

ISBN 2077-6594



УКРАЇНА.
ЗДОРОВ'Я НАЦІЇ
№ 4 (32) 2014 р.

Керівний орган журналу

Засновник: ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

Колегіальні органи журналу

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

Редакційна колегія

Голова редакційної колегії В. М. Лобас

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

Редакційна рада

Голова редакційної ради Д. І. Заболотний (Київ)

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

Журнал включено до Переліку №1 наукових фахових видань України, в яких можуть публікуватися результати дисертаційних робіт на здобуття вченого ступеня кандидата і доктора наук (додаток до Постанови Президії ДАК МОН України від 26.05.2010 р. №1-05/4).

Рекомендовано до друку Вченою радою ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України». Протокол № 10 від 13.11.2014 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 13 листопада 2014 р. Загальний наклад 300 прим. Зам. № 01/12/01

Видавець:

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

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.

ЗМІСТ

ПИТАННЯ ДЕМОГРАФІЧНОГО РОЗВИТКУ

Чепелевська Л.А., Рудницький О.П., Дзюба О.М.
Проблеми демографічної кризи в Україні:
регіональний аспект 5

Красовський К.С., Стойка О.О.
Аналіз феномену різкого зростання
тривалості життя в місті Києві
у 2008–2011 роках 10

ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ: ТЕНДЕНЦІЇ ТА ПРОГНОЗИ

*Третьякова О.С., Сухарева І.А.,
Василенко С.А., Усаченко В.П.*
Гематологическая патология
детского населения АР Крым:
основные медико-частотные характеристики 18

Повч З.В.
Регіональні та гендерні особливості
поширеності глаукоми як інформаційне
підґрунтя розробки регіональних
профілактичних програм і технологій 24

Клименюк В.П.
Когортний аналіз трендів інвалідизації
внаслідок інсультів за ієрархічною
АРС-мікст-моделлю 31

ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Слабкий Г.О., Картавцев Р.Л.
Вплив забезпеченості медичним обладнанням
на рівень летальності у відділеннях
інтенсивної терапії 37

*Жаховський В.О., Булах О.Ю.,
Лівінський В.Г., Кудренко М.В.*
Медичне забезпечення Збройних Сил
України: актуальні питання удосконалення
з огляду на тенденції розвитку
системи охорони здоров'я України 42

Савчук О.В.
Аналіз стану стоматологічної допомоги
дорослому населенню в місті Києві 49

Жилка Н.Я., Зайкова Т.В.
Сучасні підходи до профілактики
раку шийки матки 53

Москв'як-Лесняк Д.Є., Рудень В.В.
Про доцільність управління факторами ризику
на рівні лікаря загальної практики / сімейного
лікаря щодо попередження виникнення /
подальшого розвитку раку молочної залози
(С50) серед осіб жіночої статі в Україні
(за результатами експертної оцінки) 57

Шишацька Н.Ф.
Характеристика оптимізованої моделі
забезпечення прав пацієнтів у системі
охорони здоров'я України 67

Кудря А.В., Жилка Н.Я.
Деякі проблеми в дотриманні права сімейного
лікаря на ефективну професійну діяльність
(огляд наукової літератури) 72

РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Kachur O.Yu., Slabky G.O.
Modern approaches to reforming health service
system in Ukraine 79

*Кочін І.В., Гайволя О.О., Хандога Е.В.,
Протас С.В., Ланкмілер Т.В., Сидоренко П.І.,
Акулова О.М., Трошин Д.О., Шило І.Ф.*
Логістика як сучасна парадигма
оптимізації організації ресурсного забезпечення
Державної служби медицини катастроф
України при наданні екстреної
медичної допомоги 83

Бучинський Л.Я.
Концептуальні підходи до організації
амбулаторно-поліклінічної допомоги
дорослому населенню в умовах
реформування галузі охорони здоров'я 90

ДЕРЖАВНЕ УПРАВЛІННЯ

Ціборовський О.М., Дзюба О.М.
Теоретико-методологічні засади державного
управління сферою охорони здоров'я 94

CONTENT

QUESTIONS OF DEMOGRAPHIC DEVELOPMENT

- Chepelevska L.A., Rudnytsky O.P., Dziuba O.M.*
Problems of demographic crisis in Ukraine: regional aspect 5
- Krasovsky K.S., Stoyka O.O.*
Analysis of the phenomenon of a sharp life expectancy increase in Kyiv city in 2008–2011 10

HEALTH OF THE POPULATION: TENDENCIES AND FORECASTS

- Tretyakova O.S., Sukhareva I.A., Vasilenko S.A., Usachenko V.P.*
Hematological pathology of children population in Crimea: basic health-frequency characteristics features 18
- Povch Z.V.*
Regional and gender features of prevalence of glaucoma as information base of development of regional preventive programs and technologies 24
- Klymenyuk V.P.*
Cohort analysis of invalidity trends due to strokes by hierarchical APC mixed model 31

ORGANIZATION OF MEDICAL CARE PROVISION

- Slabky G.O., Kartavtsev R.L.*
Provision with medical equipment and its influence on the range of mortality in intensive therapy departments 37
- Zhakhovsky V.O., Bulakh O.Yu., Livinsky V.G., Kudrenko M.V.*
Medical providing of the Armed Forces of Ukraine: there are pressing questions of improvement, taking into account tendencies to development of the system of health protection Ukraine 42
- Savchuk O.V.*
Analysis of dental care adult population in Kyiv 49

- N.Ya. Zhylka, T.V. Zaikova*
Modern approaches to cervical cancer prophylaxis 53

- Moskvyak-Lesniak D.Ye., Ruden V.V.*
About expediency of management of risk factors at the level of doctor of general practice of family medicine to prevent the occurrence / further development of breast cancer (C50) among females of Ukraine (based on the results of expert evaluation) 57

- Shyshatska N.F.*
Characteristic of optimized model for provision of the rights of patients in the system of health service of Ukraine 67

- Kudrya A.V., Zhylka N.Ya.*
Some problems in meeting the right family doctor for effective professional activity (review of the scientific literature) 72

REFORMING OF PUBLIC HEALTH SYSTEM

- Kachur O.Yu., Slabky G.O.*
Modern approaches to reforming health service system in Ukraine 79
- Kochin I.V., Gaivolya O.O., Khandoga E.V., Protas S.D., Lankmiller T.V., Sydorenko P.I., Akulova O.M., Troshyn D.O., Shylo I.F.*
Logistic as modern paradigm of optimization of organization of resource providing of the State service for disaster medicine Ukraine at providing urgent to medicare 83

- Buchynsky L.Ya.*
Conceptual approaches in organizing ambulatory-and-polyclinic aid to adult population in conditions of reforming the system of health service 90

STATE ADMINISTRATION

- Tsiborovsky O.M., Dziuba O.M.*
Theoretical and methodological bases of the health care government 94

УДК 314.1:353.1(477)

Л.А. Чепелевська, О.П. Рудницький, О.М. Дзюба

ПРОБЛЕМИ ДЕМОГРАФІЧНОЇ КРИЗИ В УКРАЇНІ: РЕГІОНАЛЬНИЙ АСПЕКТ

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

Мета – виявити проблеми демографічної кризи в Україні та регіонах.

Матеріали та методи. За даними Державної служби статистики України вивчено демографічну статистику за 2008–2012 рр. Дослідження проведено на підставі використання методів демографічної та медичної статистики.

Результати. За останні роки в результаті прийнятих державою заходів зафіксовано поліпшення медико-демографічної ситуації: народжуваність зросла на 26,6%, смертність знизилась на 10,0%, смертність немовлят – на 10,5%. Незважаючи на те, що чисельність населення продовжує скорочуватись, темп цього процесу уповільнився (1,2% в останнє півріччя проти 2,6% – у попереднє). Україні притаманні значні територіальні відмінності у показниках тривалості життя: найбільш високі спостерігаються в м. Києві та в чотирьох західних областях.

Висновки. В Україні на фоні значних регіональних розбіжностей спостерігаються перші позитивні зрушення в медико-демографічній ситуації.

Ключові слова: демографія, смертність, народжуваність, середня очікувана тривалість життя, регіони.

Вступ

У період після проголошення незалежності в Україні спостерігається безпрецедентний демографічний спад, який супроводжується кризою в охороні здоров'я. Незбалансована економіка, політична нестабільність і суттєво послаблена система охорони здоров'я призвели до погіршення стану населення і до серйозної нерівності різних категорій населення щодо стану здоров'я. Крім того, темпи скорочення чисельності населення в Україні є найвищими в Європі. Унаслідок переважно низьких показників народжуваності така тенденція швидко змінює віковий склад населення – питома вага громадян середнього та похилого віку зростає [5]. Актуальність демографічних і багатьох соціальних проблем у сучасній Україні ставлять на порядок денний питання розробки ефективної і гнучкої соціально-демографічної політики в країні. Депопуляція, характерна для більшості країн Європи з 1991 р., є актуальною проблемою і для України. Проте Україна від інших Європейських країн вирізняється масштабністю депопуляції і прискореними темпами скорочення чисельності населення. На початку 2000-х років Україна щорічно втрачала внаслідок депопуляції в середньому 350 тис. осіб, при цьому коефіцієнт природного скорочення населення в Україні залишається найвищим серед європейських країн. Не менш значущими чинниками негативних

демографічних тенденцій в Україні є погіршення стану здоров'я населення, низька тривалість життя, високий рівень смертності, особливо серед чоловіків працездатного віку. Середня очікувана тривалість життя жінок у 2007 р. становила 73,6 року, а чоловіків – 62,3 року [6]. Поліпшення демографічної ситуації в Україні є найбільш актуальною проблемою для влади й українського суспільства в цілому, оскільки має важливе значення не тільки для збереження трудового потенціалу та національної безпеки країни, але й для збереження самої держави [1–4]. На сьогодні Україна за важливішими показниками здоров'я населення поступається багатьом країнам Європи та світу. Так, середня очікувана тривалість життя чоловіків в Україні менша на 13 років, а жінок – понад 8 років, ніж у країнах Європейського Союзу. За цим показником наша країна посідає передостаннє місце в Європі. Передусім це пов'язано з високим рівнем смертності населення, особливо в працездатному віці. Водночас, останніми роками (2006–2011 рр.) у демографічній ситуації почалися позитивні зрушення, зокрема, знизився рівень смертності населення України на 10,3%, серед чоловіків – на 13,9%, жінок – на 6,5%. У регіонах найбільше зниження зафіксовано в Одеській, Київській, Чернігівській та Житомирській областях. Знизився рівень смертності населення України від хвороб системи кровообігу на 6,2%, серед чоловіків – на 9,6%, особливо в Житомирській, Одеській, Харківській та Львівській областях (на 12,6–10,0%

відповідно), більше – серед чоловіків (на 15,9–14,0%). Найбільш значні темпи зниження рівня смертності населення України зафіксовано від зовнішніх причин смерті (на 32,8%), особливо серед чоловіків, у Дніпропетровській, Чернігівській, Полтавській та Одеській областях (41,9–38,0% відповідно) [7].

Мета роботи – виявити проблеми демографічної кризи в Україні та регіонах.

Матеріали та методи

За даними Державної служби статистики України вивчено демографічну статистику за 2008–2012 рр. Дослідження проведено на підставі використання методів демографічної та медичної статистики.

