

**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

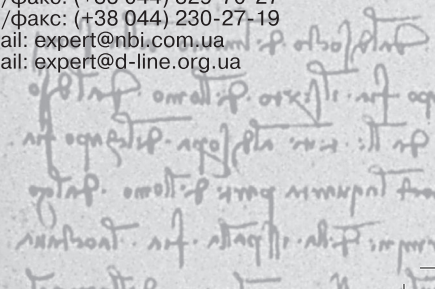
**ЗУБНОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ**  
научно-практический журнал  
Издается с 2002 г.  
Подписной индекс: 09860

**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



## Керівний орган журналу

Засновник: ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

## Колегіальні органи журналу

Головний редактор –	С. О. Линник
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
Відповідальний секретар –	Н. Ю. Кондратюк
Секретаріат –	Є. М. Кривенко, Л. А. Карамзіна, І. В. Бутенко

## Редакційна колегія

Голова редакційної колегії: В. М. Лобас

А. І. Авраменко	В. В. Єлагін	М. Є. Нечитайло	І. М. Солоненко
М. М. Білінська	Д. В. Карамішев	В. П. Павлюк	А. В. Степаненко
В. І. Варус	А. С. Котуза	Ю. В. Пакин	В.І. Трихліб
В. О. Волошин	Б. О. Ледошук	М. Г. Проданчук	Л. А. Чепелєвська
Ю. В. Вороненко	В. П. Лисак	Я. Ф. Радиш	О. С. Шапгала
М. В. Голубчиков	Л. Ф. Матюха	С. О. Риков	Н. П. Ярош
В. В. Дорофійенко	В. Ф. Москаленко	Н. О. Сайдакова	Ю. Б. Ященко
М. П. Захараш	А. М. Нагорна	Г. О. Слабкий	

## Редакційна рада

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

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

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 № 2 від 27.02.2014 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 27 лютого 2014 р. Загальний наклад 2500 прим. Зам. № 01/03/03

## 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

*Орлова Н.М., Костецька А.О.*  
Стан офтальмологічного здоров'я школярів  
та організаційна технологія  
його медико-соціального моніторингу ..... 7

*Климова Е.М.,  
Зинченко Е.К., Флорикян В.А.*  
Вариабельность клинических фенотипов  
у больных артериальной гипотонией  
в структуре неврологической патологии  
на фоне изменения уровня кортизола  
сыворотки крови ..... 13

*Ситенко О.Р.*  
Загальні закономірності стану  
здоров'я населення України ..... 21

*Защик Н.С.*  
Медико-соціальні детермінанти  
психічного здоров'я дорослого  
сільського населення. .... 28

### ПИТАННЯ ДЕМОГРАФІЧНОГО РОЗВИТКУ

*Чепелевська Л.А.,  
Рудницький О.П., Кранівіна А.А.*  
Сучасні тенденції смертності населення України ..... 33

### ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

*Качур О.Ю.*  
Рівень теоретичної та практичної  
підготовки лікарів-спеціалістів поліклінік  
другого рівня надання медичної допомоги  
до використання променевих методів діагностики ..... 40

*Ященко Ю.Б.*  
Пріоритетні підходи до профілактики  
хронічних неінфекційних захворювань ..... 45

*Рудень В.В.,  
Коляда І.І., Тімченко Н.Ф.*  
Про сутність методу  
Стратегії високого ризику  
в первинній профілактиці  
неінфекційної патології в Україні. .... 50

*Жилка Н.Я.*  
Основні перешкоди на шляху  
до ефективної профілактики раку  
шийки матки в Україні ..... 58

*Слабкий Г.О.,  
Шишацька Н.Ф., Глуховський В.В.*  
Пацієнтоорієнтовані  
системи медичної допомоги:  
міжнародний досвід  
і завдання для України ..... 62

*Бучинський Л.Я.*  
Характеристика скерування  
дорослих пацієнтів  
лікарями загальної практики /  
сімейними лікарями на консультації  
до лікарів-спеціалістів ..... 67

*Кондратюк Н.Ю.*  
Нормативно-правові аспекти  
та управління процесом  
диспансеризації  
дорослого населення в Україні ..... 72

### РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

*Знаменська М.А.*  
Комунікативна політика  
як ефективний засіб реформування  
системи охорони здоров'я. .... 78

*Северин Г.К.*  
Концептуальні підходи  
до оптимізації спеціалізованої  
онкологічної допомоги населенню  
промислового регіону ..... 84

**ФІНАНСУВАННЯ  
СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

*Kucherenko N.T.*  
**Improving the organizational  
and economic mechanism of medical  
industry management in Ukraine** ..... 90

*Шевченко М.В.*  
**Підходи до визначення  
соціальних норм і стандартів  
у сфері охорони здоров'я  
та їх фінансового забезпечення** ..... 95

**МЕДИЧНІ КАДРИ**

*Бєлікова І.В.*  
**Кадрове забезпечення інформаційної  
підтримки закладів охорони здоров'я** ..... 102

**БОРОТЬБА З СОЦІАЛЬНО  
НЕБЕЗПЕЧНИМИ ХВОРОБАМИ**

*Жилка Н.Я., Дуб Ю.М.*  
**Характеристика тенденцій поширення ВІЛ-інфекції  
серед жінок у Дніпропетровській області** ..... 106

## CONTENT

### HEALTH OF THE POPULATION: TENDENCIES AND FORECASTS

*Orlova N.M., Kostetska A.O.*  
The state and technology  
of medical and social monitoring  
of schoolchildren's ophthalmic health ..... 7

*Klimova K.M.,  
Zinchenko O.K., Florikyan V.A.*  
Variability of clinical patient's phenotype  
with hypotension in abnormal levels  
of cortisol serum ..... 13

*Sytenko O.R.*  
The general laws of state of health  
of the population of Ukraine ..... 21

*Zaschyk N.S.*  
Medical and social  
determinants of mental health  
of rural adult population ..... 28

### QUESTIONS OF DEMOGRAPHIC DEVELOPMENT

*Chepelevska L.A.,  
Rudnytsky O.P., Krapivina A.A.*  
Modern trends of mortality  
of the Ukrainian population ..... 33

### ORGANIZATION OF MEDICAL CARE PROVISION

*Kachur O.Yu.*  
Level of theoretic knowledge  
and practical training of doctors-specialists  
applying radial methods of diagnostics  
at the second level of medical aid ..... 40

*Yaschenko Yu.B.*  
Priority approaches to prevention  
of chronic non-communicable diseases ..... 45

*Ruden' V.V., Kolyada I.I.,  
Timchenko N.F.*  
About the essence of the method  
of high risk strategy in primary prophylaxis  
of noninfectious pathology in Ukraine ..... 50

*Zhylka N.Ya.*  
Major obstacles to effective prevention  
of cervical cancer in Ukraine ..... 58

*Slabky G.O., Shyshatska N.F.,  
Gluhovsky V.V.*  
Patient oriented systems of medical aid:  
international experience and goals for Ukraine ..... 62

*Buchynsky L.Ya.*  
Characteristic of directing  
of adult patients to doctors-specialists  
by general practitioners / family doctors ..... 67

*Kondratyuk N.Yu.*  
Standard-legal aspects and management  
of clinical examination process  
of adult population in Ukraine ..... 72

### REFORMING OF PUBLIC HEALTH SYSTEM

*Znamenska M.A.*  
Communicative policies as effective method  
of reforming health service system ..... 78

*Severyn G.K.*  
Conceptual approaches  
to optimization specialized cancer care  
to the population of the industrial region ..... 84

### FINANCING OF PUBLIC HEALTH SYSTEM

*Kucherenko N.T.*  
Improving the organizational  
and economic mechanism  
of medical industry management in Ukraine ..... 90

*Shevchenko M.V.*

**Approaches to the definition  
of social standards in the sphere  
of health care and financial support for them ..... 95**

#### **MEDICAL PERSONNEL**

*Byelikova I.V.*

**Recruitment providing information support  
of health care institutions ..... 102**

#### **STRUGGLE AGAINST SOCIAL-DANGEROUS DISEASES**

*Zhylka N.Ya., Dub Yu.M.*

**Description trends  
of HIV-infection among women  
in the Dnipropetrovsk region ..... 106**

Н.М. Орлова<sup>1</sup>, А.О. Костецька<sup>2</sup>

# СТАН ОФТАЛЬМОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ШКОЛЯРІВ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНА ТЕХНОЛОГІЯ ЙОГО МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОГО МОНІТОРИНГУ

<sup>1</sup>Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна<sup>2</sup>Центр мікрохірургії ока, м. Київ, Україна

**Мета** – провести комплексну оцінку офтальмологічного здоров'я школярів м. Києва та науково обґрунтувати організаційну технологію медико-соціального моніторингу стану зору і факторів ризику його порушень у школярів.

**Матеріали та методи.** Зазначена технологія була обґрунтована на підставі методології системного підходу і системного аналізу із використанням інформаційно-аналітичного, епідеміологічного та статистичного методів.

**Результати.** Отримано комплексну оцінку стану офтальмологічного здоров'я та його детермінант у школярів м. Києва, виявлено провідні чинники ризику та розроблена методика індивідуального прогнозування розвитку порушень зору у школярів. Науково обґрунтовано вищезазначену організаційну технологію, яка є сукупністю методів і процесів забезпечення стійкого функціонування системи збору, обробки та аналізу інформації про стан та динаміку зору та факторів ризику розвитку його порушень у школярів.

**Висновки.** Запропонована технологія забезпечує виявлення факторів ризику та прогнозування розвитку патології органа зору у школярів на первинному рівні медичної допомоги; дає змогу диференціювати обсяги офтальмологічної допомоги та формувати групи профілактики, забезпечує інформаційну підтримку розробки цільових програм профілактики порушень зору на індивідуальному, груповому та територіальному рівнях та є інструментом удосконалення системи охорони зору підростаючого покоління.

**Ключові слова:** організаційна технологія, медико-соціальний моніторинг, офтальмологічне здоров'я, чинники ризику, профілактика, школярі.

## Вступ

Збереження здоров'я підростаючого покоління є пріоритетним завданням медичної науки та практики. Останніми десятиріччями у всіх розвинених країнах світу особливої актуальності набуває проблема погіршення стану офтальмологічного здоров'я. Офтальмологічна патологія є одним із найчастіших відхилень у стані здоров'я сучасних школярів. За результатами щорічних профілактичних оглядів школярів в Україні, частота виявлення зниженої гостроти зору в дітей зростає за час навчання в школі у 3–5 разів, а в 11 класі становить понад 30% [1, 6, 7].

На сьогодні дитяча офтальмологічна служба, в умовах низької забезпеченості лікарями-офтальмологами (1,0 посада на 10 000 дітей у віці 0–17 років) і недостатньої відпрацьованості організаційних та медико-технологічних підходів до профілактики та своєчасного виявлення офтальмологічних захворювань на первинній ланці системи охорони здоров'я, не має змоги здійснювати ефективний моніторинг за станом зорових функцій та дотриманням лікувально-оздоровчих і санітарно-гігієнічних заходів, спрямованих на

збереження зору [1, 7, 8]. Така ситуація обумовлює необхідність пошуку нових форм і методів організації роботи з охорони зору дитячого населення, удосконалення системи динамічного спостереження за станом офтальмологічного здоров'я школярів і запровадження медико-соціального моніторингу (МСМ) ризику виникнення порушень зору як інструменту їх профілактики [1, 3, 7, 8].

**Мета роботи** – провести комплексну оцінку офтальмологічного здоров'я школярів м. Києва та науково обґрунтувати організаційну технологію медико-соціального моніторингу стану зору і факторів ризику його порушень у школярів.

## Матеріали та методи

Комплексний аналіз стану офтальмологічного здоров'я дітей у м. Києві проведено за матеріалами статистичних форм: ф. № 12, ф. № 31 за 2005–2012 рр., а також за результатами спеціального офтальмологічного обстеження 405 школярів м. Києва.

Для виявлення факторів ризику формування патології органа зору в школярів проведено ретроспективне

епідеміологічне дослідження типу «випадок–контроль», яке охопило 482 учнів 4–6-х класів (віком 10–12 років) загальноосвітніх шкіл м. Києва. До основної групи увійшло 183 дитини з набутою у шкільному віці міопією (H52.1) та спазмом акомодатії (H52.5), а до контрольної – 299 дітей без патології органа зору. Вірогідність різниці між групами порівняння визначено за критерієм  $\chi^2$ . Для оцінки впливу окремих чинників на ймовірність виникнення порушень зору в школярів визначено показники співвідношення шансів (OR – Odds ratio) та їх довірчі інтервали (CI – confidence interval). Інформативність кожного чинника встановлено за критерієм Кульбака.

Результати епідеміологічного дослідження використано для розробки методики індивідуального прогнозування ризику розвитку порушень зору в школярів. В основу методики прогнозування покладено метод послідовного аналізу Вальда. Статистичну обробку матеріалів дослідження здійснено із використанням статистичних пакетів програм «Statistica 5.0» і «Microsoft Excel».

Організаційна технологія МСМ була обґрунтована на підставі методології системного підходу і системного аналізу з використанням інформаційно-аналітичного, епідеміологічного, статистичного методів. Інформаційною базою для розробки організаційної технології МСМ слугували наукові праці фахівців із організації та управління охороною здоров'я, а також результати власних досліджень, у ході яких була отримана комплексна медико-соціальна характеристика стану офтальмологічного здоров'я та чинників ризику формування порушень зору в школярів.

### Результати дослідження та їх обговорення

Встановлено, що рівень захворюваності дітей м. Києва на хвороби ока та його придаткового апарату, за матеріалами звернень по медичну допомогу, становив у 2012 р. 48,74‰ і перевищував середньоукраїнський показник на 2,3%. Рівень поширеності хвороб даного класу становив серед дітей столиці 142,32‰ і перевищував аналогічний показник по Україні у 1,35 разу. У структурі захворюваності та поширеності хвороб ока та його придаткового апарату вагому частку зайняла міопія (відповідно 19,4% і 45,6%). Захворюваність та поширеність міопії серед дітей столиці протягом 2005–2012 рр. мали несприятливу тенденцію до зростання (з 8,9‰ до 9,5‰ – на 7,2%, з 60,0‰ до 64,9‰ – на 8,2% відповідно). Рівні захворюваності на міопію перевищували середні показники в Україні у 1,3–1,7, поширеності – у 2–2,5 разу.

Аналіз результатів профілактичних оглядів школярів м. Києва, проведений за матеріалами галузевої статистичної звітності (ф. № 31), виявив такі тенденції:

- частота виявлення зниженої гостроти зору серед школярів м. Києва зростає зі стажем навчання у школі з 43‰ серед першокласників до 62,4‰ серед учнів 2–8-х класів і 70,5‰ – 9–11-х класів, тобто більше ніж у 1,5 разу за час навчання у школі;
- знижена гострота зору серед учнів столиці у всіх вікових групах школярів виявляється рідше, ніж в середньому в Україні, що суперечить даним досліджень ряду авторів [2, 9], результати яких вказують на більш високу поширеність порушень зору серед міських школярів;
- частота виявлення зниженої гостроти зору серед учнів столиці та країни в цілому за матеріалами статистичної ф. № 31 є значно нижчою, ніж за матеріалами спеціальних досліджень.

Дві останні тенденції є наслідком неповного та несвоечасного виявлення офтальмологічної патології за існуючої системи профілактичних оглядів дітей шкільного віку.

Результати спеціально проведеного офтальмологічного обстеження 405 школярів м. Києва (табл.) також підтвердили даний висновок і засвідчили, що більше ніж у третини (36,5±2,4%) учнів виявлено офтальмологічну патологію, яка приводить до порушення зору.

Найчастіше в учнів діагностувалась міопія слабкого (15,3±1,8%) і середнього (5,4±1,1%) ступеня, а також спазм акомодатії (9,4±1,4%), тобто патологія, у генезі якої вагоме значення має зоровонапружена діяльність. Частота виявлення офтальмологічної патології зростає прямо пропорційно до віку дітей від 7,8±2,1% серед першокласників до 63,6±4,8% серед випускників шкіл (у 8 разів). Така динаміка обумовлена передусім зростанням частоти спазму акомодатії та міопії слабкого ступеня.

Результати епідеміологічного дослідження, яке охопило 482 учнів 4–6-х класів (віком 10–12 років) загальноосвітніх шкіл міста Києва, дали змогу виявити основні фактори ризику, які більш ніж удвічі підвищують ймовірність розвитку набутої в шкільному віці міопії та спазму акомодатії (преміопії).

Встановлено, що провідними факторами ризику (OR>2,0) формування даної патології є *соціально-економічні*: проживання сім'ї в гуртожитку або найманій квартирі (OR=3,59; CI 2,03–6,33), багатодітна родина (OR=2,19; CI 1,02–4,44); *соціально-гігієнічні*: відсутність занять фізкультурою та спортом у позашкільний час (OR=2,51; CI 1,57–4,01), тривалість нічного сну менше 8 год. на добу (OR=2,38; CI 1,47–3,84), додаткові заняття з репетитором (OR=2,34; CI 1,56–3,50), щоденні прогулянки на свіжому повітрі менше 2 год. (OR=2,28; CI 1,54–3,37), щоденне виконання домашніх завдань більше 2 год. (OR=2,19; CI 1,45–3,32), наявність астенії після зорової роботи (OR=2,13; CI 1,46–3,10), щоденна робота за комп'ютером понад



Таблиця

Результати офтальмологічного обстеження школярів м. Києва у 2012 р.

Кількість оглянутих учнів (n)	Виявлена офтальмологічна патологія													
	спазм акомодативної		міопія слабого ступеня		міопія середнього ступеня		гіперметропія		астигматизм		косоокість		усього	
	абс.	P±m (%)	абс.	P±m (%)	абс.	P±m (%)	абс.	P±m (%)	абс.	P±m (%)	абс.	P±m (%)	абс.	P±m (%)
1-й клас (n=102)	2	2,0±1,4	4	3,9±1,9	0	0	0	0	1	1,0±0,9	1	1,0±0,9	8	7,8±2,1
4-й клас (n=97)	9	9,3±2,9	11	11,3±3,2	2	2,1±1,4	2	2,1±1,4	2	2,1±1,4	1	1,0±0,9	27	27,8±4,6
7-й клас (n=107)	12	11,2±3,1	19	17,8±3,7	8	7,5±2,5	4	3,7±1,8	4	3,7±1,8	3	2,8±1,6	50	46,7±4,8
11-й клас (n=99)	15	15,2±3,6	28	28,3±4,5	12	12,1±3,3	3	3,0±1,7	5	5,1±2,2	0	0	63	63,6±4,8
Усього (n=405)	38	9,4±1,4	62	15,3±1,8	22	5,4±1,1	9	2,2±0,7	12	3,0±0,8	5	1,2±0,5	148	36,5±2,4

2 год. (OR=2,1; CI 1,44–3,06), переважно пасивний відпочинок (телевізор, комп'ютер) (OR=2,03; CI 1,34–3,08); медико-біологічні: третя група здоров'я (OR=4,19; CI 2,84–6,20), гіпоксія при народженні дитини (OR=3,78; CI 1,85–7,75), обтяжена з міопії спадковість (OR=3,52; CI 2,05–6,04), вік матері на момент народження дитини понад 35 років (OR=3,01; CI 1,24–7,34), наявність у дитини хронічного тонзиліту (OR=2,94; CI 1,68–5,15), частих гострих респіраторних інфекцій (3 і більше на рік) (OR=2,89; CI 1,81–4,62), сколіозу, кіфозу (OR=2,61; CI 1,23–5,56), нейроциркуляторної дистонії (OR=2,43; CI 1,45–4,08), ускладнений перебіг антенатального періоду розвитку дитини (OR=2,55; CI 1,22–5,30), маса тіла при народженні дитини – до 2500 г (OR=2,04; CI 1,04–4,00).

Найбільш інформативні (за Кульбаком) чинники входять до розробленої нами на підставі послідовного аналізу Вальда методики індивідуального прогнозування ризику розвитку порушень зору в школярів [4]. Позитивною особливістю даної методики є включення до неї комплексу доступних для визначення чинників ризику, що дає змогу прогнозувати ризик розвитку порушень зору у школярів в умовах будь-якого закладу первинної медико-санітарної допомоги без залучення додаткового обладнання та коштів. Це дає змогу удосконалити систему диспансерного спостереження за рахунок виявлення групи підвищеного ризику та своєчасного проведення цілеспрямованих заходів первинної профілактики.

Відповідно до мети дослідження та на основі отриманих у ході його виконання результатів, нами науково обґрунтовано організаційну технологію МСМ офтальмологічного здоров'я школярів, яка є сукупністю методів і процесів забезпечення стійкого функціонування

системи збору, обробки та аналізу інформації про стан та динаміку зору й факторів ризику розвитку його порушень у школярів на індивідуальному та груповому рівнях (рис.).

Медико-організаційна технологія МСМ передбачає:

- формування рівнів, завдань, інформаційного фонду МСМ стану зору і факторів ризику його порушень у школярів;
- опитування батьків щодо умов розвитку школярів та задоволеності офтальмологічною допомогою;
- отримання інформації від територіальних органів Держсанепідслужби про санітарно-гігієнічні умови у школах;
- проведення профілактичних оглядів із метою виявлення школярів зі зниженою гостротою зору та ризиком розвитку офтальмологічної патології;
- формування груп профілактики і диференціацію диспансерного спостереження за результатами профоглядів;
- офтальмологічне обстеження та диспансерне спостереження за школярами направленими з первинного рівня;
- аналіз та оцінку ефективності МСМ, розробку планів оптимізації роботи з охорони зору школярів у дитячих поліклініках (направлення матеріалів до управлінської охороною здоров'я (УОЗ));
- порівняльний аналіз стану офтальмологічного здоров'я школярів району за підсумками МСМ (УОЗ державної районної адміністрації) та прийняття управлінських рішень.

Запропонована медико-організаційна технологія покладена в основу розробленої оптимізованої моделі МСМ [5] та забезпечує:

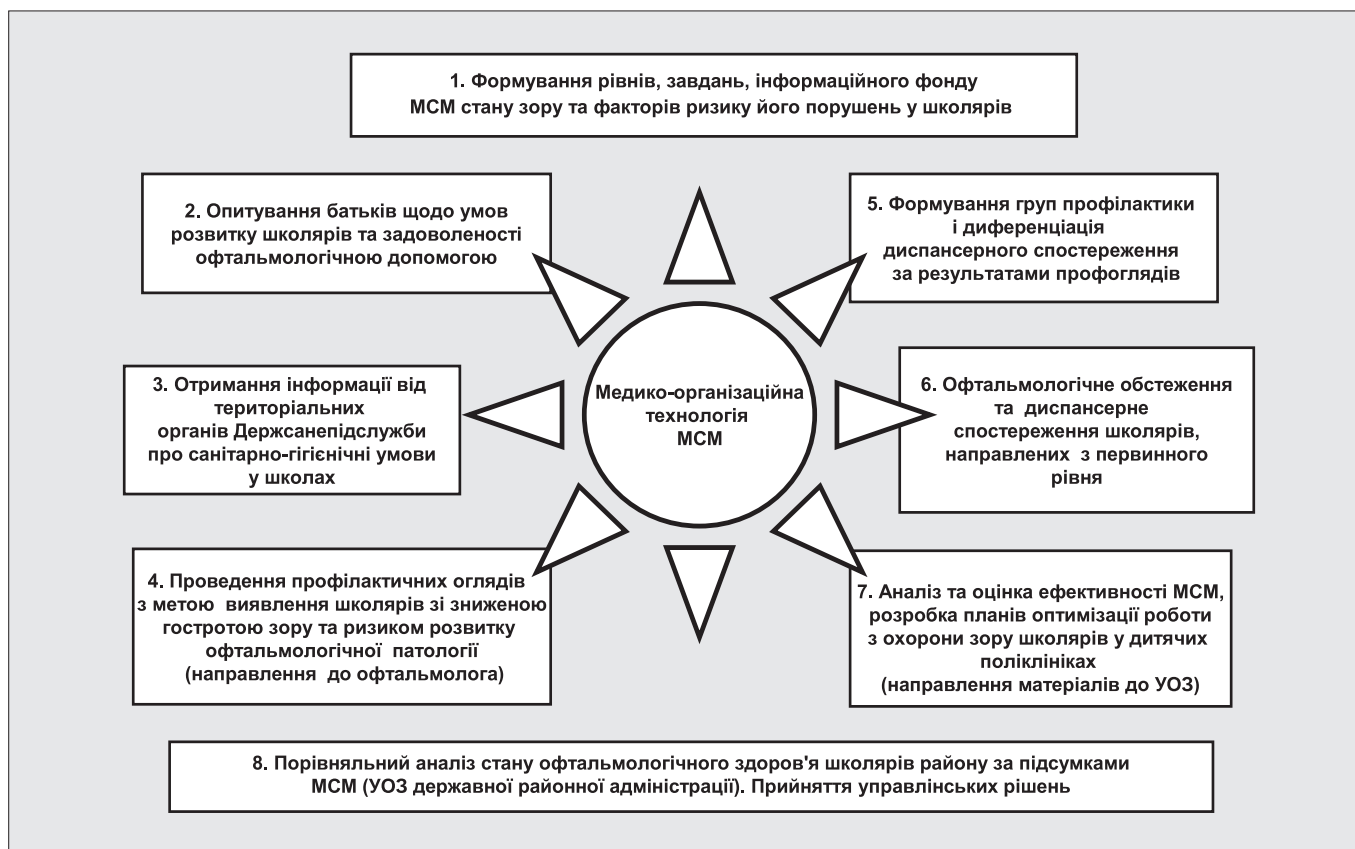


Рис. Схема медико-організаційної технології медико-соціального моніторингу стану зору та факторів ризику його порушень у школярів

- комплексне динамічне спостереження, аналіз, оцінку і прогноз стану офтальмологічного здоров'я та умов життя школярів, а також визначення причинно-наслідкових зв'язків між станом офтальмологічного здоров'я та чинниками, які на нього впливають;
- активізацію ролі сім'ї і педіатра (сімейного лікаря) у проведенні первинної профілактики патології органа зору;
- прогнозування ризику розвитку порушень зору в дітей шкільного віку за розробленою методикою, яка дає змогу здійснювати скринінг на рівні первинної ланки системи охорони здоров'я, формувати групи профілактики, диференціювати обсяги офтальмологічної допомоги;
- своєчасність виявлення офтальмологічної патології за рахунок направлення з первинної ланки системи охорони здоров'я (від лікаря загальної практики) на спеціалізований рівень (до лікаря офтальмолога) не тільки школярів із порушеннями зору, але і з ризиком їх формування;
- аналіз результатів МСМ із прийняттям управлінських рішень на рівні УОЗ місцевої адміністрації.

## Висновки

Проведено комплексну оцінку стану офтальмологічного здоров'я та його детермінант у школярів м. Києва, виявлено провідні чинники ризику та розроблено методику індивідуального прогнозування розвитку порушень зору в школярів.

Обґрунтовано медико-організаційну технологію МСМ, яка забезпечує виявлення факторів ризику та прогнозування розвитку патології органа зору в школярів на первинному рівні медичної допомоги; дає змогу диференціювати обсяги офтальмологічної допомоги та формувати групи профілактики, забезпечує інформаційну підтримку розробки цільових програм профілактики порушень зору на індивідуальному, груповому і територіальному рівнях та є інструментом удосконалення системи охорони зору підростаючого покоління.

**Перспективи подальших досліджень** полягають у реалізації науково обґрунтованої організаційної технології медико-соціального моніторингу стану зору та факторів ризику його порушень у школярів.

## Література

1. *Барінов Ю. В.* Аналіз стану офтальмологічної допомоги дитячому населенню України за 2009 рік / Ю. В. Барінов // Офтальмологічний журнал. – 2010. – № 5. – С. 89–94.
2. *Ермолаев В. Г.* Оценка распространенности аномалий рефракции среди детского городского населения / В. Г. Ермолаев, В. Ю. Тегза, В. Н. Алексеев, А. В. Ермолаев // Совр. наукоемкие технологии. – 2008. – № 5. – С. 96–97.
3. *Костецька А. О.* Поширеність порушень зору у школярів та проблема їх своєчасного виявлення / А. О. Костецька, Н. М. Орлова // 36. наук. праць співробітників НМАПО імені П.Л. Шупика. – 2012. – Кн. 2. – С. 711–716.
4. *Костецька А. О.* Методика медико-соціального прогнозування ризику розвитку патології органа зору у дітей шкільного віку / А. О. Костецька // 36. наук. праць співробітників НМАПО імені П.Л. Шупика. – 2013. – Кн. 4. – С. 178–184.
5. *Костецька А. О.* Модель медико-соціального моніторингу стану зору школярів / А. О. Костецька // 36. наук. праць співробітників НМАПО імені П.Л. Шупика. – 2013. – Кн. 2. – С. 507–512.
6. *Офтальмологічна допомога в Україні за 2006–2011 роки: аналіт.-стат. довідник.* – К. : МОЗ України, 2012. – 183 с.
7. *Офтальмологічна допомога дітям 0–17 років включно, що перебувають під наглядом у закладах охорони здоров'я, що перебувають у сфері управління МОЗ України за 2011 рік.* – К. : МОЗ України, 2012. – 23 с.
8. *Риков С. О.* Організація роботи з профілактики офтальмологічної патології у дітей / С. О. Риков, Д. В. Варивончик. – К., 2005. – 46 с.
9. *Czepita D.* Prevalence of myopia and hyperopia among urban and rural schoolchildren in Poland / D. Czepita, A. Mojsa, M. Zejmo // Ann. Acad. Med. Stetin. – 2008. – № 54 (1). – P. 17–21.

*Дата надходження рукопису до редакції: 17.12.2013 р.*

## Состояние офтальмологического здоровья школьников и организационная технология его медико-социального мониторинга

*Н.М. Орлова<sup>1</sup>, А.А. Костецкая<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

<sup>2</sup>Центр микрохирургии глаза, г. Киев, Украина

**Цель** — осуществить комплексную оценку офтальмологического здоровья школьников м. Киева и научно обосновать организационную технологию медико-социального мониторинга состояния зрения, а также определить факторы риска его нарушений у школьников.

**Материалы и методы.** Указанная технология медико-социального мониторинга обоснована на основании методологии системного подхода и системного анализа с использованием информационно-аналитического, эпидемиологического и статистического методов.

**Результаты.** Получена комплексная оценка состояния офтальмологического здоровья и его детерминант у школьников г. Киева, выявлены ведущие факторы риска и разработана методика индивидуального прогнозирования развития нарушений зрения у школьников. Научно обоснована указанная технология, которая является совокупностью методов и процессов обеспечения стойкого функционирования системы сбора, обработки и анализа информации о состоянии и динамике зрения и факторов риска развития его нарушений у школьников.

**Выводы.** Предложенная технология обеспечивает выявление факторов риска и прогнозирование развития патологии органа зрения у школьников на первичном уровне медицинской помощи; позволяет дифференцировать объемы офтальмологической помощи и формировать группы профилактики, обеспечивает информационную поддержку разработки целевых программ профилактики нарушений зрения на индивидуальном, групповом и территориальном уровнях и выступает инструментом совершенствования системы охраны зрения подрастающего поколения.

**Ключевые слова:** организационная технология, медико-социальный мониторинг, офтальмологическое здоровье, факторы риска, профилактика, школьники.

## The state and technology of medical and social monitoring of schoolchildren's ophthalmic health

*N.M. Orlova<sup>1</sup>, A.O. Kostetska<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>P.L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

<sup>2</sup>Center of Eye Microsurgery, Kyiv, Ukraine

**Purpose.** To conduct a comprehensive assessment of ophthalmic health of schoolchildren in Kyiv and to provide a scientific foundation for an organizational technology of medical and social monitoring (MSM) of vision status and risk factors for its disorders in schoolchildren.

**Materials and methods.** The organizational technology of MSM is developed based on a systematic approach and methodology for system analysis, using analytical, epidemiological, and statistical methods.

**Results.** We present a comprehensive assessment of ophthalmic health and its determinants among schoolchildren in Kyiv, identify the key risk factors, and develop a method for predicting individual visual impairment in school children.

In addition, we provide a scientific foundation for the organizational technology of MSM for schoolchildren's ophthalmic health — a set of methods and processes to ensure the sustainable functioning of the system to collect, process and analyze information on the status and trends of visual status and risk factors for its disorders in schoolchildren.

**Conclusions.** The proposed organizational MSM technology enables the detection of risk factors and predicts the development of visual pathology in schoolchildren at the primary care level, allows us to differentiate the extent of ophthalmological care and form prevention groups, provides informational support for the development of targeted prevention of visual impairment at the individual, group, and territorial levels, and acts as an instrument to improve the health system for the younger generations.

**Key words:** organizational technology, medical and social monitoring, ophthalmic care, risk factors, prevention, schoolchildren.

### Відомості про авторів

**Орлова Наталія Михайлівна** — д.мед.н., проф. кафедри медичної статистики Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна; служб. тел. +38(044) 278-77-79; e-mail: n.orlova08@mail.ru.

**Костецька Анна Олександрівна** — здобувач кафедри медичної статистики Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, лікар-офтальмолог Центру мікрохірургії ока; просп. Комарова, 3, м. Київ, 03680, Україна.

Е.М. Климова, Е.К. Зинченко, В.А. Флорикян

# ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ КЛИНИЧЕСКИХ ФЕНОТИПОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТОНИЕЙ В СТРУКТУРЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ НА ФОНЕ ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЯ КОРТИЗОЛА СЫВОРОТКИ КРОВИ

Государственное учреждение «Институт общей и неотложной хирургии  
имени В.Т. Зайцева НАМН Украины», г. Харьков, Украина  
Харьковская медицинская академия последиplomного образования, Украина

**Цель** – изучить индивидуальные особенности клинической гетерогенности неврологических проявлений у больных артериальной гипотонией в структуре вегетативных нарушений вагальной направленности посттравматического и инфекционного поражения центральной нервной системы на фоне изменения уровня кортизола сыворотки крови.

**Материалы и методы.** Обследован 201 пациент с применением клиничко-неврологического обследования по традиционной методике. Уровень содержания кортизола в сыворотке крови определен с помощью набора реактивов для радиоиммунологического анализа СТЕРОН-К-125I-М с использованием кортизола, меченого йодом-125.

**Результаты.** Выявлен высокий уровень кортизола во всех группах обследованных больных на фоне увеличения частоты встречаемости пароксизмального типа течения, изменений в психоэмоциональной сфере, что способствует увеличению концентрации кортизола в сыворотке крови.

**Выводы.** По изменению концентрации кортизола сыворотки крови возможно проследить один из механизмов регуляции сосудистого тонуса и особенности гетерогенности клинических проявлений у больных артериальной гипотонией в структуре вегетативных нарушений вагальной направленности посттравматического и инфекционного поражения центральной нервной системы.

**Ключевые слова:** артериальная гипотония, кортизол, вегетативная дисфункция, центральная нервная система, криз.

## Введение

Нервная система является ведущей в синергизме нейро-иммунно-эндокринной регуляции и в качестве эффекторного звена первой откликается на воздействие неблагоприятных экзогенных и эндогенных факторов, которые оказывают деструктивное влияние на нервную ткань, а эндокринные железы и иммунокомпетентные клетки, вовлекаясь в процесс, вызывают развитие стойких, иногда необратимых, патологических состояний [1, 2].

Эндокринная система (ЭС) вместе с нервной и иммунной принадлежит к системе интегральной регуляции. Гормоны, вырабатываемые ЭС, и в большей степени нейропептиды, вырабатываемые в нервной системе, влияют на все функции организма, в том числе на иммунный ответ. Одним из естественных компенсаторно-адаптационных механизмов организма является усиление функциональной активности гор-

монов коры надпочечников, в частности кортизола, в результате чего включаются метаболические процессы, которые поддерживают механизмы гомеостаза. Большинство гормонов, синтезируемых головным мозгом, – это регуляторные пептиды и стероиды, которые способны связываться с альбуминами и глобулинами крови, выполняют транспортную и регуляторную функцию, тем самым играют важную роль гормональных регуляторов клеточной регуляции [5, 6]. Возможно, изменение концентрации гормонов и количества рецепторов гормонов может влиять на ход различных заболеваний, приводя к индивидуальной вариативности клинических проявлений [7, 8].

Полиморфизм неврологических симптомов, склонность к хронизации процесса у больных, страдающих артериальной гипотонией (Аг) в структуре вегетативных нарушений вагальной направленности посттравматического и инфекционного поражения центральной нервной системы (ЦНС), представляют опре-

деленные трудности в диагностике и подборе адекватных терапевтических мероприятий. Трудности в диагностике и выборе тактики лечения представляет еще и тот факт, что при Аг сочетаются воедино сосудистые поражения с поражениями различных органов и тканей и, в первую очередь, с поражениями ЦНС. В связи с этим вопросы патогенеза, клиники и лечения неврогенных сосудистых синдромов тесно связаны с изучением механизмов сосудистой регуляции, главную роль в которых играют нервные и гуморальные факторы [4, 9, 11].

Нервная система защищена от внешнего воздействия, в том числе от иммунной агрессии, многочисленными барьерными механизмами, основное место среди которых принадлежит гематоэнцефалическому барьеру (ГЭБ), при повреждении которого головной мозг может быть рассмотрен системой защиты, то есть иммунной, как чужеродный. Подобная ситуация может развиваться в результате стресса и различных процессов травматического, сосудистого, инфекционно-аллергического характера, а также при дисфункции вегетативной нервной системы [10, 12, 13].

Известно, что стероидные гормоны надпочечников, индуцированные стрессорным воздействием (травмы, инфекции, психоэмоциональный стресс и т.д.), могут вызывать интенсивную инволюцию иммунокомпетентных органов (тимуса и селезенки), а также разрушение эндотелия сосудов и астроцитарную дисфункцию с последующим развитием сосудистой патологии, что также является фактором, расширяющим гетерогенность клинических проявлений у больных Аг в структуре неврологической патологии [14, 15, 16, 17].

**Цель работы** – изучить индивидуальные особенности клинической гетерогенности неврологических проявлений на фоне изменения уровня кортизола сыворотки крови у больных Аг в структуре вегетативных нарушений вагальной направленности посттравматического и инфекционного поражения ЦНС, как одного из возможных механизмов регуляции сосудистого тонуса.

## Материалы и методы

Предметом анализа явились материалы клинических наблюдений 201 пациента с Аг в структуре вегетативных парасимпатических нарушений посттравматического и инфекционного поражения ЦНС, который находился на стационарном лечении в неврологических отделениях Центральной клинической больницы «Укрзалізниці» и проходил амбулаторное обследование на кафедре неврологии Харьковской медицинской академии последипломного образования (ХМАПО).

Все больные разделены нами на три группы. В I группу вошли 89 пациентов с конституционально-наследственно обусловленной вегетативной дисфунк-

цией (ВД), в семейно-наследственном анамнезе у которых один из близких родственников страдал патологией вегетативной нервной системы (вегетативная дистония, мигрень и др.). II группу составили 50 пациентов, перенесших закрытую черепно-мозговую травму (ЗЧМТ), вследствие чего сформировались неврологические синдромы, определяющие клиническую картину отдаленного периода перенесенной закрытой черепно-мозговой травмы (ОПЗЧМТ), в контексте которой и рассматривалась вегетативная дистония по гипотоническому типу. III группу составили 62 пациента, страдающих инфекционно-аллергическим церебральным арахноидитом (ЦА), который сформировался на фоне наличия в организме хронических очагов инфекции преимущественно риногенной и тонзиллогенной локализации. В контрольную группу были включены 45 обследованных с физиологической Аг, являющейся индивидуальным вариантом нормы с отсутствием жалоб, объективных нарушений и достаточным уровнем адаптации.

Все обследованные нами пациенты находились в возрастных группах 18–46 лет (146 женщин и 55 мужчин). Контрольную группу составили обследованные в возрасте 18–46 лет (10 мужчин и 35 женщин).

Осуществляя системный подход к изучению данной патологии, всем обследованным больным проводилось всестороннее комплексное обследование, которое включало в себя традиционное клиническое обследование с подробным сбором и детализацией жалоб больного, анамнестических данных, отражающих историю развития и давность заболевания, а также изучение соматического, неврологического статуса проведенного по традиционной методике.

Объективизация неврологической симптоматики проводилась при помощи нейрофизиологических (ЭЭГ-исследование) и нейровизуализационных методов обследования (КТ, ЯМРТ).

Уровень содержания кортизола в сыворотке крови у больных Аг определяли с помощью использования набора реактивов для радиоиммунологического анализа СТЭРОН-К-<sup>125</sup>I-М с использованием кортизола, меченного йодом-125.

Полученные результаты были подвергнуты математической обработке с использованием параметрических и непараметрических методов вариационной статистики и определением статистической значимости достоверности различий сравниваемых величин при помощи статистической программы «Statgrafica 6».

## Результаты исследования и их обсуждение

По данным анамнеза, у всех пациентов I группы с ВД отмечались значительные колебания вегетативных параметров, начиная с раннего детского возраста,

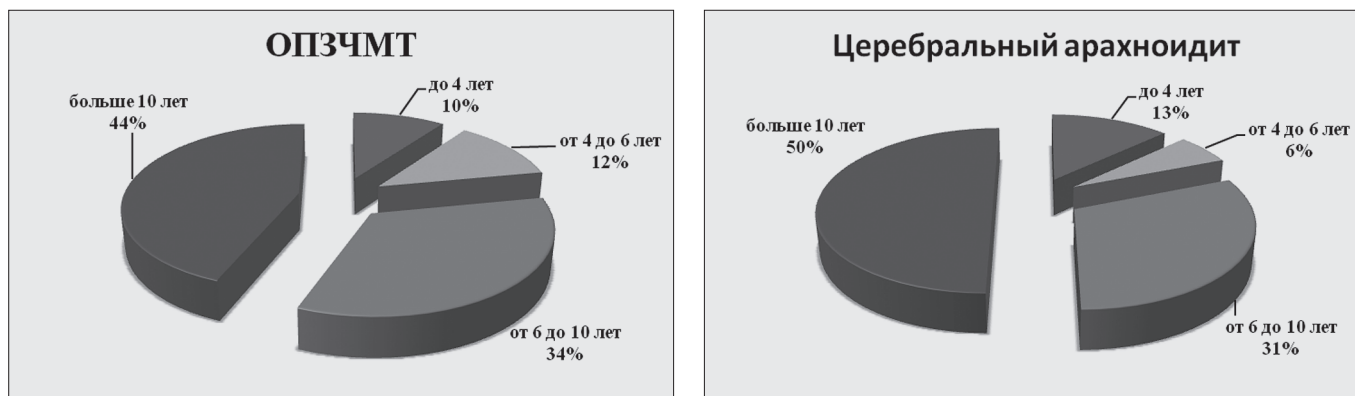


Рис. Распределение пациентов с артериальной гипотонией во II и III группах в зависимости от давности развития заболевания

проявляючися сменой окраски кожных покровов, колебаниями частоты сердечных сокращений (ЧСС) и артериального давления (АД), дискинезиями желудочно-кишечного тракта, болями в области живота без четкой локализации, повышенной потливостью, склонностью к субфебрилитету, тошнотой, плохой переносимостью интеллектуальных и физических нагрузок, а также выраженной метеотропностью. Эти расстройства носили семейно-наследственный характер, то есть один из родителей этих пациентов страдал патологией вегетативной нервной системы (вегетативная дистония, мигрень и т.д.). Такую категорию пациентов Н. Eppinger определил как «инвалиды вегетативной системы», т.е. они еще не больны, но склонны к усилению этих проявлений при неблагоприятных стрессорных воздействиях, которые вносят дезорганизацию в работу одной из основных регуляторных систем организма – нейроиммунноэндокринную. Данный факт, в свою очередь, приводит к дезадаптации и формированию различных заболеваний, в контексте которых рассматривается вегетативная патология. При правильном образе жизни – закаливании, соблюдении режима труда и отдыха, занятии спортом, правильном питании и т.д., что в современной литературе называется обеспечением физиологического гомеостаза, эти пациенты могут достигать достаточно высокого уровня компенсации, но все равно остаются всю жизнь вегетативно стигматизированными.

Во II и III группы обследованных больных мы объединили пациентов, подвергшихся в свое время различным стрессорным воздействиям, как внешним – перенесенные ЗЧМТ с сотрясением головного мозга различной степени тяжести, так и внутренним – наличие в организме очагов хронической инфекции риногенной и тонзиллогенной локализации.

Говоря о давности развития заболевания, в течение которой сформировались неврологические синдромы, включающие многообразие вегетативных проявлений, мы выявили, что у большинства пациентов как во II, так и в III группах, давность заболевания составила

больше 10 лет: во II группе – 44%, в группе с ЦА – 50%. Примерно в одинаковых соотношениях распределились пациенты с давностью заболевания от 6 до 10 лет – соответственно 34% и 31%, от 4 до 6 лет – 12% и 6%, до 4 лет – соответственно 10% и 13% (рис.).

Результаты анализа субъективных симптомов показали, что пациенты в обследованных группах больных предъявляли множество жалоб, характерных для поражения вегетативной нервной системы, протекающих преимущественно по парасимпатическому типу. На фоне выраженности вегетативных проявлений в субъективной картине, симптоматика усугубилась симптомами, свидетельствующими об органическом поражении ЦНС в виде синдрома ликворно-венозной дистензии, имеющего большую выраженность в III группе с ЦА, – соответственно в 60% во II группе и 75,8% в III группе; синдрома двигательных нарушений в виде пирамидной недостаточности либо парезов – в 46% во II группе и в 56,4% в III группе; синдрома чувствительных нарушений в виде гипестезии болевой чувствительности по гемитипу – в 16% во II группе и в 17,7% в III группе; синдрома координаторных нарушений – в 68% во II группе и в 67,7% в III группе, что было объективизировано в неврологическом статусе.

Воздействие разнообразных стрессорных факторов – травматическое, инфекционное, повышенные физические и интеллектуальные нагрузки, в том числе психоэмоциональное перенапряжение, которое, в конечном итоге, приводит к формированию хронического стресса и развитию заболеваний с поражением различных органов и систем, в том числе ЦНС, приводит к повышению концентрации кортизола сыворотки крови, являющегося стрессорным гормоном.

Результаты, характеризующие изменение концентрации кортизола сыворотки крови, свидетельствуют о том, что данный показатель значительно превысил референтные значения во всех обследованных группах больных (табл. 1).

Показатель средних значений концентрации кортизола в I группе превышал контрольные значения

Таблиця 1

Уровень концентрации кортизола в сыворотке крови  
больных артериальной гипотонией в трех обследованных группах

Иммунологический показатель	Контрольные значения n=45	Группа обследованных больных		
		I (ВД) n=58	II (ОПЗЧМТ) n=44	III (ЦА) n=62
	M±σ	M±σ	M±σ	M±σ
Кортизол нмоль/л	439,2±28,3	811,4±194,9*	741,01±165,6*	624,01±204,8*

Примечания: \* – достоверные различия по сравнению с контрольной группой (p<0,05); M±σ – характеристика распределения и вариации статистического ряда.

в 2 раза и составил 811,4±194,9 нмоль/л (p<0,05; контроль – 439,2±28,3 нмоль/л). Во II и III группах средние значения концентрации кортизола также были повышены, но в меньшей степени по сравнению с I группой и составили соответственно 741,01±165,6 нмоль/л и 624,01±204,8 нмоль/л (p<0,05).

Повышение концентрации кортизола во всех группах обследованных больных обусловлено тем, что у большей части пациентов выявлена общая тенденция к росту уровня кортизола: в I группе – 89,7% больных, во II и III группах – соответственно 93,2% и 79,7% (табл. 2).

Нормальные и сниженные значения уровня кортизола распределились соответственно: в I группе – в 3,4% и 5,2% наблюдений, во II и III группах – у 4,5% и 5,1% значения находились в пределах контрольных значений, и у 2,3% больных II группы и 15,3% III группы значения были снижены. Полученный результат аналогичен с результатами, выявленными в I группе, однако увеличилась частота встречаемости пациентов со сниженными значениями в III группе (табл. 2).

Анализируя полученный результат, мы сопоставили его с особенностями клинической гетерогенности в трех обследованных группах больных.

Клиническая картина неврологических проявлений в I группе отличалась многообразием вегетативных проявлений, протекающих по парасимпатическому типу. Обращает на себя внимание склонность к пароксизмальному течению заболевания, причем по характеру клинической симптоматики преобладали синкопальные пароксизмы в 21,3% наблюдений, начинающиеся с выраженной общей слабости, головокружения, потемнения перед глазами, звона в ушах, онемения конечностей, то есть предобморочного состояния или периода липотимии, после чего больные, теряя сознание, постепенно оседали или обмякали. Главное, что пароксизмы развивались у пациентов в душном помещении, при большом скоплении людей, в общественном транспорте, заставляя их в последствии находиться в состоянии постоянного ожидания приступа, то есть хронического стресса.

