вступ

Забезпечення належного доступу населення до медичних препаратів є однією з функцій сучасної правової демократичної держави та важливим елементом соціальної політики. Одним із методів полегшення доступу до лікарських засобів (ЛЗ) є зменшення ціни на них, надання пільг, часткове чи повне фінансування державою, особливо у випадку життєво важливих ліків.

Проблематика ціноутворення на ЛЗ та вироби медичного призначення (ВМП) в Україні довгий час залишається досить гострою і надзвичайно актуальною. Це пов'язано з тим, що в державі, на відміну від європейських країн, практично немає системи реімбурсації (відшкодування вартості) ЛЗ, оскільки система медичного страхування так і не запроваджена. При цьому питання цін на ліки однаково хвилює як фармацевтичні компанії, так і споживачів.

Особливо гостро це питання постає у зв'язку зі створенням системи обов'язкового соціального медичного страхування в Україні як одного з ефективних засобів поліпшення ситуації у сфері охорони здоров'я, що сприятиме підвищенню рівня забезпечення населення якісними і доступними ліками та своєчасності надання медичної допомоги.

Мета роботи – вивчити принципи та механізми державного регулювання ціноутворення і системи відшкодування вартості ЛЗ в Україні з використанням найкращих світових практик.

Матеріали та методи

У роботі використано такі методи дослідження: бібліографічний, статистичний та порівняльного аналізу.

Результати дослідження та їх обговорення

Проблеми та перспективи державного регулювання цін на ЛЗ обумовлені тим, що забезпечення доступності ліків для громадян є одним із пріоритетних напрямів реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я. На сьогодні в Україні функціонує розгалужена мережа аптечних закладів із широким асортиментом ЛЗ як вітчизняного, так і іноземного виробництва. Проте держава, здійснюючи комплексні заходи для забезпечення громадян доступними, безпечними та ефективними ЛЗ, недостатньо володіє інформацією про цінову ситуацію та не має важелів впливу на неї в сегменті основних ЛЗ, внаслідок чого неаргументовано зростають ціни на етапі їх реалізації та неефективно витрачаються бюджетні кошти при закупівлі препаратів.

Якщо розглядати ціноутворення з точки зору історико-правового аналізу його державного регулювання, то до 2008 р. в країні існувала відносно стабільна практика ціноутворення на ЛЗ і ВМП. Державному регулюванню підлягали ціни лише на препарати, внесені до Переліку вітчизняних та імпортних лікарських засобів і виробів медичного призначення (наказ МОЗ і Міністерства економіки та з питань європейської інтеграції України від 03.12.2001 р. № 480/294) [8]. Функції державного регулювання цін на ЛЗ та ВМП були покладені на Раду міністрів АР Крим, обласні, Київську та Севастопольську міські державні адміністрації. Вказані органи були уповноважені регулювати (встановлювати) граничні торговельні надбавки (націнки) на ЛЗ, що реалізуються населенню через аптечну мережу, на рівні не вище ніж 35% оптової ціни виробника (митної вартості) з урахуванням знижок, а на ті, що придбані державними та комунальними закладами охорони здоров'я за бюджетні кошти, – на рівні не вище ніж 10% оптової ціни виробника (митної вартості) з урахуванням знижок.

Однак восени 2008 р., внаслідок девальвації гривні, ліки істотно подорожчали. Реагуючи на це, Уряд України прийняв постанову від 17.10.2008 р. № 955 «Про заходи щодо стабілізації цін на лікарські засоби і вироби медичного призначення», положення якої істотно змінили державне регулювання цін на ЛЗ і ВМП. Зокрема, Перелік лікарських засобів і виробів медичного призначення, ціни на які підлягають державному регулюванню, значно розширився, і були встановлені нові граничні надбавки (націнки) на ЛЗ і ВМП, включені до існуючого на той час Національного переліку основних лікарських засобів і виробів медичного призначення (затвердженого постановою Кабінету Міністрів України (КМУ) від 29.03.2006 р. № 400 «Про затвердження Національного переліку основних лікарських засобів і виробів медичного призначення»), – на рівні не вище ніж 15% оптової ціни виробника (митної вартості) з урахуванням знижок, а граничні торговельні (роздрібні) надбавки (націнки) – на рівні не вище ніж 35% оптової ціни виробника (митної вартості) з урахуванням знижок.

При цьому граничний розмір встановлених надбавок не залежав від кількості здійснених операцій з продажу ЛЗ і ВМП.

Після призупинення дії вищезгаданої постанови та постанови КМУ від 19.11.2008 р. № 1022 «Про внесення змін до постанов КМУ від 10 вересня 2008 р. № 837 і від 17 жовтня 2008 р. № 955» ситуація з державним регулюванням цін на ЛЗ і ВМП в Україні стала невизначеною. Це тривало до моменту прийняття 11.02.2009 р. Ухвали Конституційного Суду України, якою відмовлено у відкритті конституційного провадження у справі за конституційним поданням Президента України щодо відповідності Конституції України (конституційності) цих постанов Уряду.

Тобто в період із 05.12.2008 р. до 11.02.2009 р. ціни на ЛЗ і ВМП в Україні фактично не були врегульованими. Поновлення дії постанов № 955 та № 1022 створило ситуацію, згідно з якою, держава регулювала практично увесь ринок ЛЗ України, зокрема, 903 препарати за непатентованими міжнародними назвами, 9 319 – за торговельними назвами, що становило приблизно 85% усіх зареєстрованих в Україні ліків.