Результати дослідження та їх обговорення

Незважаючи на затяжну кризу у сфері відтворення населення, Україна на сьогодні залишається однією з багатолюдних європейських країн, посідаючи за чисельністю п'яте місце після Німеччини, Великої Британії, Франції та Італії. На початок 2013 р., за оцінкою Державної служби статистики, чисельність населення України становила 45 553 тис. осіб. Населення України останніми роками продовжує убувати, хоча і з помітним сповільненням темпів скорочення у 2009–2012 рр. Чисельність населення України скоротилася за останні п'ять років майже на 0,9 млн осіб, а протягом 2012 р. – на 81 тис. осіб, або на 0,2%. Ще один чинник, який обумовив сповільнення природного убутку населення України останнім часом, – сприятливі зміни в динаміці народжуваності в результаті активізації соціально-демографічної політики. Найістотнішою рисою довготривалих змін у статевому-віковому складі населення України усіх типів поселень на сучасному етапі є його старіння (зменшення частки дітей і молоді та збільшення частки людей старшого і похилого віку) як об'єктивний результат еволюції основних демографічних процесів. Старіння поглиблюється доти, доки відбуваються зміни в режимі відтворення і міграції населення. З їх стабілізацією певним чином стабілізується статеві-віковий склад населення. Пусковим чинником старіння населення в історичній ретроспективі є зниження народжуваності. Але з часом провідним фактором цього процесу стає подовження тривалості життя. Україну очікує поглиблення процесу старіння населення на середньо- і довгострокову перспективу – саме поточне сторіччя буде періодом триваючого старіння її

населення. Вже зараз Україна належить до країн із високим рівнем постаріння населення: за часткою осіб віком 60 років і старше вона завершує список 25 «найстаріших» країн світу.

У 2012 р. число народжень в Україні порівняно з 2011 р. в абсолютному вимірі збільшилось на 18 тис. осіб, а відносний показник – загальний коефіцієнт народжуваності – підвищився на 4,0%. Найвищий за останні п'ять років рівень народжуваності в Україні зафіксовано у 2012 р., протягом якого народилося на 23 тис. більше дітей, ніж у 2010 р. Приріст народжень у міських поселеннях в 2012 р. порівняно з 2010 р. становив 15 тис., а в селах – 8 тис. осіб. Загальний коефіцієнт народжуваності також збільшився: з 10,8‰ у 2010 р. до 11,4‰ у 2012 р. В Україні спостерігається істотна територіальна диференціація народжуваності. За рівнем народжуваності регіони України розподіляються на три групи. Перша група – це східні області, яким притаманна надзвичайно низька народжуваність, яка навіть наполовину не забезпечує відновлення чисельності населення (Сумська, Чернігівська, Луганська, Донецька, Полтавська, Харківська області). Друга група – це західні області (Волинська, Рівненська, Закарпатська, Івано-Франківська, Чернівецька, до них тяжіє Одеська), яким притаманні відносно високі показники народжуваності та порівняно високі сумарні коефіцієнти народжуваності (1,4–1,6 дитини на одну жінку), тут зберігаються традиції дводітності, які демонструють найменші в країні показники поширеності абортів, з удвічі нижчою за український рівень часткою позашлюбної народжуваності. Третя група – решта областей (демографічно старі регіони півночі та центру), в яких показники відтворення населення знаходяться на рівні середньоукраїнських.

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. 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).

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‰ у Чернігівській

області. Найвищі рівні смертності спостерігались у Сумській (16,6‰), Кіровоградській (16,5‰), Полтавській (16,4‰), Житомирській (16,3‰) та Черкаській (16,2‰) областях, що на 14,4–11,2% перевищувало середньоукраїнський рівень.

Смертність немовлят в Україні має позитивну динаміку: у 2012 р. порівняно з 2008 р. коефіцієнт знизився на 15,0%, у містах – на 15,6%, у сільській місцевості – на 14,7%.

Водночас, зберігається значна регіональна диференціація по цьому показнику. Розрив між максимальним у Донецькій області (12,7‰) і мінімальним у Київській області (5,7‰) коефіцієнтами становив 7,0‰. Найнижчі показники смертності немовлят зафіксовано у Київській, Полтавській, Івано-Франківській областях, а найвищі – у Донецькій, Дніпропетровській, Кіровоградській та Черкаській областях.

У структурі причин смерті провідне місце посідають хвороби системи кровообігу. Надсмертність від серцево-судинних захворювань залишається на сьогодні досить серйозною проблемою, яка проявляється в надлишковій порівняно з розвинутими країнами частці смертей від ішемічної хвороби серця. Українська особливість полягає в тому, що надто багато людей вмирає від цього класу хвороб у молодому віці, зокрема чоловіків.

Висока смертність від зовнішніх причин смерті – одна з основних складових кризи смертності в Україні. Втрати, яких зазнає Україна від цих причин смерті, не менші, а у віці до 70 років – набагато вагоміші, ніж втрати від онкологічних 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.

Україна зазнає найбільших втрат щодо населення працездатного віку. Висока смертність осіб працездатного віку відіграє основну роль у формуванні низької тривалості життя. Україні притаманні значні територіальні відмінності у показниках тривалості життя. Регіональна диференціація обумовлена низкою факторів, вирішальними серед яких є соціально-економічні, екологічні, демографічні тощо. За показниками очікуваної тривалості життя при народженні регіони України можна об'єднати в три групи. До першої групи з відносно високими показниками тривалості життя належать м. Київ і чотири західноукраїнські

області (Івано-Франківська, Львівська, Тернопільська і Чернівецька). Рівень тривалості життя при народженні в першій групі областей на сьогодні у чоловіків на 2,0–4,0, а у жінок на 1,2–2,0 року вищий за загальноукраїнські показники. До другої групи входить більшість східних і південних областей України (Дніпропетровська, Донецька, Кіровоградська, Запорізька, Херсонська, Одеська та північна – Чернігівська), в якій очікувана тривалість життя при народженні нижча в чоловіків на 3,0, а в жінок на 2,7 року за таку в областях першої групи.

Показники очікуваної тривалості життя в решті регіонів, а це переважно центральні, три західні (Волинська, Рівненська та Закарпатська) області та Автономна Республіка Крим, мають середні значення між першою та другою групами областей. Загалом за останні п'ять років в усіх регіонах України зросла очікувана тривалість життя і в чоловіків, і в жінок переважно внаслідок зниження смертності від серцево-судинних захворювань і зовнішніх причин смерті.

Висновки

1. За останні роки в Україні спостерігається поліпшення медико-демографічної ситуації. Зокрема, зріс рівень народжуваності на 26,6%, знизився рівень загальної смертності – на 10,0%. Це відбулося за рахунок зниження рівня смертності від інфекційних і паразитарних хвороб, хвороб системи кровообігу, хвороб органів дихання та внаслідок дії зовнішніх чинників.

2. Однак глибинні демографічні процеси ще залишаються негативними. Чисельність населення за останні 10 років знизилась більше ніж на 2 млн осіб, у містах – на 767,9 тис., у селах – на 1 млн 301 тис., хоча темп зменшення чисельності населення в першій половині десятиріччя був удвічі вищим (2,6%), ніж у другій – (1,2%).

3. Вікова структура населення в значній мірі обумовлюється від'ємним природним приростом. На сьогодні відсоток дітей становить 15,3%, осіб працездатного віку – 59,8%, післяпрацездатного віку – 24,8%. Україна належить до країн із високим рівнем постаріння населення: за часткою осіб віком 60 років і старше вона завершує список 25 «найстаріших» країн світу.

4. Зберігається значна регіональна диференціація за показником смертності немовлят. У 2012 р. розрив між максимальним (Донецька область – 12,7‰) і мінімальним (Київська область – 5,7‰) коефіцієнтами становив 7,0‰, найнижчі показники зафіксовано в Київській, Полтавській, Івано-Франківській областях, найвищі – у Донецькій,

Дніпропетровській, Кіровоградській та Черкаській областях.

5. Україні притаманні значні територіальні відмінності в показниках середньої тривалості життя, обумовлені, соціально-економічним, екологічним, демографічним фактором. Відносно високі показники спостерігаються в м. Київ і чотирьох західних областях (Івано-Франківська, Львівська, Тернопільська і Чернівецька), у них тривалість життя

вища в чоловіків на 2,0–4,0, а в жінок на 1,2–2,0 року за загальноукраїнські показники.

Перспективи подальших досліджень

Необхідно продовжити дослідження з моніторингу медико-демографічної ситуації та з розробки подальших державних заходів.

Література

1. Вишневецький А. Г. Демографическая ситуация / А. Г. Вишневецький, В. И. Сакевич, Е. М. Щербакова // Здоровье России : атлас ; под ред. Л. А. Бокерия. – Москва : НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2009. – 5-е изд. – С. 5–30.
2. Герасименко Н. Ф. Сверхсмертность населения – главная демографическая проблема России в контексте европейских тенденций здоровья / Н. Ф. Герасименко // Здравоохранение Рос. Федерации. – 2009. – № 3. – С. 10–13.
3. Клупт М. Демография регионов Земли / М. Клупт. – СПб., 2008. – 247 с.
4. Слабкий Г. О. Вплив системи охорони здоров'я та міжсекторальної взаємодії на зниження смертності населення України / Г. О. Слабкий, Л. А. Чепелевська, О. В. Любінець // Лікарня в XXI столітті: управління та організація медичної допомоги : матер. Всеукр. наук.-практ. конф., м. Київ, 5–6 червня 2008 р. – Київ, 2008. – С. 85–89.
5. Трагедія, якої можна уникнути. Подолання в Україні кризи здоров'я людини. Досвід Європи. – Київ : ВЕРСО, 2009. – 72 с.
6. Україна. Медико-демографічне обстеження – 2007. – Київ, 2008. – 268 с.
7. Чепелевська Л. А. Динаміка смертності населення України на сучасному етапі: регіональний аспект / Л. А. Чепелевська, Ю. Б. Яценко // Україна. Здоров'я нації. – 2013. – № 2. – С. 30–34.

Дата надходження рукопису до редакції: 21.03.2014 р.

**Проблемы демографического кризиса в Украине:
региональный аспект**

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

Цель – выявить проблемы демографического кризиса в Украине и ее регионах.

Методы. По данным Государственной службы статистики Украины изучена демографическая статистика за 2008–2012 гг. Исследование проведено на основании использования методов демографической и медицинской статистики.

Результаты. За последние годы в результате принятых государством мер улучшилась медико-демографическая ситуация: рождаемость возросла на 26,6%, смертность снизилась на 10,0%, смертность младенцев – на 10,5%. Несмотря на то, что численность населения продолжает сокращаться, темп этого процесса замедлился (1,2% в последнем полугодии против 2,6% – в предыдущем). Украине присущи значительные территориальные отличия в показателях длительности жизни: самые высокие наблюдаются в г. Киеве и в четырех западных областях.

Выводы. В Украине на фоне значительных региональных расхождений наблюдаются первые позитивные сдвиги в медико-демографической ситуации.

Ключевые слова: демография, смертность, рождаемость, средняя ожидаемая продолжительность жизни, регионы.

**Problems of demographic crisis in Ukraine:
regional aspect**

L.A. Chepelevska, O.P. Rudnytsky, O.M. Dziuba
SI «Ukrainian Institute of Strategic Researches
MoH of Ukraine», Kyiv, Ukraine

Purpose – to reveal problems of demographic crisis in Ukraine and regions.

Materials and methods. According to State Statistics Service of Ukraine studied demographic statistics for 2008–2012. The study is carried out on the basis of demographic and medical statistics methods.