У 8,9% больных I группы в клинической картине наблюдались симпатоадреналовые кризы, проявляющиеся усилением головной боли, повышением АД, тахикардией, ознобоподобным гиперкинезом, обильным мочеиспусканием после приступа и гиперемией верхней части туловища и лица. Описанная клиническая картина вегетативного пароксизма протекала на

Таблиця 2

Частота встречаемости разнонаправленных значений концентрации кортизола сыворотки крови в обследованных группах больных артериальной гипотонией

Иммунологический показатель	Градации	Клинические формы					
		I группа (ВД)		II группа (ОПЗЧМТ)		III группа (ЦА)	
		n	%	n	%	n	%
Кортизол	<N	3	5,2	1	2,3	9	15,3
	N	2	3,4	2	4,5	3	5,1
	>N	52	89,7	41	93,2	47	79,7

Примечания: n – общее количество обследованных больных в группах; % – частота встречаемости пациентов с разнонаправленными значениями концентрации кортизола; N – диапазон нормальных значений концентрации кортизола (140–600 нмоль/л); <N – активность компонента меньше контрольных значений; >N – активность компонента выше контрольных значений.



фоне преобладання парасимпатической активности в неврологическом статусе: парасимпатикотонии в 71,9% случаев, повышенной вегетативной реактивности в 46% наблюдений и недостаточного вегетативного обеспечения в 52,8% случаев. Хотя нужно отметить, что у части больных преобладала симпатическая активность: симпатокотония – в 3,4% наблюдений, извращенная вегетативная реактивность – в 20% случаев, избыточное вегетативное обеспечение – в 50% случаев. Полученный результат, согласно данным литературы [9, 10, 11], подтверждает наличие разнонаправленной активности «симпатическая-парасимпатическая системы» (СТ-ПСТ), которой свойственна максимальная выраженность либо манифестация клинических симптомов, в том числе и сосудистых проявлений, что и подтверждается выраженностью вегетативной симптоматики в наших исследованиях.

Кроме того, у 1 (1,1%) пациентки отмечались периодически возникающие полиморфные эпилептиформные приступы, частотой 1 раз в полгода. Данный факт можно рассматривать как своеобразное стрессорное воздействие на ЦНС, сопровождающееся усилением антигенной активности.

Описанная клиническая картина сопровождалась изменениями в психоэмоциональной сфере: склонностью к астеническим состояниям – в 17,9% случаев, ощущением тревоги и страха – в 4,4% случаев, повышенной раздражительностью – в 14,6% наблюдений.

Объективизация клинических данных при нейрофизиологическом обследовании выявила преимущественно функциональный характер нарушений ЦНС, отражая тем самым дисбаланс между процессами торможения и возбуждения в коре головного мозга с отсутствием пароксизмальной активности, а также не отметила структурных изменений при нейровизуализационном обследовании (КТ и ЯМРТ) и лишь у незначительного числа (24,7%) пациентов был объективизирован при КТ-исследовании синдром ликворно-венозной дистензии.

Анализируя полученный результат клинического обследования в I группе, мы сопоставили его с гетерогенностью неврологических проявлений во II и III группах, характерной особенностью которых явилось наличие симптоматики, свидетельствующей об органическом поражении ЦНС на фоне многообразия вегетативных проявлений, протекающих по парасимпатическому типу. Обращает на себя внимание некоторое увеличение частоты встречаемости пароксизмального типа течения в данных группах. Синкопальные пароксизмы отмечались соответственно у 26% больных II группы и 40,3% пациентов III группы; симпато-адреналовые кризы – в 4% наблюдений II группы и 8% случаев III группы, возросла частота встречаемости эпилептиформных – 6% наблюдений во II группе и 8% случаев в III группе, то есть расширилась картина неврологиче-

ских проявлений на фоне перенесенной травмы и хронической инфекции.

Объективизация вегетативной симптоматики в неврологическом статусе выявила некоторое увеличение частоты встречаемости симпатических проявлений на фоне превалирования парасимпатической активности. Парасимпатикотония наблюдалась у 68% обследованных во II группе и 74,1% в III группе; повышенная вегетативная реактивность – у 52% во II группе и 59,6% в III группе; недостаточное вегетативное обеспечение – в 50% во II группе и 58% в III группе. На этом фоне симпатикотония отмечалась у 22% больных II группы и 19,5% в III группе; извращенная вегетативная реактивность – 20% и 22,5% соответственно во II и III группах и избыточное вегетативное обеспечение в 50% случаев во II группе и 41,0% наблюдений в III группе. При анализе полученных результатов мы пришли к выводу, что разнонаправленность активности СТ-ПСТ в описанных группах больных указывает на выраженность вегетативной дисфункции на фоне травмы и хронической инфекции. Кроме того, во II и III группах превалировали синкопальные пароксизмы с характерной клинической картиной, в соответствие с которой пациенты испытывали хронический стресс, способствующий увеличению концентрации кортизола в сыворотке крови.

Вышеописанную субъективную симптоматику сопровождалась изменениями в психоэмоциональной сфере. Выявлена склонность пациентов к астеническим состояниям примерно в равных соотношениях: в 40% во II группе и в 41,9% наблюдений в III группе; повышенная раздражительность – у 22,5% и 14% соответственно; ощущение тревоги и страха – у 9,6% пациентов во II группе и 8% в III группе.

Выраженность клинических проявлений неврологической симптоматики при нейрофизиологическом исследовании во II и III группах объективизировалась наличием на ЭЭГ диффузных изменений с признаками дезорганизации и замедления ритмики, а также признаками пароксизмальной активности, что коррелировало с клиническим течением заболевания в обеих группах. Расширение картины неврологических проявлений, свидетельствующих об органическом поражении ЦНС, при нейровизуализационном обследовании подтверждалось наличием гидроцефалии (наружной, внутренней или смешанной) в 56,5% во II группе и в 83,8% в III группе, гипотрофии коры головного мозга в 63,4% наблюдений в III группе.

Таким образом, анализ полученных результатов показал, что во всех группах обследованных больных Аг в структуре вегетативных парасимпатических нарушений посттравматического и инфекционного поражения ЦНС наблюдались высокие концентрации кортизола, наиболее выраженные в I группе пациентов с вегетативной дисфункцией на фоне хронического пси-

хоємоціонального перенапруження, преобладання в клінічній картині неврологічних проявлень синкопальних пароксизмів і парасимпатическої активності в неврологіческому статусі, а також отсутствіе изменений при нейрофізіологіческому і нейровізуалізаціонному обсеменованні. Во II і III групах болюних вегетативна симптоматика виявила увеличеніе частоти зустрічаємості симпатических проявлень на фоні превалірування парасимпатическої активності, що указало на вираженість вегетативної дисфункції на фоні перенесеної травми і хроніческої інфекції. Данніе изменения были об'єктивізувані при нейрофізіологіческому і нейровізуалізаціонному обсеменованні вираженістю неврологіческих симптомокмплексов, свідетельствующих об органіческому поразенні ЦНС, а також високими значення концентрації кортизола, що засвідетельствовало формірування стійких, іногда необратимих, патологіческих состояній.

### Выводы

Одним из естественных компенсаторно-адаптационных механизмов организма является усиление функциональной активности гормонов коры надпочечников, в результате чего включаются метаболические процессы, которые поддерживают механизмы гомеостаза, а нарушение гомеостаза у болюных Аг всех групп в той или иной степени вираженности связано с дисфункціей парасимпатической нервной системы и сопровождается усилением функциональной активности специфических маркерных рецепторов.

Под воздействием различных стрессоров (перенесенные травмы, хронические инфекции, психоэмоціональные воздействия и т.д.) повышаются концентра-

ции глюкокортикоидов, которые, в свою очередь, подавляют активность иммунной системы, а конкретно – клеточного иммунитета. Вследствие этого люди, находящиеся в состоянии хронического стресса, более уязвимы для инфекций всякого рода (вирусных, бактериальных и т.д.), а также травматических и психоэмоціональных перенапружений.

Для улучшения дифференциальной диагностики заболевания необходимо проанализировать особенности формирования клинических фенотипов артериальной гипотонии с учетом результатов клиническо-неврологіческих нарушений в совокупности с изменениями показателей концентрации кортизола сыворотки крови.

### Перспективы дальнейших исследований

Стероидные гормоны надпочечников, в частности кортизол, под воздействием различных стрессоров может индуцировать активный транспорт аминокислот в мышцы, тем самым вызывая вазодилатацию, способствовать разрушению эндотелия сосудов и формірованию астроцитарной дисфункції, что приводит к последующему развитию сосудистой патологии, а избышек или недостаток глюкокортикоидов резко стимулирует гомеостаз. Поэтому исследование концентрации кортизола сыворотки крови может быть включено в комплекс обследования пациентов, что позволяет проследить один из механизмов регуляции сосудистого тонуса опосредовано через изменение нейроиммунноэндокринной регуляции и подобрать алгоритм выбора тактики индивидуального лечения клинического полиморфизма неврологіческих синдромов у болюных Аг.

## Литература

1. Акмаев И. Г. Нейроиммунноэндокринология жировой ткани / И. Г. Акмаев, В. Г. Сергеев / Успехи физических наук. – 2002. – Т. 33, № 2. – С. 3–16.
2. Акмаев И. Г. Нейроиммунноэндокринология: факты и гипотезы / И. Г. Акмаев / Пробл. эндокринологии. – 1997. – Т. 43, № 1. – С. 3–9.
3. Аронов Д. М. Методика оценки качества жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями / Д. М. Аронов, В. П. Зайцев / Кардиология. – 2002. – № 5. – С. 92–95.
4. Атаян А. С. Неврологические нарушения и церебральная гемодинамика при идиопатической артериальной гипотензии / А. С. Атаян, В. Вл. Машин, А. В. Фоякин ; Казанский мед. журнал. – 2011. – № 3. – С. 403–407.
5. Кветная Т. В. Мелатонин – нейроиммунноэндокринный маркер возрастной патологии / Т. В. Кветная, И. В. Князькин, И. М. Кветной. – СПб. : Деан, 2005. – 142 с.
6. Кветной И. М. Гормональная функция неэндокринных клеток: роль нового биологического феномена в регуляции гомеостаза / И. М. Кветной, И. Э. Ингель // Бюлл. эксп. биол. мед. – 2000. – Т. 130 (№ 11). – С. 483–487.
7. Кветной И. М. Диффузная эндокринная система : рук-во по гистологии / И. М. Кветной, В. В. Южаков. – Т. 2. – СПб. : Спецлит, 2001. – С. 509–541.
8. Кветной И. М. Нейроиммунноэндокринология тимуса / И. М. Кветной, А. А. Ярилин, В. О. Полякова. – СПб. : Деан, 2005. – 156 с.
9. Особенности обследования больных с вегето-сосудистой дистонией при начальных проявлениях недостаточности мозгового кровообращения : уч.-метод. пос. для врачей / Б. Б. Радыш, А. В. Кутенев, Е. В. Бабкина, Н. Н. Фрелих. – М. : Оргсервис 2000, 2010. – 119 с.
10. Особенности развития цереброваскулярной недостаточности при артериальной гипотонии / А. В. Анисимова, Т. И. Колесникова, К. В. Анисимов, А. В. Жукоцкий // Уральский мед. журнал. – 2011. – № 2. – С. 12–18.
11. Панические атаки : рук-во для врачей / А. М. Вейн, Г. М. Дюкова, О. В. Воробьева, А. Б. Данилов. – М., 2004. – С. 403.
12. Поражение головного мозга и церебральная гемодинамика у больных с артериальной гипотонией / А. С. Атаян, В. В. Машин, А. В. Фоякин, В. Вл. Машин // Труды I Нац. Конгресса «Кардионеврология» / под ред. М. А. Пирадова и А. В. Фоякина. – М., 2008. – 327с.
13. Потапенко В. П. Низкое давление. Причины и эффективное лечение / В. П. Потапенко. – М. : АСТ; СПб. : Сова, 2007. – 94с.
14. Сосудистые когнитивные расстройства. Факторы риска, лечение, профилактика / А. В. Фоякин, Л. А. Гераскина, А. Р. Магомедова, А. С. Атаян // Рус. мед. журнал. – 2011. – № 9. – С. 538–544.
15. Хаитов Р. М. Взаимодействие клеток иммунной системы: Физиология и медицинские аспекты иммунитета / Р. М. Хаитов // Аллергология и клиническая иммунология. – 1999. – № 1. – С. 6–20.
16. Anderson T. J. Prognostic significance of brachial flow-mediated vasodilation / T. J. Anderson // Circulation. – 2007. – Vol. 115 (18). – P. 2373–2375.
17. Brachial flow-mediated dilation predicts incident cardiovascular events in older adults: the Cardiovascular Health Study / J. Yeboah, J. R. Crouse, F.-C. Hsu, G. L. Burke // Circulation. – 2007. – Vol. 115. – P. 2390–2397.

Дата поступления рукописи в редакцию: 11.12.2013 г.

## Варіабельність клінічних фенотипів хворих на артеріальну гіпотонію в структурі неврологічної патології на тлі зміни рівня кортизолу сироватки крові

*К.М. Клімова, О.К. Зінченко, В.А. Флорікян*  
Інститут загальної та невідкладної хірургії  
імені В.Т. Зайцева НАМН України, м. Харків, Україна  
Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна

**Мета** – вивчити індивідуальні особливості клінічної гетерогенності неврологічних проявів у хворих на артеріальну гіпотонію у структурі вегетативних порушень вагальної спрямованості посттравматичного та інфекційного ураження центральної нервової системи на тлі зміни рівня кортизолу сироватки крові.

**Матеріали та методи.** Обстежено 201 пацієнта із застосуванням клініко-неврологічного обстеження за традиційною методикою. Рівень вмісту кортизолу в сироватці крові визначено за допомогою набору реактивів для радіоімунологічного аналізу стерону-К-125І-М із використанням кортизолу, міченого йодом-125.

**Результати.** Виявлено високий рівень кортизолу в усіх групах обстежених хворих на тлі збільшення частоти з народження пароксизмального типу перебігу, змін до психоемоційної сфери, що сприяє збільшенню концентрації кортизолу в сироватці крові.

**Висновки.** По зміні концентрації кортизолу сироватки крові можливо простежити один з механізмів регуляції судинного тону і особливості гетерогенності клінічних проявів у хворих артеріальною гіпотонією в структурі вегетативних порушень вагальної спрямованості посттравматичного та інфекційного ураження центральної нервової системи.

**Ключові слова:** артеріальна гіпотонія, кортизол, вегетативна дисфункція, центральна нервова система, криз.

## Variability of clinical patient's phenotype with hypotension in abnormal levels of cortisol serum

*K.M. Klimova, O.K. Zinchenko, V.A. Florikyan*  
Institute of General and Emergency Surgery  
named V.T. Zaitseva, NAMSU, Kharkiv, Ukraine  
Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Ukraine

**Purpose.** Clinical study of the individual characteristics of heterogeneity of neurological manifestations in patients with arterial hypotension during vagal autonomic disorders due to post-traumatic and infection strike in the central nervous system against the backdrop of changes in the level of serum cortisol.

**Materials and methods.** The study included 201 patients was been used of clinical neurological examination according to traditional methods. The level of cortisol in the blood serum was been determined using reagent kit for radioimmunoassay STERON-K-125I-M cortisol using labeled with iodine-125.

**Results.** In all groups of patients was examined the high level of cortisol against the background of an increase in the incidence of paroxysmal type of flow, changes in the psycho-emotional scope, which increases the concentration of cortisol in the blood serum.

**Conclusions.** Change the concentration of serum cortisol is possible to trace one of the mechanisms of regulation of vascular tone and features of the heterogeneity of clinical manifestations in patients with hypotension in the structure of autonomic disorders and post-traumatic vagal focus of infection in the central nervous system.

**Key words:** arterial hypotension, cortisol, autonomic dysfunction, central nervous system, crisis.

### Сведения об авторах

**Клімова Елена Михайловна** – д.биол.н., проф., зав. диагностической лабораторией с иммуноферментным и иммунофлюорисцентным анализом Государственного учреждения «Институт общей и неотложной хирургии им. В.Т. Зайцева НАМН Украины»; вьезд Балакирева, 1, г. Харьков, 61103, Украина; служ. тел. +38(057) 343-41-15.

**Зінченко Елена Константиновна** – к.мед.н., доц. кафедры неврологии Харьковской медицинской академии последипломного образования; вьезд Балакирева, 1, г. Харьков, 61103, Украина; служ. тел. +38(057) 343-89-62.

**Флорікян Варгануш Аршавировна** – к.мед.н., ассистент кафедры неврологии Харьковской медицинской академии последипломного образования; вьезд Балакирева, 1, г. Харьков, 61103, Украина; служ. тел. +38(057) 343-89-62.

О.Р. Ситенко

# ЗАГАЛЬНІ ЗАКОНОМІРНОСТІ СТАНУ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

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

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

*Мета* – проаналізувати загальні закономірності стану здоров'я усього населення України за останні п'ять років.

*Матеріали та методи.* Використано офіційні дані Центру медичної статистики МОЗ України, а також аналітичний і статистичний методи.

*Результати.* У 2008–2011 рр. спостерігались тенденції до зростання показників поширеності захворювань серед усього населення України, а в 2012 р. цей показник знизився. Рівень первинної захворюваності зменшився і в динаміці за п'ять років, і порівняно з попереднім роком.

*Висновки.* Зниження рівня первинної захворюваності серед усього населення України за останні п'ять років свідчить про стабілізацію тенденцій зменшення кількості вперше виявлених захворювань, а зростання показників поширеності хвороб – про накопичення хронічної патології.

*Ключові слова:* поширеність, захворюваність, показники, усе населення України.

## Вступ

Розвиток суспільства супроводжується визначенням життєвих цінностей, які є орієнтиром для кожної особи в її діяльності, інтересах, потребах. У спектрі цих цінностей здоров'я посідає найвагоміше місце.

Охорона здоров'я не є виключно соціальною сферою, як інколи вважають. Це система життєзабезпечення, один із найважливіших інститутів безпеки нації, тому що без здорових громадян неможливе не лише успішне функціонування держави, але і її збереження. Тому діяльність медичної галузі має бути пріоритетною серед інших галузей народного господарства, освіти, культури, спорту тощо.

Значущість здоров'я для суспільства в цілому і для кожної людини зокрема потребує активізації питань громадського здоров'я, виховання свідомого ставлення до нього не лише як до особистого надбання, але й як до надбання держави. Оскільки збереження здоров'я є необхідною умовою успішного виконання першочергових вимог економічного та соціального розвитку країни, інформація про захворюваність населення набуває особливого значення. Це тісно пов'язане з визначенням особливостей формування та тенденцій стану здоров'я, необхідних для відповідних заходів, спрямованих на його поліпшення. У спектрі патології,

яка щорічно виявляється, існують певні особливості захворюваності та поширеності хвороб, їх рівня і динаміки.

Збереження капіталу здоров'я як важливої складової людського капіталу є одним із основних факторів, за якими визначається конкурентоздатність держави на міжнародному рівні [2].

Мета Європейської політики ЗДВ-21 полягає в реалізації кожною людиною власного потенціалу здоров'я. Під потенціалом здоров'я розуміють максимально досяжний рівень здоров'я людини. Потенціал здоров'я визначається здатністю піклуватися про власне здоров'я та здоров'я інших, здатністю приймати рішення і контролювати власне життя, а також забезпечувати створення суспільством, членом якого є та чи інша людина, умов, що сприяють досягненню здоров'я всіма його членами. Завдання для досягнення цієї мети такі: зміцнення і охорона здоров'я людей протягом усього життя; зниження рівня поширеності і зменшення страждань, спричинених основними хворобами, травмами та пошкодженнями. Вивчення тенденцій захворюваності та поширеності хвороб серед різних вікових груп населення є однією з важливих складових стратегічного планування медичної галузі [3].

Здоров'я населення є універсальною непересічною цінністю і вирішальним фактором суспільного розвитку, питанням соціальної справедливості та рівності.

Здоров'я становить обов'язкову умову прогресу у всіх сферах життєдіяльності і служить інтегральним показником його успішності. Сучасне переосмислення значущості здоров'я обумовлене усвідомленням його як невід'ємного права і глибоким розумінням існуючих загроз та викликів, зростаючих вимог до якості здоров'я, передумов його забезпечення [1, 5, 7].

Як член Європейського бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я Україна формує державну політику галузі відповідно до міжнародного документу «Політика досягнення здоров'я для всіх у XXI ст.».

Формування нової політики в охороні здоров'я в Європі продиктоване необхідністю відповіді на нові виклики загрози, пов'язані з демографічними, соціально-економічними, екологічними та іншими змінами. Сьогодні існує потреба перегляду механізмів управління національними системами охорони здоров'я в удосконаленні політики охорони здоров'я та структур громадської охорони здоров'я в поліпшенні надання медико-санітарної допомоги [6]. В основах політики «Здоров'я – 2020» запропоновані оптимальні шляхи для вирішення комплексних завдань охорони здоров'я у XXI столітті. У них визначені два головні стратегічні напрями і відповідні їм чотири стратегічні пріоритетні сфери дій [4].

**Мета роботи** – проаналізувати загальні закономірності стану здоров'я усього населення України за останні п'ять років.

## Матеріали та методи

У роботі використано офіційні дані Центру медичної статистики МОЗ України, а також аналітичний і статистичний методи.

## Результати дослідження та їх обговорення

Аналіз показників поширеності захворювань серед усього населення України засвідчив, що у 2008–2011 рр. спостерігались тенденції до їх зростання, а у 2012 р. цей

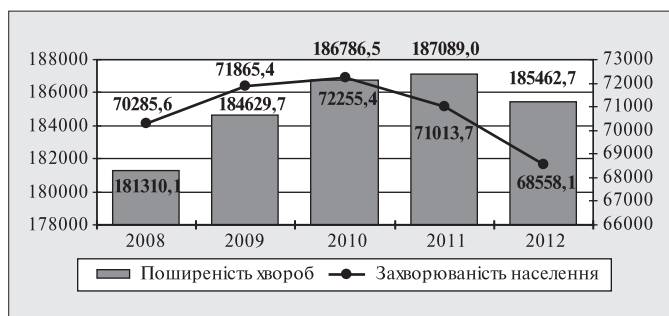


Рис. 1. Динаміка захворюваності та поширеності хвороб серед усього населення України у 2008–2012 рр. (на 100 тис. усього населення)

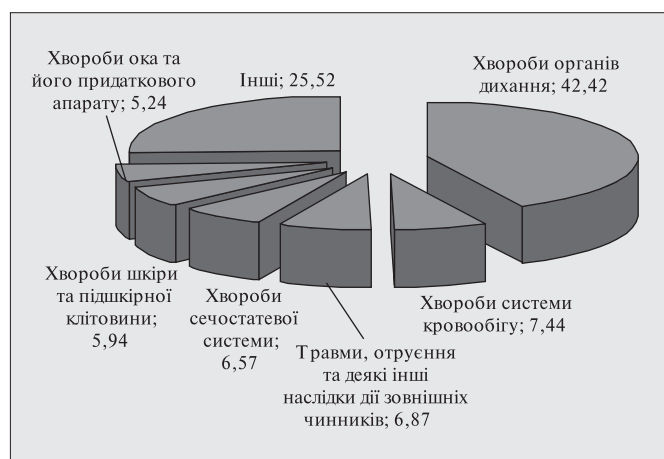


Рис. 2. Структура захворюваності за класами хвороб серед усього населення України у 2012 р. (%)

показник знизився. Рівень первинної захворюваності зменшився і в динаміці за п'ять років, і порівняно з попереднім роком (рис. 1).

Зменшення рівня первинної захворюваності серед усього населення за останні п'ять років з 70 285,6 у 2008 р. до 68 558,1 на 100 тис. населення у 2012 р. (-2,46%), при зниженні її значення порівняно з минулим роком з 71 013,7 до 68 558,1 на 100 тис. населення (-3,46%), вказало на стабілізацію тенденцій зниження кількості вперше виявлених захворювань серед усього населення України.

Показник поширеності захворювань зріс з 181 310,1 у 2008 р. до 187 089,0 на 100 тис. населення у 2012 р. (+2,29%), а порівняно з минулим роком він знизився на 0,87% (185 462,7 на 100 тис. населення), що вказало на накопичення хронічної патології серед усього населення України.

У 2012 р. структуру первинної захворюваності сформували: хвороби органів дихання (42,2%), хвороби системи кровообігу (7,44%), травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників (6,87%), хвороби сечостатевої системи (6,57%) й хвороби шкіри та підшкірної клітковини (5,94%), (рис. 2).

За останні п'ять (2008–2012) років при загалом незмінній структурі захворюваності серед усього населення незначно змінилася питома вага основних класів хвороб, що її формують. Так, несуттєво зросла питома вага хвороб органів дихання в загальній структурі первинної захворюваності серед усього населення (з 42,1% у 2008 р. до 42,4% у 2012 р.). Натомість питома вага хвороб системи кровообігу в загальній структурі первинної захворюваності серед усього населення України знизилась з 7,63% до 7,44%; хвороб кістково-м'язової системи та сполучної тканини – з 4,83% до 4,64%; травм, отруєнь та деяких інших наслідків дії зовнішніх чинників – з 6,97% до 6,87% (відповідно у 2008 р. і 2012 р.).

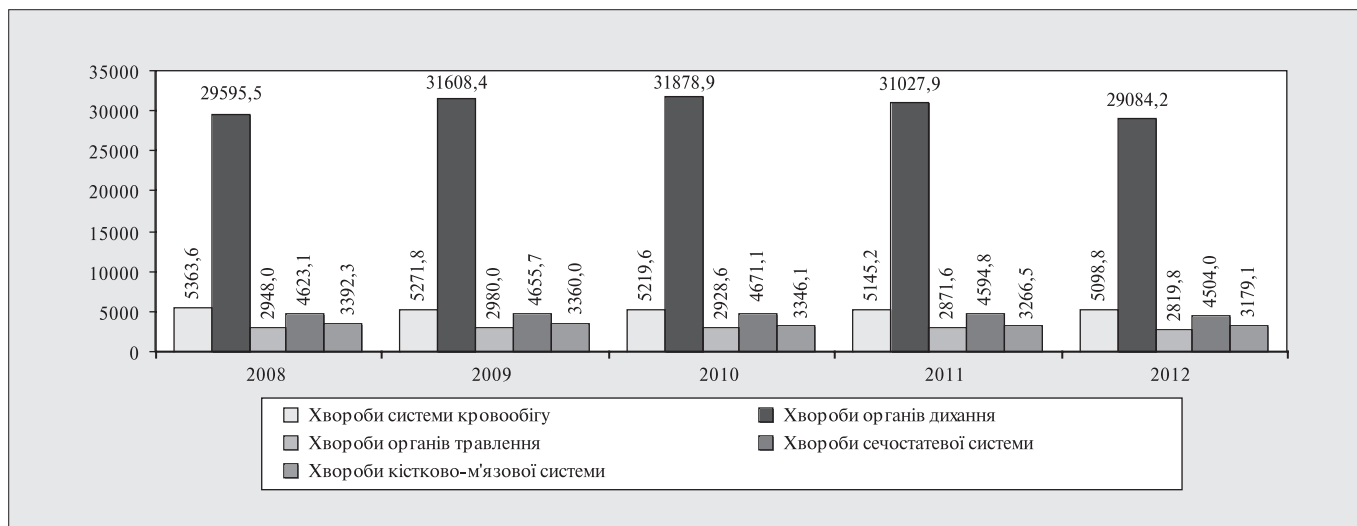


Рис. 3. Динаміка захворюваності за основними класами хвороб серед усього населення у 2008–2012 рр. (на 100 тис. усього населення)

Показники первинної захворюваності серед усього населення за основними класами хвороб у динаміці за останні п'ять років мали різноспрямовані тенденції (табл. 1). За означений період зменшився рівень первинної захворюваності за такими класами: розлади психіки та поведінки (-17,42%), хвороби крові й кровотворних органів та окремих порушень із залученням імунного механізму (-7,73%), хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (-6,28%), хвороби системи кровообігу (-4,94%), хвороби органів травлення (-4,35%), травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників (-3,91%), хвороби нервової системи (-2,39%). Порівняно з 2011 р. ці показники зменшились за такими класами: хвороби органів дихання (-6,26%), розлади психіки та поведінки (-4,23%), хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму (-3,49%), хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (-2,68%), хвороби нервової системи (-2,45%), хвороби сечостатевої системи (-1,98%), хвороби органів травлення (-1,8%) тощо.

За основними класами хвороб у динаміці за останні п'ять років рівень первинної захворюваності населення дещо зменшився (рис. 3).

Найвищі рівні захворюваності за підсумками 2012 р. зареєстровано в м. Києві (92 849,9), Івано-Франківській (87 227,3), Львівській (82 450,1), Дніпропетровській (79 978,5), Вінницькій (76 167,2) та Рівненській (74 813,6) областях при середньому по Україні значенні 68 558,1 на 100 тис. усього населення. Найменші рівні поширеності хвороб у 2012 р. виявлено серед населення АР Крим (51 413,2) і Сумської (50 499,6 на 100 тис. всього населення) області.

Основа структури поширеності традиційно формувалася за рахунок хвороб системи кровообігу (31,5%), хвороб органів дихання (19,2%), хвороб органів трав-

лення (9,7%), хвороб сечостатевої системи (5,4%), хвороб кістково-м'язової системи та сполучної тканини (5,37%), хвороб ока та його придаткового апарату (4,98%), травм, отруєнь та деяких інших наслідків дії зовнішніх чинників (2,69%), хвороб шкіри та підшкірної клітковини (2,63%) та інших (рис. 4).

За більшістю класів структура поширеності хвороб серед усього населення суттєво не змінилася (табл. 2).

Показники поширеності за цей період (2008–2012 рр.) збільшилися за такими класами: новоутворення (10,49%), ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин (8,07%), хвороби системи кровообігу (5,55%), хвороби ока та його придаткового апарату (3,19%), хвороби вуха та соскоподібного відростка (2,72%), хвороби сечостатевої системи (2,78%).

Зниження показників зафіксовано за такими класами: травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників (-3,55%), розлади психіки та поведінки (-2,85%), хвороби шкіри та підшкірної клітковини (-1,11%), хвороби органів дихання (-1,01%).

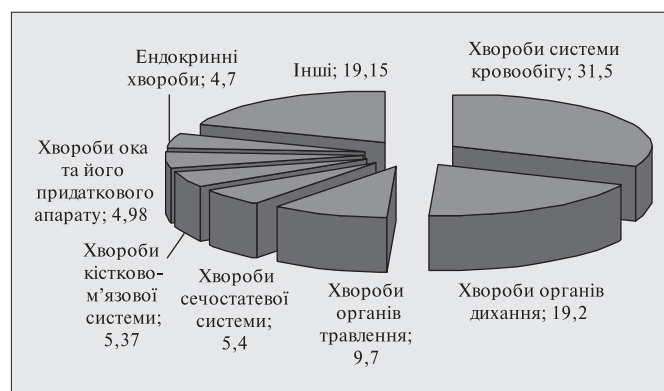


Рис. 4. Структура поширеності хвороб за класами серед усього населення у 2012 р. (%)

Таблиця 1

Динаміка показників захворюваності за основними класами хвороб у 2008, 2011, 2012 рр. (на 100 тис. усього населення)

Клас хвороб	Показник	Рік		
		2008	2011	2012
Хвороби органів дихання	на 100 тис.	29595,5	31027,9	29084,2
	питома вага	42,11	43,69	42,42
Хвороби системи кровообігу	на 100 тис.	5363,6	5142,2	5098,8
	питома вага	7,63	7,25	7,44
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	на 100 тис.	4899,8	4684,4	4708,0
	питома вага	6,97	6,60	6,87
Хвороби сечостатевої системи	на 100 тис.	4623,1	4594,8	4504,0
	питома вага	6,58	6,47	6,57
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	на 100 тис.	4136,6	4 125,9	4075,5
	питома вага	5,89	5,81	5,94
Хвороби ока та його придаткового апарату	на 100 тис.	3488,4	3 631,2	3592,6
	питома вага	4,96	5,11	5,24
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	на 100 тис.	3392,3	3266,5	3179,1
	питома вага	4,83	4,60	4,64
Хвороби органів травлення	на 100 тис.	2948,0	2871,6	2819,8
	питома вага	4,19	4,04	4,11
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	на 100 тис.	2769,9	2 762,7	2676,6
	питома вага	3,94	3,89	3,90
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	на 100 тис.	2572,0	2 676,3	2669,2
	питома вага	3,66	3,77	3,89
Хвороби нервової системи	на 100 тис.	1630,8	1 631,8	1591,9
	питома вага	2,32	2,30	2,32
Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	на 100 тис.	1146,8	1102,0	1100,3
	питома вага	1,63	1,55	1,60
Новоутворення	на 100 тис.	879,5	926,7	952,5
	питома вага	1,25	1,30	1,39
Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	на 100 тис.	493,9	472,2	455,7
	питома вага	0,70	0,66	0,66
Розлади психіки та поведінки	на 100 тис.	490,8	423,2	405,3
	питома вага	0,70	0,60	0,59
Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	на 100 тис.	111,1	121,5	119,4
	питома вага	0,16	0,17	0,17

Динаміка показників поширеності хвороб за основними класами серед усього населення України за 2008–2012 рр. показана на рисунку 5.

Найвищі рівні поширеності за підсумками 2012 р. зареєстровано в м. Києві (240 929,8), Вінницькій (212 424,7), Дніпропетровській (206 361,6), Київській

(201 893,0) та Черкаській (200 511,3) областях при середньому по Україні значенні 185 462,7 на 100 тис. усього населення. Найменші рівні поширеності хвороб у 2012 р. виявлено серед населення АР Крим (147 614,8) та Запорізької (146 683,9 на 100 тис. усього населення) області.



Таблиця 2

Динаміка показників поширеності хвороб за основними класами у 2008, 2011, 2012 рр. (на 100 тис. усього населення)

Клас хвороб	Показник	Рік		
		2008	2011	2012
Хвороби системи кровообігу	на 100 тис.	55315,5	57967,2	58 385,7
	питома вага	30,51	30,98	31,48
Хвороби органів дихання	на 100 тис.	36005,1	37602,0	35642,0
	питома вага	19,86	20,10	19,22
Хвороби органів травлення	на 100 тис.	17696,3	18025,3	18 058,1
	питома вага	9,73	9,63	9,74
Хвороби сечостатевої системи	на 100 тис.	9736,9	10074,9	10 007,7
	питома вага	5,37	5,36	5,40
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	на 100 тис.	10031,7	10068,6	9956,4
	питома вага	5,53	5,38	5,37
Хвороби ока та його придаткового апарату	на 100 тис.	8954,5	9246,3	9240,3
	питома вага	4,94	4,94	4,98
Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	на 100 тис.	8049,6	8541,0	8669,1
	питома вага	4,44	4,57	4,69
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	на 100 тис.	5181,1	4985,3	4997,0
	питома вага	2,86	2,66	2,69
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	на 100 тис.	4934,7	4918,1	4879,7
	питома вага	2,72	2,63	2,63
Хвороби нервової системи	на 100 тис.	4868,7	4898,5	4 864,4
	питома вага	2,69	2,62	2,62
Розлади психіки та поведінки	на 100 тис.	4769,9	4649,1	4660,3
	питома вага	2,65	2,48	2,51
Новоутворення	на 100 тис.	3858,0	4159,4	4 262,7
	питома вага	2,13	2,22	2,30
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	на 100 тис.	4157,3	4174,3	4057,5
	питома вага	2,29	2,23	2,19
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	на 100 тис.	3412,0	3502,1	3 504,9
	питома вага	1,88	1,87	1,89
Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	на 100 тис.	1726,7	1757,2	1729,5
	питома вага	0,95	0,94	0,93
Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	на 100 тис.	608,3	670,0	683,3
	питома вага	0,34	0,36	0,37

### Висновки

Аналіз показників поширеності захворювань серед усього населення України засвідчив, що у 2008–2011 рр. спостерігались тенденції до їх зростання, а в 2012 р. зафіксовано зниження цього показника. Рівень пер-

винної захворюваності зменшився і в динаміці за п'ять років, і порівняно з попереднім роком.

Зменшення рівня первинної захворюваності серед усього населення за останні п'ять років з 70 285,6 у 2008 р. до 68 558,1 на 100 тис. населення у 2012 р. (-2,46%), при зниженні її значення порівняно з мину-

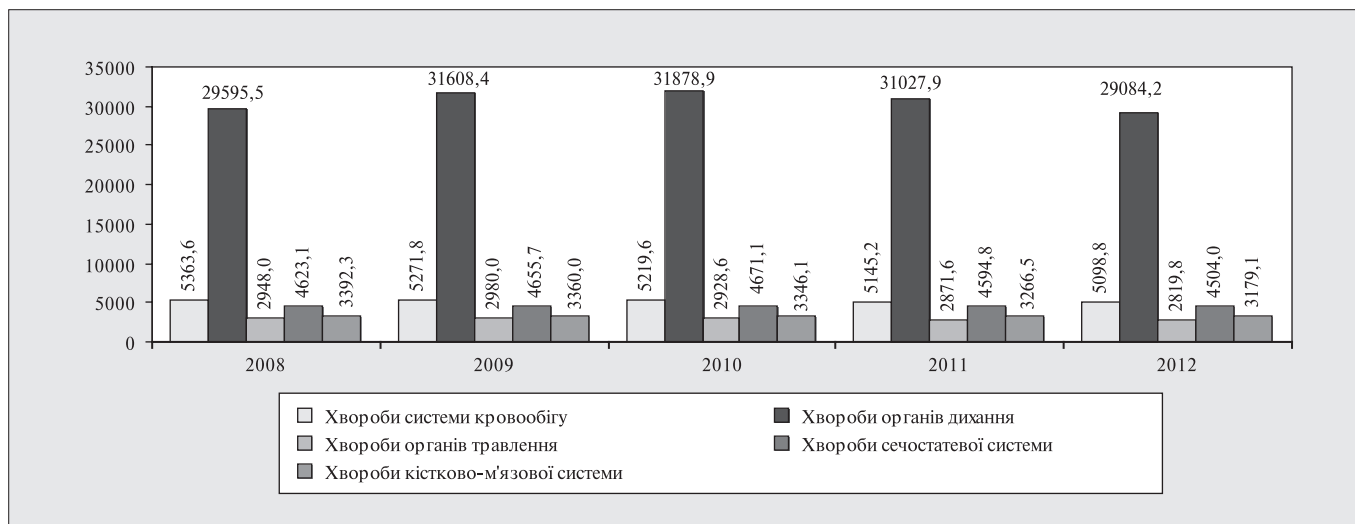


Рис. 5. Динаміка поширеності за основними класами хвороб серед усього населення у 2008–2012 рр. (на 100 тис. усього населення)

лим роком із 71 013,7 до 68 558,1 на 100 тис. населення (-3,46%), вказало на стабілізацію тенденцій зниження кількості вперше виявлених захворювань серед населення України.

Показник поширеності захворювань зріс з 181 310,1 у 2008 р. до 187 089,0 на 100 тис. населення у 2012 р. (+2,29%), а порівняно з минулим роком зни-

звився на 0,87% (185 462,7 на 100 тис. населення), що вказало на накопичення хронічної патології серед усього населення України.

**Перспективи досліджень** полягають у подальшому вивченні стану здоров'я населення України та факторів, які впливають на його формування.

## Література

1. *Детермінанти здоров'я и національная безопасность* : монографія / Р. В. Богатирева ; под. общей ред. Ю. И. Кундиева. – К. : ИД «Авицена», 2011. – 448 с.
2. *Загальні закономірності стану здоров'я населення України* / Н. В. Медведовська, В. А. Русняк, А. С. Кутуза [та ін.] // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2011 рік. – К., 2012. – С. 54.
3. *Закономірності стану здоров'я населення України* / Н. В. Медведовська, В. В. Лазоришинець, Т. К. Кульчицька, В. Г. Слабкий // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2009. – К., 2010. – С. 34.
4. *Здоровье 21. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе. Европейская серия «Здоровье для всех», № 6.* – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 1999. – 310 с.
5. *Москаленко В. Ф. Здоровье и здравоохранение: ключевые императивы* / В. Ф. Москаленко. – К. : ИД «Авицена», 2011. – 256 с.
6. *Наукове обґрунтування структури, завдань та заходів проекту загальнодержавної програми «Здоров'я-2020: український вимір»* / В. Ф. Москаленко, Т. С. Грузева, Л. І. Галієнко, Г. В. Іншакова // Східноєвроп. журнал громадського здоров'я. – 2012. – № 2–3 (18–19). – С. 248–249.
7. *Таллиннская хартия: Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния* [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.euro/who/int/document/E91438r.pdf>. – Название с экрана.

Дата надходження рукопису до редакції: 05.02.2014 р.

## Общие закономерности состояния здоровья населения Украины

*Е.Р. Ситенко*

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

Изучение тенденций заболеваемости и распространенности заболеваний населения является одной из важнейших составляющих стратегического планирования отрасли здравоохранения.

**Цель** – проанализировать общие закономерности состояния здоровья всего населения Украины за последние пять лет.

**Материалы и методы.** Используются официальные данные Центра медицинской статистики МЗ Украины, а также аналитический и статистический методы.

**Результаты.** В 2008–2011 гг. наблюдались тенденции к росту показателей распространенности всех заболеваний среди всего населения Украины, а в 2012 г. этот показатель снизился. Уровень первичной заболеваемости снизился и в динамике за пять лет, и в сравнении с предыдущим годом.

**Выводы.** Снижение уровня первичной заболеваемости среди всего населения Украины за последние пять лет свидетельствует о стабилизации тенденций уменьшения количества впервые выявленных заболеваний, а повышение показателей распространенности болезней – о накоплении хронической патологии.

**Ключевые слова:** распространенность, заболеваемость, показатели, население Украины.

## The general laws of state of health of the population of Ukraine

*O.R. Sytenko*

SI «Ukrainian Institute of Strategic Researches Ministry of Health of Ukraine», Kyiv, Ukraine

Studying of tendencies of morbidity and prevalence of diseases of the population is one of the important components of strategic planning of health care branch.

**Purpose** – to analyze common laws of health state of total population of Ukraine for last five years.

**Materials and methods.** Official data of the Center of Medical Statistics MoH of Ukraine, and also analytical and statistical methods are used.

**Results.** In 2008–2011 tendencies to growth of prevalence of diseases parameters among the population of Ukraine and in 2012 – to reduce them were observed. Primary disease level has been decreased in dynamics for five years and in compares with the previous year.

**Conclusions.** Reduction in level of primary disease among all population of Ukraine for last five years testifies to stabilization of tendencies to reduce the number of newly diagnosed diseases, and increase of disease prevalence parameters – about accumulation of chronic pathology.

**Key words:** prevalence, morbidity, parameters, all population of Ukraine.

## Відомості про автора

**Ситенко Олена Ростиславівна** – к.мед.н., зав. науково-організаційного відділу ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна; служб. тел. +38(044) 576-41-09.

Н.С. Защик

## МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ДЕТЕРМІНАНТИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ДОРΟΣЛОГО СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ

Острозька обласна психіатрична лікарня, м. Острог, Рівненська область, Україна

**Мета** – вивчити медико-соціальні детермінанти психічного здоров'я сільського населення.

**Матеріали та методи:** статистичний (дані галузевої статистичної звітності за 2008–2012 рр.) і соціологічний (опитано 1200 сільських жителів Рівненської області).

**Результати.** Встановлено, що середньорічний рівень захворюваності дорослого сільського населення на розлади психіки та поведінки в розрізі адміністративних районів Рівненської області відрізняється в 5,2 разу (1,6–6,7 на 100 тис відповідного населення), а поширеності – в 1,8 разу (27,2–47,7).

**Висновки.** Найбільш важливими соціальними детермінантами, які виступають факторами ризику розвитку порушень психіки та поведінки у сільського дорослого населення (прямий сильний кореляційний зв'язок), є самотність, недостатність фінансів на найважливіші потреби родини (бідність), несприятливий психологічний клімат у сім'ї (конфліктна сім'я), повна сім'я з проблемними дітьми, а медичними детермінантами – відповідно ВІЛ-інфікування та постійне нічне безсоння.

**Ключові слова:** сільське населення, психічне здоров'я, медико-соціальні детермінанти.

### Вступ

Високий рівень психічного здоров'я населення є важливим фактором соціальної єдності, продуктивної праці, суспільного спокою та стабільності оточуючого середовища [8]. Психічне, фізичне та соціальне здоров'я є важливою складовою життя, які тісно взаємопов'язані і взаємозалежні. Їх взаємозв'язок свідчить, що психічне здоров'я є надзвичайно важливим для загального благополуччя окремих осіб, громад та країни в цілому [11].

Психічні та поведінкові розлади є надзвичайно поширеними і вражають до 25% усіх людей у певні періоди їхнього життя. Згідно з показником DALY [7], до 2020 р. тягар розладів психіки та поведінки сягне 15% від усіх хвороб [3]. Вітчизняні та іноземні дослідники [1, 9] зазначають, що в майбутньому, з урахуванням постаріння населення та погіршення соціальних проблем, кількість хворих даної категорії зростатиме.

За даними Держкомстату України (2009) [6], на розлади психіки та поведінки в державі страждало близько 250 осіб на 100 тис населення, що стало одним із найвищих рівнів серед країн Європи [2, 4, 5].

Водночас, в Україні немає системи збереження психічного здоров'я населення [10].

**Мета роботи** – вивчити медико-соціальні детермінанти психічного здоров'я сільського населення.

**Матеріали та методи,** використані в ході виконання роботи: статистичний (дані галузевої статистичної звітності за 2008–2012 рр.) і соціологічний (опитано 1200 сільських жителів Рівненської області).

### Результати дослідження та їх обговорення

Проаналізовано середньорічні рівні захворюваності дорослого сільського населення на розлади психіки та поведінки в розрізі адміністративних районів області. Найвищий рівень захворюваності встановлено в Костопільському (6,7), Димидівському (5,5) та Сарненському (4,9) районах, а найнижчий – у Рокитнянському (1,3), Дубровицькому (1,6) та Дубенському (1,9) районах. Різниця рівнів захворюваності на розлади психіки та поведінки – 5,2 разу ( $p \leq 0,05$ ). У таблиці 1 наведено середньорічні рівні показників захворюваності сільського дорослого населення Рівненської області на розлади психіки та поведінки в розрізі адміністративних територій.

Подібна територіальна характеристика встановлена щодо середньорічних рівнів показників поширеності розладів психіки та поведінки серед сільського дорослого населення Рівненської області в розрізі адміністративних територій (табл. 2).

Таблиця 1

Рейтингові рівні середньорічних показників захворюваності дорослого сільського населення Рівненської області на розлади психіки та поведінки (на 100 тис. відповідного населення)

Адміністративний район	Рейтингові рангові позиції		Середньорічні показники захворюваності дорослого сільського населення на розлади психіки та поведінки
	рейтинг	ранг	
Костопільський	1	1	6,7±1,7
Демидівський	2		5,5±1,5
Сарненський	3	2	4,9±1,3
Зарічненський	4		4,6±1,2
Здолбунівський	5		4,6±1,2
Острозький	6		4,6±1,2
Гошанський	7		4,5±1,0
Радивилівський	8	3	4,3±1,1
Млинівський	9		4,1±0,9
Корецький	10	4	3,5±1,1
Рівненський	11		2,9±0,9
Березнівський	12	5	2,4±0,7
Володимирецький	13		2,3±0,7
Дубенський	14	6	1,9±0,5
Дубровицький	15		1,6±0,2
Рокитнівський	16		1,3±0,2

З аналізу отриманих результатів виявлено, що різниця в адміністративно-територіальному аспекті середньорічних рівнів поширеності розладів психіки та поведінки серед дорослого населення становила 1,8 разу ( $p \leq 0,05$ ): від 47,7 у Здолбунівському до 27,2 у Володимирецькому районі. При цьому вказані показники були менш диференційованими за показники захворюваності і тому розділені на три ранги при розподілі показників захворюваності на шість рангів.

Далі вивчено деякі соціальні детермінанти, які впливають на рівень захворюваності сільського дорослого населення на розлади психіки та поведінки. У таблиці 3 наведено отримані результати щодо рангової структури, кореляції її величини та сили соціальних детермінант розвитку порушень психіки та поведінки в сільського дорослого населення.