Затвердження нового Національного переліку (постанова КМУ від 25.03.2009 р. №333 «Деякі питання державного регулювання цін на лікарські засоби і вироби медичного призначення») суттєво звузило предмет державного регулювання цін на фармацевтичну продукцію, що дуже позитивно сприйняли гравці ринку. Так, згідно з новим Національним переліком, кількість ЛЗ і ВМП, ціни на які підлягають державному регулюванню, скоротилася до 215 згідно з міжнародними непатентованими або загальноприйнятими назвами діючих речовин [1].

У цілому український фармацевтичний ринок потребує посилення державного контролю. У країні діє тільки система регулювання торгових надбавок. Але механізм не може бути ефективним, якщо це не комплексне рішення. Визначення цін при виведенні препарату на ринок, регулювання та управління цінами разом із застосовуванням механізму контролю торгових націнок дає змогу сформувати керовану систему цін для кінцевого споживача [2].

Також в Україні немає державного відшкодування витрат на ЛЗ (участь держави в забезпеченні населення препаратами становить 10–12% загального обсягу ринку в грошовому вираженні), і пацієнт сплачує за ліки самостійно. Це робить його об'єктом маркетингової активності виробників ЛЗ: безпосередньо – через пряму рекламу в засобах масової інформації, опосередковано – через медичних представників, які здійснюють промоцію препаратів серед лікарів. Але зазвичай хворий не може свідомо обрати ЛЗ, оскільки не володіє необхідними знаннями. Тому складається небезпечна для нього ситуація через самолікування.

Хоча повноцінна система відшкодування витрат на ЛЗ в Україні відсутня, але є тільки її елементи, пов'язані з безкоштовним або пільговим відпуском ЛЗ за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань. Однак існуюча динаміка зростання цін вказує на доцільність якнайшвидшого впровадження ефективних заходів, спрямованих на недопущення невиправданого завищення вартості ЛЗ для кінцевого споживача. Одним із таких заходів є порівняння цін на ідентичні або подібні ЛЗ у суміжних країнах та/або на внутрішньому ринку, що закладено в основу референтного ціноутворення більшості європейських країн, де функціонує система реімбурсації [7].

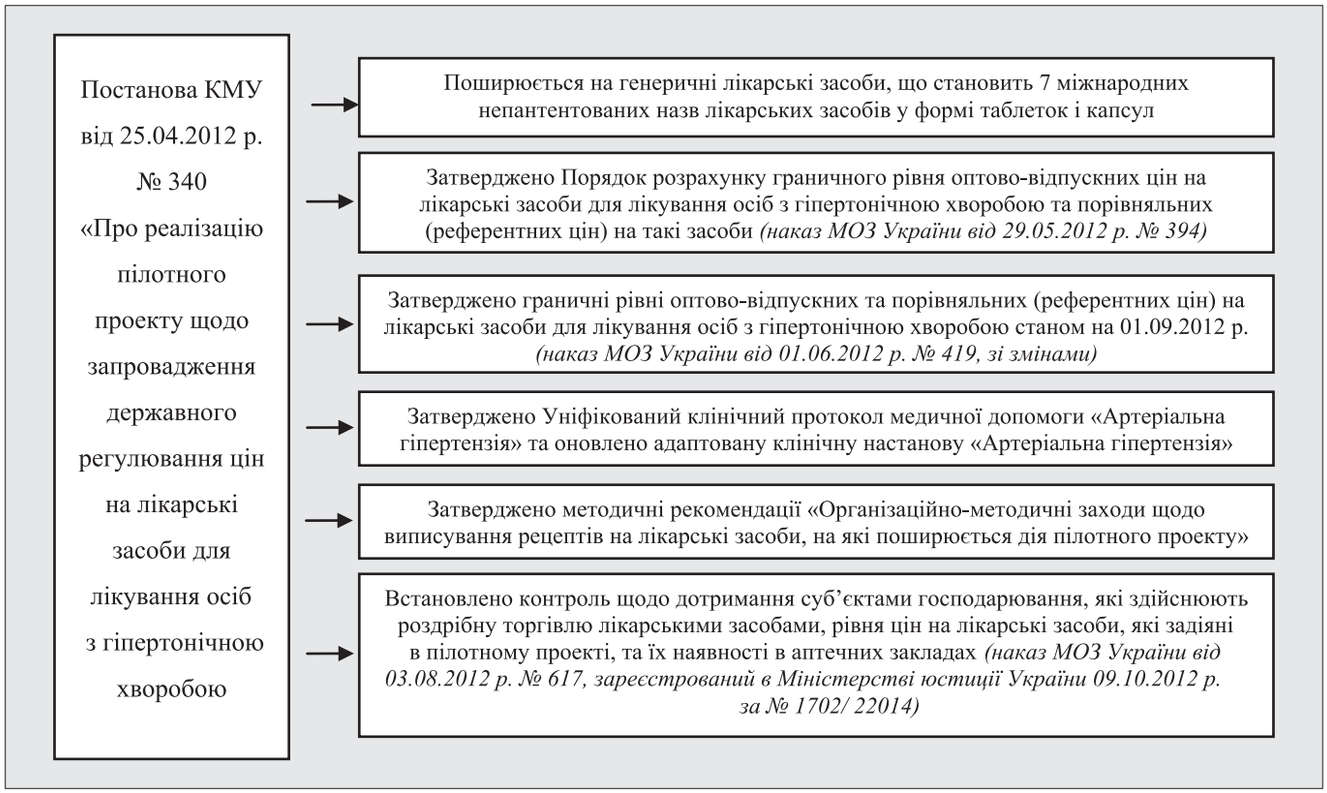


Рис. 1. *Пілотний проект щодо запровадження регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою (законодавчі передумови)*

Враховуючи ситуацію з державного відшкодування витрат на ЛЗ, за ініціативи МОЗ України стосовно формування сучасних підходів до регулювання цін на ЛЗ та як елемент заходів, визначених Програмою економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава», з червня 2012 р. в Україні розпочато пілотний проект.