Results. For last years as a result of measures accepted by the state improvement of medical and demographic situation is fixed: birth rate has grown on 26.6%, mortality rate has decreased on 10.0%, infant mortality – on 10.5%. Despite the fact that the population continues to decline, the rate of this process was slowed down (1.2% in the last half-year against 2.6% – in previous). Significant territorial differences in terms of life expectancy are inherent in Ukraine: the highest are observed in Kyiv and in four western regions.

Conclusions. In Ukraine on the background of significant regional differences the first positive improvements in medical and demographic situation have been observed.

Key words: demography, mortality, birth rate, average life expectancy, regions.

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.

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

УДК 314.47:001.8(477-25)

К.С. Красовський¹, О.О. Стойка²

АНАЛІЗ ФЕНОМЕНУ РІЗКОГО ЗРОСТАННЯ ТРИВАЛОСТІ ЖИТТЯ В МІСТІ КИЄВІ У 2008–2011 РОКАХ

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

²Київський міський центр здоров'я, м. Київ, Україна

Мета – проаналізувати феномен різкого зростання середньої очікуваної тривалості життя в м. Києві з 71 до 74 років у 2008–2011 роках для вироблення стратегії зростання тривалості життя в місті в наступні роки.

Матеріали та методи. Проаналізовано дані щодо смертності в різних статеві-вікових групах населення та від окремих причин смерті в м. Києві за 2005–2013 роках.

Результати. Встановлено, що зростання тривалості життя переважно зумовлене скороченням смертності серед людей працездатного віку. Найбільшими темпами змінився рівень смертності від причин, прямо та непрямо пов'язаних зі вживанням алкоголю, тютюну та іншими факторами способу життя.

Висновки. Для подальшого зменшення смертності в м. Києві потрібно підтримувати заходи, які сприяють позитивним змінам способу життя.

Ключові слова: середня очікувана тривалість життя при народженні, Київ, смертність.

Вступ

За даними Головного управління статистики в м. Києві, середня очікувана тривалість життя при народженні в м. Києві у 1998–2007 рр. була досить стабільною (71,1–71,5 року) [1]. Потім вона

різко зросла в 2008–2011 рр. і надалі стабілізувалася на рівні вище 74 років (рис. 1). За незначний період тривалість життя чоловіків зросла приблизно на 4 роки (з 66 до 70 років), а жінок – приблизно на 2 роки (з 76 до 78 років).

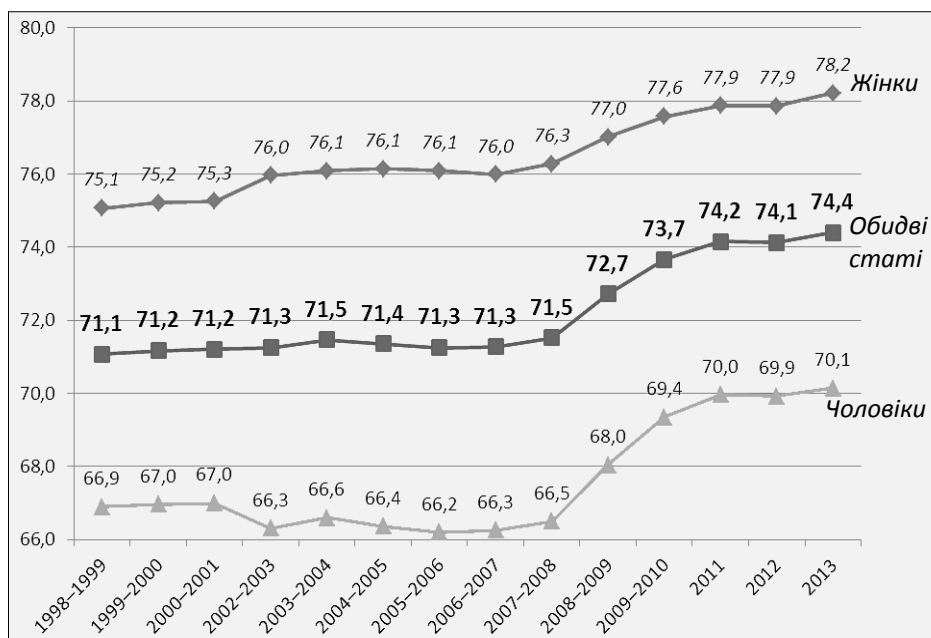


Рис. 1. Середня очікувана тривалість життя при народженні в м. Києві, років

У 2013 р. середня очікувана тривалість життя в м. Києві була найвищою серед усіх регіонів України і перевищувала середньоукраїнський показник на 3 роки. Починаючи з 2008 р., в м. Києві,

на відміну від більшості регіонів України, спостерігався природний приріст населення, тобто показники народжуваності перевищили рівень смертності [1]. Порівняно з іншими регіонами

України в м. Києві зафіксовано одні з найвищих темпів зниження рівня смертності серед населення у 2006–2011 рр. [12].

Мета роботи – проаналізувати феномен різкого зростання тривалості життя в м. Києві у 2008–2011 рр. для вироблення стратегії зростання тривалості життя в місті в наступні роки.

Матеріали та методи

Проаналізовано дані щодо смертності в різних статеві-вікових групах населення, а також дані щодо смертності від окремих причин смерті. Усі дані щодо смертності отримано в Державній службі статистики України.

Починаючи з 2005 р., Державна служба статистики України проводить реєстрацію причин смерті відповідно до Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я Десятого перегляду, тому дані проаналізовано починаючи з 2005 року.

Щодо величини показника тривалості життя в м. Києві в 2005–2013 рр. можна виділити три періоди по три роки кожний: I) 2005–2007 рр. (показник був стабільно низьким); II) 2008–2010 рр. (показник стрімко зростає); III) 2011–2013 рр. (показник знову стабілізувався, але на вищому рівні), (рис. 1). Тому для деяких показників смертності розраховано середні показники за кожний з цих 3-річних періодів, що дало змогу мінімізувати вплив кліматичних та інших специфічних для кожного року факторів і побачити більш загальні тенденції.

Результати дослідження та їх обговорення

Аналіз даних по статеві-вікових групах показав, що серед людей у віці, старшому за працездатний (≥ 60 років для чоловіків, ≥ 55 років для жінок), кількість смертей була найбільшою (загалом у середньому приблизно 21 000 смертей на рік), проте вона не зазнала суттєвих змін у часі ані для чоловіків, ані для жінок (рис. 2). Середня кількість смертей серед дітей віком 0–15 років становила 333 у 2005–2007 рр., 332 у 2008–2010 рр. і 347 у 2011–2013 рр., тобто навіть трохи зросла, проте завдяки збільшенню чисельності дітей в м. Києві показник смертності на 1000 осіб віком 0–15 років зменшився з 0,92 до 0,86. Найбільше скоротилася кількість смертей серед людей працездатного віку: для чоловіків віком 16–59 років кількість смертей у 2005–2013 рр. зменшилася на 2 082, або на 31%, а для жінок віком 16–54 роки – на 586, або на 30% (рис. 2). Зменшення кількості

смертей серед людей працездатного віку мало найвищі темпи у 2009 і 2010 роках.

Ці дані засвідчили, що збільшення очікуваної тривалості в м. Києві у 2008–2011 рр. переважно зумовлювалося скороченням смертності серед людей працездатного віку, тому подальший аналіз змін рівнів смертності від окремих причин концентрувався саме на людях працездатного віку.

За даними Головного управління статистики в м. Києві [1], середня річна чисельність осіб віком 16–59 років становила: у 2005–2007 рр. – 1 865 600; у 2008–2010 рр. – 1 890 000; у 2011–2013 рр. – 1 862 133 особи. Хоча коливання чисельності жителів працездатного віку в м. Києві протягом проаналізованого періоду часу були незначними, у подальшому аналізі використовувався не абсолютний показник кількості смертей, а смертність як кількість смертей, поділена на чисельність людей відповідної групи населення.

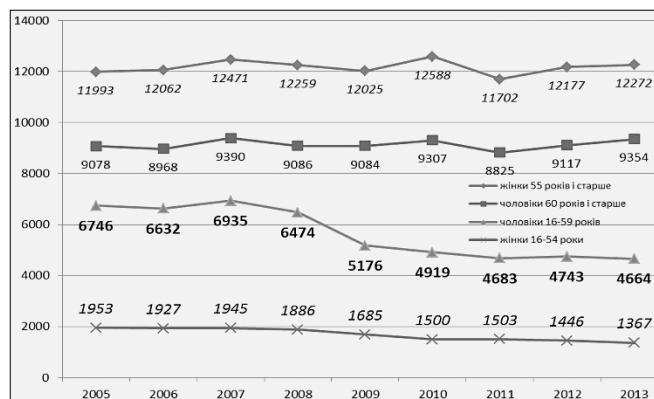


Рис. 2. Кількість смертей у м. Києві серед чоловіків і жінок працездатного віку та старших у 2005–2013 рр.

Основна увага приділялася тим причинам смерті, річна смертність від яких перевищувала 0,05 на 1000 осіб (таблиці 1 і 2).

Загалом у III періоді порівняно з I періодом середня загальна смертність скоротилася на 1,38 на 1000 осіб. Найбільший внесок у це скорочення зробили: хвороби системи кровообігу – 0,53, або 38%; зовнішні причини смертності – 0,42, або 31%; хвороби органів травлення – 0,13, або 9%. Зменшення смертності від туберкульозу (на 0,06) компенсувалося зростанням кількості смертей від ВІЛ. Також зросла смертність від самогубств. На 0,08 скоротилася смертність від неуточнених і невідомих причин. Пряма алкогольна смертність (Алкогольна хвороба печінки + Алкогольна кардіоміопатія + Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю) скоротилася на 0,032. На жаль, дані щодо смертей від отруєння алкоголем та деяких інших прямо пов'язаних з алкоголем

причин відсутні за період 2005–2007 рр. Середня кількість смертей від алкогольних отруєнь становила 12 у II періоді і 8 у III періоді, тобто зменшилася на 33%.

Загальна смертність між I та II періодами скоротилася на 18,3%, а між II та III – на 13,7% (табл. 1), проте таке скорочення за більшістю причин смерті було нерівномірним. Смертність від хвороб системи кровообігу (крім інсультів) та зовнішніх причин скоротилася набагато швидшими

темпами між I та II періодами, ніж між II та III періодами. Навпаки, темпи зменшення кількості смертей були набагато вищими між II та III періодами для смертей від хвороб органів травлення, новоутворень, туберкульозу та всіх форм інсульту (*разом узяті: субарахноїдальний крововилив; внутрішньомозковий та інші внутрішньочерепні крововиливи; інфаркт головного мозку; інсульт, не уточнений як крововилив чи інфаркт*).

Таблиця 1

Зміни смертності (кількість смертей на 1000 осіб) серед людей працездатного віку в м. Києві у три періоди: I) 2005–2007 рр.; II) 2008–2010 рр.; III) 2011–2013 рр.