Соціальні детермінанти по-різному можуть виступати факторами ризику розвитку розладів психіки та поведінки. За даними таблиці 3, прямиї сильний кореляційний зв'язок встановлено між показником первинних психічних розладів у сільського дорослого населення

і такими соціальними детермінантами, як самотність, недостатність фінансів на найважливіші потреби родини (бідність), несприятливий психологічний клімат у сім'ї (конфліктна сім'я), повна сім'я з проблемними дітьми. Прямий кореляційний зв'язок середньої сили встановлено між показником первинних психічних розладів у сільського дорослого населення і такими соціальними детермінантами, як алкоголізм, несприятливі умови проживання (до 5 кв. м житлової площі на члена сім'ї без зручностей), мати-одиначка з малолітньою дитиною, несприятливий режим нічного сну: пізній початок (пізніше 24 години) та ранній підйом (раніше 5 годин), а прямиї кореляційний зв'язок слабкої сили – з наступними соціальними детермінантами: наявність у сім'ї осіб, які потребують постійного догляду при відсутності відповідних житлових і побутових умов та робота приватним підприємцем.

Дані про рейтингову структуру і кореляцію деяких медичних детермінант розвитку порушень психіки та поведінки в сільського дорослого населення наведено в таблиці 4.

Таблиця 2

Рейтингові рівні середньорічних показників поширеності розладів психіки та поведінки серед дорослого сільського населення Рівненської області (на 100 тис. відповідного населення)

Адміністративний район	Рейтингові рангові позиції		Середньорічні показники захворюваності дорослого сільського населення на розлади психіки та поведінки
	рейтинг	ранг	
Здолбунівський	1	1	47,7±2,5
Радивилівський	2		47,1±2,1
Сарненський	3		46,3±2,2
Демидівський	4		45,2±2,3
Костопільський	5		44,4±2,1
Зарічненський	6		43,0±1,9
Корецький	7		43,0±1,7
Острозький	8		42,9±1,5
Гощанський	9		42,0±1,7
Рівненський	10	2	39,7±1,6
Дубенський	11		39,1±1,5
Млинівський	12		37,4±1,4
Рокитнівський	13		33,7±1,2
Березнівський	14		31,6±1,2
Дубровицький	15	3	29,2±0,9
Володимирецький	16		27,2±0,7

Таблиця 3

Рейтингова структура і кореляція деяких соціальних детермінант розвитку порушень психіки та поведінки в сільському дорослому населенні

Соціальні детермінанти	Рейтинг	Коефіцієнт кореляції	Направленість зв'язку та його сила
Самотність	1	+0,74	Прямий сильний зв'язок
Недостатність фінансів на найважливіші потреби родини	2	+0,71	Прямий сильний зв'язок
Несприятливий психологічний клімат в сім'ї. Конфліктна сім'я	3	+0,64	Прямий сильний зв'язок
Повна сім'я з проблемними дітьми	4	+0,62	Прямий сильний зв'язок
Алкоголізмом	5	+0,53	Прямий середньої сили зв'язок
Несприятливі умови проживання: до 5 кв. м на члена сім'ї без зручностей	6	+0,48	Прямий середньої сили зв'язок
Мати одначка з малолітньою дитиною	7	+0,43	Прямий середньої сили зв'язок
Несприятливий режим нічного сну: пізній початок (пізніше 24 години) та ранній підйом (раніше 5 години)	8	+0,32	Прямий середньої сили зв'язок
Наявність у сім'ї осіб, які потребують постійного догляду при відсутності відповідних житлових та побутових умов	9	+0,28	Прямий слабкий зв'язок
Робота приватним підприємцем	10	+0,19	Прямий слабкий зв'язок

Таблиця 4

**Рейтингова структура і кореляція деяких медичних детермінант розвитку порушень психіки та поведінки в сільського дорослого населення**

Соціальні детермінанти	Рейтинг	Коефіцієнт кореляції	Направленість зв'язку та його сила
ВІЛ-інфікований	1	+0,73	прямий сильний зв'язок
Постійне нічне безсоння	2	+0,64	прямий сильний зв'язок
Хворий на туберкульоз	3	+0,32	прямий середньої сили зв'язок
Хворий на злоякісне новоутворення	4	+0,21	прямий слабкий зв'язок
Інвалід першої групи – особа працездатного віку	5	+0,17	прямий слабкий зв'язок

За даними таблиці 4, важливими медичними детермінантами, які виступають факторами ризику розвитку порушень психіки та поведінки у сільського дорослого населення (прямий сильний кореляційний зв'язок із показником первинних психічних розладів), є ВІЛ-інфікування та постійне нічне безсоння; менш значущим (прямий кореляційний зв'язок середньої сили) – захворювання на туберкульоз; незначним (прямий слабкий кореляційний зв'язок) – інвалідність першої групи та злоякісні новоутворення.

### Висновки

У ході проведеного дослідження встановлено, що середньорічний рівень захворюваності дорослого сільського населення на розлади психіки та поведінки в роз-

різі адміністративних районів Рівненської області відрізняється в 5,2 разу (1,6–6,7 на 100 тис. відповідного населення), а поширеності – в 1,8 разу (27,2–47,7).

Найбільш важливими соціальними детермінантами, які виступають факторами ризику розвитку порушень психіки та поведінки у сільського дорослого населення (прямий сильний кореляційний зв'язок), є самотність, недостатність фінансів на найважливіші потреби родини (бідність), несприятливий психологічний клімат у сім'ї (конфліктна сім'я), повна сім'я з проблемними дітьми, а медичними – відповідно ВІЛ-інфікування та постійне нічне безсоння.

**Перспективи подальших досліджень** пов'язані з розробкою принципів первинної профілактики депресивних станів у сільського населення.

### Література

1. Абрамов В. А. Первый психотический эпизод и проблемы медико-социальной реабилитации больных / В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, И. И. Кислицкая // Журн. психиатрии и мед. патологии. – 2005. – № 1 (15). – С. 3–9.
2. Загородній С. М. Характеристика саморуйнівної поведінки населення України / С. М. Загородній, В. М. Якимець // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – № 2. – С. 35–39.
3. *Здоровье и системы здравоохранения* : доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2009 г. – Женева : ВОЗ, 2009. – 178 с.
4. Кульчицька Т. К. Особливості стану здоров'я різних груп населення / Т. К. Кульчицька, Н. О. Кульчицька, Г. В. Лізунова // Матеріали Х з'їзду ВУЛТ. – К., 2009. – С. 316–317.
5. *Мировая статистика здравоохранения*, 2009 г. – Женева : ВОЗ, 2009. – С. 100–104.
6. *Населення України. 2009 : демограф. щорічник*. – К. : Держкомстат України, 2010. – 570 с.
7. Нуллер Ю. Л. Структура психических расстройств / Ю. Л. Нуллер. – К., 2008. – 139 с.
8. *Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда* : доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г. – Женева : ВОЗ, 2001. – 167 с.
9. *Психічне здоров'я населення України : інформ.-аналіт. огляд за 1990–2005 рр.* – К., 2006. – 52 с.
10. *Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2009 рік* / за ред. З. М. Митника. – К., 2010. – 447.
11. Юрьев Е. Системы психиатрической помощи: возможные модели управления и реформирования / Е. Юрьев // *Вестн. ассоциации психиатров Украины*. – 2003. – № 1–2. – С. 124–138.

Дата надходження рукопису до редакції: 11.02.2014 р.

## Медико-социальные детерминанты психического здоровья взрослого сельского населения

*Н.С. Защик*

Острожская областная психиатрическая больница,  
г. Острог, Ровенская область, Украина

**Цель** – изучить медико-социальные детерминанты психического здоровья сельского населения.

**Материалы и методы:** статистический (данные отраслевой статистической отчетности за 2008–2012 гг.), социологический (опрошены 1200 сельских жителей Ровенской области).

**Результаты.** Установлено, что среднегодовой уровень заболеваемости взрослого сельского населения расстройствами психики и поведения в разрезе административных районов Ровенской области отличается в 5,2 раза (1,6–6,7 на 100 тыс. соответствующего населения), а распространенности – в 1,8 раза (27,2–47,7).

**Выводы.** Самыми важными социальными детерминантами, которые выступают факторами риска развития нарушений психики и поведения у сельского взрослого населения (прямая сильная корреляционная связь), являются одиночество, недостаточность финансов на самые важные нужды семьи (бедность), неблагоприятный психологический климат в семье (конфликтная семья), полная семья с проблемными детьми, а медицинскими – соответственно ВИЧ-инфицирование и постоянная ночная бессонница.

**Ключевые слова:** сельское население, психическое здоровья, медико-социальные детерминанты.

## Medical and social determinants of mental health of rural adult population

*N.S. Zaschyk*

Ostrog regional psychiatric hospital,  
Ostrog, Rivne region, Ukraine

**Objective** – to examine the health and social determinants of mental health in rural areas.

**Materials and methods.** Statistics (data of industry statistical reporting for 2008–2012), sociology (surveyed 1200 rural residents of Rivne region).

**Results.** During the study found that the average annual incidence of adult rural population in mental and behavioral disorders in the context of the administrative districts of Rivne region differs in 5,2 times (from 1.6 to 6.7 per 100 thousand of the population concerned) and prevalence one by 1.8 times (from 27.2 to 47.7).

**Conclusion.** The most important social determinants that act risk factors for mental and behavioral disorders in rural adult population (direct strong correlation), is loneliness, lack of finance to the most important needs of the family (poverty), adverse psychological climate in the family (family conflict), complete family with problem children, and health care determinants – HIV infection and permanent night insomnia.

**Key words:** rural population, mental health, medical and social determinants.

## Відомості про автора

**Защик Наталія Сергіївна** – лікар-психіатр комунального закладу «Острозька обласна психіатрична лікарня» Рівненської обласної ради; просп. Незалежності, 40а, м. Острог, Рівненська обл., 35800, Україна; служб. тел. +38(03654) 22874; +38(03654) 22146; e-mail: ostrog75@ukr.net.



УДК 314.4:316(477)

Л.А. Чепелевська, О.П. Рудницький, А.А. Крапівіна

## СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ СМЕРТНОСТІ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

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

**Мета** – виявити сучасні особливості і тенденції смертності населення України.

**Матеріали та методи.** Дослідження проведено на підставі даних Державної служби статистики про смертність населення в регіонах України за 2008–2012 рр.

**Результати.** За 2008–2012 рр. смертність населення України зменшилась на 11,0% (з 16,2‰ до 14,5‰), найбільше – серед працездатного населення. Імовірність померти в чоловіків у 3–4 рази вища, ніж у жінок. Незважаючи на зниження рівня смертності, вона в 2–3 рази вища, ніж у розвинутих країнах світу. Спостерігається значна її диференціація по регіонах: найвища – у Донецькій, найнижча – у Київській області. Структура смертності за причинами смерті залишається незмінною протягом останніх десятиріч.

**Висновки.** У сучасній медико-демографічній ситуації спостерігається позитивна динаміка, однак вона не змінює демографічну кризу.

**Ключові слова:** смертність, вік, стать, регіон, Україна.

### Вступ

Сучасну медико-демографічну ситуацію вже не можна вважати кризовою, але вона залишається дуже складною. Це обумовлено високим рівнем смертності, низьким – народжуваності, а також перевищенням смертності над народжуваністю, що призводить до депопуляції і в цілому до зменшення чисельності населення в Україні.

Несприятлива демографічна ситуація в Україні зумовлена значною мірою високим рівнем смертності. Серед розвинутих країн світу смертність, що спостерігається в Україні (15,2‰ в 2010 р.), може бути зіставлена лише з країнами СНД (Білорусь – 14,4‰, Російська Федерація – 14,2‰, Латвія – 13,4‰), Болгарією (14,6‰), Угорщиною (13,0‰), тоді як в інших державах цей показник на рівні 6,5–10‰ [1, 2, 4].

Внесок високої смертності в депопуляцію надзвичайно великий; тому, впливаючи на неї, можна отримати вагомі результати та істотно знизити зростаюче зменшення чисельності населення. Серед причин смерті, які визначають зменшення тривалості життя населення, перше місце посідають ті, що обумовлені умовами життя і поведінковими чинниками ризику. Смертність від них у 50–70% випадків можна запобігти. Другу сходинку займають причини смерті, для ліквідації яких необхідно поліпшити доступність і якість медичної допомоги. У цілому причини смерті, яким можна запобігти, становлять 40%, а в працездатному віці їх частка сягає 70% [3].

**Мета роботи** – виявити сучасні особливості і тенденції смертності населення в Україні.

### Матеріали та методи

Дослідження проведено на підставі даних офіційної статистики, опублікованих Державною службою статистики України про показники смертності населення України за 2008–2012 рр. в регіонах України.

Використано методи демографічної, медичної та математичної статистики.

### Результати дослідження та їх обговорення

Найсерйознішою проблемою в Україні, як і раніше, залишається високий рівень смертності населення. Незважаючи на позитивну динаміку загального коефіцієнта смертності за останні п'ять років, він у 2012 р. був одним із найвищих у Європі. У 2012 р. кількість померлих в Україні становила 663,1 тис. осіб, що було тільки на 1,5 тис. осіб менше, ніж у 2011 р. У міських поселеннях абсолютне число померлих у 2012 р. порівняно з попереднім роком навіть дещо підвищилось (табл. 1). Загалом за п'ятирічний період (2008–2012 рр.) кількість померлих в Україні зменшилася на 91,3 тис. осіб (у містах – на 51,1, у селах – на 40,2 тис. осіб).

Абсолютне число померлих є похідним від чисельності населення тих чи інших вікових груп. Динаміка

Таблиця 1

Число померлих і загальні коефіцієнти смертності в Україні за 2008–2012 рр.

Рік	Число померлих (тис. осіб)				Загальні коефіцієнти смертності (‰)			
	міські поселення і сільська місцевість	міські поселення	сільська місцевість	міські поселення у % до сільської місцевості	міські поселення і сільська місцевість	міські поселення	сільська місцевість	міські поселення у % до сільської місцевості
2008	754,5	462,9	291,6	158,8	16,3	14,7	19,9	73,9
2009	706,7	432,3	274,4	157,5	15,3	13,7	18,9	72,5
2010	698,2	431,1	267,1	161,4	15,2	13,7	18,6	73,7
2011	664,6	411,0	253,6	162,1	14,5	13,1	17,7	74,0
2012	663,1	411,8	251,4	163,8	14,5	13,1	17,7	74,0
2012 у % до 2008	87,9	89,0	86,2	X	89,0	89,1	88,9	X

кількості померлих значною мірою визначається в Україні коливаннями вікової інтенсивності смертності та змінами вікової структури. Розрахунки показують, що у 2008–2012 рр. кількість померлих в Україні від структурних факторів залежала на 55%, а решта (45%) – від зниження інтенсивності смертності внаслідок дії інших чинників, насамперед соціально-економічних. Таким чином, кількість померлих в Україні за останні п'ять років зменшилася здебільшого внаслідок структурних чинників, а найменше – від соціально-економічних.

Рівень смертності в нашій країні має суттєву регіональну диференціацію. Так, у 2012 р. величина загального коефіцієнта смертності коливалася в межах від 9,8‰ у м. Києві до 18,6‰ в Чернігівській області (табл. 2).

Регіони України за відмінностями в рівнях смертності можна об'єднати в три групи. Відносно краща ситуація щодо смертності спостерігається у західних областях. Гірша ситуація – у східних та південних регіонах, а центральні області України за показниками смертності посідають проміжне місце між вищезгаданими групами областей.

Незважаючи на позитивні зрушення у 2008–2012 рр., загальні коефіцієнти смертності по Україні в цілому і по регіонах зокрема утримуються на надто високому рівні і є одними з найвищих в Європі.

Визначальне значення у зменшенні числа смертей за останні роки має скорочення вікових інтенсивностей смертності у більшості вікових груп. Найбільше смертність знизилася серед населення працездатного віку, як у жінок, так і в чоловіків, особливо в осіб, старших 40 років.

Загалом форма вікової кривої смертності схожа на ту, яка існувала наприкінці 1980-х років, – стрімке підвищення смертності.

Імовірність померти в чоловіків усіх вікових груп вища, ніж у жінок, особливо – серед населення працездатного віку. Нині четверта частина всіх смертних випадків припадає на населення працездатного віку, серед чоловічого населення на працездатний вік припадає третина смертей. Так, імовірність померти в чоловіків у 3–4 рази вища, ніж у жінок, у всіх вікових групах 16–60 років.

Як вже зазначалося, у формуванні рівня смертності беруть участь усі вікові групи, у тому числі дитячі вікові контингенти.

Смертність дітей віком до одного року є однією з важливих характеристик не лише роботи системи охорони здоров'я, але й розвитку країни в цілому, а також одним з основних індикаторів досягнення цілей розвитку тисячоліття. В Україні (і за окремими регіонами) рівень смертності немовлят, на відміну від очікуваної тривалості життя, неухильно знижується, починаючи з 2000 р. Але ці досягнення не настільки відчутні, як може видатися на перший погляд. Зафіксований в Україні у 2012 р. рівень смертності дітей віком до одного року (8,5‰) (табл. 3) досі залишається приблизно в 2–3 рази вищим, ніж у багатьох розвинутих країнах. При цьому в Україні частина немовлят, які за критерієм Всесвітньої організації охорони здоров'я вважаються померлими на першому тижні життя, при розрахунку коефіцієнтів смертності немовлят не враховуються. Тому реальний розрив України та інших розвинутих країн за рівнем смертності немовлят іще більший.

Як і всі інші показники, коефіцієнт смертності дітей віком до одного року включає і нівелює зміни у всіх регіонах і, відповідно, для досягнення більш низьких рівнів смертності немовлят в Україні необхідно досягти зниження його рівня у всіх регіонах країни (табл. 4).

Смертність немовлят в Україні має позитивну динаміку: у 2012 р. порівняно з 2008 р. коефіцієнт зни-

Таблиця 2

## Регіональна диференціація смертності в Україні за 2011–2012 рр. (на 1000 населення)

Адміністративно-територіальна одиниця	Усе населення		Міське населення		Сільське населення	
	2012 р.	2011 р.	2012 р.	2011 р.	2012 р.	2011 р.
АР Крим	13,7	14,0	13,8	14,1	13,7	13,9
<i>Область</i>						
Вінницька	15,4	15,5	11,1	11,0	19,7	19,9
Волинська	13,2	13,3	10,6	10,8	16,0	16,1
Дніпропетровська	15,5	15,7	14,9	14,9	18,5	19,2
Донецька	16,1	16,1	15,8	15,8	18,7	18,9
Житомирська	16,3	16,0	13,0	12,8	20,8	20,4
Закарпатська	11,8	11,7	11,3	11,3	12,1	11,9
Запорізька	14,8	15,0	13,7	13,9	18,3	19,0
Івано-Франківська	12,2	12,1	9,6	9,6	14,1	14,0
Київська	15,8	15,6	12,2	11,9	21,6	21,5
Кіровоградська	16,5	16,6	14,8	14,9	19,4	19,3
Луганська	16,0	16,3	15,6	15,9	18,8	19,4
Львівська	12,5	12,3	10,7	10,4	15,2	15,1
Миколаївська	14,7	14,8	13,7	13,7	16,9	17,1
Одеська	14,1	14,1	12,6	12,8	17,0	16,8
Полтавська	16,4	16,4	13,9	13,6	20,5	21,0
Рівненська	12,4	12,3	9,5	9,2	15,0	15,1
Сумська	16,6	16,3	13,9	13,5	22,3	22,0
Тернопільська	13,8	13,7	9,8	9,7	16,9	16,8
Харківська	14,6	14,6	13,5	13,5	18,9	19,0
Херсонська	14,7	14,6	14,5	14,5	15,1	14,7
Хмельницька	15,5	15,2	10,7	10,2	21,3	21,3
Черкаська	16,2	16,3	13,2	12,8	20,2	20,7
Чернівецька	12,5	12,4	10,2	10,2	14,2	14,0
Чернігівська	18,6	18,5	13,7	13,5	27,2	26,9
<i>Місто</i>						
Київ	9,8	9,6	9,8	9,6	X	X
Севастополь	13,7	14,1	13,7	14,2	14,2	12,9
<b>Україна</b>	<b>14,5</b>	<b>14,5</b>	<b>13,1</b>	<b>13,1</b>	<b>17,7</b>	<b>17,7</b>

звився на 15%, у містах – на 15,6%, у сільській місцевості – на 14,7%.

Водночас, зберігається значна регіональна диференціація по цьому показнику. У минулому році розрив між максимальним (Донецька область – 12,7‰) і мінімальним (Київська область – 5,7‰) коефіцієнтами смертності немовлят становив 7,0‰. Найнижчі показ-

ники смертності немовлят зафіксовано в Київській, Полтавській, Івано-Франківській областях, а високі – у Донецькій, Дніпропетровській, Кіровоградській, Черкаській областях.

Зниження смертності немовлят в Україні супроводжується зміною співвідношень її неонатальної та постнеонатальної складових. Так, частка дітей, що

Таблиця 3

Смертність дітей віком до одного року в Україні за 2008–2012 рр.

Рік	Померло дітей у віці до 1 року					
	осіб			на 1000 живонароджених		
	обидві статі	хлопчики	дівчатка	обидві статі	хлопчики	дівчатка
<i>Міські поселення та сільська місцевість</i>						
2008	5049	2892	2157	10	11,1	8,8
2009	4801	2724	2077	9,4	10,3	8,4
2010	4564	2647	1917	9,1	10,3	7,9
2011	4512	2603	1908	9,0	10,1	7,9
2012	4371	2522	1849	8,5	9,5	7,4
<i>Міські поселення</i>						
2008	3220	1837	1383	9,6	10,5	8,5
2009	3050	1746	1304	9	9,9	8
2010	2792	1642	1150	8,5	9,7	7,2
2011	2811	1652	1159	8,6	9,7	7,3
2012	2724	1601	1123	8,1	9,2	6,9
<i>Сільська місцевість</i>						
2008	1829	1055	774	10,9	12,2	9,5
2009	1751	978	773	10,1	11	9,2
2010	1772	1005	767	10,3	11,4	9,2
2011	1700	951	749	9,8	10,7	8,9
2012	1647	921	726	9,3	10,1	8,5

померли на першому місяці життя, зросла з 55% у 2001 р. до 65,0% у 2012 р., а на першому тижні – з 38,0% до 48,0% відповідно.

Загальне зниження смертності немовлят в Україні віддзеркалює її зменшення практично від усіх основних причин. Виняток становлять нещасні випадки, травми та отруєння, тобто ті причини смерті, яким можна запобігти за умов належного догляду. Однак тільки за період 2008–2012 рр. рівень смертності саме від цих причин зріс майже на 15%. Найбільший внесок у формування цієї вкрай негативної статистики робить зростання смертності від випадкового механічного задушення, яке обумовлює нині майже 60% всіх смертей від нещасних випадків, травм та отруєнь. Майже 70% усіх смертей немовлят обумовлюють стани, що виникли у перинатальному періоді, та природжені вади розвитку.

Незважаючи на певні позитивні зрушення, структура смертності немовлят за причинами смерті істотно відрізняється від такої в західних країнах. Головним чинником розбіжностей є, безумовно, смертність від зовнішніх дій – саме вони в декілька разів частіше в Україні є причиною смерті немовлят. Значною є

також різниця в смертності від інфекційних та паразитарних хвороб.

Вигідно вирізняється на фоні змін вікового профілю вимирання населення смертність дитячого вікового контингенту старше одного року. Смертність дітей має позитивну динаміку впродовж не одного десятиріччя. Ризик смерті дітей є найменшим, він різко знижується після досягнення дитиною однорічного віку і зменшується аж до 10–11 років. За останні п'ять років смертність серед дітей скоротилася на понад 11%.

У структурі смертності дитячого контингенту провідна роль належить екзогенним причинам (зовнішнім причинам, інфекційним і паразитарним хворобам). Потрібно зауважити, що рівень смертності в цьому віковому інтервалі має особливості в розрізі статі (показник смертності хлопчиків перевищує аналогічний у дівчаток на третину) та залежно від типу поселення (у сільській місцевості вищий у 1,3 разу).

Позитивною динамікою у 2008–2012 рр. відзначалася смертність населення працездатного та післяпрацездатного віку, як у містах, так і в сільській місцевості. Зниження рівня смертності населення цих вікових

Таблиця 4

Регіональна диференціація смертності дітей у віці до одного року в Україні за 2012 р.

Адміністративно-територіальна одиниця	На 1000 народжених померло дітей до 1 року		
	все населення	міське населення	сільське населення
АР Крим	8,9	9,1	8,7
<i>Область</i>			
Вінницька	9,1	7,8	10,5
Волинська	7,0	5,6	8,3
Дніпропетровська	10,0	9,6	12,1
Донецька	12,7	12,7	12,5
Житомирська	8,0	7,8	8,4
Закарпатська	8,9	8,7	9,0
Запорізька	8,3	7,4	10,9
Івано-Франківська	6,5	5,9	6,9
Київська	5,7	4,7	7,4
Кіровоградська	9,5	9,3	9,8
Луганська	7,6	7,2	10,5
Львівська	7,9	7,4	8,6
Миколаївська	7,2	5,4	10,0
Одеська	8,9	7,4	11,0
Полтавська	5,9	4,5	7,7
Рівненська	8,1	7,0	8,9
Сумська	7,0	5,9	9,5
Тернопільська	8,0	8,4	7,7
Харківська	7,6	6,5	11,6
Херсонська	8,0	7,4	8,9
Хмельницька	9,0	9,4	8,6
Черкаська	9,6	7,0	13,1
Чернівецька	8,0	7,0	8,5
Чернігівська	9,1	8,7	9,9
<i>Місто</i>			
Київ	7,9	7,9	–
Севастополь	5,2	5,2	–
<b>Україна</b>	<b>8,5</b>	<b>8,1</b>	<b>9,3</b>

контингентів характерне і для чоловіків, і для жінок практично у всіх регіонах країни.

Через затяжну кризу смертності населення в Україні спостерігається специфічна «консервативна» структура причин смерті, в якій високий рівень смертності від ендогенних причин (хвороб системи кровообігу та новоутворень) поєднується з не менш

значущим рівнем смертності від екзогенних патологій (хвороб органів дихання, травлення, інфекційних та паразитарних хвороб, зовнішніх причин). На жаль, ця архаїчна структура причин смерті є для України нормою.

Структура смертності за причинами смерті в цілому залишається незмінною протягом останніх років.

У 2012 р. перше місце за кількістю смертних випадків посіли серцево-судинні захворювання (65,8%). За ними у відповідній послідовності – новоутворення (14,0%), зовнішні причини смерті (6,2%), хвороби органів травлення (4,2%), хвороби органів дихання (2,6%), інфекційні та паразитарні хвороби (2,4%).

У структурі причин смерті провідне місце посіли хвороби системи кровообігу. Надсмертність від серцево-судинних захворювань стала досить серйозною проблемою. Поряд з одним із найвищих у Європі рівнів і несприятливою динамікою особливе занепокоєння викликає структура цієї причини смерті, а саме надлишкова порівняно з розвинутими країнами частка смертей від ішемічної хвороби серця. Українська особливість полягає в тому, що надто багато людей вмирає від цього класу хвороб у молодому віці, причому це притаманно чоловікам.

Наступний за значущістю клас причин смерті – це новоутворення. Ситуація зі смертністю від онкологічних захворювань теж неблагополучна. Просто на даному етапі Україна певною мірою «захищена» від цієї недуги ранньою смертністю від інших причин смерті – від хвороб системи кровообігу та зовнішніх причин смерті. В умовах надсмертності від ішемічної хвороби серця частина потенційних жертв новоутворень помирає від серцево-судинної патології, таким чином знижуючи онкологічну смертність. Водночас, за наявності хоча б мінімального контролю над хворобами системи кровообігу кількість померлих від онкологічних захворювань могла б зростати.

Висока смертність від зовнішніх причин смерті – одна з головних складових кризи смертності в Україні. Втрати, яких зазнає Україна від причин смерті цього класу, не менші, а у віці до 70 років – набагато вагоміші, ніж втрати від онкологічних захворювань (а у чоловіків у віці до 45 років вони навіть більші, ніж від серцево-судинних захворювань). Однак загроза здоров'ю та життєздатності населення країни з боку зовнішніх причин смерті за останні п'ять років істотно знизилась. Так, рівень смертності від зовнішніх причин у 2012 р. порівняно з 2008 р. скоротився на 32,2%. Подальші позитивні зміни в динаміці зовнішніх причин смерті

залежать від поліпшення соціально-економічної ситуації в державі.

## Висновки

1. За п'ятирічний період – 2008–2012 рр. кількість померлих в Україні зменшилась на 91,3 тис. осіб (у містах – на 51,1, у селах – на 40,2 тис. осіб). Загальний коефіцієнт смертності знизився на 11,0% – з 16,3‰ до 14,5‰.
2. Найбільше смертність знизилась серед населення працездатного віку, як у жінок, так і в чоловіків, особливо серед осіб, старших 40 років. Імовірність померти у чоловіків усіх вікових груп вища, ніж у жінок, у 3–4 рази.
3. Незважаючи на зниження смертності немовлят на 15,0%, вона залишилася (8,5‰) приблизно в 2–3 рази вищою, ніж у багатьох країнах. Водночас, виявлено значну регіональну диференціацію по цьому показнику. У 2012 р. розрив між максимальним (Донецька область – 12,7‰) і мінімальним (Київська область – 5,7‰) коефіцієнтами смертності немовлят становив 7,0‰. Найнижчі показники смертності немовлят зафіксовано в Київській, Полтавській, Івано-Франківській областях, а високі – у Донецькій, Дніпропетровській, Кіровоградській та Черкаській областях.
4. Структура смертності за причинами смерті останніми роками в цілому не змінилася. У 2012 р. на першому місці за кількістю смертних випадків були серцево-судинні захворювання (65,8%). За ними у відповідній послідовності – новоутворення (14,0%), зовнішні причини смерті (6,2%), хвороби органів травлення (4,2%), хвороби органів дихання (2,6%), інфекційні та паразитарні хвороби (2,4%).

**Перспективи подальших досліджень** полягають у продовженні спостереження за змінами та тенденціями показників смертності, щоб своєчасно реагувати на них і застосовувати відповідні управлінські рішення, спрямовані на поліпшення здоров'я населення України.

## Література

1. Комаров Ю. М. Высокая смертность как ведущая причина депопуляции / Ю. М. Комаров // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2007. – № 5. – С. 4–7.
2. Населення України. 2011. Демографічний щорічник. – К. : Держ. служба статистики України, 2012. – 442 с.
3. Стратегия профилактики и контроля неинфекционных заболеваний и травматизма в Российской Федерации (проект), Москва, 2008 г. // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2008. – № 4. – С. 9–19.
4. Стратегія розвитку профілактики в охороні здоров'я в охороні здоров'я в Україні / А. М. Сердюк, Ю. І. Кундієв, А. М. Нагорна, В. П. Широбоков // Наук. журнал Президії НАМН України. – 2012. – Т. 18, № 3. – С. 358–371.

Дата надходження рукопису до редакції: 01.11.2013 р.

## Современные тенденции смертности населения Украины

*Л.А. Чепелевская, Е.П. Рудницкий, А.А. Крапивина*  
ГУ «Украинский институт стратегических исследований МЗ Украины», г. Киев, Украина

**Цель** – выявить современные особенности и тенденции смертности населения Украины.

**Материалы и методы.** Исследование проведено на основании данных Государственной службы статистики смертности населения в регионах Украины за 2008–2012 гг.

**Результаты.** За 2008–2012 гг. смертность населения Украины уменьшилась на 11,0% – с 16,2‰ до 14,5‰. Больше всего это касается трудоспособного населения. Вероятность умереть у мужчин в 3–4 раза выше, чем у женщин. Несмотря на снижение смертности, она в 2–3 раза выше, чем в развитых странах мира. Наблюдается значительная дифференциация ее по регионам: самая высокая – в Донецкой, самая низкая – в Киевской области. Структура смертности по причинам смерти остается неизменной на протяжении последних десятилетий.

**Выводы.** В современной медико-демографической ситуации наблюдается позитивная динамика, однако, она не изменяет ее кризисную проблему.

**Ключевые слова:** смертность, возраст, пол, регион, Украина.

## Modern trends of mortality of the Ukrainian population

*L.A. Chepelevska, O.P. Rudnytsky, A.A. Krapivina*  
SI «Ukrainian Institute of Strategic Researches Ministry of Health of Ukraine», Kyiv, Ukraine

**Purpose** – to reveal modern features and tendencies of mortality of the Ukrainian population.

**Materials and methods.** The study is carried out on the data of the State Statistics Service of populations' mortality in the regions of Ukraine for 2008–2012.

**Results.** For 2008–2012 mortality of Ukrainian population has decreased for 11,0% (from 16,2 ‰ up to 14,5 ‰), most of all – among able-bodied population. The probability to die at men in 3–4 times is higher than at women. Despite of mortality decline, it in 2–3 times is higher than in developed countries of the world. There is considerable differentiation on regions: the highest – in Donetsk, the lowest – in the Kyiv region. The structure of mortality by cause of death remains constant during last decades.

**Conclusions.** In modern medical and demographic situation positive dynamics has been observed, but it does not change the demographic crisis.

**Key words:** mortality, age, gender, region, 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.

**Рудницький Омелян Павлович** – ст. наук. співробітник 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.

**Крапивіна Антоніна Анатоліївна** – аспірант 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.

О.Ю. Качур

# РІВЕНЬ ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ-СПЕЦІАЛІСТІВ ПОЛІКЛІНІК ДРУГОГО РІВНЯ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДО ВИКОРИСТАННЯ ПРОМЕНЕВИХ МЕТОДІВ ДІАГНОСТИКИ

Міністерство охорони здоров'я України, м. Київ, Україна

*Мета* – вивчити рівень теоретичної та практичної підготовки лікарів-спеціалістів, які працюють у поліклініках другого рівня надання медичної допомоги, щодо використання променевих методів діагностики.

*Матеріали та методи.* Опитано 400 лікарів-спеціалістів. Використано такі методи: бібліосемантичний, структурно-логічного аналізу, соціологічного дослідження та системного підходу.

*Результати.* Встановлено недостатній рівень самооцінки опитаними лікарями своєї теоретичної та практичної підготовки до використання променевих методів діагностики у практичній діяльності. Виявлено низький рівень можливості отримання респондентами консультацій у лікарів-спеціалістів із променевої діагностики.

*Висновки.* Отримані в ході дослідження результати є основою проведення подальших досліджень і розробки комплексної моделі підвищення ефективності використання променевих методів діагностики при наданні амбулаторно-поліклінічної спеціалізованої медичної допомоги населенню.

*Ключові слова:* лікарі-спеціалісти, поліклініка, променева діагностика, використання.

## Вступ

У сучасних умовах клінічної медицини підвищується значення променевих методів діагностики [3, 4], які постійно удосконалюються [2]. Ефективне використання в практичній діяльності променевих методів діагностики захворювань дає змогу підвищити якість лікувально-діагностичного процесу [1, 5].

**Мета роботи** – вивчити рівень теоретичної та практичної підготовки лікарів-спеціалістів, які працюють у поліклініках другого рівня надання медичної допомоги, з використання променевих методів діагностики.

## Матеріали та методи

За спеціально розробленою анкетною опитано 400 лікарів-спеціалістів, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу населенню в закладах охорони здоров'я другого рівня медичної допомоги. Респонденти

поділені на дві групи: 319 лікарів, які надають медичну допомогу дорослому населенню, і 81 лікар, який надає медичну допомогу дітям. Активність респондентів під час дослідження становила 88,9%.

Отримані результати опрацьовано загальноприйнятими методами за допомогою пакету статистичного аналізу «Statistica 6.0», «Microsoft Excel».

Використано такі сучасні методи дослідження: бібліосемантичний, структурно-логічного аналізу, соціологічного дослідження та системного підходу.

## Результати дослідження та їх обговорення

На першому етапі дослідження вивчено рівень самооцінки теоретичної підготовки лікарями-спеціалістами, які працюють у поліклініках другого рівня надання медичної допомоги, з показань до призначення променевих методів діагностики та інтерпретації результатів обстеження. Отримані результати наведено в таблиці 1.



Таблиця 1

Самооцінка лікарями-спеціалістами, які працюють у поліклініках другого рівня надання медичної допомоги, своїх теоретичних знань із питань променевої діагностики (%)

Вид дослідження	Лікарі, які надають допомогу дорослому населенню			Лікарі, які надають допомогу дитячому населенню		
	рівень знань					
	достатній	недостатній	мінімальний	достатній	недостатній	мінімальний
<i>Показання для використання</i>						
УЗД	81,6	15,0	3,4	81,5	14,8	3,7
КТ	68,8	22,2	9,0	61,8	29,6	8,6
МРТ	69,6	22,9	7,5	61,8	29,6	8,6
Рентгенографія	93,2	5,9	0,9	93,8	3,7	2,5
Рентгеноскопія	94,1	5,3	0,6	95,1	4,9	-
<i>Інтерпретація результатів дослідження</i>						
УЗД	60,8	29,5	9,7	63,0	28,4	8,6
КТ	38,6	38,2	23,2	9,9	62,9	27,2
МРТ	31,7	42,9	25,4	11,4	57,8	30,8
Рентгенографія	85,6	12,8	1,6	84,0	11,1	4,9
Рентгеноскопія	86,2	12,2	1,6	82,7	13,6	3,7

За даними таблиці 1, лікарі-спеціалісти поліклінік другого рівня надання медичної допомоги (ті, які надають медичну допомогу дорослому, і ті, які надають медичну допомогу дітям) мають достатню теоретичну підготовку з питань показань для призначення та інтерпретації результатів класичних променевих методів дослідження (рентгенографія, рентгеноскопія та ультразвукове дослідження – УЗД) і недостатню – із сучасних методів променевої діагностики (комп'ютерна томографія – КТ, магнітно-резонансна томографія – МРТ).

Далі вивчено питання самооцінки респондентами рівня практичної підготовки до інтерпретації результатів променевих методів дослідження (табл. 2).

Отримані та наведені в таблиці 2 результати соціологічного дослідження вказують на те, що лікарі-спеціалісти, які працюють у поліклініках другого рівня надання медичної допомоги, низько оцінюють свої практичні навички з інтерпретації результатів променевої діагностики з достовірною різницею в самооцінці тих, які надають медичну допомогу дорослому, і тих, які надають медичну допомогу дитячому населенню, на користь перших. У цілому достатній рівень самооцінки практичних навичок з інтерпретації результатів класичних методів променевої діагностики (рентгенографія, рентгеноскопія та УЗД), а недостатній – із сучасних методів променевої діагностики (КТ і МРТ).

Також вивчено можливість отримати лікарями-спеціалістами, які працюють у поліклініках другого рівня надання медичної допомоги, консультацію в лікарів із променевих методів діагностики з питань призначення променевих методів дослідження та інтерпретації результатів (табл. 3).

Отримані в ході соціологічного дослідження дані (табл. 3) вказують на те, що лікарі-спеціалісти, які працюють у поліклініках другого рівня надання медичної допомоги, мають змогу отримати консультації в лікарів-рентгенологів з інтерпретації результатів рентгенографічного та рентгеноскопичного методів дослідження і меншою мірою – консультації в лікарів з УЗД; не мають можливості отримати консультації щодо інтерпретації результатів КТ і МРТ усі опитані лікарі-спеціалісти. Низький рівень теоретичних знань і практичних навичок з інтерпретації результатів вказаних видів дослідження свідчить про недостатній рівень та якість практичного застосування вказаних сучасних видів дослідження на другому рівні надання амбулаторно-поліклінічної допомоги.

Нами встановлено джерела отримання сучасної інформації щодо променевих методів діагностики (рис.). Основними джерелами отримання інформації, на думку лікарів-спеціалістів, є: курси спеціалізації – 31,8%; передатестаційні курси підвищення кваліфікації – 42,3%; монографії – 7,3%; періодичні фахові видання – 14,75%; наукові семінари – 8,5%; інші джерела – 6,5%.

Таблиця 2

Самооцінка лікарями-спеціалістами, які працюють у поліклініках другого рівня надання медичної допомоги, своїх практичних навичок з інтерпретації результатів променевої діагностики (%)

Вид дослідження	Лікарі, які надають допомогу дорослому населенню			Лікарі, які надають допомогу дитячому населенню		
	рівень знань					
	достатній	недостатній	мінімальний	достатній	недостатній	мінімальний
УЗД	56,7	31,7	11,6	51,9	35,8	12,3
КТ	25,1	49,5	25,4	0,4	63,8	35,8
МРТ	24,2	49,8	26,0	2,9	63,8	33,3
Рентгенографія	83,4	14,1	2,5	72,9	18,5	8,6
Рентгеноскопія	84,0	13,5	2,5	72,6	18,8	8,6

Таблиця 3

Рівень можливості отримання лікарями-спеціалістами, які працюють у поліклініках другого рівня надання медичної допомоги, консультацій лікарів-спеціалістів із променевої діагностики (%)

Вид дослідження	Лікарі, які надають допомогу дорослому населенню			Лікарі, які надають допомогу дитячому населенню		
	рівень знань					
	вільно консультується	має складності	не має можливості	вільно консультується	має складності	не має можливості
УЗД	29,5	41,7	28,8	48,1	39,5	12,4
КТ	-	8,5	91,5	-	6,2	93,8
МРТ	-	8,5	91,5	-	6,2	93,8
Рентгенографія	67,1	25,4	7,5	76,5	16,0	7,5
Рентгеноскопія	67,1	25,4	7,5	76,5	16,0	7,5

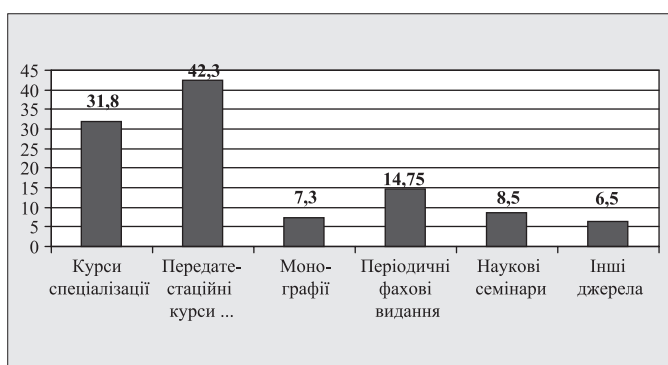


Рис. Джерела отримання сучасної інформації щодо променевих методів діагностики (%)

Отримані в ході дослідження дані вказують на відсутність ефективної системи забезпечення лікарів-спеціалістів, які працюють у поліклініках другого рівня надання медичної допомоги, професійними навичками використання променевих методів діагностики.

## Висновки

Встановлено недостатній рівень самооцінки лікарями-спеціалістами, які працюють у поліклініках другого рівня надання медичної допомоги, своєї теоретичної та практичної підготовки до використання променевих методів діагностики у практичній

діяльності, а також можливості отримання ними консультацій лікарів-спеціалістів із променевої діагностики.

Отримані в ході дослідження результати стали основою для проведення подальших досліджень і розробки комплексної моделі підвищення ефективності використання променевих методів діагностики при

наданні амбулаторно-поліклінічної спеціалізованої медичної допомоги населенню.

**Перспективи подальших досліджень** пов'язані з вивченням використання променевих методів дослідження у закладах охорони здоров'я другого рівня надання медичної допомоги відповідно до медичних стандартів.

## Література

1. *Котляров П. М.* Мультиспиральная компьютерная томография грудной клетки с болюсным контрастированием – новые возможности диагностики заболеваний легких / П. М. Котляров, Н. Л. Шимановский // Вестник рентгенологии и радиологии. – 2013. – № 2. – С. 8–15.
2. *Максимова М. Ю.* Методы визуализации пенумбры при ишемическом инсульте / М. Ю. Максимова, Д. З. Коробкова, М. В. Кротенкова // Вестник рентгенологии и радиологии. – 2013. – № 6. – С. 57–66.
3. *Методы лучевой диагностики в оценке состава тела человека* / Е. А. Касаткина, В. К. Лядов, Е. А. Мершина, В. Е. Синицын // Вестник рентгенологии и радиологии. – 2013. – № 2. – С. 59–65.
4. *Ревизонская А. В.* Проблемы и возможности магнитно-резонансной томографии в диагностике рака предстательной железы / А. В. Ревизонская, Т. В. Ридэн // Вестник рентгенологии и радиологии. – 2013. – № 5. – С. 50–52.
5. *Сравнительная характеристика возможностей методов визуализации (магнитно-резонансная томография и 3D-ультразвуковое исследование) при количественной оценке объема атеросклеротической бляшки* / М. В. Кошурникова, Е. Ю. Стразденъ, Д. В. Устюжанин [и др.] // Вестник рентгенологии и радиологии. – 2013. – № 3. – С. 4–9.

*Дата надходження рукопису до редакції: 11.02.2014 р.*

**Уровень теоретической и практической подготовки врачей-специалистов второго уровня оказания медицинской помощи к использованию лучевых методов диагностики**

*А.Ю. Качур*

Министерство здравоохранения Украины,  
г. Киев, Украина

**Цель** – изучить уровень теоретической и практической подготовки врачей-специалистов, работающих в поликлиниках второго уровня оказания медицинской помощи, по использованию лучевых методов диагностики.

**Материалы и методы.** Опрошены 400 врачей-специалистов. Используются следующие методы: библиосемантический, социологического исследования, структурно-логического анализа и системного подхода.

**Результаты.** Установлен недостаточный уровень самооценки опрошенными врачами своей теоретической и практической подготовки по использованию лучевых методов диагностики в практической деятельности. Выявлена низкая возможность получения респондентами консультаций у врачей-специалистов по лучевой диагностике.

**Выводы.** Полученные в ходе исследования результаты являются основой проведения дальнейших исследований и разработки комплексной модели повышения эффективности применения лучевых методов исследования при оказании амбулаторно-поликлинической специализированной медицинской помощи населению.

**Ключевые слова:** врачи-специалисты, поликлиника, лучевая диагностика, использование.

**Level of theoretic knowledge and practical training of doctors- specialists applying radial methods of diagnostics at the second level of medical aid**

*O.Yu. Kachur*

Ministry of Health of Ukraine,  
Kyiv, Ukraine

**Purpose** – to study the level of theoretic knowledge and practical training of doctors-specialists applying radial methods of diagnostics at the second level of medical aid.

**Materials and methods:** bibliosemantic, structural-and-logical analysis and systematic approach. 400 doctors-specialists were questioned according to the method of sociologic research.

**Results.** In the course of research insufficient level of self-estimation by doctors-specialists in polyclinics of secondary level of medical aid as for their theoretical and practical training to applying radial methods of diagnostics and providing consultant aid of doctors specialists in radial diagnostics.

**Conclusions.** Results obtained in the course of research composed the base for further research and working out complex model for increasing the effectiveness of radial methods of diagnostics at giving specialized polyclinic aid to population.

**Key words:** doctors-specialists, polyclinic, radial diagnostics, use.

**Відомості про автора**

**Качур Олександр Юрійович** – к.мед.н., перший заступник міністра, Міністерство охорони здоров'я України; вул. Грушевського, 7, м. Київ, 01021, Україна.

Ю.Б. Яценко

## ПРІОРИТЕТНІ ПІДХОДИ ДО ПРОФІЛАКТИКИ ХРОНІЧНИХ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

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

***Мета** – висвітлити пріоритетні напрямки боротьби з неінфекційними захворюваннями.*

***Методи:** інформаційно-аналітичний, порівняльний та систематичний аналіз.*

***Результати.** Вирішення проблеми хронічних неінфекційних захворювань, які викликаються не лише біомедичними, але й поведінковими, середовищними, соціальними та економічними чинниками, потребує передусім зміни парадигм у сфері охорони здоров'я. Дієвим кроком для переходу хворобоцентричної парадигми у сфері охорони здоров'я в напрямку превентивної медицини є впровадження сучасної інформаційно-роз'яснювальної роботи з населенням щодо підвищення медико-санітарної грамотності.*

***Висновки.** Профілактичний напрям боротьби з неінфекційними хворобами має базуватися на комунікаційній кампанії до якої слід залучити громадські організації та немедичні установи, організації масових скринінгових програм у цільових групах населення, формуванні звички до здорового способу життя і переорієнтації охорони здоров'я на роботу зі здоровими людьми.*

***Ключові слова:** хронічні неінфекційні захворювання, профілактика, здоровий спосіб життя, інформаційно-роз'яснювальна робота.*

### Вступ

Актуальною проблемою світового рівня у XXI ст. є значна поширеність хронічних неінфекційних захворювань, серед яких найбільшу питому вагу займають хвороби системи кровообігу, злякисні новоутворення, хронічні обструктивні хвороби легень, цукровий діабет. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, серед 36 млн людей, які щорічно помирають від хронічних неінфекційних захворювань, 14 млн становлять особи віком до 70 років. Тому ці випадки смертей розглядаються як передчасні і значною мірою як такі, що можна попередити [1].