Вибір референтних країн здійснювався за трьома критеріями: соціальною, економічною схожістю і медичними показниками.

Соціально-економічні показники розвитку, або індекс стабільності країн, визначалися за методологією Організації Об'єднаних Націй та Світового банку. Розрахунки схожості з точки зору медичної системи проводилися на основі даних Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ).

Як зазначалося вище, в Європі референтні ціни встановлюються для торговельних марок, для України такий підхід не прийнятний, оскільки наш ринок за торговими назвами відрізняється від ринків Європи і Російської Федерації. Тому пропонується здійснювати регулювання не за торговими назвами, а за назвами молекул і діючих речовин препаратів. Регулюванню мають підлягати всі препарати з єдиною діючою речовиною, крім оригінальних ЛЗ, а також цінові надбавки (оптові та роздрібні), що дасть змогу повністю контролювати ціни [3].

Реалізація пілотного проекту щодо запровадження державного регулювання цін на ЛЗ для лікування осіб з гіпертонічною хворобою здійснюється шляхом встановлення граничного рівня оптово-відпускних цін на такі засоби з використанням механізму визначення порівняльних (референтних) цін (перший етап) і відпрацювання механізму часткового відшкодування їх вартості за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів (другий етап) [6].

Для формування методики ціноутворення на підставі теперішньої цінової ситуації в роздрібному сегменті фармацевтичного ринку України в якості базового показника приймається встановлена добова доза (ВДД) споживання ЛЗ, рекомендована ВООЗ, так звана DDD. ВДД визначається для конкретної молекули діючої речовини з урахуванням форми випуску. При цьому призначення дозування ЛЗ для добового споживання в кожному індивідуальному випадку може варіюватися та відрізнятися від ВДД залежно від віку, маси тіла пацієнта, а також фармакокінетичних особливостей препарату, що зумовлює наявність на ринку ЛЗ із широким діапазоном дозувань діючої речовини для однієї і тієї самої молекули. Тому для коректності розрахунків у рамках нашого підходу за основу приймається саме показник ВДД із метою приведення референтного рівня цін на ЛЗ із різними дозуваннями і номерами упаковок і відповідно варіює вартістю до «єдиного знаменника».

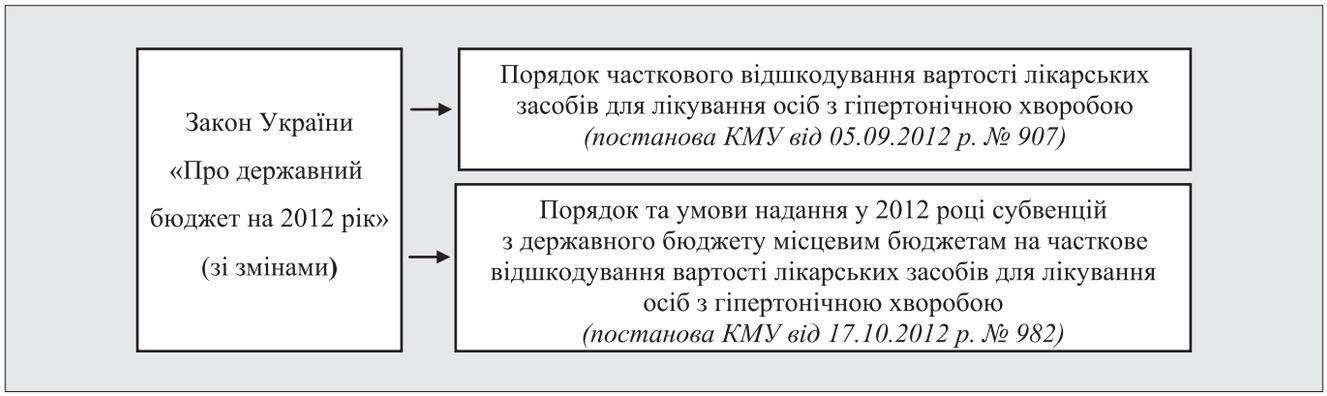


Рис. 2. *Часткове відшкодування вартості лікарських засобів для лікування осіб із гіпертонічною хворобою за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів*

Що стосується безпосередньо вибору препаратів, для яких проведений аналіз поточної цінової ситуації на ринку, то за основу приймається система МНН для фармацевтичних субстанцій ВООЗ. Як вищезазначалося, механізм референтного ціноутворення відпрацьовується для препаратів, які застосовуються при артеріальній гіпертензії.

Крім того, до реалізації пілотного проекту з 12 млн хворих на гіпертонію тільки близько 1,5 млн контролюють свій артеріальний тиск, а це лише 14%, тоді як середньоєвропейський показник становить близько 27%. Тобто для досягнення середньоєвропейського рівня контрольованих хворих слід залучити щонайменше 2 млн пацієнтів.

За рекомендаціями ВООЗ, Європейської асоціації кардіологів, а також Української асоціації кардіологів, для лікування артеріальної гіпертензії застосовуються такі препарати I ряду: блокатори рецепторів ангіотензину II; діуретики; блокатори бета-адренорецепторів; антагоністи кальцію. Пілотний проект поширюється на генеричні ЛЗ для лікування осіб з гіпертонічною хворобою (виробляються з дотриманням вимог GMP та входять до переліку міжнародних непатентованих назв): «Еналаприл», «Лізиноприл», «Бісопролол», «Метопролол», «Небіволол», «Амлодипін» і «Ніфедипін».