Причина смерті	Середня річна смертність за період			Скорочення смертності між періодами, %	
	2005–2007	2008–2010	2011–2013	I–II	II–III
Усього померлих, у т.ч.	4,67	3,82	3,29	18,3	13,7
Хвороби системи кровообігу	1,767	1,390	1,242	21,3	10,7
Гострі ішемічні хвороби серця	0,274	0,230	0,228	16,0	1,0
Хронічні ішемічні хвороби серця	1,100	0,810	0,707	26,4	12,7
Інсульт, усі форми	0,244	0,222	0,180	9,0	18,7
Зовнішні причини смерті	0,958	0,658	0,533	31,2	19,1
Автотранспортні нещасні випадки	0,187	0,112	0,077	40,3	31,4
Навмисне самоушкодження	0,028	0,035	0,040	-24,3	-14,2
Наслідки нападу з метою убивства чи нанесення ушкодження	0,050	0,039	0,035	23,3	9,2
Випадки ушкодження з невизначеним наміром	0,542	0,318	0,275	41,3	13,6
Новоутворення	0,716	0,661	0,622	7,6	6,0
Рак шлунка	0,073	0,067	0,054	8,1	19,7
Рак молочної залози	0,080	0,068	0,055	14,2	20,0
Рак трахеї, бронхів та легенів	0,087	0,080	0,075	7,4	6,3
Хвороби органів травлення	0,466	0,431	0,336	7,6	22,0
Фіброз і цироз печінки (виключаючи алкогольні)	0,260	0,243	0,189	6,7	22,1
Гострий панкреатит та інші хвороби підшлункової залози	0,056	0,053	0,043	5,7	17,9
Хвороби органів дихання	0,224	0,171	0,132	23,7	22,6
Пневмонія	0,188	0,132	0,100	29,9	24,5
Туберкульоз	0,148	0,137	0,093	7,0	32,5
Хвороба, зумовлена ВІЛ	0,074	0,111	0,133	-50,2	-20,4
Неуточнені та невідомі причини смерті	0,145	0,114	0,070	21,4	38,8
Пряма алкогольна смертність	0,051	0,037	0,018	26,9	50,5

Смертність чоловіків працездатного віку більш ніж утричі перевищила таку серед жінок, що частково зумовлене різними віковими межами працездатного віку. Проте загальні темпи скорочення смертності чоловіків і жінок між I та III періодами різнилися незначно: відповідно 30,5% і 25,8% (табл. 2).

Проте темпи зменшення кількості смертей серед жінок були вищими, ніж серед чоловіків, від таких

причин смерті, як ішемічні хвороби серця; новоутворення (переважно за рахунок раку молочної залози); туберкульоз. У протилежність цьому темпи скорочення смертності від інсультів, хвороб органів дихання та раку трахеї, бронхів і легенів були суттєво вищими серед чоловіків.

Таблиця 2

 Середня річна смертність серед чоловіків і жінок працездатного віку в м. Києві у три періоди часу:
 I) 2005–2007 рр.; II) 2008–2010 рр.; III) 2011–2013 рр. (кількість смертей на 1000 осіб)

Причини смерті	Чоловіки				Жінки			
	середня річна смертність за період			скорочення смертності між I–III періодами, %	середня річна смертність за період			Скорочення смертності між I–III періодами, %
	2005–2007	2008–2010	2011–2013		2005–2007	2008–2010	2011–2013	
Усього померлих	3,629	2,922	2,522	30,5	1,041	0,894	0,773	25,8
Хвороби системи кровообігу	1,463	1,142	1,034	29,3	0,304	0,249	0,208	31,5
Гострі ішемічні хвороби серця	0,218	0,183	0,189	13,3	0,056	0,047	0,039	30,3
Хронічні ішемічні хвороби серця	0,932	0,689	0,611	34,4	0,168	0,121	0,096	42,7
Інсульт, усі форми	0,192	0,168	0,135	29,8	0,052	0,054	0,045	11,9
Зовнішні причини смертності	0,793	0,543	0,436	45,1	0,165	0,115	0,097	41,0
Автотранспортного нещасного випадку	0,144	0,087	0,058	59,9	0,043	0,025	0,019	56,2
Навмисне самоушкодження	0,025	0,029	0,032	-28,6	0,003	0,006	0,008	-153,4
Наслідки нападу з метою убивства чи нанесення ушкодження	0,041	0,029	0,028	32,0	0,010	0,010	0,008	23,5
Випадки ушкодження з невизначеним наміром	0,453	0,265	0,224	50,7	0,088	0,053	0,051	42,3
Новоутворення	0,428	0,395	0,382	10,7	0,288	0,267	0,239	16,9
Рак шлунка	0,051	0,045	0,042	19,3	0,021	0,022	0,012	42,8
Рак молочної залози					0,080	0,068	0,055	31,3
Рак трахеї, бронхів та легенів	0,076	0,072	0,065	14,6	0,011	0,009	0,010	3,2
Хвороби органів травлення	0,342	0,320	0,247	27,7	0,124	0,111	0,089	28,4
Фіброз і цироз печінки (виключаючи алкогольні)	0,189	0,174	0,135	28,5	0,071	0,069	0,054	24,2
Гострий панкреатит та інші хвороби підшлункової залози	0,045	0,042	0,037	18,0	0,010	0,010	0,006	43,0
Хвороби органів дихання	0,186	0,138	0,105	43,5	0,038	0,033	0,027	28,2
Пневмонія	0,156	0,108	0,080	48,5	0,032	0,024	0,019	40,2
Туберкульоз	0,122	0,113	0,081	33,4	0,026	0,024	0,011	55,5
Хвороба, зумовлена ВІЛ	0,056	0,084	0,093	-64,9	0,017	0,026	0,040	-133,8
Не уточнені та невідомі причини смерті	0,127	0,096	0,061	52,0	0,019	0,018	0,009	51,3
Пряма алкогольна смертність	0,038	0,028	0,014	64,1	0,013	0,009	0,005	62,9

Найвищими темпами скоротилася смертність від прямо пов'язаних з алкоголем причин (*Алкогольна хвороба печінки + Алкогольна кардіоміопатія + Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю*) – більш ніж на 60% як для чоловіків, так і для жінок. Більш високими темпами, ніж загальна смертність, зменшилася смертність від зовнішніх причин (особливо від автотранспортних нещасних випадків – майже на 60%) та хвороб органів дихання. Смертність від новоутворень загалом дещо знизилася, але набагато менше, ніж загальна кількість смертей.

Загалом феномен скорочення смертності в Києві у 2008–2010 рр. не мав принципових відмінностей від скорочення смертності в Україні загалом, де за 3 роки (2008–2011) річна кількість смертей скоротилася майже на 90 тис., а смертність – з 16,3 до 14,5 на 1000 осіб. Найбільше смертність знизилася серед населення працездатного віку [11]. Як показано у статті [10], 85% загального скорочення смертності зумовлене зменшенням смертності серед людей працездатного віку (на 26% серед чоловіків і на 22% серед жінок). Так само, як і в Києві, темпи зменшення смертності в Україні загалом були найвищими (понад 50%) для прямо пов'язаних з алкоголем причин. Також темпи скорочення смертності від зовнішніх причин та хвороб органів дихання були вищими за загальні темпи, а від новоутворень – суттєво меншими.

Усе це дає підстави вважати, що скорочення смертності в м. Києві зумовлене факторами загальнонаціональної дії, насамперед зменшенням споживання алкоголю серед населення, бо скоротилася не лише пряма алкогольна смертність, але й кількість смертей від різноманітних нещасних випадків та інших причин, які непрямо пов'язані зі вживанням алкоголю. Також відомо [13], що коливання рівнів смертності від пневмонії, цирозу, фіброзу та деяких інших причин зумовлені змінами рівнів споживання алкоголю серед населення. Навіть помірне споживання алкоголю збільшує ризик раку молочної залози серед жінок [15], тому скорочення на 31% смертності від раку молочної залози серед жінок працездатного віку в м. Києві могло бути зумовлене як зменшенням споживання ними алкоголю, так і поліпшенням ранньої діагностики цього виду раку.

Високі темпи скорочення алкогольної смертності в Україні у 2009–2010 рр. спостерігалися після підвищення ставок акцизу і цін на алкогольні напої в ці роки [8], що, разом з економічною рецесією, зменшило економічну доступність алкоголю для населення. Мета-аналіз 50 проведених у світі досліджень показав, що подвоєння алкогольних

акцизів у середньому призводить до скорочення алкогольної смертності на 35%, смерті від автотранспортних нещасних випадків – на 11%, насильства – на 2% [16].

Також у 2008–2013 рр. суттєво зменшилася поширеність куріння тютюну в Україні [6], що також значною мірою зумовлене суттєвим підвищенням тютюнових акцизів. Найшвидшими темпами поширеність куріння зменшилася в період 2008–2010 рр.: з 25,6 до 22,4%, тобто на 3,2 відсоткових пункти, або на 14%, а за 2 подальші роки воно склало лише 0,6 відсоткових пунктів. При цьому серед жінок ≥ 30 років поширеність куріння навіть трохи зросла, хоча серед чоловіків усіх вікових груп вона зменшилася [14].

У м. Києві, за даними проведених Державною службою статистики вибірових опитувань домогосподарств, поширеність куріння у 2008–2013 рр. зменшилася з 25,3% до 24,4% [3, 4], хоча малий розмір вибірки змушує ставитися до таких цифр з обережністю. За даними О.О. Кваші [5], поширеність куріння серед жінок віком 25–64 роки в м. Києві у 2002–2010 рр. зросла. Хоча це дослідження викликало певні методологічні зауваження [7], можна зробити припущення, що поширеність тютюнокуріння серед жінок працездатного віку в м. Києві не зазнала суттєвих змін у 2005–2013 роках.

Скорочення поширеності куріння в Україні загалом вже сприяло зменшенню смертності і захворюваності від деяких серцево-судинних, респіраторних та інших хвороб в Україні [2].

Більші темпи скорочення смертності в м. Києві серед працездатних чоловіків, ніж серед жінок, від таких пов'язаних із вживанням тютюну хвороб, як рак легенів, респіраторні захворювання та інсульти, може бути зумовлений тим, що темпи скорочення поширеності тютюнокуріння в Києві були суттєво вищими серед чоловіків, ніж серед жінок. Проте кількість смертей від зазначених причин все ще в кілька разів вища серед чоловіків, а це зумовлене тим, що поширеність тютюнокуріння серед чоловіків теж у кілька разів перевищує таку серед жінок.

Тенденції смертності у м. Києві у 2005–2013 рр. підтверджують гіпотезу, висловлену в [10] про те, що рівень смертності в Україні скорочується передусім завдяки позитивними змінам способу життя (зменшенню споживання алкоголю і тютюну, змінам структури харчування населення на більш здорову) серед людей працездатного віку.

Дані по Києву показали, що на позитивні зміни способу життя в перші ж роки реагують показники смертності від зовнішніх причин та ішемічної хвороби серця, тоді як смертність від

хвороб органів травлення, інсультів, туберкульозу та новоутворень зменшується поступово, і найбільший ефект від позитивних змін може спостерігатися через кілька років.

Аналіз даних щодо скорочення смертності в м. Києві у 2008–2011 рр. ще раз підтверджує висновки статті [9] про те, що для суттєвого підвищення тривалості життя в Україні система охорони здоров'я має бути реформована з такої, яка лише надає медичні послуги, у систему збереження громадського здоров'я, основним завданням якої є створення середовища, сприятливого для здоров'я людей, для вибору більш здорового способу життя. Влада на всіх рівнях має нести відповідальність за політику збереження здоров'я та створення сприятливих для здоров'я умов життя, роботи, навчання, відпочинку, раціонального для здоров'я харчування, обмеження впливу шкідливих чинників. Держава, таким чином, має сприяти тому, щоб навички здорового способу життя серед населення були більш легким вибором, ніж нездорові звички.

Висновки

Суттєве (на 4 роки для чоловіків і на 2 роки для жінок) зростання середньої очікуваної тривалості життя в м. Києві в 2008–2011 рр. переважно зумовлювалося скороченням смертності серед людей працездатного віку.

Найбільшими темпами зменшувалася смертність від причин, прямо та непрямо пов'язаних зі вживанням алкоголю, тютюну та іншими факторами способу життя.