На сьогодні в Україні залишаються невирішеними питання системи громадського здоров'я, не створюються умови для забезпечення здорового способу життя широких верств населення. У суспільстві зберігається споживацьке ставлення до власного здоров'я, не формуються відповідальність і мотивація щодо його збереження та зміцнення, особливо серед дітей та молоді. Це негативно впливає на перебіг виконання поставлених завдань реформування системи охорони здоров'я [4].

**Мета роботи** – висвітлити пріоритетні напрями боротьби з неінфекційними захворюваннями.

**Методи:** інформаційно-аналітичний, порівняльний та систематичний аналіз.

### Результати дослідження та їх обговорення

Вирішення проблеми хронічних неінфекційних захворювань, які викликаються не лише біомедичними, але й поведінковими, середовищними, соціальними та економічними чинниками, потребує передусім зміни парадигм у сфері охорони здоров'я. На сьогодні сучасна стратегія охорони здоров'я фокусується на створенні нових лікарських форм і засобів, розробці високотехнологічних медичних технологій, спрямованих на боротьбу із хворобами на різних стадіях їх розвитку.

Альтернативою поширеної на сьогодні хворобоцентричної парадигми у сфері охорони здоров'я є стратегія, спрямована на попередження захворювань, мінімізацію чинників ризику їх розвитку, зміцнення здоров'я та благополуччя населення.

Чинними наказами Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України регламентовано, що профілактичний напрям у сфері охорони здоров'я забезпечують мережі центрів здоров'я та первинної ланки надання медичної допомоги [2, 3].

Згідно з наказом МОЗ України від 23.02.2012 р. № 131 «Примірне положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги», предметом діяльності центрів первинної медичної допомоги є:

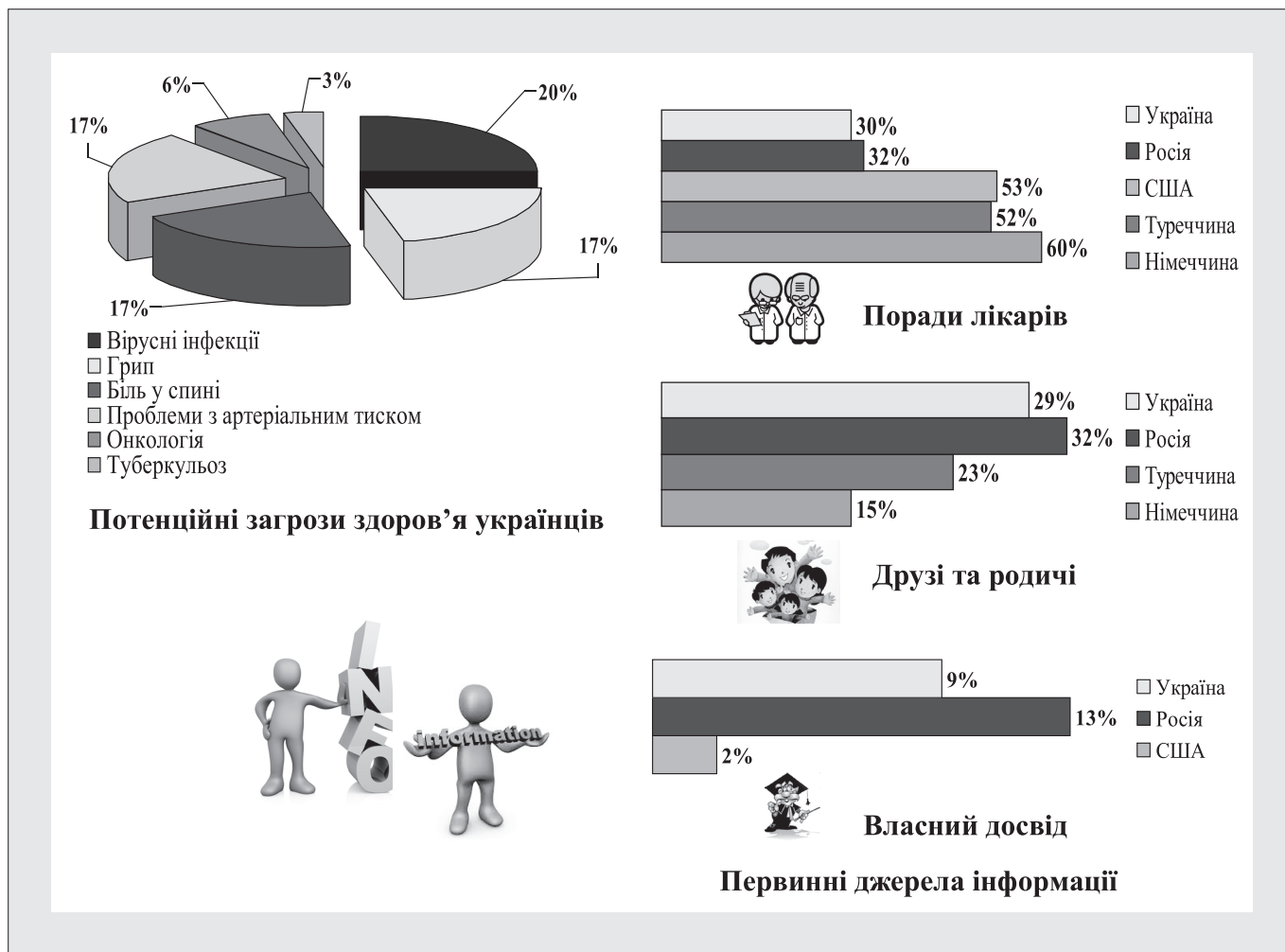


Рис. 1. Інформованість населення про ризики щодо стану власного здоров'я та основні джерела отримання інформації про здоров'я (за результатами соціологічного опитування компанії Philips в Україні спільно з фондом Ріната Ахметова «Розвиток України», 2013 р.)

- проведення санітарно-просвітницької роботи, навчання населення здоровому способу життя, основам надання самопомоги та взаємодопомоги, раннє виявлення та профілактика неінфекційних та соціально небезпечних захворювань, проведення разом із санітарно-епідеміологічною службою заходів масової та індивідуальної профілактики інфекційних захворювань (п. 2.2.9.–2.2.12),
- взаємодія з дитячими дошкільними закладами, навчальними закладами, соціальними службами, правоохоронними органами, підприємствами, установами та організаціями, засобами масової інформації, громадськими організаціями в інтересах збереження та зміцнення здоров'я населення (п. 2.2.17).

Проте сьогодні у первинній ланці надання медичної допомоги немає відповідних фахівців, зокрема санологічного напрямку діяльності, які б могли професійно виконувати роботу з гігієнічного виховання прикріпленого населення, а лікувальна функція, яку виконують лікарі загальної практики / сімейні лікарі,

не завжди дає їм змогу повноцінно проводити профілактичну роботу за браком часу.

Згідно з наказом МОЗ України від 05.01.1999 р. № 1 (із змінами, внесеними наказом МОЗ України від 08.12.2000 р. № 326) «Про поліпшення діяльності органів і закладів охорони здоров'я з питань формування здорового способу життя, гігієнічного виховання населення», спеціалізованими профілактичними закладами охорони здоров'я, які призначені забезпечувати організаційно-методичну роботу з проблем гігієнічного виховання та оздоровлення населення немедикаментозними засобами, є центри здоров'я (республіканський, обласний, міський, районний). Метою діяльності центрів здоров'я є підвищення рівня гігієнічної культури населення, залучення його широких верств до процесу зміцнення здоров'я шляхом формування здорового способу життя.

Проте на сьогодні ще не налагоджена система професійного інформаційного забезпечення з питань формування здорового способу життя та гігієнічного

виховання населення, координація якої покладена на центри здоров'я. У зв'язку з відсутністю зворотного зв'язку з населенням щодо ставлення до якості інформації з питань профілактики захворювань, а також через відсутність проведення контент-аналізу інформаційних матеріалів із питань охорони здоров'я функція центрів здоров'я з формування у населення мотивації до здорового способу життя за обсягами, якістю та оперативністю характеру належним чином не виконується.

Відсутність ефективної інформаційно-комунікативної складової у сфері охорони здоров'я, спрямованої на створення єдиного науково обґрунтованого інформаційного простору з питань профілактики та запобігання загостренню найпоширеніших хронічних неінфекційних захворювань, призвела до виникнення комунікаційного вакууму з даного питання та до швидкого його заповнення непрофесійною та однобічною інформацією. Це, своєю чергою, несприятливо, а іноді й шкідливо впливає на формування ставлення населення до власного здоров'я, їх мотивації за контролем перебігу захворювань.

Проведене у квітні 2013 р. серед жителів України вікової групи 15–59 років соціологічне опитування показало, що українці в цілому усвідомлюють особисту відповідальність за власне здоров'я, але з низки причин, у тому числі й через відсутність інформації та системи профілактичних обстежень, схильні вдаватися до самолікування і звертатися до лікарів, коли вже мають проблеми зі здоров'ям [6].

Парадоксальною ситуацією результатів опитування виявилось те, що реальною загрозою для власного здоров'я наші співгромадяни вважають вірусні інфекції та грип. Про серцево-судинні захворювання практично не згадав жоден респондент, а про онкологічні захворювання – лише 6% респондентів. Проте в структурі смертності хвороби системи кровообігу посідають перше рангове місце, а новоутворення є другою причиною смертності в Україні. Незважаючи на те, що в Україні вже 10 років триває епідемія туберкульозу, лише 2,79% українців вважають туберкульоз потенційною загрозою власному здоров'ю.

Насторожує, що українці прислуховуються до порад лікаря так само однаково, як і до думки своїх близьких про здоров'я (відповідно – 30% і 29%). Подібна ситуація спостерігається і в Росії. Водночас, у Туреччині передусім дослухаються до думки лікарів (52%), і тільки 23% запитують поради у друзів. У Німеччині цей розрив ще більший – 60% проти 15%. Це свідчить про недосконалість інформаційно-роз'яснювальної роботи серед населення, непрофесійність джерел первинної інформації про здоров'я та лікування.

Проведений ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» контент-аналіз матеріалів з охорони здоров'я (373 популярні видання та

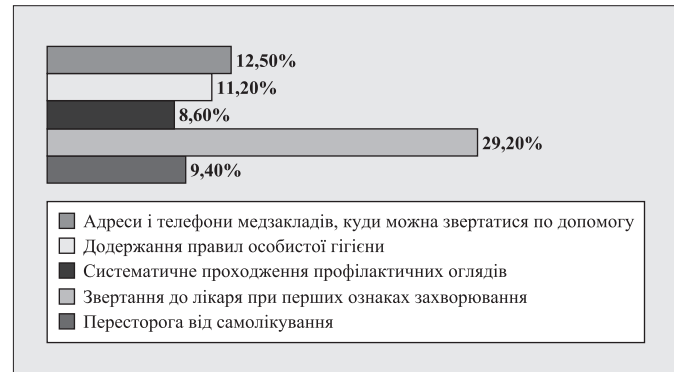


Рис. 2. Характеристика інформаційних рекомендацій, висвітлених у популярних виданнях для населення з охорони здоров'я

285 публікацій для населення з охорони здоров'я) свідчить про недостатнє приділення уваги в популярних виданнях окремим рекомендаціям для населення щодо мотивації до здоров'я, профілактики захворювань і гігієнічного виховання [5].

Враховуючи існуючу ситуацію з необхідності модернізації діяльності центрів здоров'я та оптимізації профілактичного напрямку роботи первинної ланки надання медичної допомоги населенню, основним базисом процесу попередження розвитку найпоширеніших захворювань та забезпечення активного, повноцінного та якісного життя громадян України має стати альянс за участю регіональних центрів здоров'я та мережі первинної ланки надання медичної допомоги населенню. Це дасть змогу створити медичний та комунікативний простір із формування здорового способу життя та профілактики захворювань, діяльність якого буде спрямована на забезпечення системи профілактики і формування здорового способу життя (епідеміологічний моніторинг, інформаційно-комунікаційна кампанія, методологія забезпечення умов для здорового способу життя; визначення рівня здоров'я населення та груп ризику з розвитку хронічних неінфекційних захворювань) і розвиток первинної медико-санітарної допомоги (системи раннього виявлення хронічних неінфекційних захворювань і патологічних станів, диспансерне спостереження за хворими).

Саме така стратегія, основою якої є популяційна стратегія формування здорового способу життя, що базується на підвищенні мотивації до власного здоров'я та здоров'я оточуючих, запровадженні інформаційно-роз'яснювальної роботи серед населення, формуванні донологічного підходу щодо оцінки стану здоров'я та функціонального стану організму, заходах із раннього виявлення найпоширеніших хронічних неінфекційних захворювань та профілактичної роботи з пацієнтами груп ризику розвитку хвороб або їх загострення, є сучасною, економічно вигідною для держави, про що свідчать рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я (табл.).

Таблиця  
Основні стратегії профілактики у світі

Стратегія	Внесок у зниження смертності (%)	Питома вага від усіх витрат на охорону здоров'я (%)	Період, за який очікується досягнення ефекту
Популяційна стратегія (формування здорового способу життя)	50	10	через 5–10 років
Стратегія високого ризику (скринінг, диспансеризація)	20	20	через 2–4 роки
Вторинна профілактика (лікування)	30	60	через 3–4 роки

Першим дієвим кроком для переходу хворобоцентричної парадигми у сфері охорони здоров'я в напрямку превентивної медицини є впровадження сучасної інформаційно-роз'яснювальної роботи з населенням щодо підвищення медико-санітарної грамотності. Основною вимогою до якості інформаційного наповнення матеріалів з формування здорового способу життя населення має бути їх науковість і професійне викладення, відповідність сучасним світовим стратегіям.

### Висновки

Пріоритетне місце в роботі з формування здорового способу життя та профілактики захворювань посідає компонент комунікації.

Створення єдиного інформаційного простору з питань профілактики найпоширеніших неінфекційних захворювань можливе шляхом модернізації діяльності існуючої мережі центрів здоров'я за напрямком інформаційно-методичного та наукового супроводу проведення інформаційно-роз'яснювальної роботи

в закладах охорони здоров'я, передусім первинної ланки надання медичної допомоги населенню, та впровадження в діяльність закладів охорони здоров'я первинної ланки надання медичної допомоги населенню індивідуальної інформаційно-роз'яснювальної профілактичної роботи з використанням сучасних технічних рішень.

Профілактичний напрям боротьби з неінфекційними хворобами має базуватися на залученні до комунікаційної кампанії громадських організацій та медичних установ, організації масових скринінгових програм у цільових групах населення, формуванні звички до здорового способу життя і переорієнтації охорони здоров'я на роботу зі здоровими людьми.

**Перспективи подальших досліджень** пов'язані з вивченням ефективності впровадження серед населення різних форм інформаційно-роз'яснювальної роботи на підставі медико-статистичних показників і результатів соціологічного опитування учасників комунікаційних кампаній.

### Література

1. *Глобальний план дій з профілактики неінфекційних захворювань та боротьби з ними на 2013–2020 рр.* // Матеріали 66-ї сесії Всесвітньої Асамблеї охорони здоров'я, 2013 [Електронний документ]. – Режим доступу : [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA66/A66\\_R10-ru.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R10-ru.pdf). – Назва з екрана.
2. *Про поліпшення діяльності органів і закладів охорони здоров'я з питань формування здорового способу життя, гігієнічного виховання населення* : наказ МОЗ України від 05.01.1999 р. № 1 (із змінами внесеними наказом МОЗ України № 326 від 08.12.2000 р.) [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрана.
3. *Примірне положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги* : наказ МОЗ України від 23.02.2012 р. № 131 [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрана.
4. *Про внутрішнє та зовнішнє становище України в 2012 році* : Щорічне Послання Президента України до Верховної Ради України. – К. : НІСД, 2012. – 256 с.
5. *Ринда Ф. П.* Деякі актуальні питання формування здорового способу життя в Україні / Ф. П. Ринда // Україна. Здоров'я нації. – 2013. – № 4 (28). – С. 35–39.
6. *Philips і Фонд Ріната Ахметова «Розвиток України» з'ясували, як українці оцінюють своє здоров'я* [Електронний документ]. – Режим доступу : [http://www.newscenter.philips.com/ua\\_ru/standard/news/20130730-philips-hc.wpd#.UwSk-OVWr2Y](http://www.newscenter.philips.com/ua_ru/standard/news/20130730-philips-hc.wpd#.UwSk-OVWr2Y). – Назва з екрана.

Дата надходження рукопису до редакції: 19.02.2014 р.



## Приоритетные подходы к профилактике хронических неинфекционных заболеваний

Ю.Б. Яценко

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

**Цель** – описать приоритетные направления борьбы с неинфекционными заболеваниями.

**Методы:** информационно-аналитический, сравнительный и систематический анализ.

**Результаты.** Решение проблемы хронических неинфекционных заболеваний, причиной которых выступают не только биомедицинские, но и поведенческие, средовые, социальные и экономические факторы, требует, прежде всего, изменение парадигм в системе здравоохранения. Важным в обеспечении перехода болезнecентрической парадигмы в системе здравоохранения к превентивной медицине является современная информационно-разъяснительная работа с населением, повышающая его медико-санитарную грамотность.

**Выводы.** Профилактика неинфекционных заболеваний должна базироваться на коммуникационных кампаниях с привлечением общественных организаций и немедицинских учреждений, организации массовых скрининговых программ в целевых группах населения, формировании мотивации к здоровому способу жизни и переориентации здравоохранения на работу со здоровыми людьми.

**Ключевые слова:** хронические неинфекционные заболевания, профилактика, здоровый образ жизни, информационно-разъяснительная работа.

## Priority approaches to prevention of chronic non-communicable diseases

Yu. B. Yaschenko

SI «Ukrainian Institute of Strategic Researches Ministry of Health of Ukraine», Kyiv, Ukraine

**Purpose** – to highlight priority directions of struggle against non-communicable diseases.

**Materials and methods.** Information-and-analytical, comparative and systematic analysis.

**Results.** The solution of the problem of chronic non-communicable diseases, which are caused not only biomedical, but also behavioural, environmental, social and economic factors and demands first of all change of paradigms in health care sphere. Effective step for transition of disease centric paradigm in health care toward preventive medicine is introduction of modern information and explanatory work with population on increase of their health literacy.

**Conclusions.** Preventive direction to struggle against non-communicable diseases should be based on the communication campaign, which should involve civil society organizations and non-medical institutions, organizations, mass screening programs in target population groups, formation of healthy life habits and reorienting health at work with healthy people.

**Key words:** chronic non-communicable diseases, prevention, healthy life style, information and explanatory work.

## Відомості про автора

Яценко 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.

В.В. Рудень, І.І. Коляда, Н.Ф. Тімченко

## ПРО СУТНІСТЬ МЕТОДУ СТРАТЕГІЇ ВИСОКОГО РИЗИКУ В ПЕРВИННІЙ ПРОФІЛАКТИЦІ НЕІНФЕКЦІЙНОЇ ПАТОЛОГІЇ В УКРАЇНІ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Україна

**Мета** – науково обґрунтувати потребу в реалізації методу Стратегії високого ризику в первинній профілактиці неінфекційної захворюваності в діяльності сімейного лікаря медичної галузі України.

**Матеріали та методи.** Дослідження виконано серед висококваліфікованих організаторів та управлінців охорони здоров'я ( $p < 0,001$ ) за опрацьованою програмою з використанням загальновідомих методів епідеміологічного дослідження.

**Результати.** Встановлено потребу в запровадженні в діяльності сімейного лікаря засад первинної профілактики, де основою має стати метод Стратегії високого ризику, який у первинній профілактиці дасть змогу на індивідуальному рівні ідентифікувати високий ризик можливої неінфекційної захворюваності, що маніфестовано експертами в  $9,4 \pm 1,88$  балу за 10-бальною шкалою.

**Висновки.** У первинній профілактиці неінфекційної захворюваності сімейному лікарю доцільно використовувати метод Стратегії високого ризику, роль та ефективність якого є очевидною та незаперечною в питанні безпосереднього позитивного впливу на громадське здоров'я та економіку України.

**Ключові слова:** здоров'я, неінфекційна захворюваність, сімейний лікар, пацієнт, первинна профілактика, Стратегія високого ризику, абсолютний ризик, експертна оцінка.

### Вступ

Медична громадськість, як і все населення України, в останні десятиліття занепокоєна станом громадського здоров'я. Це пояснюється переходом у стан захворюваності населення країни від «інфекційної» до «неінфекційної» [3, 7, 15], особливо серед осіб працездатного віку як основної детермінанти економічного розвитку держави [1, 17].

Подібна ситуація у стані здоров'я населення спостерігається і в європейських країнах [29, 31], оскільки неінфекційна група порушень у стані здоров'я, яка включає діабет [E10–E14], серцево-судинні захворювання [I00–I99], рак [C00–D48], хвороби органів дихання [J00–J99] і психічні розлади [F00–F99], спричиняє 86% смертності і 77% тягаря хвороб в Європейському регіоні Всесвітньої організації охорони здоров'я [30]. Однак у цих державах на практиці реалізуються концептуальні основи медицини, де декларується теза про примат профілактичного принципу в питаннях вирішення проблем зміцнення/збереження здоров'я населення та медичного забезпечення населення при обов'язковому розвитку клінічної та реабілітаційної складових цього процесу [2]. Доцільно при

цьому зазначити, що і для України нового формату ця теза не нова, оскільки згаданий профілактичний принцип у свій час панував у колишній вітчизняній охороні здоров'я і добре себе зарекомендував [4, 16].

На сьогодні в контексті окреслених Україною наявних змін у діючій системі медичного забезпечення та шляхів мінімізації проблем у стані здоров'я населення [13] принцип профілактичної спрямованості в охороні здоров'я як безперечний і безальтернативний відображено в статті 35-1 «Первинна медична допомога» Закону України від 07.07.2011 р. № 3611-VI «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» [9], Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір» [12] та Нової європейської політики охорони здоров'я «Здоров'я – 2020» [6].

Власне, окреслені вище законодавчо-нормативні документи реалізуються в процесі реформування діючої системи охорони здоров'я України, починаючи з 2011 р., шляхом переходу на посімейне обслуговування населення в амбулаторно-поліклінічних умовах лікарем загальної практики / сімейним лікарем (ЛЗП/СЛ) з організацією і функціонуванням центрів первинної медичної (медико-санітарної) допомоги (центрів ПМСД) [11, 12].

Враховуючи такі організаційно-управлінські інновації з вирішення проблем стану здоров'я населення України, особливо в контексті зниження рівня неінфекційної захворюваності, нами визначено доцільність і необхідність превентивних заходів щодо неінфекційної патології, пов'язаної з факторами ризику як глибинними детермінантами захворюваності й можливостями для втручання у цей процес ЛЗП/СЛ, що і робить дане дослідження актуальним і вагомим у власному змісті.

**Мета роботи** – науково обґрунтувати потребу в реалізації методу Стратегії високого ризику в первинній профілактиці неінфекційної захворюваності в діяльності ЛЗП/СЛ у процесі реформування медичної галузі України.

### Матеріали та методи

Дослідження виконано серед 48 висококваліфікованих організаторів та управлінців охорони здоров'я ( $p < 0,001$ ). Серед опитаних 18,75% ( $n=9$ ) мали науковий ступінь доктора, а 81,25% ( $n=39$ ) – кандидата медичних наук, а середній стаж роботи за лікарською спеціальністю «Організація і управління охороною здоров'я» становив  $15,7 \pm 3,1$  року. У дослідженні використано програму «Карта експертної оцінки доцільності впровадження до практичної діяльності ЛЗП/СЛ превентивних заходів щодо зміцнення та збереження здоров'я населення території обслуговування Центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги».

У роботі застосовано такі методи дослідження: кваліметричний, ретроспективний, соціологічний, статистичний, математичний, абстрактний, а також методи дедуктивного освідомлення, структурно-логічного аналізу з урахуванням принципів системності.

Отримані дані експертної оцінки зведено та опрацьовано автоматизованим способом на персональному комп'ютері з використанням програм «Microsoft Office Excel 2003» та «SPSS».

### Результати дослідження та їх обговорення

Прояв результатів експертної оцінки стосовно доцільності активізації у практичній охороні здоров'я превентивних заходів засвідчує, що в основу професійної діяльності ЛЗП/СЛ [20] у новостворених центрах ПМСД слід закласти профілактичні засади, про що засвідчує думка експертів у  $8,85 \pm 1,77$  балу за 10-бальною шкалою. При цьому 52,08% тих же фахівців оцінили превентивний метод у роботі ЛЗП/СЛ із населенням у 10 балів, 12,51% – у 9 балів, 20,83% – у 8 балів (рис. 1), що вказало на розуміння спеціалістами шляхів вирішення наявних проблем у стані здоров'я населення України.

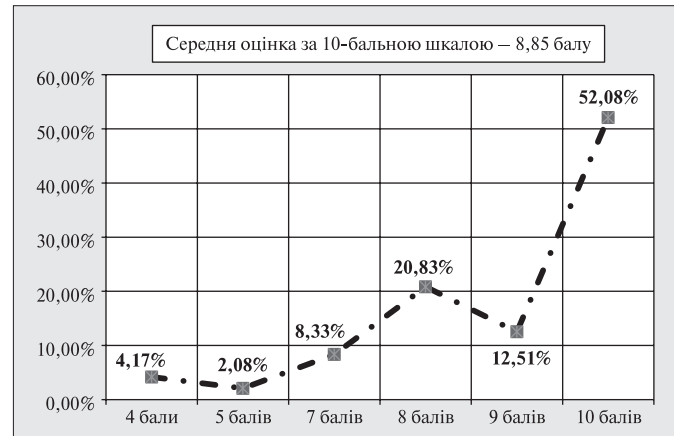


Рис. 1. Погляд експертів на прерогативу профілактичних засад у діяльності сімейних лікарів новостворених центрів ПМСД

У зв'язку з нагромадженням у стані здоров'я населення проблем медико-соціального змісту, важливим, на нашу думку, є перехід у первинній профілактиці неінфекційної захворюваності від популяційної профілактики до профілактичної технології Стратегії високого ризику на індивідуальному рівні [8, 28], як це робиться сьогодні в багатьох європейських країнах [14].

Зважаючи те, що в професійній практичній діяльності сімейний лікар має справу з випадками захворювань у конкретних пацієнтів, власне профілактичний метод Стратегії високого ризику дає змогу лікареві виявити і оцінити не єдиний фактор ризику, як це прийнято традиційно, а обрахувати та охарактеризувати абсолютний ризик (AR) [23] щодо можливого виникнення / розвитку конкретного захворювання в людині ще за довго до його появи, що вказує на потребу в своєчасному проведенні необхідних превентивних дій.

У підтвердження необхідності зміни акцентів у первинній профілактиці на метод Стратегії високого ризику висловилися і експерти, які оцінили це нововведення в превентивних діях ЛЗП/СЛ у  $8,85 \pm 1,77$  балу за 10-бальною шкалою. Крім того, 54,17% спеціалістів оцінили застосування методу Стратегії високого розвитку ЛЗП/СЛ у первинній профілактиці неінфекційної захворюваності в 10 балів, тоді як 14,58% фахівців визначили застосування даної інновації в практичній діяльності ЛЗП/СЛ в 9 балів, а 16,65% спеціалістів – у 8 балів (рис. 2).

Важливим аргументом на користь первинної профілактики неінфекційної захворюваності є ідентифікація осіб із високим ризиком, що являє собою основу превентивних дій, спрямованих на зниження негативного впливу на стан здоров'я жителів території обслуговування центру ПМСД модифікованих факторів ризику на індивідуальному рівні, шляхом корекції здорового способу життя і, за необхідності, відповідних лікарських втручання [22], що могло б значно поліпшити стан здоров'я та економіку держави.

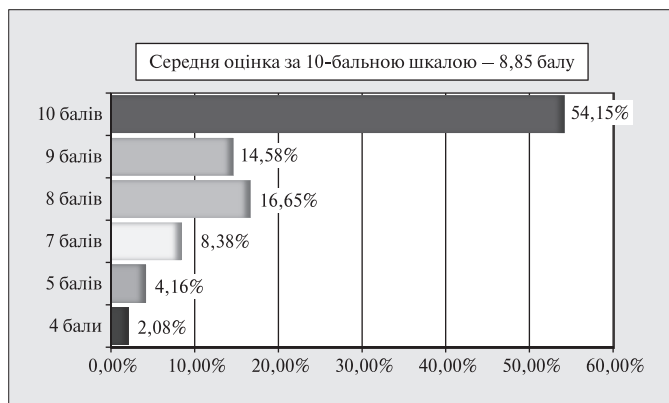


Рис. 2. Думка експертів про доречність переходу в профілактичній роботі сімейних лікарів центрів ПМСД від популяційної профілактики до профілактичної технології – Стратегії високого ризику

Найбільш слухним способом ідентифікації високого ризику можливої захворюваності є необхідність запровадити до практичної діяльності ЛЗП/СЛ вміння виявляти на індивідуальному рівні фактори негативного впливу на здоров'я людини, що, власне, і підтвердило  $66,67 \pm 6,80\%$  експертів, які оцінили такі дії на території центрів ПМСД у 10 балів, тоді як  $20,83 \pm 5,86\%$  фахівців висловились за таке нововведення у 9 балів, а  $10,42 \pm 4,41\%$  спеціалістів охарактеризували дану інновацію в первинній профілактиці у 8 балів (рис. 3). У цілому експерти це маніфестували в  $9,4 \pm 1,88$  балу за 10-бальною шкалою.

Важлива роль у застосуванні профілактичної технології Стратегія високого ризику на первинному рівні медичного забезпечення, на думку експертів, відведена методам / способам виявлення ЛЗП/СЛ факторів ризику щодо негативного впливу на здоров'я конкретного мешканця території обслуговування центру ПМСД

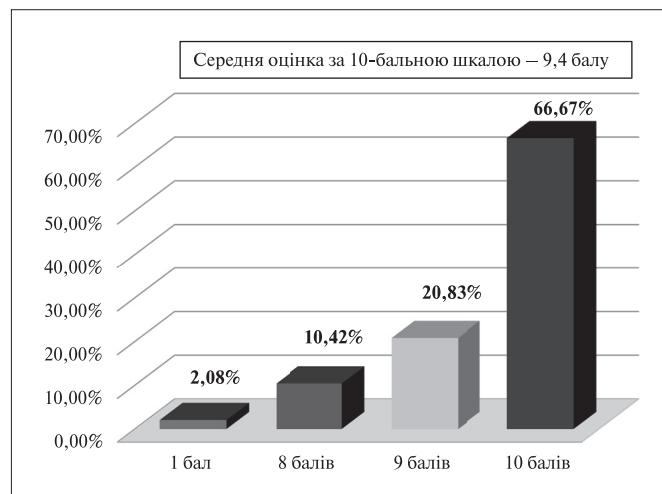


Рис. 3. Наміри експертів стосовно роботи лікарів центру ПМСД на індивідуальному рівні в питаннях виявлення факторів ризику можливого неінфекційного захворювання як основи первинної профілактики в контексті Стратегії високого ризику

в аспекті виникнення раннього виявлення конкретної нозології неінфекційної патології [19].

За даними таблиці, на перше рейтингове місце серед безлічі способів виявлення / підозри факторів ризику у можливому подальшому вираженні в неінфекційне захворювання фахівці поставили будь-який контакт ЛЗП/СЛ із пацієнтом центру ПМСД ( $72,92 \pm 8,62\%$ ), друге рейтингове місце відвели анамнезу хвороби та анамнезу життя ( $64,5 \pm 6,09\%$ ), тоді як третє рейтингове місце віддали прийому пацієнта у ЛЗП/СЛ ( $62,50 \pm 6,99\%$ ). Не менш значущим у цьому є заповнення спеціального опитувальника ( $58,33 \pm 7,12\%$ ) та у процесі подвірного обходу ( $43,75 \pm 7,16\%$ ).

Таблиця

Експерти про способи виявлення лікарями загальної практики / сімейними лікарями факторів ризику щодо негативного впливу на здоров'я конкретного мешканця території

№ пор.	Назва способу виявлення ЛЗП/СЛ факторів ризику у конкретного мешканця території центру ПМСД	M±m (%)	P
1.	Будь-який контакт ЛЗП/СЛ із пацієнтом / мешканцем центру ПМСД	$72,92 \pm 8,62$	<0,01
2.	Спеціально збираючи анамнез хвороби та анамнез життя	$64,50 \pm 6,09$	<0,05
3.	На прийомі у ЛЗП/СЛ	$62,50 \pm 6,99$	<0,05
4.	Заповнюючи спеціальний опитувальник	$58,33 \pm 7,12$	>0,05
5.	Під час медичного огляду:	$56,77 \pm 7,15$	>0,05
5.1	- профілактичного	$66,67 \pm 6,80$	<0,01
5.2	- цільового	$60,42 \pm 7,06$	<0,05
5.3	- періодичного	$56,25 \pm 7,16$	>0,05
5.4	- попереднього	$43,75 \pm 7,61$	>0,05
6.	У процесі подвірного обходу	$43,75 \pm 7,16$	>0,05

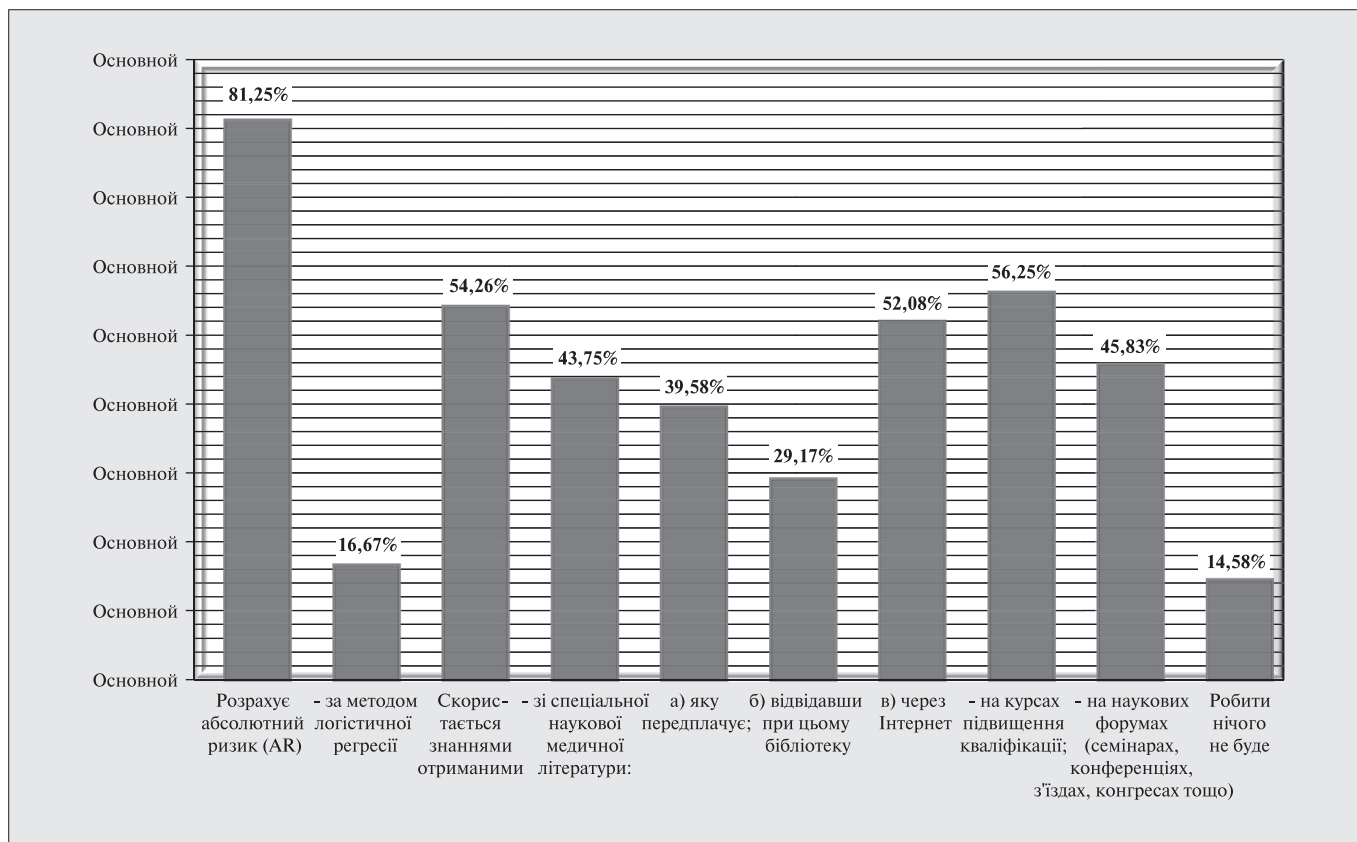


Рис. 4. Умовивід експертів щодо дій лікарів у разі виявлення у конкретного жителя території обслуговування центру ПМСД наявні фактори ризику у виникненні певної нозології неінфекційної захворюваності

Щодо медичного огляду як способу виявлення можливих факторів ризику, то  $56,77 \pm 7,15\%$  експертів віддали перевагу саме цій профілактичній технології. Значущим у цьому є те, що  $66,67 \pm 6,80\%$  фахівців висловилися на користь профілактичних оглядів, які проводяться ЛЗП/СЛ,  $60,42 \pm 7,06\%$  – цільових оглядів,  $56,25 \pm 7,16\%$  – періодичних оглядів, лише  $43,75 \pm 7,61\%$  – попередніх оглядів.

Чи не найважливішим у застосуванні Стратегії високого ризику у профілактиці неінфекційної патології на первинному рівні медичного забезпечення є вміння ЛЗП/СЛ скористатися основною складовою цієї превентивної технології – розрахунком величини абсолютного ризику (*absolute risk* – AR), сутність якого базується на тому, який рівень захворюваності (або її наслідків) зумовлений дією чинника ризику, що в нашій ситуації дає змогу запідозрити/виявити в мешканців території центру ПМСД наявний фактор ризику щодо визначеного неінфекційного захворювання.

Саме  $81,25 \pm 5,63\%$  експертів висловилися про необхідність розрахунку величини AR ЛЗП/СЛ у жителів території обслуговування центру ПМСД, тоді як лише  $16,67 \pm 5,38\%$  респондентів зазначили про використання у цьому випадку методу логістичної регресії (рис. 4).

Такі дані відносно результату щодо обрахунку ЛЗП/СЛ показника AR пояснюються тим, що в медичних вузах України отримання знань стосовно ролі та значущості факторів ризику в стані здоров'я окремої людини / відповідної когорти населення, а також набуття практичних навичок і умінь стосовно методики розрахунку та оцінки ризиків стало можливим лише в 2008–2009 навчальному році, коли розпочалося навчання студентів академічної дисципліни «Біостатистика» в контексті принципів Європейської кредитно-трансферної системи (ECTS) [5]. Тому, власне, і джерела отримання знань ЛЗП/СЛ стосовно методики розрахунку величини AR є сьогодні не цілком академічні, що може створити відповідну проблему застосування в технологіях первинної профілактики Стратегії високого ризику.

У цьому  $43,75 \pm 7,16\%$  експертів зазначили, що в такій ситуації ЛЗП/СЛ скористається науковою медичною літературою,  $52,08 \pm 7,21\%$  фахівців запевнили, що скористається даними Інтернету, тоді як  $29,17 \pm 6,56\%$  спеціалістів висловилися на користь відвідування в такому випадку бібліотеки, а на думку  $18,75 \pm 3,53\%$  науковців, ЛЗП/СЛ віднайде це в періодичній літературі, яку він передплачує.

Крім того,  $56,25 \pm 7,16\%$  експертів підтвердили, що ЛЗП/СЛ центру ПМСД має змогу отримати знання і навиків стосовно факторів ризику та методології їх обрахунку на курсах підвищення кваліфікації, а також може ознайомитися з їх значущістю у профілактиці захворюваності на наукових форумах (семінарах, конференціях, з'їздах, конгресах тощо), про що зазначили  $45,83 \pm 7,19\%$  фахівців.

Проте чи не найгіршим у цьому є те, що  $14,58 \pm 5,09\%$  експертів висловили думку, що ЛЗП/СЛ, навіть за умови виявлення фактора ризику, у питанні обрахунку величини AR нічого не робитиме.

Враховуючи полярну думку експертів стосовно підходів у діяльності ЛЗП/СЛ до обрахунку величини AR та джерел отримання інформації щодо показника ризику ми пропонуємо методику обрахунку AR. У зв'язку з цим слід зазначити, що сам процес обчислення AR потрібно проводити за результати дослідження факторів ризику у двох досліджуваних групах населення території обслуговування центру ПМСД, а саме: у групі експонованого населення, коли населення схильне стосовно здоров'я до негативної дії чинника ризику ( $AR_e$ ), який вивчається, та у групі неекспонованого населення, де населення не схильне стосовно здоров'я до негативної дії відповідного фактора ризику ( $AR_n$ ).

Для прикладу. За результатами рандомізованого наукового дослідження 200 тис. жінок різних вікових груп на предмет виявлення раку молочної залози (PM3) (C50) отримано такі результати: у жінок, старших за 60 років, PM3 (C50) виявлено у 98 випадках із 98 445 обстежених, тоді як в осіб жіночої статі, молодших за 60 років, дану хворобу (C50) діагностовано у 55 випадках із 101 500 жінок. Відтак, за результатами даного дослідження варто з'ясувати, чи зростає з віком у жінок ризик захворіти на PM3.

Першим кроком у процесі розрахунку є побудова таблиці спряженості 2x2 згідно з міжнародним дизайном щодо форми проведення епідеміологічних досліджень. На основі цієї таблиці розраховуються отримані основні показники.

Загальна схема таблиці спряженості 2x2 має такий вигляд:

	Наявний результат	Відсутній результат	Разом
Досліджувана група	A	B	A+B
Контрольна група	C	D	C+D
Усього	A+C	B+D	N=A+B+C+D

Другий крок розрахунку величини AR передбачає заповнення макету таблиці спряженості 2x2, куди підставляємо абсолютні дані із пропонованого прикладу:

Група досліджень	Число жінок (абс. дані):		Усього досліджених
	є PM3 (C50)	немає PM3 (C50)	
Жінки понад 60 років	98	98 347	98 445
Жінки до 60 років	55	101 500	101 555
Усього	153	199 847	200 000

Третій крок передбачає розрахунок розрахунку величини AR за формулою:

$$AR = \frac{A}{A+B}$$

результат чого, в кінцевому результаті, відображає його значущість: у даному випадку – захворюваність на онкопатологію молочної залози (C50) у жінок, у досліджуваних групах як експонованій за чинником (вік >60 років) та неекспонованих осіб жіночої статі (вік <60 років) за даними побудованої таблиці.

У нашому випадку для групи експонованих осіб жіночої статі  $AR_e$  становить:

$$AR_e = \frac{98}{98445} \times 1000\% = 1,00\%$$

тоді як відповідно до даних для групи неекспонованих жінок  $AR_n$  стосовно PM3 (C50) складає:

$$AR_n = \frac{55}{101555} \times 1000\% = 0,54\%$$

Отриманий результат переконливо доводить: у віці понад 60 років 1% жінок (тобто одна з тисячі) має ризик захворіти на PM3 (C50), що вказує на вік жінок >60 років як на чинник ризику можливого виникнення онкопатології молочної залози (C50).

Не менш вагомим, ніж виявлення факторів ризику та обрахунок ЛЗП/СЛ величини AR у застосуванні методу Стратегії високого ризику в профілактиці неепідемічної захворюваності серед мешканців території центру ПМСД, є процес управління негативним впливом фактору/ів ризику на здоров'я конкретного пацієнта [25, 26, 27].

У цьому аспекті експерти зазначили, що ЛЗП/СЛ має реалізовувати превентивні дії у стані здоров'я конкретного індивідуума у  $89,36 \pm 6,49\%$  – у процесі диспансерного лікарського спостереження як за здоровими, так і за хворими; у  $70,83 \pm 6,56\%$  – у процесі профілактичного, у  $50,00 \pm 7,22\%$  – періодичного, у  $43,75 \pm 7,16\%$  – цільового, у  $31,25 \pm 6,69\%$  – попереднього медичних оглядів.

Крім того,  $64,58 \pm 6,90\%$  експертів зійшлися на думці про те, що ЛЗП/СЛ може здійснювати процес управління негативним впливом чинником/ами ризику в стані здоров'я конкретного пацієнта під час прийому пацієнта в амбулаторії загальної практики/сімейної медицини  $62,50 \pm 6,99\%$  респондентів вказали на будь-який контакт ЛЗП/СЛ із мешканцем території

обслуговування центру ПМСД, хоча  $39,58 \pm 7,06\%$  спеціалістів у даному питанні відзначили процес подвійного лікарського обходу і лише  $10,42 \pm 4,41\%$  анкетованих вважали не зайвим провести індивідуальну бесіду з цього питання з пацієнтом / жителем території обслуговування Центру ПМСД.

З метою оперативності в питаннях збору, зберігання та аналізу інформації стосовно здоров'я населення території обслуговування ЛЗП/СЛ, у тому числі в питаннях профілактичної роботи, певна роль відводиться забезпеченню амбулаторій загальної практики / сімейної медицини інформаційними технологіями [21, 31], основу чого і складає оргтехніка. Власну думку щодо потреби в комп'ютерному забезпеченні профілактичної роботи ЛЗП/СМ висловили експерти (рис. 5).

### Висновки

Сімейні лікарі центру ПМСД у первинній профілактиці неінфекційної захворюваності мають використовувати метод Стратегії високого ризику, ефективність якого очевидна і незаперечна, оскільки своєчасне та професійне його застосування на етапі первинної профілактики дасть змогу запідозрити/виявити можливий початок розвитку/виникнення певної нозології неінфекційної захворюваності на ранніх стадіях і вчасно мінімізувати ризики у стані здоров'я людини. А це позитивно і безпосередньо

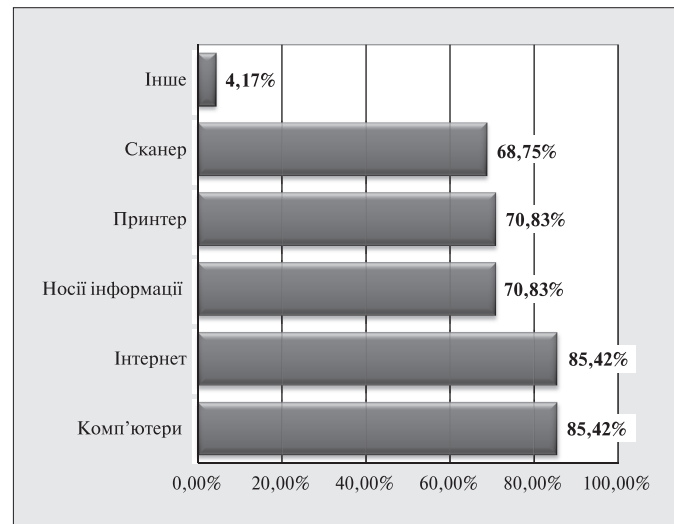


Рис. 5. Експерти про потребу (%) в оргтехніці для забезпечення профілактичної роботи сімейних лікарів

впливатиме на здоров'я населення та економіку України.

**Перспективи подальших досліджень** полягають у науковому обґрунтуванні організаційно-функціональної моделі практичного застосування сімейним лікарем методу Стратегії високого ризику в первинній профілактиці неінфекційної захворюваності.

### Література

1. Демографічна ситуація в Україні у січні 2013 року [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://database.ukrcensus.gov.ua/PXWEB2007/ukr/publ\\_new1/2013/dem0113.pdf](http://database.ukrcensus.gov.ua/PXWEB2007/ukr/publ_new1/2013/dem0113.pdf). – Назва з екрана.
2. Козлов В. К. Принцип системности в медицине и актуализация проблем медицинской профилактики [Электронный ресурс] / В. К. Козлов // Biocosmology – neo-Aristotelism . – 2011. – Vol. 1, № 2–3. – P. 181–220. – Режим доступа : [http://referat.znate.ru/pars\\_docs/tw\\_refs/57/56096/56096.pdf#page=41](http://referat.znate.ru/pars_docs/tw_refs/57/56096/56096.pdf#page=41). – Название с экрана.
3. Концепция эпидемиологического перехода [Электронный ресурс]. – Режим доступа : [http://ru.wikipedia.org/wiki/Концепция\\_эпидемиологического\\_перехода](http://ru.wikipedia.org/wiki/Концепция_эпидемиологического_перехода). – Название с экрана.
4. Лоранский Д. Н. Профилактика [Электронный ресурс] / Лоранский Д. Н. // Здоровье. – 1978. – № 10. – Режим доступа : <http://lechebnik.info/452/19.html>. – Название с экрана.
5. Навчальна програма «Біостатистика» для вищих медичних закладів освіти України III–IV рівнів акредитації спеціальностей 7.110101 «Лікувальна справа», 7.110104 «Педіатрія», 7.110105 «Медико-профілактична справа» напрямку підготовки 1101 «Медицина» : затверджена ЦМК ВМО МОЗ України 15 лютого 2008 року. – К., 2008. – 11 с.
6. Новая европейская политика здравоохранения «Здоровье – 2020» [Электронный ресурс]. – Режим доступа : [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/149060/RC61\\_rInfDoc4.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/149060/RC61_rInfDoc4.pdf). – Название с экрана.
7. Омран А. Эпидемиологический аспект теории естественного движения населения / А. Омран // О демографических проблемах в странах Запада. – М.: Прогресс, 1977. – С. 57–91.
8. Оценка значения двух подходов к первичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний направленного на популяцию в целом и направленного на группы с высоким риском [Электронный ресурс] / [et al.] Ebrahim S., Embercon J., Morris R. // Consilium medicum. – 2008. – № 12. – С. 27–35. – Режим доступа : <http://www.fesmu.ru/elib/Article.aspx?id=197427>. – Назва з екрана.
9. 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 ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/3611-17>. – Назва з екрана.