Обіг ЛЗ для лікування осіб з гіпертонічною хворобою здійснюється на території України після декларування оптово-відпускної ціни, яка не може перевищувати граничний рівень оптово-відпускних цін на такі ЛЗ, розрахований відповідно до Порядку розрахунку граничного рівня оптово-відпускних цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою та порівняльних (референтних цін) на такі засоби [5].

Реєстр граничного рівня оптово-відпускних і порівняльних (референтних) цін на ЛЗ для лікування осіб з гіпертонічною хворобою станом на 01.09.2012 р. затверджено наказом МОЗ України від 01.06.2012 р. № 419 (із змінами), (рис. 1).

Загальні методичні підходи Порядку розрахунку граничного рівня оптово-відпускних цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою та порівняльних (референтних цін) на такі засоби представлені ДП «Державний експертний центр МОЗ України» та належно оцінені Інформаційною мережею з питань політики ціноутворення та реімбурсації лікарських засобів (Pharmaceutical Pricing and Reimbursement International, PPRI), що одночасно виконує функції Центру Співпраці ВООЗ із питань ціноутворення та реімбурсації [4].

Часткове відшкодування вартості ЛЗ для лікування осіб із гіпертонічною хворобою за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів здійснюється відповідно до постанови КМУ від 05.09.2012 р. № 907 «Про затвердження Порядку часткового відшкодування вартості лікарських засобів для лікування осіб з гіпертонічною хворобою» та відповідно до постанови КМУ від 17.10.2012 р. № 982 «Про затвердження Порядку та умов надання у 2013 році субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на часткове відшкодування вартості лікарських засобів для лікування осіб з гіпертонічною хворобою» (із змінами), (рис. 2).

Реалізація першого етапу Пілотного проекту сприяла підвищенню доступності до цих ЛЗ у результаті зниження граничних рівнів оптово-відпускних та порівняльних (референтних) цін на них у діапазоні від -4,00% до -17,80% (у середньому – 7,93%, станом на 01.09.2012 р. порівняно з 01.06.2012 р.).

У 2012 р. обсяг роздрібних продажів ЛЗ, що підпали під дію Пілотного проекту, становив: у грошовому вираженні – 517 млн грн, у натуральному – 22,8 млн упаковок, що відповідно на 15,20% і 16,80% більше, ніж у 2011 році.

Аналіз реалізації пілотного проекту за результатами 2012 р. показав зниження середньозваженої вартості однієї упаковки цих препаратів на 1,40% (з 23,00 до 22,70 грн), іноземного виробництва – на 5,20%, а вітчизняного – на 3,40%.

89

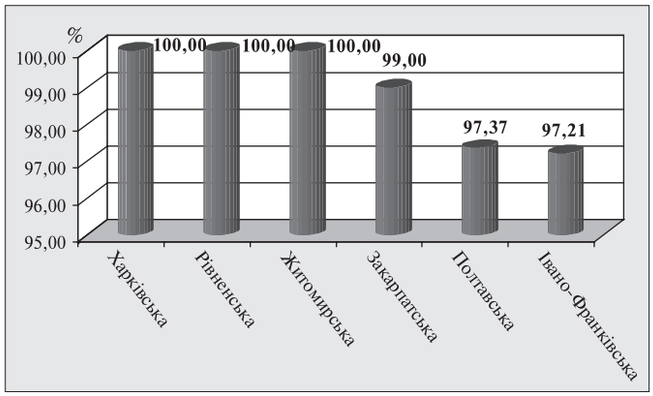


Рис. 3. *Області, які у відстотковому співвідношенні використали найбільшу кількість коштів за 2013 р. (станом на 06.12.2013 р.)*

Роздрібний продаж ЛЗ вітчизняного виробництва в натуральному вираженні зріс на 2,00%, а в грошовому – на 3,00%. Частка роздрібного продажу ЛЗ вітчизняного виробництва дорівнювала в грошовому вираженні 22,00%, у натуральному – 47,00%.

Реалізація другого етапу Пілотного проекту (листопад–грудень 2012 р.), яка передбачала часткове відшкодування вартості ЛЗ для лікування осіб з гіпертонічною хворобою, базувалася на попередніх розрахунках з урахуванням усіх хворих з гіпертонічною хворобою (12 млн осіб) та на аналізі ЛЗ, які найбільш часто призначаються лікарями. Зокрема, це:

- 60,00% – ЛЗ, які діють на ренін-ангіотензинову систему (серед яких «Еналаприл» – 80,00%, «Лізиноприл» – 20,00%);
- 20,00% – бета-адреноблокатори (серед яких «Бісопролол» – 60,00%, «Метопролол» – 30,00%, «Небіволол» – 10,00%);
- 20,00% – антагоністи кальцію (серед яких «Амлодипін» – 80,00%, «Ніфедипін» – 20,00%).

У 2012 р. на часткове відшкодування вартості ЛЗ для лікування осіб з гіпертонічною хворобою виділено субвенцію з державного бюджету місцевим на часткове відшкодування вартості ЛЗ у розмірі 40,00 млн грн, а використано – 3,80 млн грн. Близько 515 тис. осіб взяли участь у пілотному проекті, лікарі за цей період виписали понад 1,60 млн рецептів.

У 2013 р. з державного бюджету України на часткове відшкодування вартості ЛЗ для лікування осіб з гіпертонічною хворобою передбачено кошти в сумі 191,60 млн грн. Станом на 06.12.2013 р., за інформацією з регіонів, хворі отримали 184,10 млн гривень.

У 27 регіонах України використано кошти в розмірі 128,50 млн грн (69,81% від загальної суми отриманих коштів).