Для подальшого зменшення смертності в м. Києві потрібно підтримати заходи, які сприяють позитивним змінам способу життя, як загальнонаціонального характеру (збільшення акцизів на алкоголь і тютюн тощо), так і місцевого характеру (обмеження місць продажу алкоголю та тютюну, забезпечення дотримання національних та місцевих норм щодо заборони споживання алкоголю і тютюну у визначених місцях; заохочення закладів харчування, до продажу більш здорової їжі тощо). Також на державному рівні слід створити умови для організації допомоги в припиненні тютюнокуріння та удосконалення допомоги людям, які зловживають алкоголем.

Перспективи подальших досліджень
Спрямовані на детальне вивчення тенденцій зменшення смертності в 2008–2011 рр. за окремими статевими-віковими групами в інших регіонах України, а також на аналіз впливу окремих ініціатив щодо впровадження здорового способу життя на рівень смертності серед населення.

Література

1. *Головне управління статистики в м. Києві. Населення [cited] [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.gorstat.kiev.ua/p.php3?c=527&lang=1>. – Назва з екрана.*
2. *Григоренко А. А. Вплив зменшення поширеності тютюнокуріння в Україні в 2005–2011 роках на стан здоров'я населення / А. А. Григоренко, К. С. Красовський, Т. І. Андреева // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2012. – № 3 (53). – С. 5–10.*
3. *Державний комітет статистики України. Самооцінка населенням стану здоров'я і рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2008 році [cited] [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.ukrstat.gov.ua>. – Назва з екрана.*
4. *Державна служба статистики України. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2013 році (за даними вибіркового опитування домогосподарств у жовтні 2013 року). – Київ, 2014. – 149 с.*
5. *Кваша Е. А. Распространенность табакокурения и его характеристик среди населения возраста 25–64 года по данным почтовых опросов жителей г. Киева / Е. А. Кваша // Контроль над тютюном й охорона громадського здоров'я у Східній Європі. – 2012. – № 1 (2). – С. 17–22.*
6. *Контроль над тютюном в Україні. Другий національний звіт / К. С. Красовський, Т. І. Андреева, А. А. Григоренко [та ін.] / МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ». – Київ, 2014. – 128 с.*
7. *Красовский К. С. Комментарий к статье «Распространенность табакокурения и его характеристик среди населения возраста 25–64 года по данным почтовых опросов жителей г. Киева» / К. С. Красовский // Контроль над тютюном й охорона громадського здоров'я у Східній Європі. – 2012. – № 1 (2). – С. 23.*
8. *Красовський К. С. Вплив економічної кризи та зменшення споживання алкоголю на скорочення рівня смертності населення України у 2009 році / К. С. Красовський // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – № 3 (15). – С. 54–57.*
9. *Поліщук М. Є. Зміни середньої очікуваної тривалості життя в Україні за останні 50 років як показник ефективності охорони громадського здоров'я / М. Є. Поліщук, К. С. Красовський, Т. І. Андреева // Україна. Здоров'я нації. – 2009. – № 4 (12). – С. 54–61.*
10. *Поліщук М. Є. Зменшення смертності серед населення України у 2008–2010 роках / М. Є. Поліщук, К. С. Красовський, Т. І. Андреева // Журнал Національної академії медичних наук України. – 2013. – Т. 19, № 1. – С. 90–94.*
11. *Чепелевська Л. А. Сучасні тенденції смертності населення України / Л. А. Чепелевська, О. П. Рудницький, А. А. Крапівіна // Україна. Здоров'я нації. – 2014. – №1 (29). – С. 33–39.*
12. *Чепелевська Л. А. Динаміка смертності населення України на сучасному етапі: регіональний аспект / Л. А. Чепелевська, Ю. Б. Яценко // Україна. Здоров'я нації. – 2013. – № 2 (26). – С. 30–34.*
13. *Krasovsky K. Alcohol-related mortality in Ukraine / K. Krasovsky // Drug and Alcohol Review. – 2009. – Vol. 28 (4). – P. 396–405.*
14. *Krasovsky K. Sharp changes in tobacco products affordability and the dynamics of smoking prevalence in various social and income groups in Ukraine in 2008–2012 [Electronic resource] / K. Krasovsky // Tobacco Induced Diseases. – 2013. – Vol. 11 (21). – Access mode : <http://www.tobaccoinduceddiseases.com/content/11/1/21>. – Title from screen.*
15. *Seitz H. K. Epidemiology and pathophysiology of alcohol and breast cancer: Update 2012 / H. K. Seitz, C. Pelucchi, V. Bagnardi, C. La. Vecchia // Alcohol and alcoholism. – 2012. – Vol. 47 (3). – P. 204–212.*
16. *Wagenaar A. C. Effects of alcohol tax and price policies on morbidity and mortality: a systematic review / A. C. Wagenaar, A. L. Tobler, K. A. Komro // American Journal of Public Health. – 2010. – Vol. 100 (11). – P. 2270–2278.*

Дата надходження рукопису до редакції: 14.10.2014 р.

Анализ феномена резкого роста продолжительности жизни в городе Киеве в 2008-2011 годах*К.С. Красовский¹, О.О. Стойка²*¹ГУ «Украинский институт стратегических исследований МЗ Украины», г. Киев, Украина²Киевский городской центр здоровья, г. Киев, Украина

Цель – проанализировать феномен резкого роста средней ожидаемой продолжительности жизни в г. Киеве с 71 до 74 лет в 2008–2011 гг. для выработки стратегии роста продолжительности жизни в городе в последующие годы.

Материалы и методы. Проанализированы данные по смертности в различных половозрастных группах населения и от отдельных причин смерти в г. Киеве в 2005–2013 годах.

Результаты. Установлено, что повышение продолжительности жизни преимущественно обусловлено сокращением смертности среди людей трудоспособного возраста. Наибольшими темпами уменьшился уровень смертности от причин, прямо и косвенно связанных с употреблением алкоголя, табака и другими факторами образа жизни.

Выводы. Для дальнейшего снижения смертности в г. Киеве нужно поддерживать меры, способствующие позитивным изменениям образа жизни.

Ключевые слова: средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении, г. Киев, смертность.

Analysis of the phenomenon of a sharp life expectancy increase in Kyiv city in 2008–2011*K.S. Krasovsky¹, O.O. Stoyka²*¹Ukrainian Institute for Strategic Research, MoH of Ukraine, Kyiv, Ukraine²Kyiv City Health Center, Kyiv, Ukraine

Purpose – to analyze the phenomenon of a sharp increase in the average life expectancy in Kyiv city (from 71 to 74 years in 2008–2011) to develop a strategy for increasing life expectancy in the coming years.

Materials and methods. The paper analyzed data on mortality in different age-gender population groups and of specific causes of death in Kyiv city in 2005–2013.

Results. The analysis showed that the increase in life expectancy was mainly caused by mortality reduction among people of working age. The largest mortality reduction rates were observed from causes directly or indirectly related to alcohol, tobacco and other lifestyle factors.

Conclusions. For further mortality reduction in Kyiv the policies that promote positive lifestyle changes support should be supported.

Key words: life expectancy at birth, Kyiv, mortality.

Відомості про авторів

Красовський Костянтин Сергійович – к.геол.-мінерал.н., зав. сектору контролю над тютюном ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна; служб. тел. +38 (044) 576-41-19; e-mail: krasovskyk@gmail.com.

Стойка Отто Олександрович – к.мед.н., гол. лікар Київського міського центру здоров'я; вул. Дегтярівська, 25, м. Київ, 04119, Україна; служб. тел. +38 (044) 483-96-00; e-mail: otto.stoyka@gmail.com.

УДК 614.2:616.15-053.2(477-75)

О.С. Третьякова, И.А. Сухарева, С.А. Василенко, В.П. Усаченко

ГЕМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ АР КРЫМ: ОСНОВНЫЕ МЕДИКО-ЧАСТОТНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ

ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского»,
г. Симферополь

Цель – проанализировать уровни заболеваемости, инвалидности и смертности детского населения от гематологической патологии в АР Крым за 2008–2012 гг.

Материалы и методы: данные ежегодных отчетов МЗ Украины, итоговых коллегий МЗ АР Крым за 2008–2012 гг.; метод вариационной статистики.

Результаты. Установлено, что в АР Крым повышен уровень заболеваемости детей болезнями крови на 6,5%. В структуре данной патологии лидируют анемии (98,3%). На долю геморрагических и онкогематологических заболеваний приходится 1,7%, однако именно они являются основной причиной смертности и инвалидности детей в группе заболеваний системы крови. Повышен уровень инвалидности от злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной системы на 5%, что связано с увеличением числа пациентов, достигших пятилетней бессобытийной выживаемости.

Выводы. Установлено повышение уровня заболеваемости детского населения АР Крым гематологической патологией. Новообразования кроветворной и лимфоидной тканей являются основной причиной смертности детей в группе заболеваний системы крови. Увеличение показателей инвалидности в данной группе обусловлено улучшением результатов терапии.

Ключевые слова: гематологическая патология, заболеваемость, смертность, инвалидность, дети, АР Крым.

Введение

Детская гематология в последние 20 лет является одной из наиболее динамично развивающихся областей медицины, что обусловлено внедрением интенсивных технологий лечения детей с онкогематологическими заболеваниями, созданием и появлением на фармацевтическом рынке рекомбинантных факторов свертывания крови для больных гемофилией, разработкой и внедрением новых подходов в лечении пациентов с иммунными тромбоцитопениями, появлением многих других передовых лечебно-диагностических технологий. Однако оценка эффективности работы гематологической службы в целом невозможна без проведения эпидемиологических исследований, направленных на изучение заболеваемости детей болезнями крови и кроветворных органов, поскольку знание реальной ситуации, сложившейся в стране/регионе, позволяет обосновать адекватный вид и объем специализированной помощи, разработку стратегии и тактики оказания этому контингенту больных медицинской помощи, направленной не только на улучшение исхода заболевания путем повышения эффективности лечения, но и на улучшение качества жизни выживших пациентов [1, 8].

Цель работы – проанализировать уровни заболеваемости, инвалидности и смертности детского населения от болезней крови и кроветворных органов в АР Крым за пятилетний период (2008–2012 гг.).

Материалы и методы

В работе использованы данные ежегодных отчетов МЗ Украины, материалы ежегодных итоговых коллегий МЗ АР Крым за 2008–2012 гг. Полученные данные обработаны с помощью методов вариационной статистики.

Результаты исследования и их обсуждение

По последним данным официальной статистики Украины, гематологическая патология в детском возрасте зарегистрирована с частотой 40,1 случая на 1 000 детей, при этом первичная заболеваемость в 2012 г. составила 15,0 случая на 1 000 детей. В то же время, в АР Крым в 2012 г. зафиксированы более низкие показатели: индексы распространенности и первичной заболеваемости составили 30,1 и 9,8 случая на 1 000 детей, что на 25,0% и 34,6% соответственно ниже общегосударственных показателей [4].

Более низкие показатели заболеваемости в АР Крым, по сравнению с таковыми по Украине,

вероятнее всего, связаны с недостаточной диагностикой анемий и, прежде всего, на первичном уровне оказания медико-санитарной помощи. И это несмотря на то, что в структуре гематологической патологии в АР Крым основной удельный вес (98,3%) заняли анемии, большинство которых (более 80%) носили железодефицитный характер. В то же время, на долю геморрагических и онкогематологических заболеваний, проявляющихся яркой клинической симптоматикой и формирующих такие показатели, как смертность и инвалидность, пришлось лишь 1,7%.