10. Про затвердження Положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи : наказ МОЗ України від 04.11.2011 р. № 755 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/z1484-11>. – Назва з екрана.
11. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві : Закон України від 07.07.2011 р. № 3612-VI (в редакції від 01.01.2013 р.) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/3612-17>. – Назва з екрана.
12. Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір» : розпорядження Кабінету Міністрів України від 31.10.2011 р. № 1164-р [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1164-2011-p>. – Назва з екрана.
13. Програма економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.president.gov.ua/content/ker-program.html>. – Назва з екрана.
14. Роль популяційної стратегії і стратегії високого ризику в первинній профілактиці серцево-судинистих захворювань [Електронний ресурс] / Д. Емберсон, П. Уинкап, Р. Моррис [и др.]. – Режим доступу : [http://www.tmj.ru/articles\\_6116.htm](http://www.tmj.ru/articles_6116.htm). – Названіє с екрана.
15. Рудень В. В. Про кризовий стан у здоров'ї населення «країни з ринковими перетвореннями» / В. В. Рудень Т. Г. Гупор, О. М. Сидорчук // Охорона здоров'я України. – 2006. – № 3–4. – С. 52–59.
16. Становление советского здравоохранения и медицины. Гл. 9, ч. 5 [Електронний ресурс] // Сорокина Т. С. История медицины: в двух томах / Т. С. Сорокина. – Режим доступу : <http://www.bibliotekar.ru/423/35.htm>. – Названіє с екрана.
17. Україна 2020: демографічний та міграційний вимір безпеки [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://uipp.org.ua/uploads/news\\_message/at\\_file\\_uk/0070/43.pdf](http://uipp.org.ua/uploads/news_message/at_file_uk/0070/43.pdf). – Назва з екрана.
18. Aymé S. 2013 Report on the State of the Art of Rare Disease Activities in Europe [Electronic resource] / S. Aymé, C. Rodwell (eds.) // European Union, July 2013. – Access mode : <http://www.eucerd.eu/upload/file/Reports/2013ReportStateofArtRDActivities.pdf>. – Title from screen.
19. Banteen-Roche K. Determination of risk factor associations with questionnaire outcomes: a methods case study [Electronic resource] / K. G. H. Banteen-Roche, B. Huang Munoz, G. S. Rubin // Amer. J. Epidemiol. – 1999 – Vol. 150, № 11. – P. 1165–1178. – Access mode : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10588077>. – Title from screen.
20. Chan M. The rising importance of family medicine [Electronic resource] / Margaret Chan ; World Health Organization. Prague, 2013. – Access mode : [http://www.who.int/dg/speeches/2013/family\\_medicine\\_20130626/en](http://www.who.int/dg/speeches/2013/family_medicine_20130626/en). – Title from screen.
21. Consulting room computers and their effect on general practitioner–patient communication [Electronic resource] / J. Noordman, P. Verhaak, I. van Beljouw, S. van Dulmen // Fam. Pract. – 2010. – Vol. 27, № 6. – P. 644–651. – Access mode : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20660530>. – Title from screen.
22. Definition of high risk individual stooptimise strategies for primary prevention of cardiovascular diseases [Electronic resource] / S. Giampaoli, L. Palmieri, A. Mattiello, S. Panico // Nutr. Metab. Cardiovasc. Dis. – 2005. – Vol. 15, № 1. – P. 79–85. – Access mode : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15871855>. – Title from screen.
23. Estimating cardiovascular risk for primary prevention: outstanding questions for primary care [Electronic resource] / John Robson, Kambiz Boomla, Ben Hart, Gene Feder // Brit. Med. J. – 2000. – Vol. 320, № 7236. – P. 702–704. – Access mode : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117714>. – Title from screen.
24. EU Employment and Social Situation. Quarterly Review Special Supplement on Demographic Trends [Electronic resource] / March 2013. – 30 p. – Access mode : <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=9967&langId=en>. – Title from screen.
25. Majdzadeh R. Family Physician Implementation and Preventive Medicine; Opportunities and Challenges [Electronic resource] / Reza Majdzadeh // Int. J. Preventive Med. – 2012. – Vol. 3, № 10. – P. 665–669. – Access mode : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3482991>. – Title from screen.
26. Putting prevention into practice / The Royal Australian College of General Practitioners. – South Melbourne, 2006. – 94 p.
27. Putting prevention into practice: qualitative study off actors that inhibit and promote preventive care by general practitioners, with a focus on elderly patients [Electronic resource] / Ulla Walter, Uwe Flick, Anke Neuber [et al.] // BMC Family Practice. – 2010. – Vol. 11. – P. 68. – Access mode : <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/11/68#>. – Title from screen.
28. Rose G. Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease [Electronic resource] / G. Rose // Brit. Med. J. – 1981. – Vol. 282. – P. 1847–1851. – Access mode : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6786649>. – Title from screen.
29. The precautionary principle: protecting public health, the environment and the future of our children [Electronic resource] / edit. Marco Martuzzi, Joel A. Tickner ; World Health Organization. – Copenhagen, 2004. – 209 s. – Access mode : [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/91173/E83079.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/91173/E83079.pdf). – Title from screen.



30. *What are noncommunicable diseases?* [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.scielo.gpeari.noncommunicable-diseases/ncd-background-information/what-are-noncommunicable-diseases>. – Title from screen.
31. *Yaphe J.* Computer and doctor-patient communication [Electronic resource] / John Yaphe // *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. – 2013. – Vol. 29, № 3. – Access mode: [http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S2182-51732013000300002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S2182-51732013000300002&script=sci_arttext). – Title from screen.

Дата надходження рукопису до редакції: 12.11.2013 р.

## О сущности метода стратегии высокого риска в первичной профилактике неинфекционной патологии в Украине

*В.В. Рудень, И.И. Коляда, Н.Ф. Тимченко*

Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого, Украина

**Цель** – научно обосновать потребности в реализации метода Стратегии высокого риска в первичной профилактике неинфекционной заболеваемости в деятельности семейного врача в медицинской отрасли Украины.

**Материалы и методы.** Исследование выполнено среди высококвалифицированных организаторов и управленцев здравоохранения ( $p < 0,001$ ) согласно разработанной программе с использованием общеизвестных методов эпидемиологического исследования.

**Результаты.** Установлена потребность внедрения в деятельность семейного врача принципов первичной профилактики, где базис должен составлять метод Стратегии высокого риска, который в первичной профилактике позволит на индивидуальном уровне идентифицировать высокий риск возможной неинфекционной заболеваемости, что манифестировано экспертами в  $9,4 \pm 1,88$  балла по 10-балльной шкале.

**Выводы.** В первичной профилактике неинфекционной заболеваемости семейному врачу целесообразно использовать метод Стратегии высокого риска, роль и эффективность которого очевидна и неоспорима в вопросе непосредственного положительного влияния на общественное здоровье и экономику Украины.

**Ключевые слова:** здоровье, неинфекционная заболеваемость, семейный врач, пациент, первичная профилактика, Стратегия высокого риска, абсолютный риск, экспертная оценка.

## About the essence of the method of high risk strategy in primary prophylaxis of noninfectious pathology in Ukraine

*V.V. Ruden', I.I. Kolyada, N.F. Timchenko*

Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Ukraine

**Purpose** – scientific justification of the need for the application of the method of High Risk Strategy in primary prophylaxis of noninfectious morbidity in a family doctor's practice in medical branch of Ukraine.

**Material and methods.** The survey was conducted among highly qualified organizers and managers of health care ( $p < 0.001$ ), according to processed program using generally known methods of epidemiological research.

**Results** of expert valuation shows the need of introduction of primary prophylaxis principles in the family doctor's practice whose basis should form the method of High Risk Strategy, because this method in primary prophylaxis will allow to identify the high risk of possible noninfectious morbidity at the individual level, which was estimated by experts at  $9.4 \pm 1.88$  points by the 10-point scale.

**Conclusions.** In primary prophylaxis of noninfectious morbidity, it is expedient for family doctor to use the method of High Risk Strategy which role and effectiveness are apparent and indisputable for immediate positive influence on public health and economy of Ukraine.

**Key words:** health, noninfectious morbidity, family doctor, patient, primary prophylaxis, High Risk Strategy, absolute risk, expert valuation.

### Відомості про автора

**Рудень Василь Володимирович** – д.мед.н., проф., заслужений лікар України, зав. кафедри соціальної медицини, економіки та організації охорони здоров'я Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького; вул. Студентська, 2, м. Львів, 79017, Україна; служб. тел. +38(032) 276-81-67; e-mail: vruden@ukr.net.

**Коляда Ірина Ігорівна** – здобувач кафедри соціальної медицини, економіки та організації охорони здоров'я та лікар-інтерн за спеціальністю «Сімейна медицина» Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького; Україна, вул. Студентська, 2, м. Львів, 79017, Україна; служб. тел. +38(032) 276-81-67; e-mail: irochka-90@mail.ru.

**Тимченко Наталія Федорівна** – викладач кафедри соціальної медицини, економіки та організації охорони здоров'я Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького; вул. Студентська, 2, м. Львів, 79017, Україна; служб. тел. +38(032) 276-81-67.

Н.Я. Жилка

## ОСНОВНІ ПЕРЕШКОДИ НА ШЛЯХУ ДО ЕФЕКТИВНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ В УКРАЇНІ

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

*Мета* – проаналізувати основні перешкоди до ефективної профілактики раку шийки матки в Україні.

*Матеріали та методи*, використані в ході виконання дослідження, – бібліосемантичний (аналізу підлягало 11 джерел, у тому числі 7 зарубіжних, наукової літератури з даного питання) та статистичний.

*Результати*. Основними перешкодами профілактики раку шийки матки є недостатня інформованість населення щодо профілактики інфекцій, що передаються статевим шляхом, та про вакцинопрофілактику; відсутність державного забезпечення декретованих груп населення вакциною проти вірусу папіломи людини; опортуністичний тип профілактичних оглядів; кадрово та технологічна криза в цитологічній службі.

*Висновки*. Зазначені перешкоди до профілактики раку шийки в Україні підтверджуються негативною динамікою захворюваності на цю патологію в Україні, а саме рівень захворюваності на рак шийки матки у 2011 р. становив 20,3 на 100 тис. населення, що в декілька разів перевищило рівень країн Європи.

*Ключові слова*: профілактика, скринінг, цитологія, технології.

### Вступ

За даними Європейського регіонального бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) у Копенгагені, хворі на онкологічні хвороби в Україні становлять майже 990 тис. осіб, а злоякісні новоутворення у чоловічого населення України на 9,0% формують загальний тягар нездоров'я, у жіночого – на 10,4% [2]. Якщо за прогнозними даними, які вказують на те, що протягом життя кожна третя-п'ята жінка і кожен третій-четвертий чоловік може захворіти на рак, а за розрахунками фахівців, до 2020 р. кількість нових випадків онкологічних захворювань в Україні може зрости до 200 тис., Україна перебуває у стані часу-пік щодо охорони здоров'я населення у сфері онкології.

**Мета роботи** – встановити основні перешкоди ефективної профілактики раку шийки матки в Україні.

**Матеріали та методи**, використані в ході виконання дослідження: бібліосемантичний – аналізу підлягало 11 джерел, у тому числі 7 зарубіжних, наукової літератури з даного питання та статистичний.

### Результати дослідження та їх обговорення

За статистичними даними 2009–2011 рр. в Україні, захворюваність на онкологічну патологію збільшилась

на 5,0%. За даними канцер-реєстру Національного інституту раку на кінець 2011 р., на онкологічному обліку перебувало 1 015 592 хворі (2227,3 на 100 тис. населення), у тому числі 355 590 чоловіків (1690,7 на 100 тис. чоловічого населення) і 660 002 жінки (2 686,7 на 100 тис. чоловічого населення) [4]. Злоякісні пухлини жіночої репродуктивної системи (молочної залози, шийки матки, тіла матки та яєчника) є найбільш поширеними в структурі онкологічної захворюваності (39,1%) У 2011 р. 17 323 жінки захворіли на рак статевих органів (вульви, шийки, інших придатків матки, плаценти яєчників, тіла матки, інших придатків матки). В основних групах онкогінекологічної захворюваності встановлено негативну динаміку: за період 2001–2011 рр. захворюваність на рак тіла матки (РТМ) збільшилась на 23,1% (2001 р. – 22,7 на 100 тис. населення, 2011 р. – 29,5), на рак шийки матки (РШМ) – на 10,3% (2001 р. – 18,2 на 100 тис. населення, 2011 р. – 20,3), на рак яєчника (РЯ) – на 9,0% (2001 р. – 15,1 на 100 тис. населення, 2011 р. – 16,6). Із наведених форм РШМ є візуальною формою онкологічної патології, а тому вважається такою, що має більш широкі можливості у вирішенні проблем перед іншими формами. Тому ВООЗ, враховуючи сучасні наукові досягнення щодо визначення основних чинників РШМ і методів профілактики, а також більш ніж десятилітній досвід ефективних профілактичних технологій щодо РШМ у дея-

ких країнах, зокрема у країнах Скандинавії, узагальни-ла можливості сучасності у напрямку профілактики РШМ, означила заклик, що на сьогодні РШМ можна не захворіти. Чи досягне Україна цього девізу ВООЗ? Що для цього необхідно? Які можливі шляхи подолання негативних тенденцій у поширенні РШМ?

За доведеними найсучаснішими даними, РШМ провокується здебільшого внаслідок інфікування вірусом папіломи людини (ВПЛ), який передається статевим шляхом [8, 11]. За розрахунками, понад 3/4 сексуально активних жінок уражається цим вірусом хоча б один раз у житті. Тривале інфікування онкогенними типами ВПЛ може стати причиною розвитку РШМ [5, 6]. ВПЛ, як правило, є асоційованою інфекцією з іншими ІПСШ.

Найперша перешкода на шляху до профілактики РШМ – недостатнє приділення уваги в Україні відомим на сьогодні чинникам будь-якої нозологічної форми онкології, що стосуються способу життя: інфекціям, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), гіподинамії, ожирінню, алкоголізму, тютюнопалінню. Як бачимо, наведені чинники входять до медико-соціальної сфери у їх вирішенні шляхом міжсекторального підходу. На сьогодні в Україні є всі інституції для боротьби з наведеними чинниками на рівні сім'ї, закладів освіти, засобів масової інформації, закладів охорони здоров'я, що належать до виконавчої влади. Аналіз показує, що розуміння виконавчою владою основоположних причин такої тяжкої патології, як онкологія, що є другою причиною у структурі надвисокого рівня смертності в Україні, недостатнє як у напрямку формування стратегій, так в плані їх цільового фінансування.

Наступна важлива перешкода у профілактиці РШМ – необґрунтоване зволікання у впровадженні інноваційних технологій. Зважаючи на високу патогенність ВПЛ у виникненні РШМ, у багатьох країнах Європейського регіону ВООЗ ліцензувала вакцину проти ВПЛ [7, 9, 10]. Переваги вакцинації полягають у тому, вона запобігає інфікуванню ВПЛ цервікальних клітин, а також забезпечує вироблення імунної пам'яті, створює захисні антитіла ще до ймовірної появи вірусу, знижує ризик необхідності лікування аномальних цервікальних процесів і зменшує ризик розвитку РШМ у носіїв ВПЛ.

Вакцини проти найнебезпечніших типів ВПЛ зареєстровані в усіх країнах Європейського союзу, США та Канаді. В Україні доступна до застосування вакцина, схвалена Європейським агентством по лікарським засобам (ЕМЕА) тривалентна (Gardasil<sup>®</sup>, Sanofi Pasteur MSD), та двохвалентна вакцина (Cervarix<sup>®</sup>, GlaxoSmithKline Biologicals). В Україні, незважаючи на отримані позитивні результати в інших країнах і стратегічну спрямованість питання профілактики РШМ за ВООЗ, організована вакцинація визначених груп населення не проводиться, що є серйозною перешкодою

у профілактиці РШМ. Згідно з наказом МОЗ України 19.05.2011 р. № 296 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 03.02.2006 р. №48», вакцинація проти ВПЛ є рекомендованою для щеплення (ІІІ розд.) з метою запобігання виникненню цервікальної інтраепітеліальної неоплазії та РШМ, піхви, вульви, ІІ–ІІІ ступенів генітальних кондилом та інших захворювань, що спричиняються ВПЛ. Організація щеплення проти ВПЛ потребує державного фінансування як у забезпеченні населення вакциною, так і в забезпеченні населення інформацією про вакцинопрофілактику, про яку в Україні поінформовані лише 13,3% жінок, причому 91,6% опитаних жінок не знають про вік проведення щеплення проти ВПЛ. Інформованість жінок про те, що вірус підвищує ризик розвитку тяжкого ступеню дисплазії та РШМ, у 116 разів сприятиме рівню відповідальності їх щодо профілактики та своєчасного обстеження.

Володіння населенням інформацією щодо профілактики ВПЛ та інших ІПСШ, доступність до їх діагностики та лікування можуть сприяти подоланню визначених перешкод, зважаючи на те, що, за даними екстрапольованого дослідження, на 1 випадок РШМ в Україні припадає понад 180 випадків ВПЛ-асоційованих захворювань. Загальна захворюваність на ВПЛ-асоційовану патологію становить близько 1 млн випадків, або 215 випадків на 10 тис. населення (ESGO, 2010).

Незважаючи на більш ніж тридцятирічну практику вітчизняної системи щорічних гінекологічних оглядів жінок із цитологічним обстеженням, як основного методу профілактики РШМ в Україні, про нього знають лише 60,6% досліджуваного контингенту жінок. Про профілактику ІПСШ як методу профілактики РШМ поінформовані лише 26,8%. Формальність у проведенні профілактичних оглядів, які вважаються надійним засобом запобігання захворюванням органів жіночої репродуктивної системи, є серйозною перешкодою ефективної профілактики РШМ.

Щорічний профілактичний огляд жіночого населення регламентований наказом МОЗ України від 15.07.2011 р. № 417 «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні». Відповідно до п. 4.2. методичних рекомендацій, затверджених цим наказом, профілактичні огляди проводяться для виявлення гінекологічних захворювань, спрямовані на раннє виявлення онкологічної патології у жінок, профілактику ІПСШ і ВІЛ/СНІДу. Профілактичними оглядами забезпечуються дівчата з 14 років та всі жінки (за їх поінформованою згодою), які звернулися вперше у поточному році до ЗОЗ (п. 4.3). У сексуально активних жінок проводяться огляд шийки матки у гінекологічних дзеркалах, обстеження на ІПСШ, онкоцитологія (за відсутності патології проводиться 1 раз на 3 роки) та кольпоскопія.

Проте кількісні показники профілактичних оглядів є здебільшого результатом реєстрації повторних

протягом оглядів жінок звітного періоду, на що вказують дані поглибленого аналізу. За офіційними статистичними даними, охоплення 12 млн жінок репродуктивного віку профілактичними оглядами становить близько 100%, а щорічна кількість цитологічних досліджень – близько 20 млн. Проте, за результатами аналізу, фактичне охоплення жіночого населення України профілактичними оглядами не перевищує 30%, оскільки облік цитологічного обстеження здійснюється за їх кількістю, у тому числі повторні обстеження, тому ефективність таких профілактичних оглядів недостатня [1, 3]. Передусім необхідно змінити вітчизняну традиційну опортуністичну систему гінекологічних профілактичних оглядів, ефективність якої – лише 14%, на систему загального цитологічного скринінгу, прийняту в більшості розвинених країн. Адже основною метою цитологічного скринінгу є не діагностика ранніх форм раку, а попередження його розвитку шляхом виявлення та лікування передракових і вірусних захворювань. Завдяки цій методиці в Скандинавських країнах рівень захворювань зменшився на 40–60%.

Однією з перешкод на шляху до ефективної профілактики РШМ в Україні є цитологічний скринінг, який становить невід'ємну складову профілактичних оглядів. В Україні цитологічний скринінг проводиться у жінок віком 18–65 років. Ситуація значно ускладнюється низькою якістю цитологічних досліджень за причини недотримання спеціалістами сучасних вимог щодо технології їх виконання. Унормована діяльність цитологічних лабораторій в Україні перебуває в стадії наукової та практичної депресії, що певним чином впливає на негативну тенденцію захворюваності та смертності населення від онкологічної патології.

Діяльність цитологічних лабораторій регламентується наказом МОЗ СРСР від 31.12.1976 р. № 1253, відповідно до якого, в онкологічних установах створюються регіональні централізовані цитологічні лабораторії. Сама дата унормування роботи найважливішої ланки у встановленні діагнозу раку будь-якої етіології свідчить про надто застарілі підходи до організації роботи цитологічних лабораторій. Відсутність в Україні єдиної цитологічної служби та єдиної системи підготовки і перепідготовки спеціалістів із цитології, спеці-

альності «лікар-лаборант-цитолог», недостатнє забезпечення лікувально-профілактичних закладів, цитологічних лабораторій спеціальним обладнанням, інструментарієм, реактивами не дає змоги проводити цитологічні дослідження належної якості [1].

Впровадження сучасних технологій цитологічного дослідження є одним з ефективних заходів подолання перешкод комплексної профілактики РШМ. Дослідження цитологічного матеріалу у всіх розвинутих країнах світу проводяться високоефективним методом Папаніколау, який на 50–70% підвищує діагностичну ефективність порівняно з іншими методами. Методом Папаніколау можна легко визначити ознаки дисплазії та плоскоклітинного РШМ. При цьому чітко відзначається щільність цитоплазми, гіперхроматоз ядер, що дає змогу фахівцю з цитології правильно інтерпретувати клітинні зміни і верифікувати патологічний процес. У вітчизняних цитологічних лабораторіях проводиться фарбування методом Романовського–Гімза, який застосовується лише в країнах пострадянського простору. Така ситуація негативно впливає на якість профілактичних оглядів і майже унеможливує якісну діагностику передракових захворювань та ранніх форм РШМ.

## Висновки

Таким чином, основні перешкоди профілактики РШМ такі: недостатня інформованість населення щодо профілактики ІПСШ і про вакцинопрофілактику; відсутність державного забезпечення декретованих груп населення вакциною проти ВПЛ; опортуністичний тип профілактичних оглядів; кадрова і технологічна криза у цитологічній службі. Зазначені перешкоди до профілактики РШМ в Україні підтверджуються негативною динамікою захворюваності на РШМ в Україні, зокрема, рівень захворюваності на РШМ у становить 20,3 на 100 тис. населення (2011 р.), що в декілька разів перевищує рівень європейських країн.

**Перспективи подальших досліджень** спрямовані на вивчення ефективності профілактичних заходів із профілактики РШМ в Україні.

## Література

1. Аналіз стану надання онкогінекологічної допомоги у 2006 році / МОЗ України. – К., 2007. – 12 с.
2. Економіка військової системи охорони здоров'я: навч. пос. / за ред. А.С. Котуза. – К.: УВМА, 2010. – 396 с.
3. Жилка Н. Я. Стан онкогінекологічної допомоги в Україні. Проблеми. Вплив на демографічну ситуацію / Н. Я. Жилка // Репродуктивное здоровье женщины. – 2007. – № 3 (32), ч. 2. – С. 24–27.
4. Раку в Україні, 2010–2011. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби // Бюлетень національного канцер-реєстру України / Нац. інститут раку. – К., 2012. – № 13. – 124 с.
5. Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. IARC Globocan CancerBase No. 5, version 2.0. Lyons, IARC Press, 2002 [Electronic resource]. – Access mode : <http://www-dep.iarc.fr/globocan/downloads.htm>. – Title from screen.

6. *European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening* / D. Coleman [et al.] // *European Journal of Cancer*. – 1993. – Vol. 29 A (Suppl. 4). – P. 1–38.
7. *National cancer control programmes*. – 1st ed. – Geneva : World Health Organization, 2002.
8. *Organised versus spontaneous pap-smear screening for cervical cancer, a case control study* / P. Nieminen [et al.] // *International Journal of Cancer*. – 1999. – Vol. 83. – P. 55–58.
9. *Parkin D. M. Chapter 2: The burden of HPV-related cancers* / D.M. Parkin, F. Bray // *Vaccine*. – 2006. – Vol. 24 (Suppl. 3). – S11–S25.
10. *Sasieni P. Benefit of cervical screening at different ages: evidence from the United Kingdom audit of screening histories* / P. Sasieni, J. Adams, J. Cuzick // *British Journal of Cancer*. – 2003. – Vol. 89 (1). – P. 88–93.
11. *Sigurdsson K. Cervical cancer screening-effectiveness and implications of HPV vaccines in Iceland* / K. Sigurdsson // *Entre Nous*. – 2007. – Vol. 64. – P. 16–18.

Дата надходження рукопису до редакції: 10.12.2013 р.

## Основные препятствия на пути к эффективной профилактике рака шейки матки

*Н.Я. Жилка*

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

**Цель** – проанализировать основные препятствия эффективной профилактики рака шейки матки в Украине.

**Материалы и методы**, используемые в ходе выполнения исследования, – библиосемантический (анализу подлежали 11 источников, в том числе 7 зарубежных, научной литературы по данному вопросу) и статистический.

**Результаты**. Основными препятствиями профилактики рака шейки матки являются недостаточная информированность населения по профилактике инфекций, передающихся половым путем, и о вакцинопрофилактике; отсутствие государственного обеспечения декретированных групп населения вакциной против вируса папилломы человека; оппортунистический тип профилактических осмотров; кадровый и технологический кризис в цитологической службе.

**Выводы**. Указанные препятствия профилактики рака шейки матки в Украине подтверждены негативной динамикой заболеваемости этой патологией в Украине, а именно уровень заболеваемости раком шейки матки в 2011 г. составил 20,3 на 100 тыс. населения, что в несколько раз превысил уровень стран Европы.

**Ключевые слова**: профилактика, скрининг, цитология, технологии.

## Major obstacles to effective prevention of cervical cancer in Ukraine

*N.Y. Zhylka*

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

**Purpose** is to analyze the main barriers to effective prevention of cervical cancer in Ukraine. Materials and methods. Are used during performance of research - bibliosemantic (the analysis 11 sources, including 7 foreign subject, the scientific literature on the given question) and statistical.

**Results**. The main obstacles of preventive of cervical cancer is insufficient knowledge of the population on preventive of STIs and the vaccine; absence of state provision decreed groups of populations HPV vaccine, opportunistic type checkups, personnel and technological crisis in cytology service.

**Conclusion**. These barriers to preventive cervical cancer in Ukraine confirmed the negative dynamics of incidence of this pathology in Ukraine, namely the level of incidence of cervical cancer in 2011 was 20.3 per 100 thousand population, which is several times higher than in European countries.

**Key words**: prevention, screening, cytology, technologies.

## Відомості про автора

**Жилка Надія Яківна** – д.мед.н., доц. кафедри акушерства, гінекології та перинатології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика; вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна; служб. тел. +38(044) 483-17-05; e-mail: zhylka.nadya@gmail.com.

Г.О. Слабкий<sup>1</sup>, Н.Ф. Шишацька<sup>2</sup>, В.В. Глуховський<sup>3</sup>

## ПАЦІЄНТООРІЄНТОВАНІ СИСТЕМИ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ: МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД І ЗАВДАННЯ ДЛЯ УКРАЇНИ

<sup>1</sup>Донецький національний медичний університет імені М. Горького, Україна

<sup>2</sup>Донецьке обласне клінічне територіальне медичне об'єднання, Україна

<sup>3</sup>Лікарська асоціація Миколаївського регіону, Україна

**Мета** — вивчити міжнародний досвід і розробити концептуальні підходи до формування пацієнтоорієнтованої системи медичної допомоги в країні.

**Матеріали та методи:** бібліосемантичний, системного підходу і соціологічний.

**Результати.** Всесвітньою організацією охорони здоров'я та Міжнародним альянсом організацій пацієнтів визначено основні вимоги до пацієнтоорієнтованих систем охорони здоров'я (повага особистості пацієнта; персональне залучення пацієнтів у різні аспекти надання медичної допомоги тощо). Встановлено низький рівень орієнтації системи охорони здоров'я України на пацієнтів. Запропоновано концептуальні підходи з формування пацієнтоорієнтованої медичної допомоги, для чого необхідні підтримка та співробітництво політиків, управлінців, виробників медичних послуг, науковців, населення в діях, спрямованих на здійснення політики, економіки, структури та освіти в охорони здоров'я, а також зміни позицій усіх її учасників.

**Висновки.** Наведені міжнародні підходи з формування пацієнтоорієнтованих систем охорони здоров'я є важливими в ході реформування системи охорони здоров'я України.

**Ключові слова:** пацієнтоорієнтовані системи охорони здоров'я, міжнародний досвід, Україна, завдання.

### Вступ

Головною і центральною фігурою будь-якої системи охорони здоров'я має бути пацієнт, оскільки потреби людей у різних видах медичної допомоги стали головними чинниками виникнення медичних послуг [3]. Люди завжди потребували різних видів медичних послуг, і ці послуги були направлені від різних провайдерів до них. У подальшому спостерігалось удосконалення шляхів надання медичних послуг і формування системи, яка забезпечувала пацієнтів різноманітними видами медичної допомоги, але внаслідок бурної технологізації, високої корпоратизації та комерціалізації системи медичної допомоги пацієнти поступово були витіснені з центру системи на периферію, що привело до того, що пацієнт із мети діяльності перетворився в засіб [7, 8].

У сучасних умовах управління закладами охорони здоров'я здійснюється за законами класичного менеджменту і є «ринково орієнтованим». З іншого боку, з розвитком приватних закладів охорони здоров'я зростає конкуренція між ними [1]. У цих умовах вижити виключно за рахунок ціноутворення з отриманням прибутків стає все складніше, тому перед ними стоїть

питання утримання пацієнтів. У зв'язку з цим є ефективним менеджмент, спрямований на максимальне задоволення потреб пацієнтів, так званий «пацієнтоорієнтований менеджмент». Такий менеджмент є запорукою успішного подальшого розвитку закладу охорони здоров'я, в якому питання якості медичних послуг та цінової політики є збалансованими і відповідають очікуванням населення [2].

Особливо важливим є дане питання в умовах реформування системи охорони здоров'я України з пріоритетним розвитком первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини, оптимізації вторинної медичної допомоги зі створенням нового типу лікарень залежно від інтенсивності лікувально-діагностичного процесу та зміни системи фінансування закладів охорони здоров'я [4, 5, 6].

Національні підходи до формування пацієнтоорієнтованої системи охорони здоров'я в Україні мають базуватися на міжнародних. Міжнародний альянс організацій пацієнтів з 2004 р. проводить значну роботу з прийняття в Європейському Союзі концепції системи медичної допомоги, орієнтованої на пацієнтів, а в 2002 р. прийнята Європейська Хартія пацієнтів [9].

Таблиця

**Результати соціологічного дослідження серед пацієнтів  
закладів охорони здоров'я вторинного рівня надання медичної допомоги**

Показник	Позитивна відповідь		Негативна відповідь	
	абс.	%	абс.	%
Ознайомлений з правами пацієнтів	73	18,25	327	81,75
Стикався з порушенням прав пацієнтів у закладах охорони здоров'я	217	54,25	183	45,75
Звертався до правоохоронних органів у зв'язку з порушенням прав пацієнтів	3	0,75	397	99,25
Вважає за необхідне посилити заходи із захистом прав пацієнтів	328	82,00	72	18,00
Вважає недостатньою інформацію в закладах охорони здоров'я про права пацієнтів	341	85,25	59	14,75
Отримував повну інформацію про стан здоров'я та план медичних втручань	159	39,75	241	60,25
Давав інформовану згоду на медичне втручання	147	36,75	253	63,25
Знає факт розголошення конфіденційної інформації про стан здоров'я пацієнтів	152	38,00	248	62,00
Знає про право вибору та зміни лікуючого лікаря	32	8,00	368	92,00

**Мета роботи** – вивчити міжнародний досвід і розробити концептуальні підходи до формування пацієнтоорієнтованої системи медичної допомоги в країні.

**Матеріали та методи:** бібліосемантичний, структурно-логічний аналіз, системного підходу, соціологічний – за спеціально розробленою анкетною опитано 400 пацієнтів закладів охорони здоров'я вторинного рівня надання медичної допомоги.

Отримані результати опрацьовано загальноприйнятими методами за допомогою пакету статистичного аналізу «Statistica 6.0», «Microsoft Excel».

### Результати дослідження та їх обговорення

У 2003 р. Всесвітня організація охорони здоров'я вказала на те, що для організації системи медичної допомоги, орієнтованої на пацієнтів, необхідно:

- будувати партнерство між лікарем і пацієнтом під час лікування;
- сфокусуватися на потребах і пріоритетах пацієнта;
- використовувати п'ять принципів: оцінити, порекомендувати; узгодити, надати допомогу, усунути проблему;
- надавати пацієнту інформацію про хворобу та самообслуговування;
- залучати пацієнта як експерта нарівні з персоналом закладу охорони здоров'я;

- забезпечувати зв'язок і підтримку громади та сім'ї;
- використовувати письмову інформацію – реєстри, лікувальні карти, плани лікування та інші матеріали для інформування, рекомендацій та нагадувань;
- працювати разом як клінічна команда;
- забезпечувати подовження медичного догляду.

З огляду на вищезазначене нами проведено соціологічне дослідження серед 400 пацієнтів закладів охорони здоров'я вторинного рівня надання медичної допомоги (табл.).

Отримані в ході соціологічного дослідження дані вказують на низький рівень орієнтації системи охорони здоров'я вторинного рівня надання медичної допомоги на потреби пацієнтів та забезпечення їхніх прав у закладах охорони здоров'я.

При цьому міжнародний досвід свідчить, що система охорони здоров'я, орієнтована на пацієнта, визначає цей шлях для перетворень як найбільш вигідний у плані вирішення потреб населення в медичній допомозі, які постійно зростають і не можуть ефективно вирішуватися без участі громадськості.

Міжнародний альянс організацій пацієнтів визначив загальні принципи, використання яких дасть змогу досягнути консенсусу пріоритетів в організації медичної допомоги, орієнтованої на пацієнтів. Вони полягають у такому.

**Повага.** Повага особистості пацієнта та його бажань, преваг, цінностей і потреб є центральною в системі медичної допомоги, орієнтованої на пацієнтів.

**Залучення.** Персональне залучення громадян і пацієнтів до різних аспектів надання медичної допомоги, починаючи з рівня вибору і до рівня прийняття рішень з управління медичною допомогою на рівноправних взаєминах з професіоналами охорони здоров'я.

**Доступ та підтримка.** Пацієнти мають отримувати медичну допомогу відповідно до стану їхнього здоров'я. Це включає доступ до сучасних діагностичних і лікувальних технологій, медикаментів, профілактичних заходів і заходів з активної підтримки здоров'я. Медичні послуги мають бути відповідної якості, а пацієнти забезпечені механізмами їх вибору.

**Інформація.** Громадяни та пацієнти мають отримувати своєчасну повну інформацію, яка дасть їм змогу приймати поінформоване рішення та здійснювати ефективні дії, скеровані на поліпшення власного здоров'я. Інформація має бути як загальною, так і скерованою на конкретного пацієнта відповідно до стану його здоров'я. Вона має бути представленою у відповідній формі з урахуванням інтелектуальних здібностей, фізичних можливостей, культурних цінностей та знання мови пацієнтом.

**Повноваження.** Громадяни та пацієнти мають отримувати в системі охорони здоров'я повноваження, які дадуть їм змогу бути (наскільки це можливо) незалежними у своїх рішеннях. У цих питаннях організації пацієнти мають бути визнаними та підтриманими.

При цьому всі зацікавлені сторони мають розуміти, що залучення до процесу прийняття в охороні здоров'я рішень пацієнтів та їх організацій є важливим фактором того, що політика і практика охорони здоров'я будуть адресовані на потреби пацієнтів. Розвиток системи охорони здоров'я спільно з пацієнтами дасть змогу поліпшити результати діяльності системи охорони здоров'я та задоволеність пацієнтів.

В умовах реформування системи охорони здоров'я України концептуальні підходи, з точки зору формування пацієнтоорієнтованої медичної допомоги, полягають у такому:

- орієнтація на законодавчу базу країни із питання охорони здоров'я, залучення органів місцевого самоврядування;

- фокусування діяльності системи охорони здоров'я на потреби пацієнтів;
- організація медичної допомоги на повазі людської гідності та виключення будь-яких форм дискримінації;
- впровадження та дотримання міжнародного кодексу етичних норм;
- запровадження ефективної системи забезпечення якості медичної допомоги та її контролю;
- залучення громадян та їх організацій до процесу управління і розвитку системи медичної допомоги на всіх рівнях управління;
- створення можливості практичної взаємодії між надавачами медичних послуг та їх отримувачами;
- інформування пацієнтів про свої права, можливості та характеристику медичних послуг, захист персоніфікованих даних;
- реальне право пацієнтів на самовизначення та вільного вибору місця отримання медичної допомоги і лікуючого лікаря;
- доступність громади до якісної інформації про діяльність лікарів, закладів охорони здоров'я та системи в цілому.

Для створення системи охорони здоров'я, орієнтованої на пацієнтів, необхідні підтримка та співробітництво політиків, управлінців, виробників медичних послуг, науковців, населення в осмисленні вказаних принципів і дій, спрямованих на політику, економіку, структуру та освіту в охороні здоров'я, а також зміни позицій усіх її учасників із тим, щоб зробити систему охорони здоров'я в країні пацієнтоорієнтованою.

## Висновки

Наведено міжнародні підходи з формування пацієнтоорієнтованих систем охорони здоров'я, використання яких є важливим у ході реформування системи охорони здоров'я України з метою підвищення її ефективності та рівня задоволеності населення.

**Перспективи подальших досліджень** пов'язані з вивченням забезпечення прав пацієнтів у закладах охорони здоров'я різного рівня надання медичної допомоги.



## Література

1. Бугорков И. В. Изучение проблемы конкурентноспособности медицинских организаций на рынке стоматологических услуг / И. В. Бугорков // Europäische Fachhochschule. European applied sciences. – 2012. – № 1. – P. 74–76.
2. Бугорков И. В. Клінічний менеджмент у системі державних стоматологічних установ / І. В. Бугорков // Університетська клініка. – 2009. – Т. 5, № 1–2. – С. 111–112.
3. Действия общественного здравоохранения в целях улучшения здоровья детей и всего населения в Европе, 2005. – ВОЗ, 2005. – 154 с.
4. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – № 1 (13). – С. 5–23.
5. 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.
6. Програма економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» / Комітет з економічних реформ при Президентові України 2010. – 87 с. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.president.gov.ua/content/ker-program.html>. – Назва з екрана.
7. Тульчинский Т. Х. новое общественное здравоохранение. Введение в современную науку / Т. Х. Тульчинский, Е. А. Варавикова. – Иерусалим, 1999. – 1049 с.
8. Україна крізь призму Європейської Хартії прав пацієнтів: результати виконання в Україні другого етапу європейських досліджень на відповідність стандартам ЄС з прав пацієнтів. – К. : Вид-во ТОВ «Дизайн і поліграфія», 2012. – 158 с.
9. Active Citizenship network (ACN) – European Charter of Patients' Rights – Brussels 2002 [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.activecitizenship.net/content/view/283/165>. – Title from screen.

Дата надходження рукопису до редакції: 11.02.2014 р.

## Пациентоориентированные системы медицинской помощи: международный опыт и задачи для Украины

Г.А. Слабкий<sup>1</sup>, Н.Ф. Шишацкая<sup>2</sup>, В.В. Глуховский<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Донецкий национальный медицинский  
университет имени М. Горького, Украина

<sup>2</sup>Донецкое областное клиническое территориальное  
медицинское объединение, Украина

<sup>3</sup>Врачебная ассоциация Николаевского региона,  
Украина

**Цель** – изучить международный опыт и разработать концептуальные подходы к формированию пациентоориентированной системы медицинской помощи в государстве.

**Материалы и методы:** библиосемантический, системно-го подхода и социологический.

**Результаты.** Всемирной организацией здравоохранения и Международным альянсом организаций пациентов определены основные требования к пациентоориентированным системам здравоохранения (уважение к личности пациента; персональное вовлечение пациентов в разные аспекты оказания медицинской помощи и др.). Установлен низкий уровень ориентации системы здравоохранения Украины на пациентов. Предложены концептуальные подходы к формированию пациентоориентированной системы здравоохранения, для чего необходима поддержка и сотрудничество политиков, управленцев, производителей медицинских услуг, научных работников, населения в действиях, направленных на проведение политики, экономики, структуры и образования в здравоохранении, а также изменения позиций всех ее участников.

**Выводы.** Представленные международные подходы к формированию систем здравоохранения, ориентированных на пациента, являются важными в ходе реформирования системы здравоохранения Украины.

**Ключевые слова:** пациентоориентированные системы здравоохранения, международный опыт, Украина, задачи.

## Patient oriented systems of medical aid: international experience and goals for Ukraine

G.O. Slabky<sup>1</sup>, N.F. Shyshatska<sup>2</sup>, V.V. Gluhovsky<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Donetsk National Medical University named  
after M.Gorky, Ukraine

<sup>2</sup>Donetsk Regional Clinical Hospital,  
Ukraine

<sup>3</sup>Doctors Association of Micolaiiv Region,  
Ukraine

**Purpose** – to study international experience and work out conceptional approaches to forming patient oriented system of medical aid in our state.

**Materials and methods:** bibliosemantic, method of systematic approach, sociological method.

**Results.** World Health Organization and International Alliance of patients' organizations defined basic requirements to patient oriented systems of health service (respect to patient's personality; personal involvement of patients to different aspects of medical aid et al.) Sociological research showed low level of orientation of Health Service System in Ukraine to patients. Conceptual approaches to forming patient oriented system of health service are proposed.

**Conclusions.** International approaches to forming patient oriented systems of health service, which use are important for reforming Health Service System in Ukraine are presented.

**Key words:** patient oriented systems of health service, international experience, Ukraine, goals.

## Відомості про авторів

**Слабкий Геннадій Олексійович** – д.мед.н., проф. кафедри організації вищої освіти, управління охороною здоров'я та епідеміології Донецького національного медичного університету імені М. Горького; просп. Ілліча, 16, м. Донецьк, 83003, Україна; +38(062) 344-31-37; e-mail: g.slabkiy@mail.ru.

**Шишацька Наталія Федорівна** – лікар акушер-гінеколог Донецького обласного клінічного територіального медичного об'єднання; просп. Ілліча, 14, м. Донецьк, 83003, Україна; служб. тел. +38(062) 295-85-04; e-mail: alla-med@yandex.ru.

**Глуховський Віктор Васильович** – к.мед.н., голова лікарської асоціації Миколаївського регіону; вул. Адмірала Рахімова, 1а, м. Миколаїв, 54030, Україна; служб. тел. +38(0512) 36-91-07, тел./факс. +38(0512) 47-87-89; e-mail: arachnida2000@gmail.com.

Л.Я. Бучинський

# ХАРАКТЕРИСТИКА СКЕРУВАННЯ ДОРΟΣЛИХ ПАЦІЄНТІВ ЛІКАРЯМИ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ / СІМЕЙНИМИ ЛІКАРЯМИ НА КОНСУЛЬТАЦІЇ ДО ЛІКАРІВ-СПЕЦІАЛІСТІВ

Бучанська міська поліклініка, м. Буча, Київська область, Україна

**Мета** – вивчити рівень скерування дорослих пацієнтів лікарями загальної практики / сімейними лікарями на консультації до лікарів-спеціалістів на вторинний рівень надання медичної допомоги.

**Матеріали та методи.** Методом експертних оцінок за спеціально розробленою програмою вивчено скерування 800 первинних дорослих пацієнтів, які звернулися до лікарів загальної практики / сімейних лікарів, (400 – у сільській місцевості, 400 – у містах) на вторинний рівень надання медичної допомоги.

**Результати.** Встановлено, що сімейні лікарі, які надають медичну допомогу сільському населенню, достовірно рідше скерують пацієнтів на консультації до лікарів-спеціалістів на вторинний рівень надання медичної допомоги. Виявлено недостатній рівень задоволеності сімейних лікарів якістю консультацій лікарів-спеціалістів. Зворотний зв'язок як система на рівні «вторинна амбулаторно-поліклінічна – первинна медична допомога» не відпрацьовано.

**Висновки.** Отримані в ході дослідження результати є підставою для розробки програми експертного розподілу лікарських спеціальностей між консультативними поліклініками та консультативно-діагностичними центрами.

**Ключові слова:** лікарі загальної практики / сімейні лікарі, лікарі-спеціалісти, консультації.

## Вступ

На даному етапі розвитку системи охорони здоров'я України проводиться пріоритетне впровадження первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної лікарської практики / сімейної медицини [5, 6]. Здійснюється юридичне та фінансове розмежування даних рівнів медичної допомоги [1]. Визначаються обсяги медичної допомоги для лікарів загальної практики / сімейних лікарів (ЛЗП/СЛ) [2, 3, 4]. У цих умовах необхідно встановити потребу населення в спеціалізованих видах медичної допомоги на амбулаторно-поліклінічному рівні, що стане основою для формування структури й потужності консультативних поліклінік.

**Мета роботи** – вивчити рівень скерування дорослих пацієнтів ЛЗП/СЛ на консультації до лікарів-спеціалістів на вторинний рівень надання медичної допомоги.

## Матеріали та методи

У ході дослідження використано метод експертних оцінок. За спеціально розробленою програмою прове-

дено експертну оцінку первинної медичної документації («Карта амбулаторного хворого», ф-25/о і «Журнал скерування пацієнтів на вторинний рівень надання медичної допомоги») 800 первинних дорослих пацієнтів, які звернулися до ЛЗП/СЛ, з яких 400 – у сільській місцевості, 400 – у містах. Вибірка проведена суцільним методом. Дані про пацієнта для аналізу внесено до електронних таблиць програми експертної оцінки лише один раз. За спеціально розробленою анкетною опитано 58 сільських і 53 міські ЛЗП/СЛ. Отримані результати опрацьовано загальноприйнятими методами за допомогою пакету статистичного аналізу «Statistica 6.0», «Microsoft Excel».

## Результати дослідження та їх обговорення

На початку дослідження встановлено рівень скерування дорослих пацієнтів ЛЗП/СЛ на консультації до лікарів-спеціалістів на вторинний рівень надання медичної допомоги (табл. 1).