Найбільше використано коштів у Житомирській (100,00%), Рівненській (100,00%), Херсонській (100,00%), Закарпатській (99,00%), Полтавській (97,37%) та Івано-Франківській (97,21%) областях (рис. 3).

Найменше використано коштів у Донецькій (23,09%), Одеській (39,18%) та Дніпропетровській областях (47,55%), м. Севастополі (37,62%), (рис. 4).

З початку 2014 р. 8 098 622 особи отримали ЛЗ, близько 22,14 млн рецептів були виписані на часткове відшкодування вартості ЛЗ, задіяних у пілотному проекті, а за 9,99 млн рецептів (45,11% від загальної кількості виписаних рецептів) надані відшкодування вартості ЛЗ. Кількість аптечних закладів, задіяних у пілотному проекті, зросла у 3,3 разу (до 12 106 одиниць).

Державна служба України з лікарських засобів постійно здійснює контроль за дотриманням суб'єктами господарювання вимог щодо наявності ЛЗ, визначених пілотними проектом щодо державного регулювання цін на ЛЗ для лікування осіб з гіпертонічною хворобою.

На постійній основі ДП «Державний експертний центр МОЗ України» здійснює моніторинг цін на ЛЗ і ВМП, що закуповуються за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів. Проводиться аналіз динаміки оптових (середньозважених) та роздрібних (середньозважених) цін на гіпотензивні ЛЗ, на які поширюється дія пілотного проекту.

Аналіз отриманих результатів пілотного проекту у 2013 р. засвідчив, що оптові ціни на такі ЛЗ знизились у середньому на 8,90%, роздрібні ціни – на 15,50%. Також результати цього проекту сприяли і вирішенню трьох його основних завдань:

- запобігання самолікуванню, тобто збільшення числа гіпертоніків, які постійно приймають ефективні гіпотензивні препарати за рекомендацією лікаря;
- зниження вартості препаратів для лікування артеріальної гіпертензії;
- гарантування наявності доступних та ефективних гіпотензивних препаратів на фармацевтичному ринку.

Слід зазначити, що, незважаючи на позитивні сторони пілотного проекту, залишаються відкритими питання в частині порушення аптечними закладами

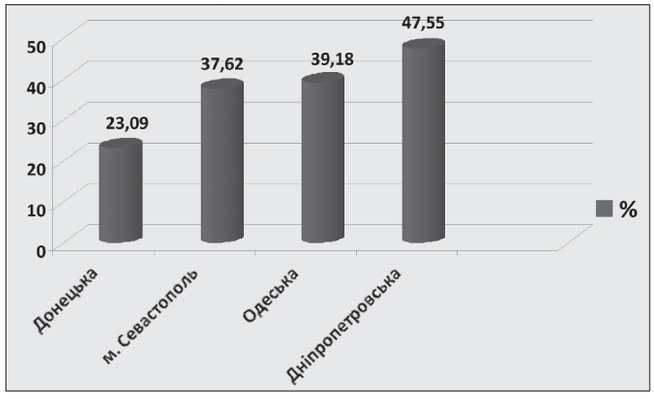


Рис. 4. *Області, які у відстотковому співвідношенні використали найменшу кількість коштів за 2013 р. (станом на 06.12.2013 р.)*

відпуску рецептурних ЛЗ, у т.ч. задіяних у пілотному проекті, ненадання співробітниками аптечних закладів інформативних роз'яснень населенню щодо запровадження пілотного проекту, недостатньої координації реалізації пілотного проекту на рівні керівництва обласних державних адміністрацій. Крім прийняття відповідних управлінських рішень, необхідно відзначити низький рівень поінформованості населення в регіонах щодо впровадження пілотного проекту.

Висновки

Державне регулювання цін на ЛЗ і ВМП сьогодні полягає у встановленні максимально допустимих розмірів надбавок на ціни зазначеної продукції під час оптової та роздрібної торгівлі нею.

Встановлено можливі ризики при запровадженні системи реімбурсації: збільшення документообігу для отримання компенсації від уповноважених органів, ускладнення бухгалтерського обліку та на певний час можливий нормативно-законодавчий «вакуум», можливі затримки платежів із фондів, що будуть відшкодовувати вартість ЛЗ.

Встановлено, що вартість ЛЗ є важливим фактором доступності населення до основних ЛЗ. Способами її підвищення є збільшення рівня бюджетного фінансування, відшкодування затрат через страхові механізми, стимулювання споживання генериків, відповідна закупівельна практика, розвиток конкуренції та отримання знижок від виробників, механізми регулювання імпорту.

За першими результатами пілотного проекту, механізм його запровадження впливає на визначення справедливої ціни на ЛЗ, що виключає вплив маркетингових витрат, пов'язаних із брендованими ліками, а також диференціації кількості діючої речовини і номера в упаковці, при якому буде стимулюватися підвищення цінової доступності ліків; дозволяє максимально можливо забезпечити соціально незахищені верстви населення сучасними генеричними препаратами за справедливими цінами і сформувати надійну, просту й ефективну систему державного контролю та регулювання цін на ЛЗ.

Перспективи подальших досліджень полягають у розробці та запровадженні оптимального варіанту системи державного регулювання цін для України, яка б не порушувала механізми ринкового регулювання і забезпечила системний підхід до формування ціни для збалансування попиту та пропозиції, а також була нерозривно пов'язана з використанням системи реімбурсації.