При анализе динамики основных показателей, отражающих гематологическую патологию в АР Крым за пятилетний период, выявлена тенденция к увеличению первичной заболеваемости болезнями крови (на 6,5%), а также их распространенности (в целом на 1,4%), (табл. 1).

По данным таблицы 1, уровень первичной заболеваемости гематологическими заболеваниями (на 5%) увеличился в основном за счет анемий. Также повысились показатели заболеваемости (первичной – на 33%, распространенности – на 57%) тромбоцитопенической пурпурой, что вероятно связано с усилением негативного воздействия факторов, провоцирующих развитие иммунных, в том числе и аутоиммунных, заболеваний. К их числу относятся загрязненность воздуха и питьевой воды, токсические и мутагенные добавки в продуктах питания, активное ультрафиолетовое излучение, широкое распространение в популяции вирусных, бактериальных и грибковых инфекций и другие неблагоприятные факторы, воздействие которых провоцирует дисбаланс иммунной системы [1].

Таблица 1

Гематологическая заболеваемость детей в возрасте 0–17 лет в АР Крым на 1000 детей (2008–2012 гг.)

Класс по МКБ-10	Год									
	2008		2009		2010		2011		2012	
	Первичная заболеваемость	Распространенность	Первичная заболеваемость	Распространенность	Первичная заболеваемость	Распространенность	Первичная заболеваемость	Распространенность	Первичная заболеваемость	Распространенность
Болезни крови и кроветворных органов (в целом)	9,4	29,7	8,8	29,4	10,5	34,2	10,2	30,8	9,8	30,1
Анемии, в т. ч. железодефицитные апластические	9,2	28,8	8,5	28,4	10	33	10,0	30,0	9,6	29
Тромбоцитопеническая пурпура	8,4	26,8	7,7	26,3	7,4	31	9,7	28,9	8,1	26,5
	0,005	0,016	0	0,017	0	0,017	0	0,017	0,01	0,02
Гемофилия	0,03	0,2	0,03	0,2	0,05	0,3	0,05	0,3	0,07	0,3
	0,003	0,06	0,003	0,04	0,003	0,05	0,003	0,05	0	0,05

Напротив, интенсивные индексы новообразований кроветворной и лимфоидной тканей за пятилетний период характеризовались снижением (первичная заболеваемость – на 50%, а распространенность – на 2,5%). В частности, снизилась первичная заболеваемость острыми лейкозами (ОЛ) на 27,3%, при этом наблюдалась относительная стабильность показателей первичной заболеваемости неходжкинскими лимфомами (НХЛ), отмечалось чередование периодов снижения (2009, 2010, 2012 гг.) и «всплесков» (2011 г.) заболеваемости лимфомой Ходжкина, а также значительно снизилась распространенность как НХЛ (на 60,7%), так и лимфом Ходжкина (на 46,2%), (табл. 2).

Не может не вызывать обеспокоенность то, что с 2007 г. в АР Крым ежегодно диагностируется 1–3 случая заболевания хроническим миелолейкозом (ХМЛ), ранее данная патология в детском возрасте отмечалась крайне редко (1 случай в 2–3 года).

Несмотря на то, что удельный вес новообразований лимфоидной и кроветворной тканей в структуре гематологической патологии составил лишь 0,3%, именно эта патология стала основной причиной смертности и инвалидности детей в группе заболеваний системы крови. При анализе динамики показателей смертности детей в возрасте 0–17 лет за 2008–2012 гг. от заболеваний крови и кроветворных органов отмечались ее значительные колебания (от 0,2 в 2008 г. до 0,4 на

100 тыс. в 2012 г., при наличии снижения в 2011 г. до 0,2) (рис. 1) [4].

При рассмотрении смертности в абсолютных цифрах выявлено, что в 2008 г. умерло 6 детей при 12 случаях смерти в 2012 г. Детальный анализ

нозологической структуры смертности гематологических больных показал, что в основном она обусловлена новообразованиями кроветворной и лимфоидной тканей.

Таблица 2

Заболеваемость детей в возрасте 0–17 лет новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей в АР Крым на 100 тыс. детей (2008–2012 гг.)

Класс по МКБ-10	Год									
	2008		2009		2010		2011		2012	
	Первичная заболеваемость	Распространенность	Первичная заболеваемость	Распространенность	Первичная заболеваемость	Распространенность	Первичная заболеваемость	Распространенность	Первичная заболеваемость	Распространенность
Новообразования лимфоидной и кроветворной тканей, в т. ч.:										
острые лейкомии	5,8	36,5	7,4	32,8	5,8	39,2	6,0	41,6	2,9	35,6
неходжкинские лимфомы	3,3	22,0	5,9	22,5	4,6	27,5	3,6	29,1	2,4	25,3
лимфома Ходжкина	0,5	8,9	0,9	5,2	0,7	6,2	0,9	6,84	0,6	3,5
хронический миелолейкоз	1,4	7,8	0,6	4,4	0,4	2,1	1,48	5,1	0	4,2
	1,6	1,6	0,9	1,2	0	1,1	0,003	1,5	0,3	1,2

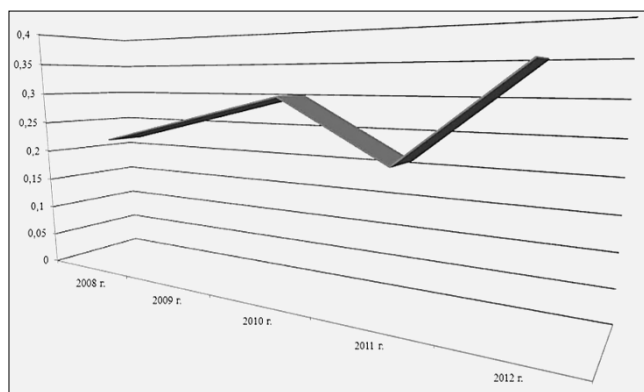


Рис. 1. Динамика смертности детей в возрасте 0–17 лет от заболеваний крови и кроветворных органов в АР Крым за 2008–2012 гг. (на 100 тыс. детского населения)

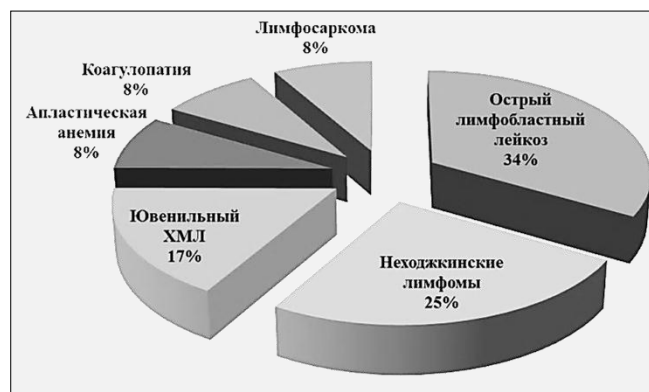


Рис. 2. Структура смертности от болезней крови детей в возрасте 0–17 лет в АР Крым в 2012 г.

В целом, злокачественные заболевания системы крови в 2012 г. обусловили 84% всех случаев смертности. При этом в структуре смертности от новообразования лимфоидной и кроветворной тканей удельный вес острого лимфобластного лейкоза (ОЛЛ) составил 34%, НХЛ – 25%, ювенильного ХМЛ – 17%, лимфосарком, коагулопатий и апластических анемий – по 8% (рис. 2).

При анализе причин повышения уровня детской смертности от болезней системы крови в 2012 г. выявлено, что оно обусловлено полярными тенденциями, сложившимися в современных условиях: с одной стороны, это неизжитые случаи отказа от лечения и позднее обращение (случай отказа родителей от лечения ОЛЛ у ребенка с болезнью Дауна и случай позднего обращения за медицинской помощью ребенка с ОЛЛ), с другой – это возможность доступа к высокотехнологичным

методам терапії, показаним для лікування пацієнтів групи високого ризику (2 ребенка умерли в післяопераційному періоді от ускладнень, розвившихся після трансплантації костного мозгу, в клініках дальнього зарубіжжя).

Причинами смерті остальных дітей, сформировавших даний показатель, стали системні інфекції (синегнойна інфекція, системний кандидоз), розвившиєся на фоні аплазії кровотворення у 4 дітей, прогресивне основне захворювання (3 випадки), геморагічний синдром в формі внутрічерепного кровоизливання на фоні недиференцірованої коагулопатії (1 ребенок) [4].

При аналізі показателів дитячої інвалідності в групі хвороб крові і кровотворних органів в АР Крим виявлена її достаточна стабільність: на протязі періоду дослідження вона була в межах 1,5 на 10 тис. дітей. В структурі інвалідності перше рангове місце зайняли вроджені гемолітичні і апластичні анемії (40%), друге – порушення згортюваності (27%), третє – пурпура і інші геморагічні захворювання (13%).

В той же час, при аналізі інвалідності от злоякісних новоутворень лімфоїдної і кровотворної системи виявлено її підвищення на 5% (2008 г. – 2,2 на 10 тис., 2012 г. – 2,3). При цьому на долю лейкемій в її структурі прийшло більше 50%. Характерно, що за останні 5 років збільшился показатель інвалідності на 20% (2008 г. – 1,3 на 10 тис., 2012 г. – 1,5) по цій нозології. Це можна пояснити удосконаленням результатів терапії, зв'язаних з впровадженням інтенсивних технологій лікування, в частині, протоколів ALLIC-BFM-2002 і ALLIC-BFM-2009 для лікування ОЛЛ, Rez-ALL-BFM-2003 для лікування рецидивів ОЛЛ, а також протоколів лікування лимфом DAL-HD-95 і НХЛ-ДГЛУ-2000 [5, 6]. Застосування нових протоколів інтенсивної поліхіміотерапії дозволило добитися п'ятирічної виживаності при ОЛЛ в 75% випадків, НХЛ – у 78% пацієнтів, лимфоме Ходжкіна – в 95% випадків, що безумовно стало демонстрацією ефективності сучасних технологій лікування онкогематологічних захворювань [2, 3, 7].

Необхідно відзначити, що на момент створення гематологічної служби в АР Крим в 1988 г. дитяча смертність от гемобластозів наближалась к 100%. В той же час, з збільшенням числа пацієнтів, достигших к істеченію 5 років так названої безвипадкової виживаності при онкогематологічних захворюваннях, виникла нова проблема – поява категорії дітей-інвалідів, излеченних от онкогематологічних захворювань.

Возвращение этой категории детей в педиатрическую среду ставит перед педиатрами новые задачи: необходимость изучения нозологической структуры поздних эффектов интенсивной полихимиотерапии у детей, находящихся в состоянии ремиссии, разработки эффективных мероприятий по реабилитации детей, инвалидность которых возникла вследствие онкогематологических заболеваний.

Выводы

1. В АР Крим за пятилетний период (2008–2012 гг.) сформировалась тенденция к увеличению показателей заболеваемости болезнями крови у детей, прежде всего, за счет анемий. В то же время, интенсивные индексы новообразований кровотворной и лимфоидной тканей свидетельствовали о снижении заболеваемости злокачественными заболеваниями крови.

2. В АР Крим отмечались более низкие, по сравнению с общегосударственными, показатели заболеваний системы крови, что, вероятно, связано с недостаточной диагностикой железодефицитных состояний на первичном уровне.

3. Повышение уровня заболеваемости тромбоцитопенической пурпурой требует проведения анализа с целью выявления эндо- и экзогенных факторов риска возникновения данной патологии и разработки эффективных мер ее профилактики.