За даними таблиці 1, ЛЗП/СЛ, які надають медичну допомогу сільському населенню, достовірно рідше скерують пацієнтів на консультації до ліка-

Таблиця 1

Рівень направлення пацієнтів на консультацію до лікарів-спеціалістів

Спеціальність лікаря-консультанта	Сільська місцевість		Міські жителі	
	абс.	%	абс.	%
Акушер-гінеколог	18	4,50±1,0	23	5,75±1,2
Невролог	22	5,50±1,1	29	7,25±1,3
Кардіолог	19	4,75±1,1	31	7,75±1,3
Ендокринолог	11	2,75±0,8	14	2,50±0,8
Гастроентеролог	5	1,25±0,6	9	2,25±0,7
Ревматолог	4	1,00±0,5	6	1,50±0,6
Пульмонолог	6	1,50±0,6	8	2,00±0,7
Нефролог	3	0,75±0,4	3	0,75±0,4
Гематолог	2	0,50±0,4	7	1,75±0,7
Алерголог	2	0,50±0,4	8	2,00±0,7
Хірург	16	4,00±1,0	23	5,75±1,2
Офтальмолог	12	3,00±0,9	17	4,25±1,0
Отоларинголог	9	2,25±0,7	13	3,25±0,9
Уролог	5	1,25±0,6	7	1,75±0,7
Травматолог-ортопед	12	3,00±0,9	19	4,75±1,1
Онколог	4	1,00±0,5	7	1,75±0,7
Нарколог	7	1,75±0,7	8	2,00±0,7
Психіатр	2	0,50±0,4	2	0,50±0,4
Фтизіатр	5	1,25±0,6	8	2,00±0,7
Інші спеціальності	12	3,00±0,9	15	3,75±0,9

рів-спеціалістів на вторинний рівень надання медичної допомоги. ЛЗП/СЛ, які надають медичну допомогу сільському населенню, найчастіше скеровують

пацієнтів на консультації до лікарів-консультантів таких спеціальностей: неврологія (5,50±1,1%), кардіологія (4,75±1,1%), акушерство та гінекологія

Таблиця 2

Організація направлення пацієнтів на консультацію до лікарів-спеціалістів

Показник	Сільська місцевість		Міські жителі	
	абс.	%	абс.	%
Заповнено спеціальну форму направлення	25	14,20±1,7	29	11,74±1,6
Зроблено запис у карті амбулаторного хворого	145	82,39±1,9	171	69,23±2,3
Рекомендовано консультацію усно	6	3,41±0,9	47	19,03±2,0
При скеруванні вказано мету консультації	34	19,32±2,0	23	9,31±1,4
При скеруванні узгоджено день і час консультації	4	2,27±0,8	29	11,74±1,6

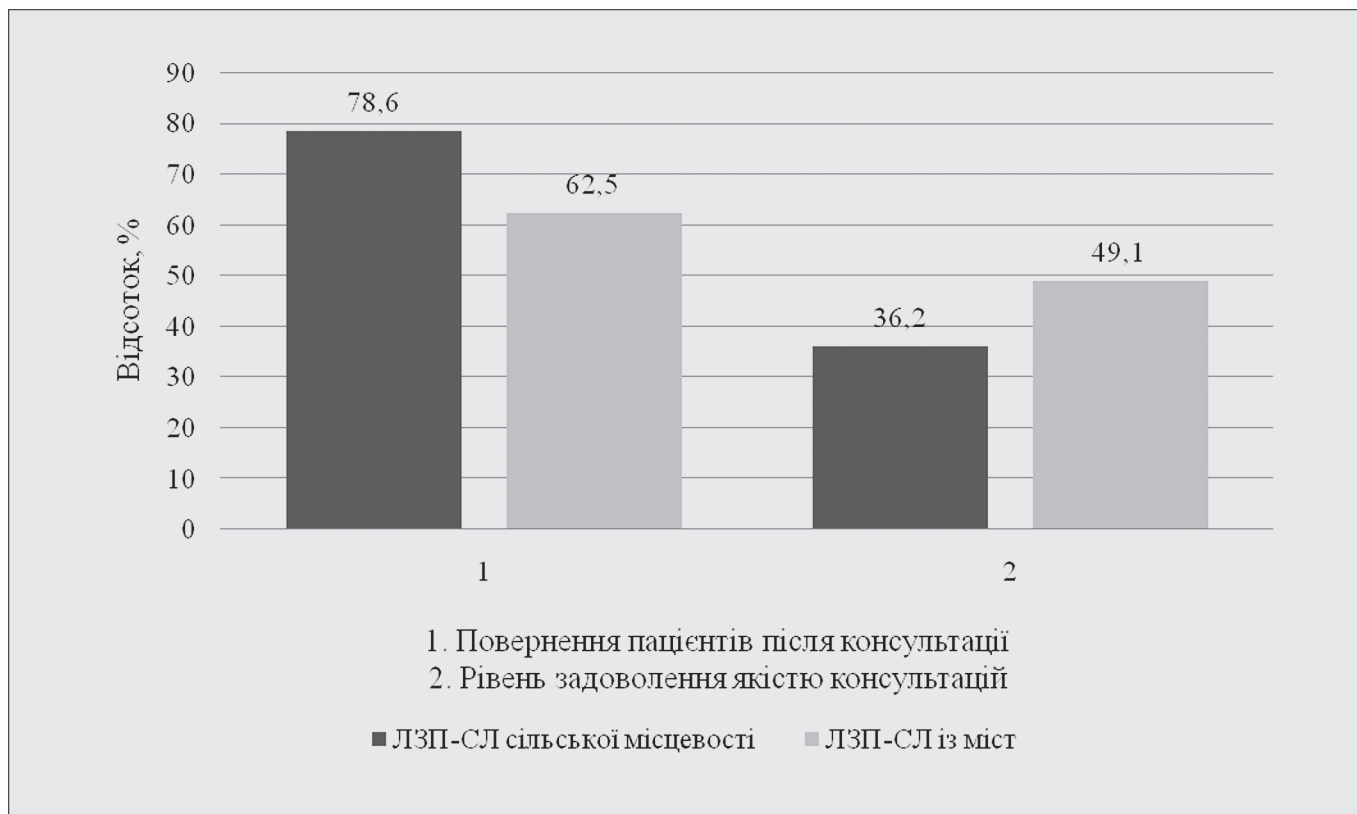


Рис. Наявність зворотного зв'язку та рівень задоволеності лікарів загальної практики / сімейних лікарів якістю консультацій (%)

( $4,50 \pm 1,0\%$ ), хірургія ( $4,0 \pm 1,0\%$ ), офтальмологія і травматологія та ортопедія ( $3,0 \pm 0,9\%$ ), а найрідше – до алерголога, гематолога, психіатра (по  $0,5 \pm 0,4\%$ ).

Сімейні лікарі, які надають медичну допомогу міському населенню, найчастіше скеровують пацієнтів на консультації до лікарів-консультантів таких спеціальностей: кардіологія ( $7,75 \pm 1,3\%$ ), неврологія ( $7,25 \pm 1,3\%$ ), хірургія та акушерство і гінекологія (по  $5,75 \pm 1,2\%$ ), а найрідше – до психіатра ( $0,5 \pm 0,4\%$ ) та нефролога ( $0,75 \pm 0,4\%$ ).

При цьому встановлено, що сільські ЛЗП/СЛ направляють одночасно пацієнта на консультацію до двох і більше консультантів у  $10,75 \pm 1,5\%$  випадках, а міські – у  $2,25 \pm 0,7\%$ .

Далі вивчено організаційні питання щодо скерування пацієнтів на консультації за визначеними показниками (табл. 2).

За даними таблиці 2, спеціальна форма направлення заповнюється ЛЗП/СЛ у межах 14%, і достовірно частіше міські порівняно з сільськими ЛЗП/СЛ дають усні рекомендації щодо необхідності консультації лікаря-спеціаліста. Загальним недоліком у роботі як сільських, так і міських ЛЗП/СЛ при скеруванні пацієнтів на консультації до лікарів-спеціалістів є те, що більше ніж у 80% випадків не вказується мета консультації та в понад 90% випадків не узгоджуються день і час консультації.

Далі вивчено зворотний зв'язок ЛЗП/СЛ за результатами скерування пацієнтів на консультацію до лікарів-спеціалістів і задоволеності перших якістю консультації. Результати дослідження наведено на рисунку.

За даними рисунку встановлено недостатній рівень задоволеності ЛЗП/СЛ якістю консультацій (позитивно оцінено  $36,2 \pm 2,4\%$  сільськими і  $49,1 \pm 2,5\%$  міськими ЛЗП/СЛ), при цьому  $78,6 \pm 2,1\%$  сільських і  $62,5 \pm 2,4\%$  міських жителів повертаються з результатами консультацій до ЛЗП/СЛ. Зворотний зв'язок як система на рівні «вторинна амбулаторно-поліклінічна – первинна медична допомога» не відпрацьовано.

## Висновки

Отримані в ході дослідження результати є підставою для розробки програми експертного розподілу лікарських спеціальностей між консультативними поліклініками й консультативно-діагностичними центрами.

**Перспективи подальших досліджень** пов'язані з експертним розподілом лікарських спеціальностей для надання консультативної спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної допомоги між консультативними поліклініками й консультативно-діагностичними центрами в межах госпітального округу.

## Література

1. *Лехан В. М.* Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – № 1 (13). – С. 5–23.
2. *Науково обгрунтовані підходи до кваліфікаційної характеристики лікаря загальної практики – сімейного лікаря з позиції компетентнісного підходу : метод. рекомендації / НМАПО ім. П. Л. Шупика, ДУ «Укр. ін-т стратегічних досліджень МОЗ України»; уклад. : Л. Ф. Матюха, Н. Г. Гойда, В. Г. Слабкий, М. В. Олійник.* – К., 2010. – 27 с.
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 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.
5. *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.
6. *Програма економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава».* Комітет з економічних реформ при Президентові України 2010. – 87 с.: Режим доступу : <http://www.president.gov.ua/content/ker-program.html>. – Назва з екрана.

*Дата надходження рукопису до редакції: 11.02.2014 р.*

## Характеристика направления взрослых пациентов врачами общей практики / семейными врачами на консультации к врачам-специалистам

*Л.Я. Бучинский*

Бучанская городская поликлиника,  
г. Буча, Киевская область, Украина

**Цель** – изучить уровень направления взрослых пациентов врачами общей практики / семейными врачами на консультации к врачам-специалистам на вторичный уровень оказания медицинской помощи.

**Материалы и методы.** Методом экспертных оценок по специально разработанной программой изучено направление 800 первичных взрослых пациентов, которые обратились к врачам общей практики / семейным врачам (400 – в сельской местности и 400 – в городах), на вторичный уровень оказания медицинской помощи.

**Результаты.** Установлено, что семейные врачи, которые оказывают медицинскую помощь сельскому населению, достоверно реже направляют пациентов на консультации к врачам-специалистам на вторичный уровень оказания медицинской помощи. Выявлен недостаточный уровень удовлетворенности семейных врачей качеством консультаций врачей-специалистов. Обратная связь как система на уровне «вторичная амбулаторно-поликлиничная – первичная медицинская помощь» не отработана.

**Выводы.** Полученные в ходе исследования результаты являются основанием для разработки программы экспертного разделения врачебных специальностей между консультативными поликлиниками и консультативно-диагностическими центрами.

**Ключевые слова:** врачи общей практики / семейные врачи, врачи-специалисты, консультации.

## Characteristic of directing of adult patients to doctors-specialists by general practitioners / family doctors

*L. Ya. Buchynsky*

Buchansk city polyclinic,  
Bucha, Kyiv region, Ukraine

**Purpose** – to study the level of directing adult patients to doctors-specialists for secondary medical aid by general practitioners / family doctors.

**Materials and methods.** Direction of 800 adult primary patients who visited family doctors (400 in rural regions and 400 in the cities) to secondary level of medical aid was studied by method of expert evaluation according to specially worked out program.

**Results.** Established that family physicians who provide medical care to the rural population, significantly less direct the patients to consult of medical specialist for secondary level of care. Insufficient level of satisfaction with the quality of family doctors consulting medical specialists has been found. Feedback as a system-level «secondary out-patient – primary care» did not worked.

**Conclusions.** Results obtained in the course of study compose background for working out program of expert division of doctors specialities between consulting polyclinics and consulting-and-diagnostic centers.

**Key words:** general practitioners / family doctors, doctors-specialists, consulting.

## Відомості про автора

**Бучинський Любомир Ярославович** – головний лікар Бучанська міська поліклініка, вул. Польова 21/10, м. Буча, Київська область. 08292, Україна; служб. тел. +38(045) 974-85-90.

Н.Ю. Кондратюк

# НОРМАТИВНО-ПРАВОВІ АСПЕКТИ ТА УПРАВЛІННЯ ПРОЦЕСОМ ДИСПАНСЕРИЗАЦІЇ ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

м. Київ, Україна

**Мета** – вивчити та проаналізувати реалізацію основних положень наказу Міністерства охорони здоров'я України від 27.08.2010 р. № 728 «Про диспансеризацію населення».

Під час виконання роботи використано аналітичний та бібліосемантичний методи.

**Результати.** Міністерством юстиції України 29.12.2010 р. зареєстровано за № 1396/18691 наказ Міністерства охорони здоров'я України від 27.08.2010 р. № 728 «Про диспансеризацію населення», який затвердив порядок і методику проведення диспансеризації. Водночас, цей наказ викликав багато запитань у частині проведення диспансеризації, її статистичного оформлення, кадрового та діагностичного забезпечення вимог цього наказу.

**Висновки.** Вказані недоліки формують негативне ставлення населення як до диспансеризації, так і до медичної галузі, оскільки медичними працівниками не виконуються елементарні вимоги з оформлення медичної документації, обстежень, які не потребують додаткового фінансування і повинні розглядатись у площині етики і деонтології й виконання функціональних обов'язків. Завданням на найближчий період повинна стати робота із забезпечення якісної диспансеризації населенню та постійний дієвий контроль за якістю медичної допомоги населенню.

**Ключові слова:** диспансеризація, профілактичні огляди, нормативно-правова база.

## Вступ

Сучасний стан здоров'я в Україні певною мірою свідчає необхідність і важливість роботи щодо диспансеризації населення. Саме це і передбачає вивчення сучасних підходів, зокрема, правових, організаційних та інформаційних складових даного процесу, а також багатогранність поняття здоров'я, скринінг і неінфекційні захворювання [6].

Міжнародний досвід свідчить, що поширеність чинників ризику основних неінфекційних захворювань серед населення пов'язана з рівнем смертності, а провідним фактором, який визначає здоров'я населення (понад 50%), є спосіб життя.

Таким чином, завданням проведення диспансеризації дорослого населення є раннє виявлення хронічних неінфекційних захворювань (станів), які є основною причиною інвалідності та передчасної смертності населення, основних чинників ризику їх розвитку (підвищений рівень артеріального тиску, дисліпідемія, підвищений рівень глюкози крові, тютюнопаління, зловживання алкоголем, нераціональне харчування, низька фізична активність, надмірна маса тіла або ожирін-

ня), а також вживання наркотичних засобів і психотропних речовин без призначення лікаря.

Крім того, важливою особливістю диспансеризації є не тільки раннє виявлення хронічних неінфекційних захворювань і чинників ризику їх розвитку, але й проведення профілактичного консультування серед громадян, в яких є фактори ризику, та індивідуального поглибленого профілактичного консультування серед пацієнтів із високим серцево-судинним ризиком.

Диспансеризація населення є провідною частиною профілактичного напрямку охорони здоров'я і методом активного динамічного спостереження за станом здоров'я усіх груп населення [1]. Основна мета диспансеризації полягає в збереженні й зміцненні здоров'я населення, збільшенні тривалості життя і підвищенні продуктивності праці шляхом активного виявлення та лікування початкових форм захворювань, вивчення й усунення факторів, які зумовлюють виникнення й поширення захворювань, а також проведення комплексу соціальних, санітарно-гігієнічних, профілактичних, лікувально-оздоровчих та організаційних заходів [3, 5].

Диспансеризація населення передусім передбачає збереження здоров'я здорових, активне виявлення хворих із ранніми стадіями захворювання та попереджен-



ня випадків непрацездатності. Кінцевою метою є збереження, зміцнення здоров'я та працездатності контингенту населення, що підлягає диспансеризації. Саме це визначає її соціально-гігієнічну сутність [2].

Диспансеризація проводиться в закладах охорони здоров'я (ЗОЗ) державної та комунальної форм власності. У диспансеризації беруть участь вищі медичні навчальні заклади всіх рівнів акредитації, заклади післядипломної освіти, наукові установи державної й комунальної форм власності.

Відповідальність за проведення диспансеризації передусім покладається на дільничного лікаря (лікаря загальної практики / сімейного лікаря), громадянина України. Медичний огляд проводиться лише за згодою громадян.

**Мета роботи** – проаналізувати нормативно-правові акти, які регулюють процес диспансеризації дорослого населення в Україні.

Під час виконання роботи використано аналітичний та бібліосемантичний методи.

### Результати дослідження та їх обговорення

У період 1992–2001 рр. в Україні взагалі не було жодного нормативно-правового акту стосовно проведення диспансеризації дорослого населення, оскільки наказ Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) СРСР від 30.05.1986 р. № 770 «О порядке всеобщей диспансеризации населения», як і наказ МОЗ СРСР від 23.09.1981 р. № 1000 «О мерах по совершенствованию организации работы амбулаторно-поликлинических учреждений», скасовано наказом МОЗ України від 30.12.1992 р. № 206 «Про заходи щодо поліпшення організації та підвищення якості кардіологічної допомоги населенню України».

У 2001–2011 рр. питання диспансеризації населення України регламентовано наказом МОЗ України від 03.05.2001 р. № 168 «Про оптимізацію диспансеризації населення на етапі реформування системи охорони здоров'я», який, крім загальної вимоги охопити диспансеризацією все населення, не визначив жодних механізмів її виконання.

Вимога наказу МОЗ № 168 до структурних підрозділів МОЗ щодо необхідності розробки наказу МОЗ «Про організацію амбулаторно-поліклінічної допомоги населенню України», інструкції з проведення диспансеризації, системи моніторингу за диспансеризацією населення досі не виконана.

Міністерство юстиції України 29.12.2010 р. зареєструвало за № 1396/18691 наказ МОЗ України від 27.08.2010 р. № 728 «Про диспансеризацію населення», яким затвердило порядок диспансеризації і методику проведення диспансеризації. Водночас, цей наказ викликав багато запитань у частині власне проведення

диспансеризації, її статистичного оформлення, кадрового та діагностичного забезпечення вимог цього наказу.

Проте наказом МОЗ України № 728 не скасовано наказ МОЗ від 03.05.2001 р. № 168 «Про оптимізацію диспансеризації населення на етапі реформування системи охорони здоров'я», який пізніше скасовано окремим наказом МОЗ від 25.02.2011 р. № 110 «Про скасування наказів МОЗ», як і ряд інших наказів МОЗ щодо диспансеризації населення:

- від 29.10.1999 р. № 261 «Про поліпшення проведення диспансерних оглядів та оздоровлення сільського населення»;
- від 08.12.2000 р. № 327 «Про відновлення диспансеризації населення та запровадження моніторингу стану його здоров'я».

Слід зазначити, що в наказі МОЗ України від 27.08.2010 р. № 728 «Про диспансеризацію населення» не подано жодних чітких вказівок на ведення облікових статистичних форм, і саме по диспансерних хворих. І фактично досі це питання не врегульоване (у ЗОЗ ведеться форма 030-0 – контрольна карта диспансерного нагляду та статистичний талон).

У статистичній звітній ф. 12 «Звіт про захворювання, зареєстровані у хворих, які проживають у районі обслуговування ЗОЗ» щодо диспансерних хворих є лише одна графа – перебувають під «Д» наглядом на кінець звітнього року, що не дає змоги аналізувати рух цієї категорії хворих, показники захворюваності, інвалідності та смертності.

Крім вищенаведеного, наказ МОЗ України від 27.08.2010 р. № 728 «Про диспансеризацію населення» має ряд проблемних положень, зокрема:

1. Згідно з Порядком диспансеризації населення (п. 2), медичний огляд проводиться лише за згодою громадян, але немає жодних вказівок, яким чином слід оформляти відмову пацієнта.
2. Жоден ЗОЗ (не лише первинного, але і вторинного рівня) не має змоги виконати перелік обов'язкових обстежень дорослим пацієнтам через недостатнє кадрове і діагностичне забезпечення та невідповідність посад лікарів діагностичних служб, вузьких фахівців обсягам обстежень, передбачених цим наказом.
3. У частині діагностичних обстежень немає вказівок на періодичність їх виконання (гострота зору, слуху, ПТМ, аналіз крові клінічний і на цукор, пневмотахометрія, вимірювання внутрішньоочного тиску, огляд дільничним або сімейним лікарем) або вказані терміни суперечать чинним наказам по службах (ЕКГ, рентген, гінекологічний огляд тощо).

Отже, диспансеризація не є обов'язковою. Громадяни України мають бути самі зацікавлені в її проходженні та знайти час для цього.

Для громадян, які працюють на роботах зі шкідливими та небезпечними умовами праці, або для осіб

віком до 21 року на підприємствах, в установах та організаціях, незалежно від форм власності, виду економічної діяльності та їх філій, інших відокремлених підрозділів наказом МОЗ України від 21.05.2007 р. № 246 (реєстрація в Міністерстві юстиції України 23.07.2007 р. № 846/14113) встановлено порядок проведення медичних оглядів працівників певних категорій, розроблений на виконання статті 17 Закону України «Про охорону праці». Порядок визначає процедуру проведення попереднього (під час прийняття на роботу) та періодичних (протягом трудової діяльності) медичних оглядів працівників, зайнятих на важких роботах, роботах зі шкідливими чи небезпечними умовами праці або таких, де є потреба в професійному доборі, щорічному обов'язковому медичному огляді осіб віком до 21 року.

В Україні прийнято нормативні документи, які визначають порядок проведення диспансеризації (профілактичних оглядів) серед працівників певних категорій, затверджені різними міністерствами та центральними органами виконавчої влади (Міністерство оборони України, Міністерство внутрішніх справ України, Міністерство України з питань надзвичайних ситуацій та у справах захисту населення від наслідків Чорнобильської катастрофи, Міністерство транспорту та зв'язку України, Адміністрація Державної прикордонної служби України, Служба безпеки України, Державний департамент з питань виконання покарань, Державний комітет ядерного регулювання України тощо).

Проходження медичних оглядів такими працівниками є обов'язковим. Відповідальність за охоплення працівників медичними оглядами і своєчасність проходження профілактичних оглядів несуть керівники підприємств, установ, закладів та підрозділів, роботодавці.

Попередні медичні огляди громадян, які працюють на роботах зі шкідливими та небезпечними умовами праці, проводиться під час прийняття на роботу з метою:

- визначення стану здоров'я працівника і реєстрації вихідних об'єктивних показників здоров'я та можливості виконання без погіршення стану здоров'я професійних обов'язків в умовах дії конкретних шкідливих та небезпечних факторів виробничого середовища і трудового процесу;
- виявлення професійних захворювань (отруень), які виникли раніше при роботі на попередніх виробництвах, та попередження виробничо зумовлених і професійних захворювань (отруень).

Періодичні медичні огляди громадян, які працюють на роботах зі шкідливими та небезпечними умовами праці, проводяться з метою:

- своєчасного виявлення ранніх ознак гострих і хронічних професійних захворювань (отруень), загальних і виробничо зумовлених захворювань у працівників;

- забезпечення динамічного спостереження за станом здоров'я працівників в умовах дії шкідливих і небезпечних виробничих факторів та трудового процесу;
- вирішення питання щодо можливості працівника продовжувати роботу в умовах дії конкретних шкідливих та небезпечних виробничих факторів і трудового процесу;
- розробки індивідуальних і групових лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів працівникам, віднесеним за результатами медичного огляду до групи ризику;
- проведення відповідних оздоровчих заходів.

Крім того, згідно з положенням вищезгаданого наказу, управління та планування диспансеризації населення здійснюються уповноваженими структурними підрозділами в галузі охорони здоров'я місцевих органів виконавчої влади та закладами охорони здоров'я. Організаційний супровід та облік диспансеризації здійснюються уповноваженими структурними підрозділами в галузі охорони здоров'я місцевих органів виконавчої влади та закладами охорони здоров'я, які визначені відповідальними за стан надання медичної допомоги населенню на відповідній території.

Керівники ЗОЗ на відповідній адміністративній території:

- забезпечують роботу закладів (підрозділів закладів) охорони здоров'я, які надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу населенню;
- забезпечують організацію обліку населення на відповідній адміністративній території або контингенту, прикріпленого до відомчого або іншого закладу;
- визначають обсяги робіт із диспансеризації населення з урахуванням специфіки контингенту (вік, стать, соціальний, професійний рівень), наявності промислових підприємств, організацій та установ, навчальних закладів на території обслуговування тощо;
- визначають потребу в необхідному додатковому медичному обладнанні, матеріалах, реактивах, кількості бланків для проведення диспансеризації населення;
- розробляють графіки роботи лікарів, молодших спеціалістів із вищою медичною освітою, лікувально-діагностичних служб із метою забезпечення проведення диспансерних оглядів у прийнятний для працюючих час із використанням часу ввечері та на вихідних;
- проводять інструктивно-методичні наради з організаційних питань диспансеризації населення з працівниками ЗОЗ;
- забезпечують населення доступною інформацією щодо мети, завдань, місця та порядку проведення оглядів із зазначенням кабінетів і часу їх роботи;

- використовують різноманітні форми для проведення диспансеризації населення: самостійні звернення населення до ЗОЗ (за винятком звернень при захворюваннях у гострий період), активні виклики осіб для щорічного диспансерного огляду, відвідування вдома хронічних хворих і осіб похилого віку, виклики бригад.

Загалом, якщо коротко охарактеризувати процес та якість диспансерного нагляду на теперішній час, то по жителях міст і райцентрів, які обслуговуються працівниками первинної ланки надання медичної допомоги, можна говорити про недостатню, а по сільських жителях – про незадовільну ситуацію, спричинену рядом факторів, зокрема:

- незадовільне оформлення більшості амбулаторних карт;
- неповне охоплення підлягаючого контингенту хворих диспансерним наглядом;
- відсутність необхідної кратності оглядів;
- відсутність необхідного обстеження, яке можливе в даному ЗОЗ;
- неповне або некоректне лікування;
- відсутність вказівок на кратність і термін лікування, строки повторної явки;
- відсутність належної (або будь-якої) інформації про результати консультування хворих сільської місцевості спеціалістами первинної медичної допомоги лікарю сільського ЗОЗ.

До цього слід додати, що частина амбулаторних карт, незважаючи на постійні вимоги управлінь охорони здоров'я, СОКЛ, видаються пацієнтам на руки і зберігається в них.

На теперішній час складно (а по ЗОЗ із серйозними кадровими проблемами лікарів і неможливо) виконати всі вимоги наказу МОЗ України № 728 «Про диспансеризацію населення», у тому числі по максимальному охопленню диспансерним наглядом дорослого населення, тому під диспансерний нагляд серед дорослого населення слід взяти пацієнтів із захворюваннями, які потребують динамічного спостереження, проведення підтримувального лікування і тих захворювань, які є причиною тривалої або частоті тимчасової непрацездатності, причиною раннього виходу на інвалідність чи смертності.

Сьогодні хворі з такими станами або не оглядаються роками, перебуваючи на обліку як «Д» хворі, або не беруться на диспансерний облік взагалі.

У більшості ЗОЗ стан оформлення медичної документації як усіх пацієнтів, так і «Д» хворих незадовільний, починаючи з титульної сторінки амбулаторної карти: немає більшості інформації, яка повинна бути про пацієнта (нерідко є лише запис ПІБ і року народження), немає вказівок на перебування на «Д» обліку в спеціаліста, не уточнюються місце роботи, навчання,

група інвалідності, а в листках уточнених діагнозів по декілька років не виносяться уточнені діагнози. Це робота середнього медперсоналу, яким практично всі ЗОЗ укомплектовані, як і посади медичних реєстраторів, але контроль за їх роботою відсутній.

Слід додати, що більшість амбулаторних карт пацієнти тримають вдома, читають всі записи та з вимогою повноцінного огляду звертаються на вторинний чи третинний рівні медичної допомоги самостійно (щорічно 8–10% консультованих в обласних поліклініках становлять пацієнти без направлень, а це 9–10 тис. осіб у кожному регіоні).

Такий стан справ з якістю медичного нагляду і оформлення медичної документації пов'язаний з відсутністю належного контролю з боку посадових осіб ЗОЗ (завідувачів поліклінік, районних та обласних фахівців). Підтвердженням цього є:

- епізодичне, а не регулярне проведення експертних оцінок якості надання медичної допомоги і ведення документації завідувачами поліклінік, районними спеціалістами;
- експертні оцінки в більшості випадків носять формальний характер, містять аналіз кількісних, а не якісних показників;
- на медичних радах, оперативних нарадах у ЗОЗ розглядаються переважно кількісні показники діяльності закладу і окремих спеціалістів, не проводиться принциповий аналіз якості медичного нагляду.

## Висновки

Вказані недоліки формують негативне ставлення населення як до диспансеризації, так і до медичної галузі, оскільки медичними працівниками не виконуються вимоги з оформлення медичної документації, які повинні розглядатись у площині етики і деонтології та виконання функціональних обов'язків. Загалом чинне нормативно-правове регулювання та підходи до управління системи диспансеризації дорослого населення в Україні потребує перегляду з урахуванням найкращого світового досвіду. Крім цього, необхідна розробка документів методичного чи рекомендаційного характеру щодо порядку проведення диспансеризації дорослого населення передусім для лікарів первинної ланки. Також важливим аспектом є комунікація лікарів первинної ланки з населенням та формування позитивного ставлення і прихильності до диспансеризації.

**Перспективи подальших досліджень** спрямовані на наукове обґрунтування підходів до удосконалення нормативно-правової бази та процесу управління диспансеризації дорослого населення та розробку відповідного методологічного інструментарію.

## Література

1. *Богатирьова Р. О.* Інформаційно-аналітичні матеріали до парламентських слухань на тему: «Сучасний стан, шляхи і перспективи реформи у сфері охорони здоров'я України» / О. Р. Богатирьова. – К. : МОЗ України, 2013. – 116 с.
2. *Лучкевич В. С.* Основы общественного здоровья и здравоохранения : уч. пос. / В. С. Лучкевич. – СПб., 2011. – 376 с
3. *Кондратюк Н. Ю.* Щодо історії становлення та розвитку системи диспансеризації дорослого населення в Україні за часів СРСР (огляд літератури) / Н. Ю. Кондратюк // Україна. Здоров'я нації. – 2012. – № 4(24). – С. 164–168
4. *Лемішко Б. Б.* Роль диспансеризації у комплексному механізмі державного управління станом здоров'я населення в закладі сімейної медицини / Б. Б. Лемішко // Демократичне врядування : науковий вісник Львівського регіонального інституту державного управління Національної академії державного управління при Президентові України – Вип. 6. – Львів : ЛРІДУ НАДУ – 2010 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://lvivacademy.com/visnik6/index.html>. – Назва з екрана.
5. *Лемішко Б. Б.* Системний підхід до державного управління розвитком сімейної медицини на регіональному рівні / Б. Лемішко, Я. Пітко // Ефективність державного управління : збірник наукових праць Львівського регіонального інституту державного управління Національної академії державного управління при Президентові України / за заг. ред. чл.-кор. НАН України В. С. Загорського, доц. А. В. Ліпенцева. – Львів : ЛРІДУ НАДУ, 2008. – Вип. 14/15. – С. 103–110.
6. *Щепин О. П.* Развитие диспансеризации населения в современных условиях / О. П. Щепин, Р. В. Коротких // Проблемы соц. гигиены, здравоохран. и истории медицины. – 2013. – № 3. – С. 3–5.

*Дата надходження рукопису до редакції: 24.02.2014 р.*

## Нормативно-правовые аспекты и управления процессом диспансеризации взрослого населения в Украине

*Н.Ю. Кондратюк*

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

**Цель** – изучить и проанализировать реализацию основных положений приказа Министерства здравоохранения Украины от 27.08.2010 г. № 728 «О диспансеризации населения».

В работе использованы аналитический и библиосемантический методы.

**Результаты.** Министерством юстиции Украины 29.12.2010 г. зарегистрирован под № 1396/ 18691 приказ Министерства здравоохранения Украины от 27.08.2010 г. № 728 «О диспансеризации населения», который утвердил порядок и методику проведения диспансеризации. Вместе с тем, этот приказ вызвал много вопросов в части проведения диспансеризации, ее статистического оформления, кадрового и диагностического обеспечения требований настоящего приказа.

**Выводы.** Указанные недостатки формируют негативное отношение населения как к диспансеризации, так и к медицинской отрасли, поскольку медицинскими работниками не выполняются элементарные требования по оформлению медицинской документации, обследований, которые не требуют дополнительного финансирования и должны рассматриваться в плоскости этики и деонтологии и выполнения функциональных обязанностей. Задачей на ближайший период должна стать работа по обеспечению качественной диспансеризации населения и постоянный действенный контроль над качеством медицинской помощи населению.

**Ключевые слова:** диспансеризация, профилактические осмотры, нормативно-правовая база.

## Standard-legal aspects and management of clinical examination process of adult population in Ukraine

*N.Yu. Kondratyuk*

SI «Ukrainian Institute of Strategic Researches Ministry of Health of Ukraine», Kyiv, Ukraine

**Purpose** – to study and analyze realization of the main provision of Ministry of Health of Ukraine order from 27.08.2010, № 728 «On clinical examination».

**Materials and methods.** At work performance are used analytical and bibliosemantic methods.

**Results.** By the Ministry of Justice of Ukraine on 29.12.2010 was registered under N 1396/18691 of MoH of Ukraine order from 27.08.2010 № 728 «On clinical examination», which has confirmed the procedure and methodology of clinical examination. However, this order has caused many questions regarding carrying out of clinical examination, its statistical registration, personnel and diagnostic providing of requirements of the present order.

**Conclusions.** The specified lacks form negative attitude of the population both to clinical examination and to medical industry because health workers are not fulfil the basic requirements on registration of medical documentation, inspections, which do not require additional financing and should be considered in the plane of ethics and deontology and performance of functional duties. The task for the coming period must be the work of providing quality clinical examination and continuing effective control over the quality of medical care.

**Key words:** clinical examination, preventive surveys, legal and regulatory base.

### Відомості про автора

**Кондратюк Наталія Юріївна** – зав. відділення організації медичної допомоги ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна; служб. тел. +38(044) 576-41-19; e-mail: loriann2005@ya.ru.

М.А. Знаменська

## КОМУНІКАТИВНА ПОЛІТИКА ЯК ЕФЕКТИВНИЙ ЗАСІБ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

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

***Мета** – висвітлити роль комунікацій у формуванні позитивного ставлення населення до реформи охорони здоров'я як фактора ефективного проведення реформи.*

***Матеріали та методи.** За спеціально розробленою анкетною опитано 400 дорослих осіб: 157 (39,2%) мешканців сільської місцевості та 243 (60,8%) жителя міст. Використано такі методи: бібліосемантичний, соціологічного системного підходу і структурно-логічного аналізу.*

***Результати.** Висвітлено основні джерела та засоби отримання населенням інформації з питань реформування системи охорони здоров'я. Встановлено, що рівень прихильності населення до реформи охорони здоров'я залежить від джерела отриманої інформації. Вивчено бажані джерела та засоби отримання інформації. Показано, що при отриманні повної та достовірної інформації населення може змінити своє ставлення до реформи охорони здоров'я.*

***Висновки.** Підвищити рівень прихильності населення до реформи охорони здоров'я можливо шляхом створення системи комунікацій.*

***Ключові слова:** реформа охорони здоров'я населення, комунікації.*

В Україні проводиться комплексна реформа системи охорони здоров'я [4, 5, 6]. Мета реформи полягає в розвитку і формуванні системи, що за рахунок забезпечення рівного й справедливого доступу усіх громадян до медичних послуг належної якості дасть змогу істотно поліпшити здоров'я і благополуччя населення держави [2, 3].

З метою поліпшення надання медичних послуг реформа передбачає: проведення структурної перебудови системи медичної допомоги, включаючи інституціональне розмежування первинної, вторинної та третинної допомоги з огляду на потреби населення в різних видах допомоги; концентрацію інтенсивної медичної допомоги вторинного рівня в лікарнях для інтенсивного лікування; створення в країні системи відновного лікування та хоспісної допомоги; запровадження методів фінансування закладів охорони здоров'я, що враховують обсяги, структуру та результативність медичної допомоги, яка ними надається, і збільшують можливість гнучкого використання коштів; диференціацію оплати праці медичного персоналу з урахуванням обсягу та якості медичних послуг, які ним надаються; запровадження дієвої системи управління якістю медичного обслуговування, включаючи розробку та застосування медичних стандартів і клінічних протоколів, що базуються на надійних наукових даних; створення умов та стимулів для підтримки високого кваліфікаційного рівня медичного персоналу; визначення етапів і реалістичних графіків запровадження для кожного етапу реформ з опрацюванням форм співробітництва із заінтересованими організаціями при розробці та реалізації політики у сфері охорони здоров'я, які забезпечать формування довіри до реформ серед населення, професійної спільноти працівників охорони здоров'я, бізнесу тощо [2, 5, 8].

Реалізація зазначених перетворень дасть змогу суттєво зміцнити національну систему охорони здоров'я і передусім істотно поліпшити доступність, якість медичної допомоги та ефективність використання ресурсів системи.

Аналіз наукових публікацій вказує на низький рівень поінформованості різних груп населення як щодо мети реформи, так і стосовно конкретних заходів та етапів її проведення. Більшість населення, особливо сільського, не поінформована про організаційні зміни в отриманні медичної допомоги, а медичні працівники – про майбутнє місце роботи [9, 10].

За результатами дослідження, населення та медичні працівники отримують інформацію з питань проведення реформи у 39,5% випадків по телебаченню, 7,25% – із газет, 33,00% – від родичів і знайомих, тільки 3,75% – від представників влади, а 10,25% населення –

Таблиця 1

## Джерела та засоби отримання інформації з реформи системи охорони здоров'я

Показник	Абс.	%
<i>Джерела інформації</i>		
Обласна державна адміністрація	16	4,0
Місцева державна адміністрація	50	12,5
Обласна рада	14	3,5
Місцева рада	10	2,5
Керівники закладів охорони здоров'я	28	7,0
Сімейні лікарі	27	6,8
Журналісти	159	39,7
Родичі та знайомі	96	24,0
<i>Засоби комунікації</i>		
Збори громади за участю заінтересованих осіб	–	–
Круглі столи	29	7,3
Групові прийомы	7	1,8
Індивідуальні бесіди	23	5,8
Засоби масової інформації	185	46,0
Посімейна друкована інформація	-	-
Масова друкована цільова інформація	51	12,8
Неформальні бесіди	97	24,3
Інші засоби	8	2,0

від медичних працівників. Як наслідок, 89,25% вважає, що медична допомога стане менш доступною, і тільки 10,75% зазначає, що вона поліпшиться. При цьому реформу підтримує до 12,00% опитаних [7].

Така ситуація склалася у зв'язку з відсутністю системи комплексного інформування всіх верств населення з питань проведення реформи [1].

**Мета роботи** – висвітлити роль комунікацій у формуванні позитивного ставлення населення до реформи системи охорони здоров'я як фактора ефективного проведення реформи.

**Матеріали та методи.** За спеціально розробленою анкетною опитано 400 дорослих осіб: 157 (39,2%) мешканців сільської місцевості та 243 (60,8%) жителя міст. Використано такі методи: бібліосемантичний, соціологічний, системного підходу і структурно-логічного аналізу.

Отримані результати опрацьовано за загальноприйнятими методами за допомогою пакету статистичного аналізу «Statistica 6.0», «Microsoft Excel».

### Результати дослідження та їх обговорення

На першому етапі дослідження вивчено джерела та засоби інформації, з яких населення отримує інформацію про реформу системи охорони здоров'я (табл. 1).

За даними таблиці 1, основними джерелами інформації з питань реформування системи охорони здоров'я для населення є журналісти (39,7%), родичі та знайомі (24,0%), місцеві державні адміністрації (12,5%). Організатори охорони здоров'я є джерелами інформації тільки у 7,0% випадків. Основними засобами подання інформації виступають засоби масової інформації – ЗМІ (46,0%) і неформальні бесіди (24,3%).

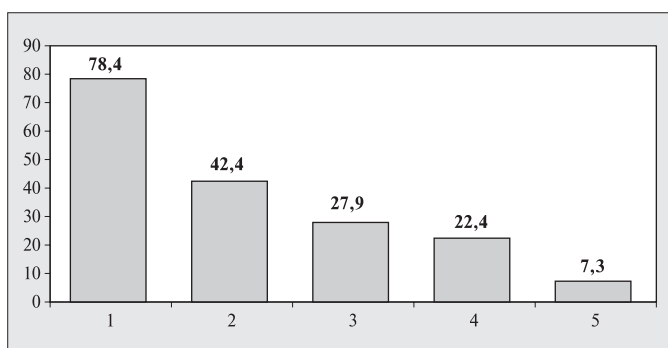
Далі, за даними соціологічного опитування, розраховано рівень ставлення респондентів до реформи системи охорони здоров'я залежно від джерела отримання інформації (табл. 2).

За даними таблиці 2, прихильність населення до реформи системи охорони здоров'я певною мірою

Таблиця 2

Рівень ставлення респондентів до реформи системи охорони здоров'я та джерела отримання інформації

Ставлення до реформи системи охорони здоров'я	Абс.	%	Джерела інформації	Абс.	%
Підтримує реформу системи охорони здоров'я	109	27,25	обласна державна адміністрація	5	4,6
			місцева державна адміністрація	27	24,8
			обласна рада	7	6,4
			місцева рада	6	5,9
			керівники закладів охорони здоров'я	19	17,4
			сімейні лікарі	15	13,8
			засоби масової інформації	21	18,8
			родичі та знайомі	9	8,3
Не підтримує реформу системи охорони здоров'я	291	72,75	обласна державна адміністрація	11	3,8
			місцева державна адміністрація	23	7,9
			обласна рада	7	2,4
			місцева рада	4	1,4
			керівники закладів охорони здоров'я	9	3,1
			сімейні лікарі	12	4,1
			засоби масової інформації	138	47,4
			родичі та знайомі	87	29,9



1. Можливо змінити ставлення з негативного на позитивне.
2. За наявності повної інформації про умови отримання медичної допомоги після проведення реформи.
3. При впевненості, що доступність медичної допомоги не зменшиться.
4. При впевненості, що якість медичної допомоги буде кращою.
5. Якщо отримаю гарантії безоплатної медичної допомоги.

Рис. Умови зміни негативного ставлення населення до реформи системи охорони здоров'я на позитивне

залежить від джерела отримання інформації. Так, серед осіб, які підтримують реформу, основними джерелами отриманої інформації є місцева державна адміністрація (24,8%), ЗМІ (18,8%) та організатори охорони здоров'я (17,4%), а для тих, хто її не підтримує, – ЗМІ (47,4%) і родичі та знайомі (29,9%).

Враховуючи, що 72,75% респондентів не підтримує реформування системи охорони здоров'я їм задано запитання: «Чи можна змінити Ваше ставлення до реформи охорони здоров'я за наявності у Вас повної інформації про умови отримання медичної допомоги після її проведення?». Відповіді, отримані на це запитання, наведено на рисунку.

Наведені на рисунку дані вказують на можливість зміни населенням ставлення до реформи системи охорони здоров'я при отриманні детальної інформації про умови отримання медичної допомоги після реформування охорони здоров'я. З огляду на це вивчено бажані



Таблиця 3

**Бажані джерела та засоби інформації  
про реформування системи охорони здоров'я на місцевому рівні**

Показник	Абс.	%
<i>Джерела інформації</i>		
Обласна державна адміністрація	28	7,0
Місцева державна адміністрація	192	47,8
Обласна рада	19	4,8
Місцева рада	27	6,8
Керівники закладів охорони здоров'я	84	21,0
Сімейні лікарі	19	4,8
Журналісти	24	6,0
Неформальні лідери громади	7	1,8
<i>Засоби комунікації</i>		
Збори громади за участю заінтересованих осіб	108	26,8
Круглі столи	16	4,0
Групові прийомы	17	4,3
Індивідуальні бесіди	9	2,3
Виступи представників влади у ЗМІ	52	13,0
Посімейна друкована детальна інформація	147	36,8
Масова друкована детальна інформація	51	12,8

джерела та засоби інформації про реформування охорони здоров'я на місцевому рівні. Отримані результати наведено в таблиці 3.

За даними таблиці 3, основними бажаними джерелами інформації мають стати місцева державна адміністрація (47,8%) та керівники закладів охорони здоров'я (21,0%), а засобами комунікації – посімейна друкована детальна інформація (36,8%), збори громади за участю заінтересованих осіб (26,8%), виступи представників влади у ЗМІ (13,0%).

За отриманими даними, слід створити систему комунікацій в охороні здоров'я щодо забезпечення інформування усіх верств населення з питань реформування охорони здоров'я.

Комунікації в охороні здоров'я мають забезпечити такі зв'язки:

- у межах галузі охорони здоров'я: починаючи з медичних працівників і пацієнтів, включаючи заклади охорони здоров'я, вищі навчальні медичні

зклади, наукові установи, територіальні та регіональні заклади управління охорони здоров'я до Міністерства охорони здоров'я;

- міжсекторальні зв'язки поза межами галузі охорони здоров'я: з центральними, регіональними і місцевими органами законодавчої та виконавчої влади, недержаними організаціями, приватним сектором, відомими громадськими діячами, представниками релігійних конфесій тощо;
- з окремими цільовими групами впливу: особами, які приймають рішення на різних рівнях управління, працівниками засобів ЗМІ, неформальними лідерами серед населення і молоді безпосередньо;
- за результатами проведених соціологічних досліджень формуються цільові групи для комунікацій із певних питань реформування системи охорони здоров'я.

Для запровадження системи комунікацій із проведення реформи необхідно:

- прийняття рішення про її створення та затвердження структури і створення матеріально-технічної бази;
- формування кадрового потенціалу на всіх рівнях управління;
- відпрацювання системи взаємозв'язків з органами влади та міжсекторальних зв'язків з усіма зацікавленими сторонами на рівні визначеної території;
- розробка стратегічного плану комунікацій.

У результаті діяльності комплексної галузевої системи комунікацій буде сформована громадська підтримка в країні з проведення реформи системи охорони здоров'я, що забезпечить ефективне її проведення, закладені основи для створення системи громадського здоров'я.

## Висновки

Система комунікацій із реформування охорони здоров'я має забезпечувати потреби населення в комунікаціях із питань реформування охорони здоров'я, зокрема, висвітлювати необхідну комплексну, достовірну та своєчасну інформацію, що в кінцевому рахунку дасть змогу сформувати прихильність населення до реформи охорони здоров'я та підтримку її стратегії й ефективного проведення.

**Перспективи подальших досліджень** пов'язані з вивченням змісту інформації, яка висвітлюється в різних джерелах комунікації.

## Література

1. *Знаменська М. А.* Концептуальні підходи до запровадження системи комунікацій із проведення реформи охорони здоров'я України / М. А. Знаменська, Г. О. Слабкий // *Наук. вісник міжнар. гуманітарного університету.* – 2013. – № 5. – С. 23–26.
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. *Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні.* Спільний звіт / за заг. ред. В. М. Лехан, В. М. Рудого. – К.: Вид-во Раєвського, 2005. – 168 с.
4. *Позитивний досвід реформування галузі охорони здоров'я регіонів* / О. В. Аніщенко, Р. О. Моїсеєнко, О. К. Толстанов [та ін.]. – К., 2011. – 149 с.
5. *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.
6. *Програма економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава»* / Комітет з економічних реформ при Президентові України, 2010. – 87 с. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.president.gov.ua/content/ker-program.html>. – Назва з екрана.
7. *Слабкий Г. О.* Інформованість сільського населення пілотних регіонів про реформування системи надання медичної допомоги населенню / Г. О. Слабкий, М. А. Знаменська // *Зб. матер. міжнар. наук.-практ. конф.*, 27–28 грудня 2013 р. – К., 2013. – С. 68–71.
8. *Слабкий Г. О.* Шляхи оптимізації системи охорони здоров'я України / Г. О. Слабкий // *Укр. мед. вісті.* – 2011. – Січень–грудень, Т. 9, № 1–4 (72–75) : матер. XI з'їзду Всеукр. Лікарського Товариства (ВУЛТ), (100 років Українському Лікарському Товариству), м. Харків, 28–30 вересня 2011 р. : тези доп. – С. 337.
9. *Характеристика засобів наукової комунікації за спеціальністю «Соціальна медицина» по забезпеченню реформи охорони здоров'я в Україні* // *Медицина ХХІ століття: перспективні та пріоритетні напрями наукових досліджень* : матер. міжнар. наук.-практ. конф., 19–20 липня 2013 р. / Г. О. Слабкий, В. А. Русняк, А. Є. Горбань, Н. Г. Левенець. – Дніпропетровськ, 2013. – С. 29–32.
10. *Щодо інформованості організаторів охорони здоров'я про результати наукових досліджень із реформування охорони здоров'я України* / М. А. Знаменська, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко, В. А. Русняк // *Україна. Здоров'я нації.* – 2013. – № 4 (28). – С. 134–135.

*Дата надходження рукопису до редакції:* 11.02.2014 р.

## Коммуникативная политика как эффективное средство реформирования системы здравоохранения

*М.А. Знаменская*

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

**Цель** – осветить роль коммуникаций в формировании позитивного отношения населения к реформированию здравоохранения как фактора эффективного проведения реформы.

**Материалы и методы.** По специально разработанной анкете опрошено 400 взрослых лиц: 157 (39,2%) жителей сельской местности и 243 (60,8%) жителя город. Используются следующие методы: библиосемантический, социологический системного подхода и структурно-логического анализа.

**Результаты.** Освещены основные источники и средства получения населением информации по вопросам реформирования системы здравоохранения. Установлено, что уровень благосклонности населения к реформе здравоохранения зависит от источника полученной информации. Изучены желательные источники и средства получения информации. Показано, что при получении полной и достоверной информации население может изменить свое отношение к реформе здравоохранения.