91

Література

1. *Деякі* питання державного регулювання цін на лікарські засоби і вироби медичного призначення : постанова КМУ від 25.03.2009 р. № 333 [Електронний документ]. – Режим доступу : http://moz.gov.ua/ua/portal/dp_20090325_333.html. – Назва з екрана.
2. *Кирик В. В.* Становлення вітчизняних систем реімбурсації (відшкодування споживання лікарських засобів) / В. В. Кирик // Правовий тиждень : щотижнева інформаційно-правова газета. – 2008. – Вип. 17–18 (90–91).
3. *Особливості* впровадження в Україні референтних цін. Як працюватиме механізм реімбурсації : матер. прес-клубу [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.intranet.tdmu.edu.ua. – Назва з екрана.
4. *Пивень Е.* Мировой опыт ценообразования на лекарственные средства / Е. Пивень // Аптека. – 2003. – № 377 (6) [Електронна версія]. – Режим доступу : http://www.apteka.ua/article/13798. – Назва з екрана.
5. *Про* затвердження Порядку розрахунку граничного рівня оптово-відпускних цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою та порівняльних (референтних цін) на такі засоби : наказ МОЗ України від 29.05.2012 р. № 394, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 30.05.2012 р. за № 863/21175 [Електронний документ]. – Режим доступу : http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20120529_394.html. – Назва з екрана.
6. *Про* реалізацію пілотного проекту щодо запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою : постанова КМУ від 25.04.2012 р. № 340 (зі змінами) [Електронний документ]. – Режим доступу : http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/340-2012-п. – Назва з екрана.
7. *Юнко М.* Державне регулювання цін на лікарські засоби в ЄС на прикладі Німеччини / М. Юнко // Державне регулювання цін на лікарські засоби: міжнародний досвід : матер. спеціалізованої міжнар. фарм. конф., м. Київ, 17 травня 2012 р. – К., 2012. – 13 с.
8. *Юнко М.* Державне регулювання цін на лікарські засоби і вироби медичного призначення в Україні: які ризики існують для фармацевтичних компаній? / М. Юнко // Аптека. – 2011. – № 804 (33) [Електронна версія]. – Режим доступу : // http://www.apteka.ua/article/93685. – Назва з екрана.

Дата надходження рукопису до редакції: 06.05.2014 р.

Государственное регулирование ценообразования и системы возмещения лекарственных средств в Украине

М.В. Шевченко, Н.Т. Кучеренко
ГУ «Украинский институт стратегических исследований МЗ Украины», г. Киев, Украина

Цель – изучить принципы и механизмы государственного регулирования ценообразования и системы возмещения стоимости лекарственных средств в Украине с использованием лучших мировых практик.

Материалы и методы. Использованы следующие методы: библиографический, статистический и сравнительного анализа.

Результаты. Представлены методологические подходы к ценообразованию на лекарственные средства в Украине. Показано, что государственное регулирование цен и система возмещения являются одними из самых эффективных инструментов решения этой задачи. Определены подходы к внедрению оптимальной модели государственного регулирования ценообразования и системы возмещения в Украине.

Выводы. Установлено, что стоимость лекарственных средств является важным фактором доступности населения к ним. Способами улучшения доступности является повышение уровня бюджетного финансирования, возмещение затрат через страховые механизмы, стимулирование потребления генериков, соответствующая закупочная практика, развитие конкуренции и получения скидок от производителей, механизмы регулирования импорта.

Ключевые слова: ценообразование, государственное регулирование, реимбурсация, лекарственные средства.

State regulation of pricing and reimbursement of medical products in Ukraine

M.V. Shevchenko, N.T. Kucherenko
SI «Ukrainian Institute of Strategic Researches Ministry of Health of Ukraine», Kyiv, Ukraine

Purpose – studying the principles and mechanisms of state regulation of pricing and reimbursement of medical products in Ukraine with the best world practices.

Materials and methods. In article the following methods of research have been used: bibliographic, statistical, comparative analysis.

Results. Methodological approaches to pricing for medical products in Ukraine have been presented. It is shown that state regulation of prices and reimbursement system are one of the most effective tools for solving this problem. The approaches to implementation of the optimal model of state regulation of pricing and reimbursement system in Ukraine have been determined.

Conclusions. It is established that cost of medical products is an important factor of population' availability to them. Ways of availability improvement is increase of budgetary financing level, cost recovery through insurance mechanisms, encouraging consumption of generics, corresponding purchasing practice, development of competition and reception of discounts from manufacturers, import regulation mechanisms.

Key words: pricing, state regulation, reimbursement, medical products.

Відомості про автора

Шевченко Марина Вікторівна – к.мед.н., с.н.с., зав. відділу економічних досліджень охорони здоров'я та медичного страхування ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна; служб. тел. +38 (044) 576-41-13; e-mail: shevchenko_marin@ukr.net.

Кучеренко Наталія Тимофіївна – к.е.н., зав. відділення зв'язків із міжнародними та національними організаціями в охороні здоров'я ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна; служб. тел. +38 (044) 576-41-19; e-mail: natalishka1555@mail.ru.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця кафедра менеджменту охорони здоров'я з глибокою скорботою повідомляє, що 21.03.2014 р. помер співробітник кафедри

УВАРЕНКО АНАТОЛІЙ РОДІОНОВИЧ

Професор кафедри менеджменту охорони здоров'я Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, доктор медичних наук, професор, Заслужений діяч науки та техніки України, Державний стипендіат

Висловлюємо свої щирі співчуття родичам і близьким померлого

НЕКРОЛОГ

ПАМ'ЯТІ ПРОФЕСОРА А.Р. УВАРЕНКА

21 березня 2014 р. на 79-му році життя передчасно відійшов у вічність один із корифеїв соціальної медицини та організації охорони здоров'я, доктор медичних наук, Заслужений діяч науки і техніки України, професор Анатолій Родіонович Уваренко.

Пішов із життя неперевершений вчений та педагог, людина надзвичайної працездатності й самовідданості, особистість із високим почуттям громадянського обов'язку.