4. В структуре инвалидности первое место заняли врожденные гемолитические и апластические анемии (40%), второе – нарушения згортюваності (27%), третє – пурпура і інші геморагічні захворювання (13%).

5. Новообразования кровотворной и лимфоидной тканей стали основной причиной смертности детей в группе заболеваний системы крови.

6. Внедрение современной стратегии лечения пациентов с онкогематологической патологией привело к снижению смертности в этой группе больных, что обусловило повышение уровня инвалидности в группе заболеваний крови и кровотворных органов.

Перспективы дальнейших исследований направлены на разработку реабилитационных мероприятий для детей-инвалидов вследствие гематологической патологии и на последующее изучение качества жизни детей, излеченных от новообразований кровотворной и лимфоидной тканей, а также здоровья их потомства.

Литература

1. *Вейнер* Михаэль А. Секреты детской онкологии и гематологии / Михаэль А. Вейнер, Кейро Митчел С. – Москва : Бином, 2008. – 271 с.
2. *Дунаев С. М.* Оценка клинической, экономической и социальной эффективности лечения детей и подростков с неходжкинскими лимфомами / С. М. Дунаев, А. М. Ожегов, В. М. Чернов // Вопросы гематологии/онкологии и иммунологии в педиатрии. – 2010. – Т. 9, № 4. – С. 19–23.
3. *Куликова С. С.* Долгосрочные результаты ВФМ-ориентированной стратегии лечения детей и подростков с лимфобластными лимфомами / С. С. Куликова, С. В. Семочкин, Д. В. Литвинов // Онкогематология. – 2010. – №2. – С. 13–19.
4. *Материалы* ежегодных итоговых коллегий МЗ АР Крым 2007–2011 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.csmu.edu.ua/map/show/docid/5218>. – Название с экрана.
5. *Про затвердження протоколів надання медичної допомоги дітям за спеціальністю «Дитяча гематологія»* : наказ МОЗ України від 20.07.2005 р. № 364 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.medsoft.ucoz.ua/load/nakaz_moz_vid20072005_33467-1-0-37. – Назва з екрана.
6. *Про затвердження протоколів надання медичної допомоги дітям за спеціальністю «Дитяча гематологія»* : наказ МОЗ України від 23.07.2010 р. № 617 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 20.07.2005 р. № 364 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : www.moz.gov.ua/ua/portal/dn20130718_0617.html. – Назва з екрана.
7. *Результаты* лечения детей и подростков с лимфомой Ходжкина : данные моноцентрового исследования / Р. И. Феоктистов [и др.] // Онкогематология. – 2010. – № 2. – С. 6–12.
8. *Халтурина И. Л.* Острые лейкозы у детей Астраханской области: частотные характеристики, качество диагностики и результаты лечения : дис. ... канд. мед. наук / И. Л. Халтурина. – Москва, 2007. – 119 с.

Дата поступления рукописи в редакцию: 24.06.2014 г.

**Гематологічна патологія дитячого населення
АР Крим: головні медико-частотні характеристики**

*О.С. Третьякова, І.О. Сухарева,
С.А. Василенко, В.П. Усаченко*

ДУ «Кримський державний медичний університет
імені С.І. Георгієвського», м. Сімферополь

Мета – проаналізувати рівень захворюваності, інвалідності та смертності дитячого населення АР Крим від гематологічної патології за 2008–2012 рр.

Матеріали та методи: дані щорічних звітів МОЗ України, підсумкових колегій МОЗ АР Крим за 2008–2012 рр.; а також метод варіаційної статистики.

Результати. Встановлено, що в АР Крим підвищений рівень захворюваності дітей на хвороби крові на 6,5%. У структурі даної патології лідирують анемії (98,3%). На частку геморагічних та онкогематологічних захворювань припадає 1,7%, однак саме вони є основними чинниками смертності та інвалідності дітей у групі захворювань крові. Збільшений рівень інвалідності від злоякісних новоутворень лімфоїдної та кровотворної системи на 5%, що пов'язано зі зростанням кількості пацієнтів, які досягли п'ятирічного безподійного виживання.

Висновки. Виявлено зростання захворюваності дитячого населення АР Крим хворобами крові. Новоутворення кровотворної та лімфоїдної тканин є головним чинником смертності дітей у групі захворювань системи крові. Зростання показників інвалідності в цій групі обумовлено поліпшенням результатів терапії.

Ключові слова: гематологічна патологія, захворюваність, смертність, інвалідність, діти, АР Крим.

**Hematological pathology of children population
in Crimea: basic health-frequency characteristics features**

*O.S. Tretyakova, I.A. Sukhareva,
S.A. Vasilenko, V.P. Usachenko*
Crimea State Medical University
named after S.I. Georgiyevsky, Simferopol

Purpose – analysis of morbidity, disability and mortality of the children population of Crimea with hematological pathology for the period from 2008 to 2012.

Materials and methods: the data of annual reports of Ministry of Health in Ukraine, the final reports of the Ministry of Health in the AR of Crimea from 2008 to 2012, processed using variation statistics methods.

Results: morbidity of hematological pathology of children population in Crimea increase by 6.5%. Anemia is in the forefront of these diseases (98.3%). The share of hemorrhagic and hematological diseases account for 1.7%, but they are the leading cause of death and disability of children in the blood diseases group. Increase of disability indicators by 5% is associated with increase number of children, achieved a 5-years event-free survival.

Conclusions: there is growth of morbidity of hematological pathology of children population in Crimea. Neoplasms of the hematopoietic and lymphoid tissues are the main cause of mortality and disability of children with blood diseases. Increase of disability indicators is related with improvement of the therapy results.

Key words: hematologic pathology, morbidity, mortality, disability, children, Crimea.

Ведомости об авторах

Третьякова Ольга Степановна – д.мед.н., проф., зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения с курсом организации здравоохранения ФПО ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского»; бул. Ленина, 5/7, г. Симферополь, 295006; служ. тел. +38 (0652) 954-955; e-mail: olga-tretiakova@yandex.ru.

Сухарева Ирина Александровна – к.мед.н., доц. кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом организации здравоохранения ФПО ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского»; бул. Ленина, 5/7, г. Симферополь, 295006; служ. тел. +38 (0652) 954-956; e-mail: sukhareva_irina@mail.ru.

Василенко Светлана Анатольевна – ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом организации здравоохранения ФПО ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского»; бул. Ленина, 5/7, г. Симферополь, 295006; служ. тел. +38 (0652) 954-957; e-mail: vasilenko_svetlana@mail.ru.

Усаченко Валентин Павлович – зав. отделением детской онкогематологии Крымского республиканского учреждения «Детская клиническая больница»; ул. Титова, 77, г. Симферополь, 95034; служ. тел. +38 (0652) 241-696; e-mail: usachenko@mail.ru.

УДК 312.6:617.7(477-37)

З.В. Повч

РЕГІОНАЛЬНІ ТА ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОШИРЕНOSTІ ГЛАУКОМИ ЯК ІНФОРМАЦІЙНЕ ПІДГРУНТЯ РОЗРОБКИ РЕГІОНАЛЬНИХ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ПРОГРАМ І ТЕХНОЛОГІЙ

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

Мета – висвітлити результати ретроспективного та проспективного аналізу регіональних і гендерних особливостей поширеності глаукоми серед дорослого населення України в динаміці за 2008–2013 рр.

Методи: епідеміологічний, графічний аналіз динамічних рядів показників поширеності глаукоми серед різних вікових і статевих груп дорослого населення основних адміністративних територій України.

Результати. При вивченні динаміки за 2008–2013 рр. та гендерних аспектів показників первинної захворюваності, поширеності глаукоми виявлено зростання рівня поширеності глаукоми як серед чоловічого, так і серед жіночого населення віком ≥ 18 років при одночасному зниженні показників первинної захворюваності на глаукому (відповідно - 4,0% та -2,2%), що може свідчити про низький рівень звернень по медичну допомогу як чоловічого, так і жіночого населення. Ситуація потребує широкого інформування громадськості щодо факторів ризику та особливостей перебігу захворювання, доступності офтальмологічної допомоги.

Висновки. Таким чином, доведено необхідність урахування існуючих регіональних і гендерних особливостей динаміки поширеності глаукоми для формування заходів профілактики та своєчасного виявлення глаукоми, розробки відповідних національних і регіональних скринінгових програм в Україні.

Ключові слова: моніторинг, регіональні та гендерні особливості поширеності глаукоми.

Вступ

Останніми роками в Україні спостерігаються тенденції до погіршення офтальмологічного здоров'я населення в цілому, зростає рівень первинної захворюваності, поширеності хвороб ока та його придаткового апарату серед різних вікових його груп. Тому вивчення сучасних регіональних особливостей поширеності хвороб ока та його придаткового апарату, глаукоми зокрема, серед дорослого населення України не втрачає своєї актуальності [1–5].

Мета роботи – провести ретроспективний та проспективний аналіз показників поширеності глаукоми серед дорослого населення України, вивчити динаміку та регіональні особливості її формування за 2008–2013 рр. для врахування при створенні регіональних програм, розробки заходів і технологій профілактики та своєчасного виявлення глаукоми на первинному рівні в практичній діяльності лікаря загальної практики / сімейного лікаря.

Матеріали та методи

У роботі використано комплекс таких методів: статистичний, епідеміологічний, графічний аналіз динамічних рядів показників поширеності глаукоми серед різних вікових і статевих груп дорослого

населення на основних адміністративних територіях України.

Результати дослідження та їх обговорення

Поширеність глаукоми серед дорослого населення у 2013 р. становила 650,9 випадку на 100 тис. відповідного населення, що зумовило 243 308 звернень по медичну допомогу з приводу глаукоми. Порівняно з 2008 р. у віковій групі дорослого населення зріс рівень поширеності глаукоми (з 566,2 у 2008 р. до 650,9 на 100 тис. дорослого населення, або +14,9%) при одночасному зниженні показника первинної захворюваності на вищевказану патологію (з 68,2 у 2008 р. до 60,5 на 100 тис. дорослого населення у 2013 р., або -11,2%).

За 2008–2013 рр. рівень поширеності глаукоми серед дорослого населення зріс на всіх без винятку адміністративних територіях України (приріст поширеності глаукоми за період 2008–2013 рр. коливався від +48,6% у Миколаївській до +2,1% у Полтавській області), показник первинної захворюваності підвищився лише серед дорослого населення на 11 адміністративних територіях (приріст первинної захворюваності на глаукому коливався від +38,7% у Закарпатській до -48,4% у Харківській області). Водночас, на майже половині адміністративних територіях України за 2008–2013 рр. спостерігався одночасний приріст рівня не лише

поширеності, але й первинної захворюваності на глаукому в дорослого населення, що може свідчити про активну роботу щодо виявлення цього захворювання серед мешканців вищевказаних територій. До них увійшли: Закарпатська (приріст поширеності становив +25,5%, первинної захворюваності дорівнював +38,7%), Київська (відповідно +14,3% та +12,0%), Луганська (+16,1% та +6,1%), Львівська (+8,2% та +4,7%), Миколаївська (+48,6% та 28,6%), Рівненська (+27,6% та +16,8%),

Тернопільська (+32,7% та +24,8%), Хмельницька (+12,9% та +10,1%), Черкаська (+18,1% та +14,3%) області, м. Київ (+23,2% та +1,1%), м. Севастополь (+11,6% та +7,7%).