**Выводы.** Повысить уровень благосклонности населения к реформе здравоохранения можно путем создания системы коммуникаций.

**Ключевые слова:** реформа здравоохранения населения, коммуникации.

## Communicative policies as effective method of reforming health service system

*M.A. Znamenska*

National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

**Goal of study** – to analyze the role of communications in forming positive attitude of population to reforms in health service system as the factor of reform effective provision.

**Material and methods:** bibliosemantic, sociologic method of systematic approach, method of structural-and logical analysis. 400 adult persons were questioned according to specially worked out questionnaire: 157 (39.2%) from rural and 243 (60.8%) from urban regions.

**Results.** Principal sources and methods of obtaining information on the problems of reforming health service system are depicted in the article. It is defined that the level of population adherence to reforms in health service system depends on the source of information. Desirable sources and methods of obtaining information are studied. It is shown that having full and true information people can change their attitude to reforms in health service system.

**Conclusion.** It is possible to increase the level of population adherence to reforms in health service system by working out the systems of communications.

**Key words:** reform of the health service system, communications.

## Відомості про автора

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

Г.К. Северин

# КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО ОПТИМІЗАЦІЇ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ОНКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ ПРОМИСЛОВОГО РЕГІОНУ

Донецький національний медичний університет імені М. Горького, Україна

***Мета** – науково обґрунтувати концептуальні підходи до оптимізації онкологічної допомоги населенню на регіональному рівні в умовах реформування галузі охорони здоров'я для підвищення якості та ефективності такого виду медичної допомоги.*

***Методи:** системного підходу, концептуального моделювання, інформаційно-аналітичний та бібліосемантичний.*

***Результати.** Наведено концептуальні підходи до оптимізації спеціалізованої онкологічної допомоги населенню промислового регіону в рамках реформування галузі охорони здоров'я, засновані на трьох основних компонентах (структурі, процесі, результативності) і на міжсекторальному підході.*

***Висновки.** Запропонована концептуальна модель оптимізації спеціалізованої онкологічної допомоги населенню промислового регіону є комплексною та міжсекторальною, відповідає міжнародним підходам і скерована як на зниження темпів захворюваності, так і на підвищення якості та ефективності медичної допомоги.*

***Ключові слова:** онкологічна допомога, система оптимізації, реформування галузі охорони здоров'я, концептуальні підходи.*

## Вступ

На сучасному етапі розвитку системи охорони здоров'я проводиться її реформування, що визначено Державною програмою «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» [4]. Підходи до реформи галузі охорони здоров'я науково обґрунтовані, носять комплексний характер [1, 2] і визначені на законодавчому рівні [6].

Чільне місце в проведенні реформи посідає організація онкологічної допомоги населенню, враховуючи постійне зростання рівня захворюваності населення на онкологічні хвороби та їх важливе соціально-економічне значення [7].

**Мета роботи** – науково обґрунтувати концептуальні підходи до оптимізації онкологічної допомоги населенню на регіональному рівні в умовах реформування галузі охорони здоров'я для підвищення якості та ефективності такого виду медичної допомоги.

## Матеріали та методи

У роботі використано такі методи: системного підходу, концептуального моделювання, інформаційно-аналітичний, бібліосемантичний та структурно-логічного аналізу.

## Результати дослідження та їх обговорення

Організація системи онкологічної допомоги населенню – складне і багатокомпонентне поняття, яке об'єднує два аспекти: об'єктивний (організація онкологічної допомоги в закладах охорони здоров'я (ЗОЗ) та її якість і ефективність) та суб'єктивний (онкологічна допомога в сприйнятті медичними працівниками та пацієнтами і їх рідними). На рисунку 1 наведено модель системи онкологічної допомоги, запропоновану А. Donabedian для оцінки якості медичної допомоги. Ця модель широко використовується в організації систем охорони здоров'я країн світу і ґрунтується на трьох основних компонентах – процесі, структурі й результативності [8, 9].

Структурна компонентна системи онкологічної допомоги населенню характеризується і оцінюється: можливістю первинної ланки медичної допомоги проводити профілактичну роботу та скринінг серед населення на раннє виявлення ЗН за розробленими програмами, відповідно до компетенцій лікарів загальної практики / сімейних лікарів; мережею спеціалізованих онкологічних кабінетів і стаціонарних відділень у ЗОЗ другого і третього рівнів надання медичної допомоги; спеціалізованими територіальними та обласними дис-

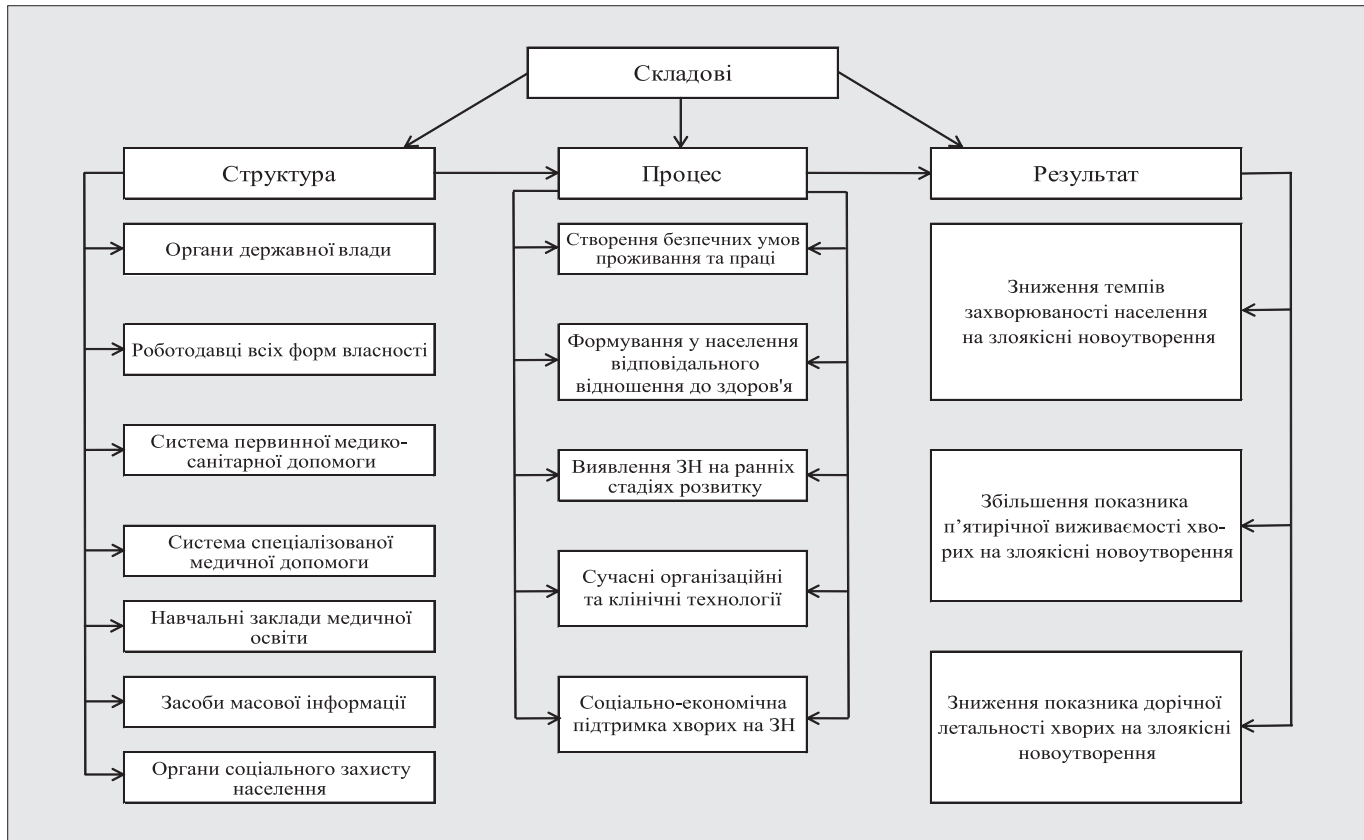


Рис. 1. Організаційна структура служби онкологічної допомоги

пансерами; рівнем забезпечення і якістю ресурсів (кадрових, матеріально-технічних, фінансових, інформаційних) та організаційних форм онкологічної допомоги. Крім того, до структури системи онкологічної допомоги входять територіальні та обласні центри здоров'я як головний організаційно-методичний центр профілактичної роботи на визначеній території.

Таким чином, структура характеризує умови для забезпечення профілактики, виявлення ЗН на ранніх стадіях розвитку і надання якісної та доступної онкологічної допомоги. Структурний аспект визначається як щодо ЗОЗ (структурні підрозділи) з їх ресурсним забезпеченням (кадровим, матеріально-технічним), організацією роботи, так і щодо кожного медичного працівника системи онкологічної допомоги. У цьому випадку оцінюються професійні якості медичного працівника: сума знань, умінь, навичок із профілактики ЗН і надання онкологічної допомоги із застосуванням сучасних клінічних технологій. Крім того, важливим аспектом структурної компоненти є наявність галузевих нормативів онкологічної допомоги, а на регіональному рівні – локальних клінічних протоколів, а також знання і вміння застосовувати їх у клінічній практиці медичними працівниками. Тому до структурної компоненти системи нами включені вищі навчальні заклади післядипломної освіти та обласні тренінгові центри.

Враховуючи комплексність етіології онкологічних захворювань, підходи до протиракової роботи мають бути міжсекторальними. До такої роботи мають залучатися як органи та організації, що забезпечують здорове навколишнє середовище, так і ті організації, що здійснюють відповідний контроль за умовами проживання та праці, а також забезпечують соціальний захист населення і надають медичну допомогу населенню.

Процесна компонента системи онкологічної допомоги є складовою сучасного управління організацією медичної допомоги пацієнтам у цілому, оскільки задіяна в лікувально-діагностичному процесі на всіх етапах і рівнях надання медичної допомоги та переплітається з іншими медичними спеціальностями. Ця компонента включає технології профілактики, раннього виявлення ЗН і надання спеціалізованої онкологічної медичної допомоги на всіх рівнях лікуючими лікарями та пацієнтами (тобто виконання медичним персоналом своїх функцій з онкологічної допомоги, взаємини між медичним персоналом у межах локальних клінічних протоколів). Лікуючі лікарі повинні використовувати сучасні клінічні протоколи в лікувальному процесі: профілактика захворювань, виявлення ЗН на ранніх стадіях розвитку, встановлення діагнозу, лікування, реабілітації пацієнтів та організація догляду в термінальних стадіях хвороби.

Показниками процесу на різних рівнях надання медичної допомоги є різні індикатори. Так, на первинному рівні основним показником є охоплення населення гігієнічним навчанням і скринінговими дослідженнями, а на рівні спеціалізованої медичної допомоги – охоплення спеціалізованим лікуванням. Важливою складовою процесу є захист хворих від економічних ризиків у процесі отримання лікування.

У плані міжсекторального підходу складовою процесу є поліпшення екологічного стану регіону, умов праці, забезпечення збалансованого харчування, рішення соціальних та економічних проблем хворих.

Результат – це компонента, яка відображає ефективність системи онкологічної допомоги. Оцінка за результатами включає своєчасність, якість та ефективність медичної допомоги. Основними з них є темпи захворюваності населення на ЗН і рівні дорічної летальності та п'ятирічного виживання хворих на ЗН.

З позиції системного підходу всі вказані компоненти онкологічної допомоги взаємопов'язані (рис. 1). Так, на якість та ефективність онкологічної спеціалізованої медичної допомоги впливає рівень профілактичної діяльності медичних працівників первинної ланки і ЗОЗ вторинного рівня надання медичної допомоги, наявність та якість обладнання, застосування сучасних клінічних технологій, кваліфікація персоналу, раціональність організаційної структури служби, механізми взаємодії медичних працівників як за рівнями медичної допомоги, так і клінічних підрозділів ЗОЗ тощо.

Таким чином, на результативність діяльності системи онкологічної медичної допомоги можна впливати через удосконалення заходів організаційно-управлінського характеру та оптимального ресурсного забезпечення, яке визначається клінічними протоколами як галузевими нормативами надання медичної допомоги.

За даними наукової літератури [10], результативність медичної допомоги на 80–95% залежить від дефектів організації та управління, професійної підготовки медичних працівників, якості обладнання, застосування технологій з доведеною ефективністю, а також від рівня підготовки управлінців охорони здоров'я. Тобто вирішення проблем щодо підвищення ефективності діяльності служби онкологічної допомоги лежить у площині удосконалення її структури із визначенням видів та обсягів медичної допомоги за рівнями надання, починаючи з первинної ланки, розвиток якої є пріоритетним у цілому по країні та в межах госпітальних округів, які створюються в ході реформування галузі охорони здоров'я [5].

Крім того, нами використано дані вітчизняних досліджень щодо недоліків організації діяльності онкологічної служби. За цими даними виявлено відсутність дієвого контролю якості спеціалізованої медичної онкологічної допомоги та індикаторів, за якими має оцінюватись ефективність і якість наданої

профілактичної та спеціалізованої медичної допомоги. Наслідком цього є високий рівень неконтрольованих дефектів лікувально-діагностичного процесу, підвищення фінансових витрат, відсутність дієвих інструментів для управління службою у керівників, особливо на первинному та вторинному рівнях, що вкрай важливо при організації медичної допомоги населенню в цілому.

У зв'язку з вищезазначеним нами для подальшого обґрунтування оптимізації системи онкологічної допомоги використано як міжнародні, так і національні стандарти надання онкологічної допомоги.

Ми виходили з таких положень:

- для отримання кращих результатів систему необхідно змінювати;
- результативність системи визначається її властивостями;
- різні вкладення в систему гарантують поліпшення тільки в тій мірі, в якій вони можуть вплинути на зміну системи, тобто будь-яка діяльність (навчання, заохочення, оцінка) приводить до покращення у разі відповідного поліпшення самої системи;
- зміни мають стосуватися не тільки окремих компонентів системи онкологічної допомоги (структура, процес, результат), але і зв'язків між ними.

Виходячи з цього, безперервне підвищення якості онкологічної допомоги передбачає комплексний, інтегрований та динамічний підхід, спрямований на поліпшення результатів діяльності системи в цілому (системний підхід) шляхом постійної модифікації й вдосконалення як її складових, так і взаємозв'язків між ними, виявлення і вирішення існуючих проблем з урахуванням комплексного міжсекторального підходу [2, 10].

Проведене теоретичне обґрунтування концептуальних підходів використано при розробці концептуальної моделі розвитку служби онкологічної допомоги на регіональному рівні (рис. 2).

Особливістю концептуальної моделі розвитку служби онкологічної допомоги на регіональному рівні є міжсекторальний підхід із залученням таких учасників:

- державні органи влади: ради, державні адміністрації регіонального та територіального рівня;
- керівники промислових і сільськогосподарських підприємств різних форм власності, установ і організацій;
- система охорони здоров'я, яка реформується і скеровується на задоволення потреб населення в доступній та якісній медичній допомозі;
- соціальні служби: соціально-економічна підтримка хворих на ЗН;
- представники громадянського суспільства: представники організацій пацієнтів і недержавних організацій, які опікуються питаннями екології та охорони здоров'я;

	Учасники процесу	Мета системи	Механізм дії	Структурна перебудова системи медичної допомоги	Удосконалення системи управління	Необхідні ресурси	Оцінка результату
Міжсекторальний підхід	Органи державної влади		Формування в населення відповідального ставлення до здоров'я	Залучення ПМСД до процесу	Обласна міжсекторальна координаційна рада боротьби з онкологічними захворюваннями	Матеріально-технічне забезпечення ЗОЗ усіх рівнів відповідно до клінічних протоколів	Єдина вертикальна система моніторингу та оцінки комплексної системи боротьби з онкологічними хворобами за затвердженими індикаторами на рівні території регіону
	Підприємства і організації всіх форм власності	Створення комплексних умов для зниження рівня захворюваності населення на ЗН	Мотиваційні та штрафні заходи створення здорових умов праці та заходів профілактичного характеру	Створення первинних онкологічних кабінетів на рівні ЗОЗ вторинного рівня	Обласна комплексна цільова програма боротьби з онкологічними хворобами	Система підготовки спеціалістів – учасників процесу	
	Система охорони здоров'я	і підвищення якості та ефективності спеціалізованої медичної допомоги як фактора поліпшення стану здоров'я та зниження рівня смертності населення	Мотиваційні та штрафні санкції щодо заходів екологічного характеру	Введення малопотужних онкологічних диспансерів до складу лікарень інтенсивного лікування	Обласна незалежна група з моніторингу та оцінки Професійні лікарські асоціації	Фінансування заходів регіональної цільової програми (державно-приватне партнерство)	
	Соціальні служби		Мотиваційні та штрафні санкції щодо заходів екологічного характеру	Створення телемедичної мережі	Електронна система обліку якості лікування Опікунські ради ЗОЗ	Сучасні клінічні технології медичної допомоги	
	Меценати			Створення в госпітальних округах хоспісів	Електронний персоналізований мотиваційний облік роботи медичного персоналу	Комп'ютеризація робочих місць із доступом до мережі Інтернет	
	Громада		Мотивація медичних працівників до ефективної праці	Запровадження резидентури			
	Засоби масової інформації						

Рис. 2. Концептуальна модель розвитку системи онкологічної допомоги на регіональному рівні

- представники засобів масової інформації: телебачення, друковані засоби регіонального та місцевого рівнів, Інтернет-ресурс;
- меценати: надання фінансової допомоги, у т.ч. адресної;
- вищі медичні навчальні заклади.

Центральним елементом концептуальної моделі розвитку служби онкологічної допомоги на регіональному рівні є обласна міжсекторальна координаційна рада боротьби з онкологічними захворюваннями, яка

створюється як дорадчий орган при обласній державній адміністрації.

Стратегічним напрямом запропонованої концептуальної моделі є створення дійових комплексних механізмів та умов у регіоні для зниження рівня захворюваності населення на ЗН, виявлення хворих на ранніх стадіях розвитку патологічного процесу і забезпечення хворих доступною якісною медичною допомогою з метою поліпшення стану здоров'я та зниження рівня смертності населення.

Тактичним напрямом моделі є визначення дій, механізмів, учасників міжсекторального процесу, необхідних ресурсів і важелів впливу протидії розвитку епідемії онкологічних захворювань у регіоні при запровадженні інтегральної оцінки результативності даного процесу.

Основним учасником запропонованої концептуальної моделі розвитку служби онкологічної допомоги на регіональному рівні є система охорони здоров'я, перед якою стоїть ряд завдань, спрямованих на досягнення кінцевої мети: підвищення якості та ефективності спеціалізованої онкологічної медичної допомоги, що потребує вирішення конкретних проблем, а також стратегічних напрямів її розвитку.

## Висновки

Запропонована концептуальна модель оптимізації спеціалізованої онкологічної допомоги населенню промислового регіону є комплексною та міжсекторальною, відповідає міжнародним підходам і спрямована як на зниження рівнів захворюваності, так і на підвищення якості й ефективності медичної допомоги.

**Перспективи подальших досліджень** скеровані на вивчення ефективності запропонованих концептуальних підходів до оптимізації онкологічної допомоги населенню на регіональному рівні.

## Література

1. *Лехан В. М.* Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні : спільний звіт / В. М. Лехан, В. М. Рудий ; Світовий банк. Європ. коміс. Швед. агентство з міжнар. розвитку ; за заг. ред. В. М. Лехан, В. М. Рудого. – К. : Вид-во Раєвського, 2005. – 167 с.
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. *Пілотний проект «Реформа медичного обслуговування» : цілі та кроки реалізації* / В. М. Лехан, В. Г. Гінзбург, Г. О. Слабкий [та ін.] // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – № 3 (15). – С. 7–15.
4. *Програма економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава»* / Комітет з економічних реформ при Президентові України, 2010. – 87 с. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.president.gov.ua/content/ker-program.html>. – Назва з екрана.
5. *Про затвердження Порядку складання планів-схем госпітальних округів, включаючи підготовку плану перспективного розвитку закладів охорони здоров'я* : наказ МОЗ України від 21.12.2012 р. № 1080 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [www.moz.gov.ua](http://www.moz.gov.ua). – Назва з екрана.
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. *Рак в Україні, 2010–2011 / Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби* // Бюлетень національного канцер-реєстру України № 13. Національний інститут раку. – К., 2012. – 124 с.
8. *Donabedian A.* The Epidemiology of quality / A. Donabedian // Inquiry. – 1994. – Vol. 22. – P. 292.
9. *Donabedian A.* The quality of care: How can it be assessed / A. Donabedian // JAMA. – 1988. – Vol. 260, № 12. – P. 1743–1748.
10. *Нагорна А. М.* Проблеми якості в охороні здоров'я : монографія / А. М. Нагорна, А. В. Степаненко, А. М. Морозов. – Кам'янець-Подільський : Абетка-Нова, 2002. – 384 с.

Дата надходження рукопису до редакції: 11.02.2014 р.



## Концептуальные подходы к оптимизации специализированной онкологической помощи населению промышленного региона

*Г.К. Северин*

Донецкий национальный медицинский университет  
имени М. Горького, Украина

**Цель** – научно обосновать концептуальные подходы к оптимизации онкологической помощи населению на региональном уровне в условиях реформирования отрасли здравоохранения для повышения качества и эффективности такого вида медицинской помощи.

**Методы:** системного подхода, концептуального моделирования, информационно-аналитического и библиосемантического.

**Результаты.** Представлены концептуальные подходы к оптимизации специализированной онкологической помощи населению промышленного региона в рамках реформирования отрасли здравоохранения, основанные на трех компонентах (структуре, процессе, результативности) и на межсекторальном подходе.

**Выводы.** Предложенная концептуальная модель оптимизации специализированной онкологической помощи населению промышленного региона является комплексной и межсекторальной, отвечает международным подходам и направлена как на снижение темпов заболеваемости, так и на повышение качества и эффективности медицинской помощи.

**Ключевые слова:** онкологическая помощь, система оптимизации, реформирование отрасли здравоохранения, концептуальные подходы.

## Conceptual approaches to optimization specialized cancer care to the population of the industrial region

*G.K. Severyn*

Donetsk National Medical University  
named after M. Gorky, Ukraine

**Objective** – to scientifically substantiate the conceptual approaches to optimize cancer care to the population at the regional level in terms of reforming the health care industry to improve its quality and efficiency.

**Methods:** systematic approach, conceptual modeling, information-and-analytical, bibliosemantiks.

**Results.** Presented conceptual approaches to optimization specialized cancer care to the population of the industrial region in the framework of reforming the health care industry, which is based on three pillars – structure, process, performance – and has cross-sectoral approach.

**Conclusions.** Conceptual model of optimization specialized cancer care to the population of the region is the industrial complex and cross-sectoral approaches and meets international aimed at both reducing the rate of morbidity and improve the quality and efficiency of care.

**Key words:** cancer care, system optimization, reforming the health care industry, conceptual approaches.

## Відомості про автора

**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.

N. T. Kucherenko

# IMPROVING THE ORGANIZATIONAL AND ECONOMIC MECHANISM OF MEDICAL INDUSTRY MANAGEMENT IN UKRAINE

SI «Ukrainian Institute of strategic researches Ministry of Health of Ukraine»,  
Kyiv, Ukraine

**The purpose of the study.** Comparative analysis of the organizational and economic mechanism of the health care system in Ukraine and the developed countries of the world in order to allocate the main goals and objectives of health care industry economic development.

**Materials and methods.** In the course of the study has been analyzed the status of economic mechanism of medical industry management in Ukraine and in some countries of the world using the bibliographic, statistical and comparative analysis.

**Results.** Health care is priority issue of national security of Ukraine, one of which objectives is increase of economic management mechanisms efficiency for the purpose of health improvement, to ensure equal access to high quality health services.

The health care system can be effective only under condition of its transformation on the economic and legal principles and on wide application of information technologies. Healthcare management system should be based on medical economy.

**Conclusions.** The basis for increasing the efficiency of health care system is improvement its organizational and economic mechanism – sets of forms, methods and mechanisms by which the organization of social production of health care sector is carried out and will be coordinated its activity as uniform system is economically expedient. The medical aid market should be coordinated by the state through medical value rates.

**Key words:** economic mechanism, management, price, efficiency, medical economy.

## Introduction

The economic development of any country substantially depends on state of health of its population. For last decades in the political and economic life of Ukraine, there have been significant changes, which have caused necessity of working out and adoption of new concept of health care system development, organisation of medical services and related development programs. In the context of this concept should be displayed and concentrate all social, political, economic and other problems demanding the decision on legal and regulatory, scientific, methodical, organizational and economic levels. Organizational and economic mechanism of development of branch demands improvement for ensure the best results of quality, access of health care, improvement of public health indicators at relatively low costs of resources.

The purpose of this study consists in highlight the main objectives and reference points of the economic mechanism of the health care branch development.

## Materials and methods

When writing the article has been used the following methods: bibliographic, statistical and comparative analysis.

## Results of research and their discussion

Main directions of improvement organizational and economic mechanism of development of health care of Ukraine outlined in the Program of economic reforms of President of Ukraine for 2010–2014 «Prosperous society, competitive economy, effective state», Law of Ukraine «On Amendments to the Basic Law of Ukraine on health care on improvement of medical care» from 07.07.2011, № 361-VI, National Action Plan to implement the Program of economic reforms of the President of Ukraine for 2010–2014 «Prosperous society, competitive economy, effective state».

Health care is priority issue of national security of Ukraine, one of which objectives is increase of economic management mechanisms efficiency for the purpose of health improvement, to ensure equal access to high quality health services. Most scientists consider economic managerial processes mainly from positions of financing of branch at regional level taking into account both internal and external influences and contradictions. However, in the scientific literature, unfortunately, there are no sustainable economic views on regulatory management of the industry as a whole [7].

Table 1  
Sources of health care financing in selected countries (%)

Sources of financing	Germany	Netherlands	Great Britain	USA
Budgetary financing	13	45	85	35
Social insurance	60	35	0	0
Insurance share	16	13	5	30
Payment for services by patients	11	7	10	35

The health care system can be effective only under condition of its transformation on the economic and legal principles and on wide application of information technologies. A key figure in system should become the general practitioner – holder of funds, which together with the patient shall be jointly liability for a state of his health. Healthcare management system should be based on medical economy [3].

Governments of many countries realizing importance of health care system for economy through specific financial tools provide complete coverage by high quality medical care, solidarity principle of financing and equal access to health care. In most European countries due to reforms in the health care sector new standards of treatment are entered, accurate list and volumes of guaranteed free care is defined, control of budget expenditures is strengthened. The essence of such transformations is as much as possible to depart from extensive and in an ideal completely to pass to an intensive way of branch development. Institute of general practitioner / family doctor will help quickly and effectively carry out this transition. However, problems of health care reforming in Ukraine are often come down to necessity of financing increase for the sector. Nevertheless, international experience shows that increased funding without creation effective management mechanisms, rational use of available resources does not give the desirable results. Even in the USA, country with relatively high norm of financing per capita, public opinion polls has shown that 89% of the population is not satisfied by current system of health care organization, insisting on its basic changes and even demanding full reorganisation of system [4].

The essence of pluralism in financing depends on political, social, economic, and national traditions in the countries [5]. Many national health care programs are designed for a certain degree of patients' costs participation including that patient:

- pays part of cost of medical services;
- brings insurance payments in fund of social (medical) insurance;
- receives only partial reimbursement of their expenses.

Personal expenses of patients in most countries ranged within 10-35% from total expenses (table 1) [8].

Certainly, the national health care system needs financing increase, and considerable. However, the sharpness of this subject is determined largely by how effectively used the funds and how the increased cash flow will affect volumes and quality of health care to the population, its availability and final result.

Two principles should be put in a basis of functioning of such system: medical and economic feasibility that is rational distribution of volumes of medical care and expenses on its granting. Only in this case branch additional financing can be effective (providing of best results quality, availability of medical aid and, as result, improvement of public health).

In developed countries every ten years the government increases expenses on medicine on average by 1% of gross national product (GNP). Today in European countries these expenses account about 7–9% of GNP, while in the U.S.A. – about 15%.

Sources of financing of health care system of Ukraine are the following:

- state (public) funds, which include the consolidated budget and social insurance – 56.3% of total health expenditures;
- private funds to households, employers, non-profit organizations – 43.4%;
- means of international donor organisations – 0.3%.

The health care system of Ukraine is funded by the means of state and local budgets. According to the Budgetary Code of Ukraine, means between levels of budgetary system are shared taking into account principle of subsidiarity that is services are close approached to the consumer [2].

Considering the importance of this source of financing it is, unfortunately, unable provide all requirements of health care in full. Therefore, great attention should be paid to other sources of funding, in particular, voluntary medical insurance and charity. Socio-economic value of voluntary health insurance consists that it supplements the guarantees provided in social security and social insurance, to the highest possible standards in modern terms (payment of expensive treatments and diagnostics, application of advanced medical technologies, ensuring of comfortable conditions of treatment, etc.) [2, p. 28].

Table 2 [6]

Expenditures on health care in Ukraine and foreign countries in 2000 and 2011

Country	Expenditures on health care									
	share of government expenditures in total spending on health care		share of government expenditures on health care in general state spending		share of private expenditures in general spending on health care		share of expenses of social providing in state expenses on health care		share of foreign receipts in total expenditures on health care	
	2000	2011	2000	2011	2000	2011	2000	2011	2000	2011
Great Britain	79.3	82.6	14.3	15.1	20.7	17.4	0	0	0	0
Germany	79.8	74.6	18.2	18.0	20.2	22.0	87.3	90.8	0	0
France	79.4	75.9	15.5	16.0	20.6	21.4	94.3	93.1	0	0
USA	43.2	47.8	17.1	18.7	56.8	52.2	33.5	27.8	0	0
Japan	81.3	80.5	16.0	17.9	18.7	18.0	80.9	81.5	0	0
Poland	70.0	67.4	9.4	10.9	30.0	26.0	82.6	89.4	0	0
Russian Federation	59.9	64.3	12.7	9.2	40.1	35.7	40.3	38.7	0,2	0
Ukraine	52.1	55.9	8.4	8.6	47.9	44.1	0	0.8	0.5	0.3

On economic structure of budgetary classification means of consolidated budget of Ukraine for financing health care are distributed as follows: for capital expenses – 7.7%, for operational expenditures – 92.3% (for payment of workers of medical facilities and charges on it – 74, 0%; for medicines and bandages – 10.5%; for foodstuff – 5.3%; for payment of utilities and energy – 10.2%).

One of indicators on which, according to studies by WHO, is spent comparison of health care expenditure is the level of total expenditure on health as percentage of gross national product (GNP). Financing health care at the level of 6.41% of GNP is regarded as the minimum level of funding that can provide «survival» of the health care industry; 3.2% of GNP – as critical level at which one lowers and reduces the amount of care on 1/3; below 1.6% of GNP – as transcendent, which is regarded as the level of complete destruction of the healthcare industry structure [10, p. 12].

In Ukraine this indicator is 7.8% of GNP, that is in order to provide a minimum level of funding. However, in the wider world health care financing is in 1.3 times higher.

Thus, the carried out analysis shows that in Ukraine against insufficient of state financing of health care system available resources are irrationally used. This points in necessity of find the most effective financial and economic model of health care for our country with obligatory health preservation of socially oriented principles.

World practice shows that the highest level of social protection of the population (with comparable maintenance costs) is reached where all the elements of triad (pensions, social insurance, health care) have the state character and are subordinated to one governing body [1].

This is why WHO has developed recommendations to improve the efficiency of health care financing by which the EU countries are guided at policy making on health care [9, p. 28]:

- financial protection (general protection against the financial risks associated with poor health, aims to ensure that people do not become poor as a result of the use of health services);
- principle of social equity in financing (demands of more affluent people pay more for health care, % from income, in comparison with poor);
- equal access to health care (based on need, not on ability to pay);
- increasing transparency and accountability of the health care system (the fight against corruption, monitor the activities of health care facilities and quality assessment of their activities);
- the award for the high quality of medical aid and cost-effective development incentives of health care;
- support for administrative efficiency (reducing duplication in health care financing and cost avoidance, which have been not directed on achievement of the purposes listed above).

According to the data of World Health Organization (WHO), increase for 1000 dollars index of GNP per citizen extends average life expectancy for 0.5 year and increase at 1000 dollars incomes of this citizen contributes life expectancy growth for 1 year.

New approaches to the health care system management of the country should be based on new principles:

1. Institute of general practitioner / family physician who carries out primarily function of the base manager on control funds and volumes of medical care.
2. Health service, which is an economic category, that is has the price and cost and enables thus calculate volumes of care and the cost of providing it.
3. Personification of medical care volumes and costs within regulation per capita for each inhabitant.
4. The organization of medical aid to the population of administrative area within limits of uniform medical, financial and information field.
5. Integration capabilities of health care facilities in the region within the existing fund with allocation of responsibilities (functions) and general liability. Moreover, the priority remains for primary care.
6. Use of medical and social standards and guidelines.
7. Provide to residents the right to choose of family doctor, transfer relationship with him on a contractual basis, with mutual rights and obligations.
8. Changing the system of family doctors payment.
9. Application of modern information and management technologies.

### Conclusions

Thus, the basis for increasing the efficiency of health care system is improvement its organizational and economic mechanism – sets of forms, methods and mecha-

nisms by which the organization of social production of health care sector is carried out and will be coordinated its activity as uniform system is economically expedient. One reason for the current stagnation in health care is lack of modern economic regulators in management of system as a whole. Today administration managerial control by branch is observed, appropriate conditions for its effective work on the bases with use of modern information technology are not created. It assumes application of calculation of real cost of medical aid. In formation of tariffs for medical aid defining is a state role. The medical aid market should be coordinated by the state through medical value rates.

### Prospects for further development in the given direction

In the reforming of national health care must prevail evolutionary path, which optimizes volumes of medical care, expenses on its granting and sharing features of family doctors and «narrow specialists». The result of these incremental steps will inevitably be qualitative improvements not only function but also the structure of the health system as a whole, and therefore optimize its human resources. The proposed path of reforms is fully consistent with the WHO expert opinion that reform is necessary to conduct a «phased transformation and restructuring of the system rather than shock therapy» [11].

### References

1. Авраменко Н. В. Державне управління системою охорони здоров'я на регіональному рівні: сучасний стан, шляхи вдосконалення : монографія / Н. В. Авраменко. – Запоріжжя : КПУ, 2010. – 196 с.
2. Вишньовська К. Проблеми реформування системи охорони здоров'я в Україні / К. Вишньовська // Світ фінансів. – 2008. – № 3 (16). – С. 78–85.
3. Голунов А. І. Економічні перспективи щодо реформування галузі та використання сучасних технологій в управлінні первинною медико-санітарною допомогою / А. І. Голунов // Актуальні питання подальшого розвитку сімейної медицини в Україні. – К., 2004. – С. 15–45.
4. Голунов А. Інформатизація системи охорони здоров'я / А. Голунов, В. Вишневський, А. Коньков // Персонал. – 2005. – № 12. – С. 10–14.
5. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2010 г. Финансирование систем здравоохранения. Путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью. – ВОЗ, 2010. – 82 с.
6. Зеленевиц В. О. Зарубіжний досвід фінансування охорони здоров'я / В.О. Зеленевиц // Актуальні проблеми сучасної науки : матер. Всеукр. наук.-практ. інтернет-конференції [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://intkonf.org/zelenevich-vo-ktn-kuzmin-ai-zarubizhnyy-dosvid-finansuvannya-ohoroni-zdorovya>. – Назва з екрана.
7. Кармишев Д. В. Лізинг як засіб державного регулювання економічних відносин у системі охорони здоров'я / Д. В. Кармишев, А. О. Дігтяр // Економіка та держава. – 2006. – № 6. – С. 52–54.
8. Нові технології навчання менеджменту в медицині: навч. пос. / за заг. ред. Ю. В. Вороненка, Н. Г. Гойди, О. П. Мінцера, М. Мітчелла. – К. : Книга плюс, 2009. – 416 с.
9. Режим доступу : [http://data.euro.who.int/hfad/shell\\_ru.html](http://data.euro.who.int/hfad/shell_ru.html). – Назва з екрана.
10. Рудень В. В. Диспропорція між бюджетним фінансуванням медичної галузі та станом здоров'я населення України як необхідність запровадження економічних методів управління у практичній охороні здоров'я / В. В. Рудень, О. М. Сидорчук, Т. Г. Готор // Укр. мед. часопис. – 2006. – № 5 (55). – С. 11–16.

11. *The European health report 2012. Charting the way to well-being.* – WHO, 2013. – 142 p.

Дата надходження рукопису до редакції: 20.02.2014 р.

## Удосконалення організаційно-економічного механізму управління медичною галуззю в Україні

*Н.Т. Кучеренко*

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

**Мета** – провести порівняльний аналіз організаційно-економічного механізму управління системою охорони здоров'я в Україні та розвинених країнах світу для виділення основних цілей та орієнтирів економічного розвитку галузі охорони здоров'я.

**Матеріали та методи.** Проаналізовано стан економічного механізму управління медичною галуззю України і деяких країн світу, використовуючи бібліографічний, статистичний методи і метод порівняльного аналізу.

**Результати.** Охорона здоров'я – це пріоритетне питання національної безпеки України, одним із завдань якої є підвищення ефективності економічних механізмів управління з метою поліпшення здоров'я населення, забезпечення рівного доступу громадян до медичних високоякісних послуг.

Система охорони здоров'я може бути ефективною лише за умови її трансформації на економічно-правових засадах і на найширшому впровадженні інформаційних технологій. Система управління галуззю має базуватися на медичній економіці.

**Висновки.** Основою підвищення ефективності системи охорони здоров'я є вдосконалення її організаційно-економічного механізму – сукупності форм, методів і механізмів, за допомогою яких здійснюється організація суспільного виробництва в сфері охорони здоров'я й узгоджується економічно доцільна її діяльність як єдиної системи. Ринок медичної допомоги має координуватися державою саме через величину медичних тарифів.

**Ключові слова:** економічний механізм, менеджмент, ціна, ефективність, медична економіка.

## Совершенствование организационно-экономического механизма управления медицинской отраслью в Украине

*Н.Т. Кучеренко*

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

**Цель** – провести сравнительный анализ организационно-экономического механизма управления системой здравоохранения в Украине и развитых странах мира для выделения основных целей и ориентиров экономического развития отрасли здравоохранения.

**Материалы и методы.** Проанализировано состояние экономического механизма управления медицинской отраслью Украины и некоторых стран мира, используя библиографический, статистический методы и метод сравнительного анализа.

**Результаты.** Здравоохранение – это приоритетный вопрос национальной безопасности Украины, одной из задач которой является повышение эффективности экономических механизмов управления с целью улучшения здоровья населения, обеспечение равного доступа граждан к медицинским высококачественным услугам.

Система здравоохранения может быть эффективной только при условии ее трансформации на экономико-правовых принципах и на широком внедрении информационных технологий. Система управления отраслью должна базироваться на медицинской экономике.

**Выводы.** Основой повышения эффективности системы здравоохранения является совершенствование ее организационно-экономического механизма – совокупности форм, методов и механизмов, с помощью которых осуществляется организация общественного производства в сфере здравоохранения и согласуется ее экономически целесообразная деятельность как единой системы. Рынок медицинской помощи должен координироваться государством именно через величину медицинских тарифов.

**Ключевые слова:** экономический механизм, менеджмент, цена, эффективность, медицинская экономика.

## Відомості про автора

**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.

М.В. Шевченко

# ПІДХОДИ ДО ВИЗНАЧЕННЯ СОЦІАЛЬНИХ НОРМ І СТАНДАРТІВ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ЇХ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ

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

**Мета** – вивчити існуючі підходи до визначення соціальних норм і стандартів у сфері охорони здоров'я та їх фінансового забезпечення окремих країн-членів СНД.

**Матеріали та методи.** Використано законодавчі та нормативно-правові акти Російської Федерації, Білорусі, Казахстану, Киргизії, Таджикистану, а також інформаційно-аналітичний, порівняльний та бібліосемантичний методи.

**Результати.** Соціальні стандарти у сфері охорони здоров'я передбачають законодавче визначення переліку видів, обсягів безоплатної медичної допомоги, категорій громадян, основних лікарських засобів тощо. Фінансові норми системи соціальних стандартів формуються з використанням натуральних норм і цін, тарифів, нормативів фінансових витрат на одиницю надаваних державних або муніципальних послуг тощо.

**Висновки.** Система соціальних стандартів використовується як нормативна база та інструмент для розрахунку бюджетної потреби; для оцінки фактичного виконання бюджетів; як нормативна база для формування системи адресного соціального захисту споживачів товарів; оцінки якості життя населення тощо. Крім того, використовується державою як інструмент управління соціальним розвитком, реалізації соціальних програм тощо.

**Ключові слова:** Соціальні норми і нормативи, фінансові витрати, законодавство.

## Вступ

Одним з основних способів управління та інституцізації соціальної сфери є її нормативно-правове регулювання. Система нормативно-правового регулювання соціальної сфери представлена різними видами нормативно-правових актів. Істотне місце серед них посідають соціальні стандарти та соціальні нормативи. Соціальні норми – єдині або групові для однорідних територій заходи задоволення соціальних потреб населення, такі як: забезпеченість населення закладами соціально-культурної сфери та їх послугами; забезпеченість їх працівників ресурсами, достатніми для ефективного функціонування.

**Мета роботи** – вивчити існуючі підходи до визначення соціальних норм і стандартів у сфері охорони здоров'я та їх фінансового забезпечення (на прикладі аналізу законодавчих та нормативно-правових актів окремих країн-членів СНД).

## Матеріали та методи

Дослідження базувалося на вивченні та аналізі законодавчих і нормативно-правових актів Російської

Федерації (РФ), Республіки Білорусь, Республіки Казахстан, Киргизької Республіки, Республіки Таджикистан в частині соціальних норм і стандартів у сфері охорони здоров'я та їх фінансового забезпечення з використанням інформаційно-аналітичного, порівняльного та бібліосемантичного методів.

## Результати дослідження та їх обговорення

Аналіз законодавчих та нормативно-правових актів засвідчив, що в РФ основою для формування системи соціальної стандартизації є концепція розвитку національної системи стандартизації від 28.02.2006 р. № 2666-р [6]. Мінімальні державні соціальні стандарти РФ врегульовано Конституцією РФ, низкою федеральних законів, зокрема, положеннями Бюджетного кодексу РФ «Про загальні принципи організації місцевого самоврядування в Російській Федерації», «Про фінансові основи місцевого самоврядування в Російській Федерації», а також низкою інших нормативно-правових актів органів місцевого самоврядування.

Відповідно до законодавства РФ, мінімальні державні соціальні стандарти – це єдині на всій території

РФ вимоги до обсягу і якості надання окремого виду безоплатних соціальних послуг громадянам на мінімально допустимому рівні для забезпечення реалізації визначених Конституцією РФ окремих соціальних гарантій і прав громадян, які фінансуються з бюджетів усіх рівнів бюджетної системи РФ. Тобто мінімальні соціальні норми – це показники необхідної забезпеченості населення важливими соціальними послугами за їх видами. Мінімальні соціальні нормативи у сфері охорони здоров'я – затверджені вимоги до обсягів і якості надання певного виду безоплатних медичних послуг громадянам РФ, необхідних для надання медичної допомоги та забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя населення.

Переліки і види мінімальних державних соціальних стандартів, а також фінансових норм розробляються відповідними уповноваженими міністерствами та відомствами і затверджуються Урядом РФ.

Мінімальні державні соціальні стандарти в натуральному вираженні встановлюються терміном на чотири роки, а в грошовому – терміном на один рік і не можуть змінюватися впродовж нього.

Державні мінімальні державні соціальні стандарти у сфері охорони здоров'я, які затверджуються на федеральному рівні, повинні забезпечувати передбачені законодавством про охорону здоров'я послуги з надання амбулаторно-поліклінічної, швидкої та стаціонарної медичної допомоги, а також послуги санітарного і профілактичного характеру в державних і муніципальних закладах охорони здоров'я, також до цих послуг включено послуги охорони здоров'я, які фінансуються за рахунок бюджетів усіх рівнів та фондів медичного страхування. Стандарти якості медичного обслуговування визначають обсяг діагностичних, лікувальних і профілактичних процедур, а також вимоги до результатів лікування [8].

Фінансові норми – грошове вираження мінімальних соціальних норм. У Бюджетному Кодексі РФ (пункт 2 ст. 177) [1] передбачено, що при складанні проекту бюджету виділення бюджетних коштів конкретному розпорядникові визначається з урахуванням нормативів фінансових витрат на одиницю надаваних державних або муніципальних послуг і завдання на надання зазначених послуг. При цьому державні мінімальні соціальні стандарти повинні формуватися, виходячи з ресурсних можливостей бюджетної системи.

Соціальні нормативи і норми регулюються положеннями розпорядження Уряду РФ від 03.07.1996 р. № 10630-р «Про соціальні нормативи і нормах» (у редакції розпоряджень Уряду РФ від 13.07.2007 р. № 9232-р) [10, 12].

Згідно з цим нормативно-правовим актом, у системі охорони здоров'я РФ визначено такі соціальні нормативи і норми: норматив забезпеченості лікарняними ліжками, забезпеченості амбулаторно-поліклінічними закладами, аптеками, лікарями, середнім

медичним персоналом, санітарним транспортом [13]. Наприклад, кількісний показник нормативу забезпеченості лікарняними ліжками визначено на рівні 134,7 на 10 тис. населення, у т.ч. в лікарняних закладах – 102, денних стаціонарах – 14,2, закладах сестринського догляду – 18, хоспісах – 0,5; нормативу забезпеченості амбулаторно-поліклінічними закладами – 181,5 відвідування у зміну на 10 тис. населення; нормативу забезпеченості лікарями – 41 на 10 тис. населення, середнім медичним персоналом – 114,3 на 10 тис. населення.

Також визначено кількісні показники нормативу забезпеченості аптеками та оснащення санітарним транспортом.

Законом Киргизької Республіки «О гарантированных государственных минимальных социальных стандартах» [2] визначено, що гарантованим державним мінімальним соціальним стандартом є мінімальний рівень гарантій надання загальнодоступних, безоплатних та пільгових соціальних послуг і виплат. Ці нормативи мають базуватися на принципах забезпечення конституційних прав громадян; відповідності соціальних стандартів основним напрямкам державної соціальної політики; соціальної та економічної обґрунтованості стандартів; пріоритетності й обов'язковості соціальних витрат при формуванні та виконанні консолідованого державного бюджету; періодичності офіційного встановлення; відкритості при встановленні та внесенні до них змін; відповідальності державних органів за їх виконання.

У сфері охорони здоров'я Киргизії соціальні стандарти передбачають:

- надання екстреної (невідкладної) медичної допомоги всьому населенню закладами охорони здоров'я незалежно від форм власності безоплатно до виведення пацієнта з невідкладного стану;
- надання населенню базових медичних послуг на первинному рівні відповідно до обсягів та видів, які визначаються Урядом;
- надання медичної допомоги безоплатно і на пільгових умовах громадянам за соціальним статусом і клінічними показами, включеними до переліків, що визначаються Урядом;
- проведення безоплатної імунопрофілактики вакциноконтрольованих інфекцій відповідно до Національного календаря профілактичних щеплень.

Законом Республіки Казахстан «О минимальных социальных стандартах и гарантиях» [9] визначено, що «соціальні гарантії – це передбачені законом зобов'язання держави, спрямовані на реалізацію соціальних прав громадян», а «мінімальний соціальний стандарт – мінімальний обсяг соціальних послуг, що забезпечує реалізацію встановлених у Конституції Республіки Казахстан і інших законодавчих актах соціальних гарантій і прав громадян, вимірюваний як у грошовому, натуральному, так і в нематеріальному вираженні».



Норми трактуються у законодавстві Республіки як кількісні і якісні вимоги до забезпечення мінімальних соціальних стандартів; нормативи – встановлені параметри величин, які використовуються для визначення обсягів фінансування мінімальних соціальних стандартів. Відповідно до законодавства, вимоги до мінімальних соціальних стандартів встановлюються на основі їх паспортів.

Основними принципами формування і застосування мінімальних соціальних стандартів є дотримання конституційних прав; обґрунтованість встановлених мінімальних соціальних стандартів, виходячи з економічних можливостей держави, матеріально-технічної бази та науково-технічного розвитку держави; гласність і поінформованість населення про мінімальні соціальні стандарти та забезпечення зворотного зв'язку; транспарентність (прозорість) бюджетного фінансування витрат для забезпечення мінімальних соціальних стандартів; цільове та адресне фінансування мінімальних соціальних стандартів; послідовність встановлення мінімальних соціальних стандартів із наближенням їх до світових соціальних стандартів; наступність, тобто прийняття за основу досягнутих у попередньому періоді мінімальних соціальних стандартів при встановленні мінімальних соціальних стандартів на майбутній період; використання міжнародних критеріїв і соціальних стандартів світового досвіду при розробці мінімальних соціальних стандартів.