Понад 60 років діяльність професора нерозривно пов'язувалася з медичною наукою та організацією охорони здоров'я. Свій трудовий шлях він розпочав після закінчення Київського медичного училища помічником лікаря-епідеміолога Камінь-Каширської санепідстанції Волинської області, брав активну участь у громадському житті району і колективу медичних працівників. Після призову до збройних сил працював фельдшером на підводному човні. Успішно завершивши навчання в Київському медичному інституті, відмінник, ленінський стипендіат здібний випускник, ім'я якого занесено до золотої книги пошани КМУ, вступив до аспірантури, захистив дисертацію та працював асистентом кафедри загальної гігієни.

Понад 30 років професор А.Р. Уваренко очолював Республіканський відділ, а згодом – Український центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи МОЗ України, сприяючи успішному розвитку медичного наукознавства.

З його ім'ям нерозривно пов'язаний важливий етап становлення та розвитку соціально-гігієнічної науки в Україні, а саме, створення у 1989 р. самостійного Інституту соціальної гігієни та управління охороною здоров'я МОЗ України. Під його керівництвом були закладені основи відновлення і потужного розвитку вітчизняної соціально-гігієнічної науки.

З 2006 р. Анатолій Родіонович працював на посаді професора кафедри соціальної гігієни та організації охорони здоров'я по підвищенню кваліфікації керівних кадрів охорони здоров'я (з 2010 р. – кафедра менеджменту охорони здоров'я) Національного медичного університету імені О.О. Богомольця.

Завдяки невтомній праці професора А.Р. Уваренка країна отримала тисячі спеціалістів медичної сфери, організаторів охорони здоров'я, які трудяться в усіх регіонах України.

Він передав наступним поколінням неоціненний спадок: фундаментальні наукові праці з проблем медичного наукознавства, управління охороною здоров'я; опублікував понад 300 наукових праць, у тому числі низку монографій та підручників: «Научная медицинская информация в учреждениях здравоохранения Украины» (1981), «Научная медицинская информация в документальных потоках» (1988), «Информационные аспекты аварии на ЧАЭС» (1998), «Первинна медико-санітарна допомога на селі» (1998), «Реформування охорони здоров'я на Житомирщині: досвід, проблеми, перспективи» (2006), «Доказова медицина у спектрі наукової медичної інформації, галузевої інноваційної політики та якості медичного забезпечення» (2009) та ін.

Анатолій Родіонович підготував наукову школу з 20 кандидатів і докторів наук, які активно продовжують реалізацію ідей учителя в життя.

Професор А.Р. Уваренко успішно поєднував навчальну та наукову діяльність із науково-організаційною, науково-видавничою і громадською: був головним редактором журналу «Медичний реферативний журнал України», заступником головного редактора журналу «Охорона здоров'я України», членом редколегії журналу «Лікарська справа», членом редакційних рад і редакційних колегій провідних науково-практичних видань.

До останнього часу він був членом спеціалізованої ради та головою апробаційної ради з проблем соціальної медицини при Національному медичному університеті імені О.О. Богомольця.

Невтомна сподвижницька праця професора А.Р. Уваренка відзначена багатьма нагородами, у тому числі орденом «Дружби народів», медалями, довічною державною стипендією видатним діячам науки України.

Величезний загін науковців, керівників та фахівців охорони здоров'я України глибоко шанували і щиро любили професора А.Р. Уваренка.

У пам'яті всіх, хто мав честь його знати і спільно працювати, він залишиться талановитим ученим, неперевершеним педагогом, принциповим і мудрим керівником, високоморальною людиною.

Схиляємо голови в глибокій скорботі перед світлою пам'яттю Анатолія Родіоновича Уваренка.

Світла пам'ять, вічна пам'ять...

Вороненко Ю.В., Васильєв К.К., Гойда Н.Г., Грузєва Т.С., Гульчій О.П., Децик О.З., Дячук Д.Д., Зюков О.Л., Клименко В.І., Латишев Є.Є., Ледощук Б.О., Лєхан В.М, Огнєв В.А., Парій В.Д., Рогач І.М., Рудень В.В., Сайдакова Н.О., Слабкий Г.О., Степаненко А.В., Солоненко І.М., Толстанов О.К., Фера О.В., Чебан В.І., Чепелевська Л.А., Шатило В.Й., Шульгай А.Г., Галієнко Л.І., Гречішкіна Н.В., Дудіна О.О., Замкевич В.Б., Захарова Н.М., Зоріна С.М., Іншакова Г.В., Кардаш В.Е., Лашкул З.В., Літвінова Л.О., Навчук І.В., Назарова О.Г., Полянський О.А., Прус Л.О., Сміянов В.А., Таран В.В., Чуйко А.П, Якобчук А.В. та інші.

ДО ВІДОМА КЕРІВНИКІВ ОРГАНІВ І ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 04.05.1993 р. №326 «Про концепцію побудови національної статистики України та Державну програму переходу на міжнародну систему обліку і статистики», рекомендації ВООЗ та наказу МОЗ України від 08.10.1998 р. №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 десятого перегляду (МКХ-10).

МКХ-10 підготовлено і видано Українським інститутом громадського здоров'я (тепер – ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України») (1998 р.) українською мовою, видання містить уточнення, які не порушують міжнародного статистичного зіставлення.

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, ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» пропонує придбати видання МКХ-10 (3 томи).

Довідки та замовлення за телефонами: **(44) 576-41-19, 576-41-48.**

Директор ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» **Г.О. Слабкий**

ДО ВІДОМА АВТОРІВ

Редакція журналу «Україна. Здоров'я нації»
запрошує Вас до активної співпраці!

Тематична спрямованість журналу: здоров'я населення та його перспективи; проблеми демографічного розвитку; організація медичної допомоги; боротьба із соціально небезпечними хворобами; правове забезпечення охорони здоров'я; права та захист пацієнта і лікаря; управління охороною здоров'я; розвиток національної системи охорони здоров'я; сільська медицина; розвиток приватного сектору; розвиток стандартизації медичної допомоги; економіка охорони здоров'я; соціальні проблеми охорони здоров'я; доказова медицина; медичні кадри; проблеми медичної освіти; формування здорового способу життя; проблеми екології та охорони здоров'я; міжнародний досвід розвитку охорони здоров'я; історія медицини; фармація: на шляху до міжнародних стандартів; наукова дискусія; ювілей науково-дослідної установи; офіційна інформація; корпоративна інформація.

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

Правила подання матеріалу для опублікування:

- **Структура матеріалу: вступ (стан проблеми за даними літератури); мета, основні завдання та методи дослідження; основна частина (висвітлення статистично опрацьованих результатів дослідження); висновки; перспективи подальшого розвитку в даному напрямку; список літератури, резюме.**

- Стаття має супроводжуватись **офіційним направленням** (супровідним листом) та **експертним висновком** (внутрішньою рецензією установи, в якій була виконана дана робота) з візою керівництва (наукового керівника) і завіреною круглою печаткою установи. Експертний висновок, внутрішня рецензія та заява надаються у друкованому вигляді з підписами авторів. Додатково – на електронну адресу як відскановані документи. Рукописи, що не відповідають цій вимозі, повертаються авторам.

- На останній сторінці статті мають бути власноручні підписи всіх авторів, а також **авторська довідка: прізвище, ім'я та по батькові (повністю)**, науковий ступінь, вчене звання, посада, установа, поштова та електронна адреси, номери телефонів. ***Звертаємо вашу увагу, що зазначена інформація буде надрукована наприкінці статті.***

- Авторський текстовий оригінал має складатися з двох примірників українською або російською мовою:
  - тексту (обсяг статей, у тому числі рисунків, таблиць, списку літератури, реферату, має становити до 8–10 с., оглядів літератури, лекцій – до 15 с., рецензій – до 4 с., повідомлень, листів до редакції – до 3 с.);
  - списку літератури (якщо в статті є посилання, – до 15–18 літературних джерел, в оглядах – до 50),
  - таблиць;
  - рисунків (не більше ніж 4) і підписів до них;
  - резюме (українською, російською та англійською мовами).

- Текст статті має набиратися на комп'ютері в програмі Word, зберігатися у форматі .rtf і подаватися в роздрукованому та електронному варіантах (на диску або електронною поштою – e-mail: **s.nauka@ukr.net**). Шрифт – 12 пунктів, міжрядковий інтервал – 1,5, розміри берегів (полів): ліве, верхнє, нижнє – 25 мм, праве – 15 мм. Сторінки мають нумеруватися у правому нижньому кутку. Ілюстрації (діаграми, графіки, схеми) мають будуватися в програмах Word або Excel та у вигляді окремих файлів і разом із текстовим файлом подаватися на диску.

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

- Бібліографія має включати наукові роботи переважно за останні 7 років, оформлятися згідно з **ДСТУ**, подаватися відразу за текстом. Автори згадуються за абеткою – спочатку праці вітчизняних авторів, опубліковані російською чи українською мовою, далі – іноземних авторів, опубліковані іноземною мовою.

- Посилання в тексті мають позначатися цифрами у квадратних дужках і відповідати нумерації у списку літератури. Скорочення слів та їх поєднань приводять згідно з ДСТУ 3582–97 «Скорочення слів в українській мові у бібліографічному описі. Загальні вимоги та правила».

- Кількість ілюстрацій (рисунки, схеми, діаграми) має бути мінімальною. Таблиці і рисунки вміщуються у текст статті зразу після першого посилання на них. У підписі до рисунка наводиться його назва, пояснення всіх умовних позначень (цифр, букв, кривих тощо). Таблиці повинні бути компактними, пронумерованими, мати назву. Номери таблиць, їх заголовки та цифрові дані, оброблені статистично, мають точно відповідати наведеним у тексті. Формули виконуються в редакторі формул Microsoft Equation 3.0.

- Позначки різних мір, одиниці фізичних величин, результати клінічних і лабораторних досліджень наводяться відповідно до Міжнародної системи одиниць (СІ), медичні терміни – згідно з Міжнародною анатомічною та Міжнародною гістологічною номенклатурами, назви захворювань – за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду, лікарські засоби – за Державною Фармакопеєю (X, XI). Назви фірм і апаратів зазначаються в оригінальній транскрипції.

- Скорочення в тексті слів, імен, термінів (крім загальновідомих) не допускається. Абревіатура розшифровується після першого згадування і не змінюється протягом усього тексту.

- **У резюме вказуються: назва статті, прізвища та ініціали авторів, установа, мета, матеріали і методи, результати, висновки, ключові слова; при цьому обсяг кожного резюме – не більше 175 слів (у т.ч. назва, автори, установа); у резюме не подаються абревіатури, зноски та посилання.**

- Відповідальність за вірогідність та оригінальність поданих матеріалів (фактів, цитат, прізвищ, імен, результатів досліджень тощо) покладається на авторів. Статті, оформлені без дотримання правил, не розглядаються і не повертаються авторам.

- Редакція забезпечує рецензування статей, виконує спеціальне та літературне редагування, залишає за собою право скорочувати обсяг статей. Відмова авторам в опублікуванні статей може бути без пояснення її причини і не вважатиметься негативним висновком стосовно наукової та практичної значущості роботи.

Редакційна рада