Мінімальні соціальні стандарти регулюються на основі норм і нормативів, які розробляються, на регулярній основі переглядаються та обновляються Урядом Республіки Казахстан не рідше одного разу в три роки, виходячи з можливостей бюджету і стабільного економічного росту. Ці стандарти затверджуються паспортами, а окремі мінімальні соціальні стандарти визначаються законодавством Республіки Казахстан.

Паспорт мінімального соціального стандарту розробляється уповноваженим органом і встановлює порядок реалізації мінімального соціального стандарту у відповідній сфері діяльності. У паспорті приводяться відомості щодо назви мінімального соціального стандарту й області його застосування; переліку статей Конституції, кодексів і законів Республіки Казахстан та інших нормативно-правових актів, на яких заснований даний стандарт; переліку норм і нормативів, що забезпечують реалізацію стандарту із вказівкою кількісного виміру і методики розрахунків, нормативно-правового акту, на основі якого формуються норми та нормативи; списку державних органів, відповідальних за виконання і дотримання вимог мінімальних соціальних стандартів; порядку надання мінімального соціального стандарту від початку впровадження до одержання остаточного результату; осіб, що мають право на одержання послуг на основі мінімального соціального стандарту тощо.

Законом визначено, що паспорт мінімального соціального стандарту розробляється упродовж трьох місяців після перегляду та/або розробки нового мінімального соціального стандарту.

У сфері охорони здоров'я Республіки Казахстан мінімальними соціальними стандартами є:

1. Гарантований обсяг безоплатної медичної допомоги, який забезпечує рівний доступ населення до своєчасних і якісних послуг охорони здоров'я та включає:

- швидко медична допомога і санітарну авіацію;
- амбулаторно-поліклінічну допомогу, що включає первинну медико-санітарну допомогу та консультативно-діагностичну допомогу за направленням лікаря первинної медико-санітарної допомоги і профільних фахівців;
- стаціонарну медичну допомогу за направленням лікаря первинної медико-санітарної допомоги або закладу охорони здоров'я в рамках планованої кількості випадків госпіталізації (граничних обсягів), визначених уповноваженим органом у сфері охорони здоров'я, за екстремими показниками – незалежно від наявності направлень;
- стаціонаророзамінну медичну допомогу за лікаря первинної медико-санітарної допомоги або закладу охорони здоров'я;
- відновне лікування і медичну реабілітацію;
- паліативну допомогу та сестринський догляд для категорій населення, визначених Урядом Республіки Казахстан.

Гарантований обсяг безкоштовної медичної допомоги містить у собі такі норми та нормативи:

- витрати на гарантований обсяг безоплатної медичної допомоги на один жителя;
- подушне фінансування амбулаторно-поліклінічної допомоги, яке забезпечує фінансування кадрових, матеріально-технічних ресурсів, надання лікарських засобів, підтримку інфраструктури охорони здоров'я та стійкості інформаційних систем, виходячи з комплексного подушного нормативу;
- комплексний подушний тариф, що визначається як вартість комплексу медичних послуг, розрахований на одного жителя для забезпечення гарантованим обсягом безоплатної медичної допомоги згідно з переліком видів медичної допомоги, визначеним уповноваженим органом у сфері охорони здоров'я;
- базовий тариф консультативно-діагностичної допомоги – вартість одиниці медичної послуги, яка надається у вигляді консультативно-діагностичної допомоги;
- додатковий компонент до тарифу первинної медико-санітарної допомоги – стимулююча складова до тарифу за досягнуті кінцеві результати діяльності закладу первинної медико-санітарної допомоги;

- комплексний тариф на одного онкологічного хворого — вартість комплексу медичних послуг, розрахована на одного онкологічного хворого, у т.ч. хворого на лімфому, якого зареєстровано в онкологічному реєстрі, за винятком онкогематологічних хворих;
- пролікований випадок — комплекс медичних послуг, наданих пацієнтові в стаціонарних і стаціонарозамінних умовах із моменту госпіталізації до виписки;
- подушний норматив первинної медико-санітарної допомоги — норма витрат, яка розраховується на одного жителя для гарантованого обсягу безоплатної первинної медичної допомоги, включаючи соціальні та психологічні послуги;
- забезпеченість ліжками на 10 тис. населення;
- забезпеченість ліжками відділення анестезіології та реанімації / інтенсивної терапії;
- забезпеченість ліжками палат інтенсивної терапії;
- забезпеченість лікарями первинної медико-санітарної допомоги;
- забезпеченість лікарями консультативно-діагностичних відділень (7 спеціальностей);
- забезпеченість медичним персоналом бригад швидкої допомоги;
- забезпеченість об'єктами фармацевтичної діяльності (аптеки, амбулаторні, пересувні амбулаторні пункти) і об'єктами первинної медико-санітарної допомоги із правом реалізації лікарських засобів на селі;
- витрати на надання швидкої медичної допомоги на одного жителя;
- витрати на пропаганду здорового способу життя на одного жителя;
- харчування і мінімальні норми оснащення м'яким інвентарем державних закладів охорони здоров'я республіки;
- безкоштовне харчування в закладі охорони здоров'я на весь період перебування по догляду за дитиною матері, що годує, дитини до 1 року життя;
- забезпеченість медичним персоналом приймальних відділень;
- забезпеченість медичним персоналом відділень анестезіології, реанімації та інтенсивної терапії;
- забезпеченість устаткуванням відділень анестезіології, реанімації та інтенсивної терапії і палат інтенсивної терапії;
- оснащення закладів охорони здоров'я;
- забезпечення кадрами закладів охорони здоров'я;
- санітарно-епідеміологічні норми до закладів охорони здоров'я;
- санітарно-епідеміологічні норми для проведення профілактичних щеплень населення;
- санітарно-епідеміологічні норми до організації і проведення санітарно-протиепідемічних (профі-

лактичних) заходів щодо попередження інфекційних захворювань.

## 2. Нормативи мережі закладів охорони здоров'я.

Законодавством Республіки Білорусь [3, 11] державний мінімальний соціальний стандарт визначено як мінімальний рівень державних гарантій соціального захисту, що забезпечує задоволення основних потреб людини і виражений у нормах і нормативах надання грошових виплат, безоплатних і загальнодоступних соціальних послуг, соціальних виплат і допомоги.

Формування і застосування державних мінімальних соціальних стандартів здійснюється за такими принципами: дотримання конституційних прав громадян у сфері соціальних гарантій на основі забезпечення державних мінімальних соціальних стандартів; всебічна обґрунтованість встановлення та застосування державних мінімальних соціальних стандартів, виходячи з економічних можливостей держави; загальнодоступність забезпечення соціального захисту і соціальних послуг, які надаються державними закладами/установами; цільове та адресне фінансування державних мінімальних соціальних стандартів; широка поінформованість громадян через засоби масової інформації про державні мінімальні соціальні стандарти; соціальне партнерство.

Державними мінімальними соціальними стандартами у сфері охорони здоров'я є:

- нормативи бюджетного фінансування витрат на охорону здоров'я на один жителя;
- послуги з надання стаціонарної, амбулаторно-поліклінічної та швидкої медичної допомоги, за винятком платних видів медичної допомоги та послуг, які надаються у державних закладах охорони здоров'я, визначених Урядом Республіки Білорусь;
- норми і нормативи матеріально-технічного, кадрового забезпечення, забезпечення лікарськими засобами в державних закладах охорони здоров'я різних типів і видів;
- норми харчування, забезпечення спецодягом, м'яким інвентарем у державних закладах охорони здоров'я;
- норми і нормативи пільгового забезпечення лікарськими засобами, перев'язувальними матеріалами та предметами медичного призначення, слуховими апаратами, очними протезами і зубопротезуванням.

Постановою Ради Міністрів Республіки Білорусь від 18.07.2002 р. № 963 [4] «Про державні мінімальні соціальні стандарти в галузі охорони здоров'я» встановлено основні види послуг із надання стаціонарної, амбулаторної та швидкої медичної допомоги, які здійснюються державними закладами охорони здоров'я безкоштовно відповідно до визначеного переліку. Цей перелік містить види послуг із надання первинної медичної, швидкої та стаціонарної допомоги, які надаються державними закладами охорони здоров'я безо-

платно та спрямовані на задоволення основних потреб людини в медичному обслуговуванні.

Постановою Ради Міністрів Республіки Білорусь від 30.05.2003 р. № 724 «О мерах по внедрению системы государственных социальных стандартов по обслуживанию населения республики» [7] регламентовано, що державні соціальні стандарти встановлюються у грошовому вираженні щорічно з урахуванням обсягів видатків, визначених Законом про державний бюджет на плановий бюджетний рік. Також визначено систему державних соціальних стандартів у сфері охорони здоров'я. Зокрема, до переліку соціальних нормативів і норм у сфері охорони здоров'я Республіки Білорусь входять нормативи забезпеченості сімейними лікарями, дільничними лікарями (терапевтами і педіатрами сумарно – 1 лікар на 1,3 тис. населення, дільничними лікарями-терапевтами – 1 лікар на 1,7 тис. дорослого населення, дільничними лікарями-педіатрами – 1 лікар на 0,8 тис. дитячого населення); забезпеченості ліжками – 9 ліжок на 1000 населення (у м. Мінську – 8 ліжок на 1000 населення); забезпеченості бригадами швидкої медичної допомоги: для регіонів 1 бригада на 12 000 жителів, для м. Мінська – 1 бригада на 12 500 жителів; санітарно-технічного забезпечення закладів охорони здоров'я для кожної амбулаторії, лікарні сестринського догляду, дільничної лікарні, який визначається наявністю системи проточного водопостачання, господарсько-побутової каналізації, системи водяного опалення, припливно-витяжної вентиляції.

Законом Республіки Таджикистан «О государственных социальных стандартах» [5] від 19.05.2009 р. № 528 врегульовано, що державні соціальні стандарти – це норми і нормативи, які визначаються державою і забезпечують реалізацію гарантованих Конституцією Республіки соціальних прав громадян та порядок їх надання. Законодавством Республіки Таджикистан визначено, що основними принципами встановлення державних стандартів є забезпечення можливості реалізації конституційних прав громадян; соціальної та економічної обґрунтованості; захисту інтересів усіх соціальних груп суспільства тощо.

Державні соціальні стандарти у сфері охорони здоров'я передбачають встановлення: переліку видів безоплатної медичної допомоги, яка надається державними закладами охорони здоров'я; обсягів медичної допомоги; категорій громадян, яким надається безоплатна медична допомога; основних лікарських засобів, які регулюються через фіксацію цін, а також категорії населення, які мають забезпечуватися ними безоплатно або на пільгових умовах; санітарно-епідеміологічних норм і нормативів; норм і нормативів матеріально-технічного, медикаментозного, кадрового забезпечення в державних закладах охорони здоров'я різних типів і видів; норм фінансування витрат у сфері охорони

здоров'я на одного жителя; порядку фінансування закладів охорони здоров'я із бюджетів різних рівнів.

Відповідно до модельного закону Міжпарламентського комітету Республіки Білорусь, Республіки Казахстан, Киргизької Республіки, РФ і Республіки Таджикистан «О государственных социальных стандартах» (постанова МПК від 19.04.2001 р. № 12–16), державні соціальні стандарти у сфері охорони здоров'я передбачають визначення:

- переліку видів безоплатної медичної допомоги, які надаються державними та муніципальними закладами охорони здоров'я;
- нормативів забезпечення населення безоплатною медичною допомогою, яка надається державними та муніципальними закладами охорони здоров'я у розрахунок на одного жителя;
- категорій громадян, які користуються пільгами при забезпеченні медичною допомогою і лікарськими засобами;
- переліку життєво важливих лікарських засобів, відносно яких здійснюється регулювання і (або) реєстрація цін, а також категорій населення, які повинні забезпечуватися ними безоплатно, з частковою оплатою або на пільгових умовах;
- нормативів забезпечення населення санітарно-курортним обслуговуванням;
- порядку фінансування закладів охорони здоров'я з бюджетів різних рівнів.

Аналіз законодавства країн пострадянського простору та літературних джерел показав, що фінансові норми системи соціальних стандартів формуються з використанням натуральних норм і цін, тарифів. За основні одиниці нормування можуть бути прийняті: один споживач соціального стандарту, один заклад тощо. Залежно від специфіки галузі можуть використовуватися інші одиниці нормування. Для формування фінансових норм залежно від періоду часу, на який вони формуються, використовуються дефлятори цін, тарифів.

Відповідно до структури натуральних норм фінансові норми можуть формуватися для трьох рівнів бюджетної забезпеченості: мінімального, середнього і раціонального.

## Висновки

1. Таким чином, результатами дослідження встановлено, що державні мінімальні соціальні стандарти можуть включати: номенклатуру об'єктів, представлену у вигляді переліків закладів соціальної сфери, асортименту або набору матеріальних благ і послуг; кількісні норми і нормативи в натуральному або вартісному вираженні; нормативи часу для надання послуг; нормативні співвідношення об'єктів державної соціальної стандартизації, виражені у вигляді пропорцій.

2. Соціальні стандарти і натуральні норми забезпеченості населення послугами використовуються для визначення забезпеченості інфраструктури необхідними ресурсами, алгоритмів і технологій формування соціальних фінансових норм.
3. Одне з основних призначень соціальних стандартів і норм – нормативна база для розрахунку бюджетної потреби на планований рік.
4. Система соціальних стандартів також використовується як нормативна база та інструмент для розрахунку бюджетної потреби; для оцінки фактичного виконання бюджетів; як нормативна база для формування системи адресного соціального захисту споживачів товарів; оцінки якості життя населення тощо. Крім того, соціальні стандарти використовуються державою як інструмент управління соціальним розвитком, реалізації соціальних програм тощо.

**Перспективи подальших досліджень** спрямовані на пошук шляхів удосконалення підходів до фінансового забезпечення соціальних нормативів у сфері охорони здоров'я України.

## Література

1. *Бюджетный* Кодекс Российской Федерации от 31.07.1998 р. 145-ФЗ // КонсультантПлюс. Версия проф. – 2008 [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.consultant.ru>. – Название с экрана.
2. *О гарантированных* государственных минимальных социальных стандартах : Закон Кыргызской Республики от 26.05.2009 г. № 170 // ЭРКИНТОО. – 2009. – №43 [Электронный ресурс]. – Режим доступа : [http://www.rce.kg/wp-content/uploads/2013/04/Закон\\_о\\_гарантированных-гос.миним.стандартах.doc](http://www.rce.kg/wp-content/uploads/2013/04/Закон_о_гарантированных-гос.миним.стандартах.doc). – Название с экрана.
3. *О государственных* минимальных социальных стандартах : Закон Республики Беларусь от 11.11.1999 г. № 322-3 (текст документа с изменениями и дополнениями по состоянию на сентябрь 2013 года) [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.levonevski.net/pravo/norm2013/num54/d54560.html>. – Название с экрана.
4. *О государственных* минимальных социальных стандартах в области здравоохранения : постановление Совета Министров Республики Беларусь от 18.07.2002 г. № 963 (в редакции постановления от 18.06.2012 г. № 558) [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.pravo.by/main.aspx?guid=3871&p0=C20200963&p2={NRPA}>. – Название с экрана.
5. *О государственных* социальных стандартах : Закон Республики Таджикистан // Ахбори Маджлиси Оли Республики Таджикистан. – 2009. – № 5. – 335 с.
6. *О Концепции* развития национальной системы стандартизации : Распоряжение Правительства Российской Федерации от 28.02.2006 г. 266-р // Собрание законодательства РФ. – 2006. – 10. – Ст. 1129.
7. *О мерах* по внедрению системы государственных социальных стандартов по обслуживанию населения республики : постановление Совета Министров Республики Беларусь от 30.05.2003 р. № 724 [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.pravo.by/webnra/text.asp?RN=C20300724>. – Название с экрана.
8. *О минимальных* государственных социальных стандартах : Федеральный закон Российской Федерации [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.akdi.ru/gd/proekt/089594GD.SHTM>. – Название с экрана.
9. *О минимальных* социальных стандартах и гарантиях : Закон Республики Казахстан [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.minplan.gov.kz/economyabout/9207/52895>. – Название с экрана.
10. *О Социальных* нормативах и нормах : Распоряжение Правительства Российской Федерации от 03.07.1996 г. № 1063-р (ред. от 13.07.2007 г.) // Консультант-Плюс. Версия проф. Дата сохранения: 24.03.2012 [Электронный ресурс] – Режим доступа : [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_92808](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_92808). – Название с экрана.
11. *Соколов А. Ю.* Организационно-правовые проблемы здоровья и здравоохранения / А. Ю. Соколов // Общественное здоровье и здравоохранение : матер. науч.-практ. конф., посвящ. 10-лет. БелЦМТ / ред. совет Л. А. Постоялко (гл. ред.) ; М-во здравоохранения Республики Беларусь, Белорусцентр мед. технол., информ., упр. и экон. здравоохранения, Белорус, ассоц. соц-гигиен. и орг. здравоохранения. – Мн., 2002. – С. 131–133.
12. *Узяков А. Д.* Местное самоуправление и минимальные социальные стандарты / А. Д. Узяков // Чиновник. – 2004. – № 5 (33) [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.law.edu.ru/doc/document.asp?docID=1196572>. – Название с экрана.
13. *Ченцова Н. М.* Проблемы регулирования социальных норм и нормативов Самарского региона / Н. М. Ченцова // Проблемы современной экономики. – 2008. – № 4 (28) [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www-m-economy.ru/art.php?nArtId=2356>. – Название с экрана.

Дата надходження рукопису до редакції: 17.02.2014 р.

## Подходы к определению социальных норм и стандартов в сфере здравоохранения и их финансового обеспечения

*М.В. Шевченко*

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

**Цель** – изучить существующие подходы к определению социальных норм и стандартов в сфере здравоохранения и их финансового обеспечения отдельных стран-членов СНГ.

**Материалы и методы.** Используются законодательные и нормативно-правовые акты Российской Федерации, Беларуси, Казахстана, Киргизии, Таджикистана, а также информационно-аналитический, сравнительный и библиосемантический методы.

**Результаты.** Социальные стандарты в сфере здравоохранения предусматривают законодательное определение перечня видов, объемов бесплатной медицинской помощи, категорий граждан, основных лекарственных средств и т.п. Финансовые нормы системы социальных стандартов формируются с использованием натуральных норм и цен, тарифов, нормативов финансовых затрат на единицу предоставляемых государственных или муниципальных услуг и т.д.

**Выводы.** Система социальных стандартов также используется в качестве нормативной базы и инструмента для расчета бюджетной потребности; для оценки фактического исполнения бюджетов; как нормативная база для формирования системы адресной социальной защиты потребителей товаров; оценки качества жизни населения и т.д. Кроме того, используются государством в качестве инструмента управления социальным развитием, реализации социальных программ.

**Ключевые слова:** социальные нормы и нормативы, финансовые расходы, законодательство.

## Approaches to the definition of social standards in the sphere of health care and financial support for them

*M.V. Shevchenko*

SI «Ukrainian Institute of strategic researches Ministry of Health of Ukraine», Kyiv, Ukraine

**The purpose** of work is to review existing approaches to the definition of social standards in the sphere of health care and financial security of separate countries-members of CIS.

**Materials and methods.** Legislative and regulatory legal acts of the Russian Federation, Belarus, Kazakhstan, Kyrgyzstan, Tajikistan, using the information and analytical, comparative, bibliosemantic methods has been applied.

**Results.** Social standards in the sphere of health care provide a legislative definition of the list of types, scope of free medical services, categories of citizens, essential medicines etc. Financial regulations of the system of social standards formed with the use of natural norms and prices, tariffs and normative of financial costs per unit of state or municipal services etc.

**Conclusions.** The system of social standards is also used as a normative framework and tool for calculation of the budget needs; to evaluate the actual execution of budgets; as normative base for the formation of social protection system of consumer goods; assessment of life quality of the population, etc. In addition, used by the state as a tool of social development management, implementation of social programs.

**Key words:** social norms and standards, financial expenses, legislation.

## 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. (044) 576-41-13; e-mail: shevchenko\_marin@ukr.net.

І.В. Белікова

## КАДРОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ІНФОРМАЦІЙНОЇ ПІДТРИМКИ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

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

**Мета** – обґрунтувати необхідність якісного збору та аналізу інформації про стан здоров'я населення та діяльності закладів охорони здоров'я; проаналізувати кадрове забезпечення закладів охорони здоров'я лікарями-статистиками; довести необхідність ґрунтовної підготовки лікарів-статистиків для сучасної охорони здоров'я.

**Методи:** системний аналіз, бібліосемантичний.

**Результати.** Медичний статистик – це фахівець, який повинен володіти знаннями в різних областях. Саме від рівня знань цього працівника залежить правильність обліку даних, на основі яких будується вивчення стану здоров'я населення і приймаються відповідні управлінські рішення. Крім цього, значну частину робочого часу статистик витрачає на формування звітів.

**Висновки.** Враховуючи важливість медичної інформації, до якої на сьогоднішній день суспільство висуває підвищені вимоги, беручи до уваги необхідність забезпечення медичні заклади кваліфікованими кадрами в галузі статистики, а також всю складність роботи в даній області, існує обґрунтована необхідність якісного підходу до підготовки медичних статистиків. Підготовка в галузі інформаційних технологій, комп'ютерної грамотності, а також пізнання в галузі застосування принципів доказової медицини, забезпечить медичні заклади якісною інформаційною підтримкою.

**Ключові слова:** управління, лікар-статистик, інформація.

### Вступ

Розвиток вітчизняної сфери охорони здоров'я є одним із ключових питань сучасної державної політики.

Ефективне функціонування установ і закладів системи охорони здоров'я неможливе без повної, правдивої, своєчасної та доступної інформації.

Про важливість інформаційного забезпечення процесу управління галуззю охорони здоров'я свідчить те, що вже у 1996 р. Європейська комісія разом із регіональним бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) ініціювали проект створення мережі інформаційного забезпечення галузі охорони здоров'я для країн Східної Європи [3].

Серед невідкладних завдань вітчизняної системи охорони здоров'я на перший план виступає вдосконалення кадрової політики. Кадровий потенціал є вагомою складовою ресурсного забезпечення системи охорони здоров'я [2].

**Мета роботи** – довести важливість якісного збору та аналізу інформації щодо здоров'я населення та діяльності закладів охорони здоров'я; проаналізувати кадровий склад лікарів-статистиків; показати необхід-

ність ґрунтовної підготовки статистиків для сучасної галузі охорони здоров'я.

**Методи дослідження:** системний аналіз, бібліосемантичний.

### Результати дослідження та їх обговорення

На сьогодні рівень інформаційного забезпечення охорони здоров'я значно відстає від потреб самої галузі охорони здоров'я, будучи незадовільним як за обсягом, так і за оперативністю отримання інформації та її аналітичною цінністю.

Слід зауважити, що збереження інформації на розрізних паперових носіях (традиційних амбулаторних картах пацієнта, окремих документах встановленої форми) в різних лікувально-профілактичних установах приводить до частотої втрати даних, а також до невчасного отримання інформації суб'єктами управління.

Інформація, що збирається та накопичується в установах охорони здоров'я, багато в чому визначає можливості функціонування як самої установи, так і системи охорони здоров'я в цілому.

На основі отриманих даних приймаються управлінські рішення, що стосуються діагностики та лікування хворих, формуються потоки пацієнтів, плануються і розподіляються ресурси установи.

Будь-які стратегічні рішення в охороні здоров'я приймаються після аналізу узагальненої інформації, отриманої здебільшого з установ охорони здоров'я. Наукові розробки, аналітичні огляди, прогнози і плани по галузі в цілому та за окремими напрямками будуються на основі інформації, яка формується в установах охорони здоров'я.

Основним постачальником інформації для прийняття управлінського рішення є статистична служба медичних установ, що представлена переважно медичними статистиками.

Усього по Україні працює 974 лікарі-статистики, показник забезпеченості – 0,21 на 10 тис. населення.

У лікувально-профілактичних закладах налічується 1493,75 штатної посади лікарів-статистиків, з них 1208,50 зайнятої, загальна укомплектованість лікарями становить 49,8. Укомплектованість посад статистиків з урахуванням спеціалістів з вищою немедичною освітою дорівнює 61,3.

В установах охорони здоров'я дана категорія осіб, відповідно до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників (вип. 78. Охорона здоров'я), затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України 29.03.2002 р. № 117 (зі змінами та доповненнями), повинна мати: повну вищу медичну освіту (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки «Медицина», свідоцтво про проходження інтернатури за однією зі спеціальностей медичного профілю з наступною спеціалізацією з «Організації і управління охороною здоров'я», а також сертифікат лікаря-спеціаліста [1].

Крім цього, лікар-статистик має знати і застосовувати у своїй діяльності:

- чинне законодавство про охорону здоров'я та нормативні документи, які регламентують професійну діяльність, права та обов'язки лікаря-статистика;
- теоретичні основи соціальної гігієни та організації охорони здоров'я;
- організацію статистичної служби в Україні;
- організацію системи обліку і звіту медичних установ;
- форми статистичного обліку і звіту та порядок їх ведення;
- методи обробки та аналізу статистичних даних;
- основи користування комп'ютером, технологію машинної обробки статистичних даних;
- методологію проведення суцільних та вибіркового статистичних і клініко-статистичних досліджень;
- сучасну літературу за фахом і методи її узагальнення;
- організацію статистичної служби в зарубіжних країнах і основні статистичні матеріали, які публікують Всесвітня організація охорони здоров'я і Організація Об'єднаних Націй.

Коло знань медичного статистика достатньо широке. Воно передбачає використання спеціальних знань, навичок і умінь, які істотно відрізняються від тих, які необхідні іншим категоріям медичного персоналу. Так, медичний статистик повинен не просто знати правила експлуатації комп'ютерної техніки, але й активно використовувати її у своїй роботі, у тому числі, крім простих операторських прийомів, вміти формувати електронні таблиці з необхідним набором формул, витягувати з наявних баз даних необхідну для відповідей на запити інформацію; графічно подавати дані для аналізу тощо. Медичний статистик має впевнено володіти основними математичними методами, статистичними прийомами (розрахунки середніх значень і відносних показників, аналіз динамічних рядів тощо), вміти організувати статистичне дослідження. Ці специфічні знання слід застосовувати нарівні зі знаннями медичними. Суттєвою особливістю роботи є необхідність навчати і контролювати, у межах своєї компетентності, персонал, який стоїть вище за ієрархією.

Медичний статистик повинен володіти знаннями Міжнародної статистичної класифікації хвороб і проблем, пов'язаних зі здоров'ям населення. Саме від рівня цих знань і ретельності їх застосування залежить правильність кодування захворюваності та смертності, на основі яких будується вивчення стану здоров'я населення і приймаються відповідні управлінські рішення.

Слід зауважити, що поява автоматизованих систем для збору та обробки статистичних даних жодною мірою не скасовує контроль вхідних документів і звірку отриманих узагальнених даних, тим самим не зменшує провідну роль медичного статистика.

Крім власне обліку, статистики складають звіти, що потребує копійки праці, особливо останнім часом.

Крім річної звітності, статистики проводять численні моніторинги щодо заходів на виконання Указу Президента України «Про національний план дій на 2012 рік щодо впровадження Програми економічних реформ на 2012–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» № 187/2012 р. від 12.03.2012 р., а також модернізують охорону здоров'я, стежать за станом здоров'я населення (рівні захворюваності на грип, пневмонію); додатковим лікарським забезпеченням, критеріями ефективності роботи лікарів, якості медичної допомоги тощо [4].

Слід зауважити, що, згідно з Порядком встановлення надбавок за обсяг та якість виконаної роботи працівникам закладів охорони здоров'я, які надають первинну медичну допомогу та є учасниками пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я, затвердженим постановою Кабінетом Міністрів України 20.05.2013 р., до основних обов'язків медичних статистиків входить визначення відповідних середніх показників серед закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу, відповідно до цих

показників визначають надбавку до заробітної плати лікарів за якість роботи.

Таким чином, роль медичних статистиків у діяльності закладів охорони здоров'я незаперечна. Оцінюючи кадровий потенціал слід зробити висновок, що сьогодні спостерігається недостатня укомплектованість штатів медичних статистиків, а подеколи – недостатня їх кваліфікація.

### Висновки

З огляду на всю важливість медичної інформації, до якої суспільство висуває особливі вимоги, а також на необхідність забезпечення закладів охорони здоров'я кваліфікованими кадрами в галузі медичної статисти-

ки, необхідно більше уваги приділяти підготовці фахівців саме з медичної статистики. Беручи до уваги складність роботи статистиків, слід більш ретельно готувати фахівців у період додипломної освіти (інформаційні технології, комп'ютерна грамотність, методи розрахунків статистичних показників та їх аналіз), а також виключити формальний підхід до підвищення кваліфікації даної категорії фахівців.

Кваліфіковані кадри здатні забезпечити достатній рівень впровадження інформатизації закладів охорони здоров'я.

**Перспективи досліджень** полягають у подальшому вивченні питань кадрового забезпечення інформаційної підтримки закладів охорони здоров'я.

### Література

1. *Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників.* – Вип. 78. Охорона здоров'я / наказ МОЗ України 29.03.2002 р. № 117 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрана.
2. *Кадрова політика в реформуванні вітчизняної сфери охорони здоров'я аналітична доповідь.* – К., 2012. – С. 35.
3. *Ларіна Р. Р.* Державний механізм забезпечення інформатизації системи охорони здоров'я : монографія / Р. Р. Ларіна, А. В. Владзимирський, О. В. Балуєва. – Донецьк, 2008. – С. 252.
4. *Про Національний план дій на 2012 рік щодо впровадження Програми економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» :* Указ Президента України від 12.03.2012 р. № 187/2012 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua>. – Назва з екрана.

*Дата надходження рукопису до редакції: 26.12.2013 р.*



## Кадровое обеспечение информационной поддержки учреждений здравоохранения

*И.В. Беликова*

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

**Цель** – обосновать необходимость качественного сбора и анализа информации о здоровье населения и деятельности учреждений здравоохранения; проанализировать кадровое обеспечение учреждений здравоохранения врачами-статистиками; доказать необходимость основательной подготовки врачей-статистиков для современного здравоохранения.

**Методы:** системный анализ, библиосемантический.

**Результаты.** Медицинский статистик – это специалист, который должен обладать знаниями в различных областях. Именно от уровня знаний этого работника зависит правильность учета данных, на основе которых строится изучение состояния здоровья населения и принимаются соответствующие управленческие решения. Помимо собственно учета, статистик значительную часть времени занимается составлением отчетов, что требует большого кропотливого труда, особенно в последнее время.

**Выводы.** Учитывая всю важность медицинской информации, к которой на сегодняшний день общество предъявляет повышенные требования, принимая во внимание необходимость обеспечения системы здравоохранения квалифицированными кадрами в области медицинской статистики, а также всю сложность работы в данной области, существует актуально обоснованная необходимость качественного подхода к обучению медицинских статистиков. Подготовка в области информационных технологий, компьютерной грамотности, а также в области использования принципов доказательной медицины, обеспечит учреждения здравоохранения качественной информационной поддержкой.

**Ключевые слова:** управление, врач-статистик, информация.

## Recruitment providing information support of health care institutions

*I.V. Byelikova*

Higher medical educational institution  
of Ukraine «UMSA»,  
Poltava, Ukraine

**Purpose.** The aim of this study is substantiation the necessity of qualitative data collection and analysis of information on health and health-care facilities, analyzing personnel provide by doctors-statisticians of health facilities, to prove the necessity of thorough training for medical statisticians for modern health care.

**Materials and methods:** system analysis, semantic library.

**Results.** Medical statistician is a person who must have knowledge in various fields. That is on the skill level of this specialist depends correctness of the account, based on which is constructed the study of public health and to makes appropriate management decisions. Besides, the statistician spends a considerable part of working hours for formation of reports.

**Conclusion.** Considering the importance of health information, which today society places high demands, taking into account the need for health systems by qualified personnel in the field of medical statistics, as well as the complexity of the work in this area, there is actually a legitimate need qualitative approach to training of medical statisticians.

Training in the field of information technology, computer literacy, as well as in the use of evidence-based medicine, provide health care facilities by quality information support.

**Key words:** management, doctor-statistician, information.

## Відомості про автора

**Белікова Інна Володимирівна** – к.мед.н., доц. кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з біостатистикою та медичним правознавством Вищого державного навчального закладу «Українська медична стоматологічна академія»; вул. Шевченка, 23, м. Полтава, 36011, Україна; e-mail: belikova.05@mail.ru.

Н.Я. Жилка<sup>1</sup>, Ю.М. Дуб<sup>2</sup>

## ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕНДЕНЦІЙ ПОШИРЕННЯ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ СЕРЕД ЖІНОК У ДНІПРОПЕТРОВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

<sup>1</sup>Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

<sup>2</sup>Підгородненська амбулаторія загальної практики / сімейної медицини Дніпропетровської області, Україна

*Мета* – вивчити основні негативні тенденції поширеності ВІЛ-інфекції серед жіночого населення Дніпропетровської області.

*Матеріали та методи.* Використано дані галузевої статистики щодо поширеності ВІЛ-інфекції у Дніпропетровській області за період 1987–2012 рр., а також статистичний метод.

*Результати.* Стан поширеності ВІЛ-інфекції у Дніпропетровській області є одним із найвищих в Україні від початку епідемічної ситуації до сьогодні. Рівень захворюваності на ВІЛ-інфекцію у Дніпропетровській області у 2012 р. становив 103,4 на 100 тис. населення, в Україні – 45,5. Епідемія ВІЛ-інфекції, починаючи з 1997 р., поширилася на всі адміністративні території Дніпропетровської області.

*Висновки.* Первинна профілактика ВІЛ-інфекції в жінок суттєво вплине на зменшення кількості ВІЛ-інфікованих вагітних і народжених ними дітей. Зниження кількості нових випадків ВІЛ-інфекції серед жінок дітородного віку відіграє ключову роль у профілактиці ВІЛ-інфекції серед новонароджених, що суттєво вплине на призупинення епідемічних процесів у Дніпропетровській області.

*Ключові слова:* жінки, ВІЛ-інфекція, профілактика, вагітні, діти.

### Вступ

У сучасних умовах пандемії ВІЛ-інфекції спостерігається її фемінізація [3]. У зв'язку з цим необхідно дослідити стан захворюваності на цю патологію серед жінок, а також виявити її чинники і віднайти шляхи вирішення проблем із метою призупинення високих темпів поширення ВІЛ-інфекції [2]. Насамперед це стосується Дніпропетровської області як регіону з найвищим рівнем поширення ВІЛ-інфекції в Україні [1].

**Мета роботи** – вивчити тенденції поширеності ВІЛ-інфекції серед жінок Дніпропетровської області.

### Матеріали та методи

У роботі використано дані галузевої статистики щодо поширеності ВІЛ-інфекції у Дніпропетровській області за період 1987–2012 рр., а також статистичний метод.

### Результати дослідження та їх обговорення

Стан поширеності ВІЛ-інфекції у Дніпропетровській області є одним із найвищих в Україні від

початку епідемічної ситуації до сьогодні. Рівень захворюваності на ВІЛ-інфекцію у Дніпропетровській області у 2012 р. становив 103,4 на 100 тис. населення, в Україні – 45,5. За період 1987–2012 рр. в області зареєстровано 37 541 випадок ВІЛ-інфекції серед громадян Дніпропетровської області, у тому числі 9 848 випадків захворювання на СНІД і 5 366 випадків смерті від захворювань, обумовлених СНІДом.

Епідемія ВІЛ-інфекції, починаючи з 1997 р., поширилася на всі адміністративні території області. Найвищі рівні захворюваності на ВІЛ-інфекцію у 2012 р. зареєстровано в м. Тернівці – 270,2 на 100 тис. населення, Криворізькому районі – 232,7, м. Орджонікідзе – 225,1, Широківському районі – 203,6, місті Кривому Розі – 182,1, Першотравенську – 163,6.

На сьогодні відомо, що ВІЛ серед жінок поширюється переважно через споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН) і сексуальні стосунки з ВІЛ-інфікованими партнерами.

Статевий шлях стає все частішим фактором поширення ВІЛ. У Дніпропетровській області визначено негативну динаміку частки жінок у статевій структурі хворих на ВІЛ-інфекцію: у 2008 р. – 44,0%, у 2009 р. – 46,0%, у 2010 р. – 43,4%, у 2011 р. – 47,1%, у 2012 р. – 44,8%. В області зростає кількість нових випадків ВІЛ-інфекції в жінок серед загального населення, дедалі

Таблиця 1

Питома вага ВІЛ-інфікованих вагітних у загальній кількості ВІЛ-інфікованих пацієнтів у Дніпропетровській області за 2008–2012 рр.

Категорія пацієнтів	2008	2009	2010	2011	2012
Загальна кількість ВІЛ-інфікованих пацієнтів	3084	3626	3258	3447	3429
ВІЛ-інфіковані вагітні	921	635	544	512	479
Питома вага (%)	29,9	17,5	16,7	14,9	14,0

більше вагітних інфікується ВІЛ статевим шляхом від гетеросексуальних чоловіків, які не є СІН.

Вважається, що рівень інфікованості серед жінок, які відвідують жіночі консультації з приводу вагітності, достатньо точно відображає рівень інфікованості ВІЛ і тенденції розвитку епідемії серед загального населення. Крім того, дана група жінок становить вибірку, репрезентативну для аналізу епідемічної ситуації серед сексуально активної частини населення, у тому числі серед жіночого населення. Тому аналіз тенденцій ВІЛ-інфекції серед вагітних жінок Дніпропетровської області повною мірою відображають тенденції серед ВІЛ-інфікованих жінок.

Важливою групою щодо фемінізації ВІЛ-інфекції в Україні є вагітні жінки. Питома вага ВІЛ-інфікованих вагітних серед загальної кількості ВІЛ-інфікованих пацієнтів у Дніпропетровській області становила (табл. 1): у 2008 р. – 29,9%, у 2009 р. – 17,5%, 2010 р. – 16,7%, 2011 р. – 14,9%, 2012 р. – 14,0%, що засвідчило суттєвий негативний вплив на епідемію ВІЛ-інфекції в регіоні.

Зменшення кількості ВІЛ-інфікованих вагітних сприяє зменшенню загальної кількості ВІЛ-інфікованих осіб у загальній кількості.

У 2012 р. частка вперше виявлених ВІЛ-інфікованих вагітних серед зареєстрованих 1 536 ВІЛ-інфікованих жінок становила 31,2%.

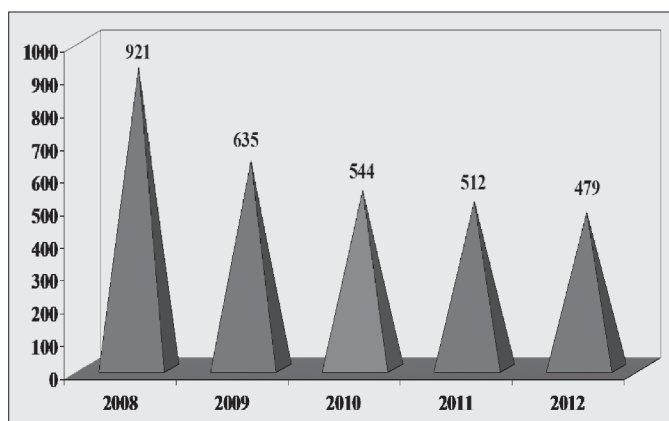


Рис. 1. Кількість ВІЛ-інфікованих вагітних у Дніпропетровській області в динаміці за 2008–2012 рр.

Рівень поширення ВІЛ-інфекції серед вагітних за результатами первинного тестування у 2012 р. в середньому по області становив 1,08%. Показник перевищив середньоукраїнський (0,45%) у 2,4 разу. Крім цього, показник поширеності ВІЛ-інфекції був найвищим серед адміністративних територій України: у Донецькій області – 0,88%, Миколаївській – 0,82%, Одеській – 0,73%, м. Києві – 0,68%.

Найвищі показники у 2012 р. зареєстровано у містах Кривий Ріг – 2,0%, Тернівка – 1,6%, Орджонікідзе – 1,4%, а також у Широкивському – 1,8% та Криворізькому районах – 1,5%.

Серед 43 060 первинних обстежень виявлено 467 ВІЛ-інфікованих вагітних, які народили дітей і зробили суттєвий «внесок» в епідемічні процеси Дніпропетровської області. Усього у 2012 р. зареєстровано 479 вагітних.

Динаміка кількості вагітних є позитивною (рис. 1). За період 2008–2012 рр. кількість ВІЛ-інфікованих вагітних зменшилась на 48,0%.

Незважаючи на позитивність динаміки, проблема ВІЛ-інфікованих вагітних залишається гострою для області, оскільки частка їх серед загальної кількості ВІЛ-інфікованих вагітних в Україні є значною, що становить загрозу передачі ВІЛ-інфекції вертикальним шляхом (рис. 2).



Рис. 2. Кількість ВІЛ-інфікованих вагітних в Україні та Дніпропетровській області за 2008–2012 рр.

Таблиця 2  
Рівень вертикальної трансмісії ВІЛ  
у Дніпропетровській області за 2008–2012 рр.

Категорія пацієнтів	2008	2009	2010	2011	2012
Кількість народжених дітей ВІЛ-інфікованими матерями	609	628	540	552	558
Діагноз ВІЛ-інфекції підтверджено в дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями	12	23	16	32	30
Діагноз ВІЛ-інфекції у стадії підтвердження	597	605	524	520	528
Рівень вертикальної трансмісії ВІЛ (%)	2,0	3,7	3,0	5,8	5,4

У 2008 р. частка ВІЛ-інфікованих вагітних Дніпропетровської області серед загальної їх кількості в Україні становила 25,3%, у 2009 р. – 15,0%, у 2010 р. – 13,4%, у 2011 р. – 12,8%, у 2012 р. – 11,8%. Зафіксовано повільне зменшення частки ВІЛ-інфікованих вагітних в області серед їх загальної кількості за період 2008–2012 рр., проте, враховуючи високий рівень вертикальної трансмісії ВІЛ у Дніпропетровській області, ВІЛ-інфіковані вагітні стали суттєвим джерелом ВІЛ-інфекції (табл. 2).

Динаміка показника вертикальної трансмісії ВІЛ є негативною. Цей показник за період 2008–2012 рр. збільшився на 63,0% (2008 р. – 2,0%, 2012 р. – 5,4%), що перевищило європейський рівень у 5,4 рази (0–1,0%) і національний – в 1,1 рази (2012 р. – 4,9%).

Така ситуація спричинює поширення ВІЛ-інфекції серед дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, таким чином, збільшуючи кількість ВІЛ-інфікованих пацієнтів.

Первинна профілактика ВІЛ-інфекції у жінок суттєво вплине на зменшення кількості ВІЛ-інфікованих вагітних і народжених ними дітей.

За оцінкою міжнародних експертів Інституту здоров'я дитини Лондонського університетського коледжу, зменшення випадків інфікування ВІЛ жінок дітородного віку істотним чином вплине на зменшення

кількості новонароджених, що піддаються ризику інфікування. Кожний попереджений випадок ВІЛ-інфікування жінки дітородного віку означає запобігання зараженню кожного з дітей, яких вона може народити. Первинна профілактика також непрямо вплине на благополуччя дітей, оскільки якщо запобігти ВІЛ-інфікуванню батьків, знизиться вірогідність того, що діти залишаться сиротами. Зниження кількості нових випадків ВІЛ-інфекції серед жінок дітородного віку відіграє ключову роль у профілактиці ВІЛ-інфекції серед новонароджених, що суттєво вплине на призупинення епідемічних процесів у Дніпропетровській області.

## Висновки

У Дніпропетровській області встановлено негативну динаміку частки жінок у статевій структурі ВІЛ-інфікованих. При цьому виявлено тенденцію до зниження частки ВІЛ-інфікованих вагітних жінок при збільшенні показника вертикальної трансмісії ВІЛ за період 2008–2012 рр. на 63,0%, що перевищило європейський рівень у 5,4 рази, а національний – в 1,1 рази.

**Перспективи подальших досліджень** спрямовані на вивчення причин збільшення показника вертикальної трансмісії ВІЛ у Дніпропетровській області.

## Література

1. ВІЛ-інфекція в Дніпропетровській області: інформ. бюлетень / Головне управління охорони здоров'я облдержадміністрації; КЗ «Дніпропетровський обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом». – Дніпропетровськ, 2010. – 35 с.
2. ВІЛ-інфекція в Україні : інформ. бюлетень № 37 / МОЗ України. – К., 2012. – 37 с.
3. Thorne C. Prevention of HIV infection in infants. Documenting and learning and the Ukraine experience / C. Thorne, M. Newell, N. Zhyhka. – К., 2007. – 100 р.

Дата надходження рукопису до редакції: 10.12.2013 р.

## Характеристика тенденцій розповсюдження ВІС-інфекції серед жінок в Дніпропетровській області

*Н.Я. Жилка<sup>1</sup>, Ю.Н. Дуб<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

<sup>2</sup>Подгородненська амбулаторія загальної практики / сімейної медицини Дніпропетровської області, Україна

**Цель** – вивчити основні негативні тенденції розповсюдженості ВІС-інфекції серед жіночого населення Дніпропетровської області.

**Матеріали і методи.** Використані дані галузевої статистики по розповсюдженості ВІС-інфекції в Дніпропетровській області за період 1987–2012 рр., а також статистичний метод.

**Результати.** Становлення розповсюдженості ВІС-інфекції в Дніпропетровській області є одним з найвищих в Україні з початку епідемічної ситуації сьогодні. Рівень захворюваності ВІС-інфекцією в Дніпропетровській області в 2012 р. склав 103,4 на 100 тис. населення, в Україні – 45,5. Епідемія ВІС-інфекції, починаючи з 1997 р., поширилася на всі адміністративні території Дніпропетровської області.

**Висновки.** Первинна профілактика ВІС-інфекції у жінок суттєво впливає на зменшення кількості ВІС-інфікованих вагітних і народжених ними дітей. Зменшення кількості нових випадків ВІС-інфекції серед жінок детородного віку грає ключову роль в профілактиці ВІС-інфекції серед новонароджених, суттєво впливає на припинення епідемічного процесу в Дніпропетровській області.

**Ключові слова:** жінки, ВІС-інфекція, профілактика, вагітні, діти.

## Description trends of HIV-infection among women in the Dnipropetrovsk region

*N.Ya. Zhylka<sup>1</sup>, Yu.M. Dub<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>National Medical Academy of Postgraduate Education named after P.L. Shupyk, Kyiv, Ukraine

<sup>2</sup>Podgorodnenskaya clinic general practice / family medicine, Dnipropetrovsk region, Ukraine

**Purpose** is to explore the main negative trends in HIV prevalence among the female population of Dnipropetrovsk region.

**Materials and methods** used in the study is statistical, namely, data from sectoral statistics on the prevalence of HIV in the Dnipropetrovsk region for the period 1987–2012 years.

**Results.** Level HIV prevalence in Dnipropetrovsk region is one of the highest in Ukraine from the beginning of the epidemic situation to date. The incidence of HIV in the Dnipropetrovsk region in 2012 was 103.4 per 100 thousand population in Ukraine – 45.5. HIV-infection since 1997 spread to all the administrative territory of Dnipropetrovsk region.

**Conclusions.** Primary prevention of HIV infection in women has a significant impact on reducing the number of HIV-infected pregnant women and in children born to them. Reducing the number of new cases of HIV infection among women of childbearing age plays a key role in prevention HIV infection among newborns, which significantly affect the suspension of the epidemic process in the Dnipropetrovsk region.

**Key words:** women, HIV-infection, prevention, pregnant women, children.

## Відомості про авторів

**Жилка Надія Яківна** – д.мед.н., доц. кафедри акушерства, гінекології та перинатології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика; вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна; служб. тел. +38(044) 483-17-05; e-mail: zhylka.nadya@gmail.com.

**Дуб Юлія Михайлівна** – лікар акушер-гінеколог Підгородненської амбулаторії загальної практики / сімейної медицини, головний позаштатний фахівець із планування сім'ї управління охорони здоров'я Дніпропетровської обласної адміністративної адміністрації; служб. тел./факс +38(056) 745-05-08; e-mail: juliadub2010@meta.ua.

## 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»

С.О. Линник

## 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](mailto: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 (СИ), медичні терміни – згідно з Міжнародною анатомічною та Міжнародною гістологічною номенклатурами, назви захворювань – за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду, лікарські засоби – за Державною Фармакопеею (X, XI). Назви фірм і апаратів зазначаються в оригінальній транскрипції.
- Скорочення в тексті слів, імен, термінів (крім загальновідомих) не допускається. Аббревіатура 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 аббревіатури, 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