Вивчення динаміки показника поширеності глаукоми за 2008–2013 рр. у структурі поширеності хвороб ока та його придаткового апарату в різних статевих групах населення України засвідчило зростання поширеності глаукоми як серед чоловіків (+7,5%), так і серед жінок (+12,7%), (табл. 1).

Таблиця 1

Структура поширеності хвороб ока та його придаткового апарату серед чоловіків і жінок віком ≥ 18 років у динаміці за 2009, 2013 рр. (на 100 тис. відповідного населення)

Клас захворювань, нозології	Чоловіки			Жінки		
	2009 р.	2013 р.	приріст 2009/2013	2009 р.	2013 р.	Приріст 2009/2013
Поширеність хвороб ока та його придаткового апарату	8098,3	8028,9	-0,9 %	9352,3	9739,0	+4,0%
Кон'юнктивіти та інші захворювання кон'юнктиви	1005,2	1009,5	+0,5%	1131,8	1160,3	+2,5%
Хвороби склери, кератит та інші хвороби рогівки	220,6	230,3	+4,3%	169,2	182,3	+7,2%
Катаракта	1237,9	1203,8	-2,9%	1567,8	1610,7	+2,7%
Відшарування та розриви сітківки	47,1	57,1	+17,6%	43,3	54,9	+21,2%
Глаукома	593,4	641,0	+7,5%	575,6	659,0	+12,7%
Атрофія зорового нерва	120,7	124,8	+3,3%	93,4	102,8	+9,2%
Міопія	908,0	909,3	+0,14%	1277,1	1277,2	+0,01%

При вивченні динаміки та гендерних аспектів показників первинної захворюваності, поширеності глаукоми серед чоловіків і жінок віком ≥ 18 років виявилось переважання показника поширеності глаукоми у відповідних групах жіночого населення з тенденціями до їх зростання (рис. 1, 2).

Найвищі рівні поширеності глаукоми в 2013 р. зареєстровано серед дорослого населення в Чернігівській (989,1), Вінницькій (887,0), Сумській (878,8) областях, м. Севастополі (874,6) і м. Києві (843,9) при середньому по Україні значенні 650,9 на 100 тис. дорослого населення.

Найнижчі значення показника поширеності глаукоми серед дорослого населення в 2013 р. виявлено в Закарпатській (407,4 на 100 тис. дорослого населення) та Одеській (415,7) областях. Різниця між крайніми значеннями поширеності глаукоми серед дорослого населення в розрізі регіонів України в 2013 р. становила 2,4 разу ($p < 0,001$).

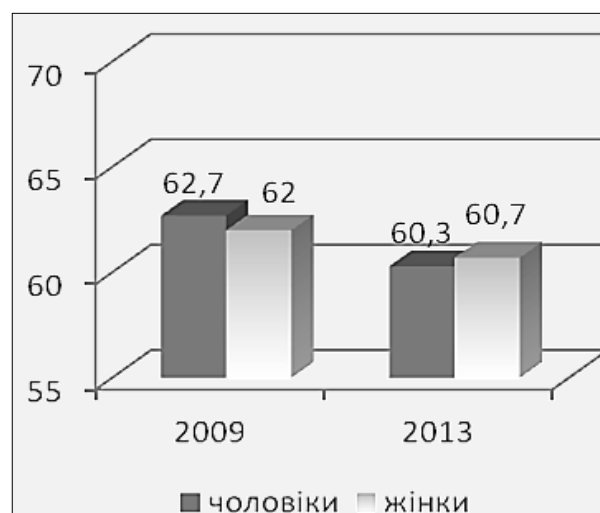


Рис. 1. Динаміка показників первинної захворюваності на глаукому серед чоловіків і жінок віком ≥ 18 років (на 100 тис. відповідного населення)

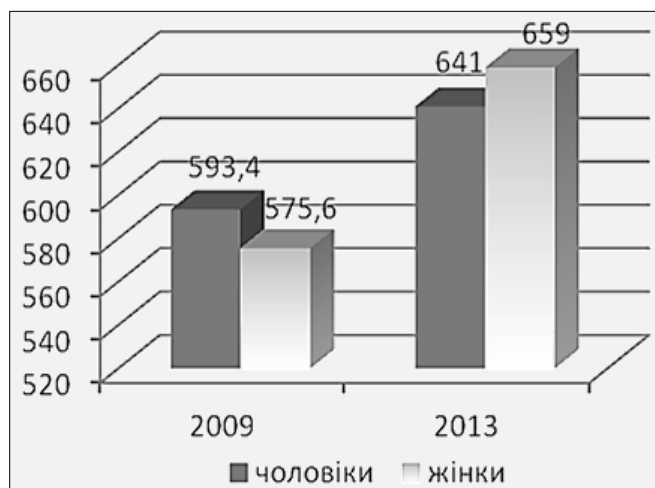


Рис. 2. Динаміка показників поширеності глаукоми серед чоловіків і жінок віком ≥ 18 років (на 100 тис. відповідного населення)

Найвищі рівні поширеності глаукоми серед чоловіків віком ≥ 18 років у 2013 р. зафіксовано в Чернігівській (1004,4), Вінницькій (886,8), Сумській (869,4) областях, м. Києві (839,7) при середньому по Україні значенні 641,0 на 100 тис. чоловіків віком ≥ 18 років (табл. 2).

Найнижчі рівні поширеності глаукоми серед чоловіків віком ≥ 18 років у 2013 р. встановлено в Закарпатській (411,3) та Одеській (415,5 на 100 тис. чоловіків ≥ 18 років) областях. Різниця між крайніми значеннями показника поширеності глаукоми серед чоловіків ≥ 18 років у 2013 р. становила 2,44 разу ($p < 0,001$).

Високі значення показника поширеності глаукоми в 2013 р. серед дорослого населення в Чернігівській (989,1), Дніпропетровській (806,9) та

Харківській (790,2 при середньому по Україні значенні 650,9 на 100 тис. дорослого населення) областях співвідносилися з високими значеннями поширеності хвороб ока та його придаткового апарату серед дорослого населення у вищевказаних регіонах (відповідно 11 290,5; 11 6854,0; 10 954,3 при середньому по Україні значенні 8 968,0 на 100 тис. дорослого населення).

Проте високі значення показника поширеності глаукоми серед дорослого населення в Полтавській області (808,8) при низькому рівні поширеності хвороб ока та його придаткового апарату серед дорослого населення області (6 476,5 на 100 тис. дорослого населення) у 2013 р. засвідчили про суттєвий вклад саме глаукоми та її наслідків у його формування. І навпаки, при високому рівні поширеності хвороб ока та його придаткового апарату серед дорослого населення в Одеській (9 928,3) та Львівській (10 944,3 на 100 тис. дорослого населення) областях показник поширеності глаукоми в цій віковій групі вищевказаних регіонів був найнижчим серед адміністративних територій України (415,7 та 446,0 відповідно при середньому по Україні значенні 650,9 на 100 тис. дорослого населення).

У віковій групі працездатного населення за 2008–2013 рр. суттєво зріс рівень поширеності глаукоми (з 112,8 у 2008 р. до 134,0 на 100 тис. населення працездатного віку в 2013 р., або +18,8%) при помірному зниженні показника первинної захворюваності (з 20,5 у 2008 р. до 18,1 на 100 тис. населення працездатного віку у 2013 р., або -11,7%).

Таблиця 2

Розподіл регіонів України за рівнем поширеності глаукоми серед чоловіків у 2013 р. (на 100 тис. чоловіків віком ≥ 18 років)

Низький рівень		Середній рівень		Високий рівень	
Закарпатська	411,3	Рівненська	578,2	м. Севастополь	707,5
Одеська	415,5	Тернопільська	584,7	Харківська	737,2
Львівська	471,1	Луганська	595,3	Чернівецька	741,0
Івано-Франківська	485,4	Житомирська	596,8	Херсонська	746,2
Волинська	486,0	Кіровоградська	606,3	Полтавська	771,5
Запорізька	496,4	Черкаська	693,4	Дніпропетровська	785,5
Миколаївська	512,3			Хмельницька	796,9
Київська	520,3			м. Київ	839,7
АР Крим	557,8			Сумська	869,4
Донецька	567,1			Вінницька	886,8
				Чернігівська	1004,4

Найвищі рівні поширеності глаукоми в 2013 р. зареєстровано серед працездатного населення в Рівненській (255,4), Сумській (221,2) та Вінницькій (214,7) областях при середньому по Україні значенні 134,0 на 100 тис. працездатного населення (табл. 3).

Таблиця 3

Розподіл регіонів України за рівнем поширеності глаукоми серед населення працездатного віку за підсумками 2013 р. (на 100 тис. населення працездатного віку)

Низький рівень		Середній рівень		Високий рівень	
Львівська	74,8	Херсонська	130,9	Полтавська	152,6
Черкаська	76,9	Дніпропетровська	134,3	Чернігівська	157,0
Одеська	78,3	Волинська	137,7	м. Київ	163,5
АР Крим	93,5	Закарпатська	139,1	Житомирська	168,0
Київська	94,3	Миколаївська	146,3	Тернопільська	169,8
Запорізька	101,4	Хмельницька	149,5	м. Севастополь	188,0
Івано-Франківська	101,8			Харківська	198,4
Луганська	101,8			Вінницька	214,7
Кіровоградська	103,4			Сумська	221,2
Донецька	110,4			Рівненська	255,4
Чернівецька	117,7				

Найнижчі рівні поширеності глаукоми у 2013 р. зареєстровано серед працездатного населення у Львівській (74,8), Черкаській (76,9) та Одеській (78,3 на 100 тис. населення працездатного віку) областях. Різниця між крайніми значеннями поширеності глаукоми серед населення працездатного віку в розрізі основних адміністративних територій України у 2013 р. становила 3,4 разу ($p < 0,001$).

За 2008–2013 рр. в більшості регіонів України суттєво підвищився рівень поширеності глаукоми разом зі зростанням показника первинної захворюваності серед населення працездатного віку. Так, у Миколаївській області приріст поширеності становив +99,3% при прирості первинної захворюваності +41,4%; у м. Києві – відповідно +60,6% та +31,0%; у Тернопільській – +60,0% та +72,8%, у Рівненській – +45,1% та +27,2%, у Закарпатській – +16,3% та +62,4%, що свідчило про активну роботу з виявлення глаукоми серед населення працездатного віку, а також про навантаження на первинну ланку та офтальмологічну службу цих територій. Водночас, були регіони, де за 2008–2013 рр. суттєво зріс рівень поширеності глаукоми серед працездатного населення при зменшенні первинної захворюваності, до них увійшли: м. Севастополь (поширеність становила +66,9%, первинна захворюваність дорівнювала -64,0%) Волинська (відповідно +55,9% та -11,1%), Житомирська (+46,7% та -20,5%), Вінницька (+43,9% та -12,9%), Запорізька (+41,4% та -9,3%), Одеська (+34,5% та

-20,0%) області, що потребує додаткового вивчення, адже може свідчити про пізні звернення по медичну допомогу, низький рівень виявлень глаукоми серед населення працездатного віку в цих регіонах, а отже, про низьку доступність медичної допомоги (офтальмологічної служби) на вищевказаних територіях.

У віковій групі населення у віці, старшому за працездатний, у 2008–2013 рр. зріс рівень поширеності глаукоми (з 1 647,0 у 2008 р. до 1 810,8 на 100 тис. населення у віці, старшому за працездатний, у 2013 р., або +9,9%) при зниженні показника первинної захворюваності (з 180,9 у 2008 р. до 155,2 на 100 тис. населення у віці, старшому за працездатний, у 2013 р., або -14,2%).

Найвищі рівні поширеності глаукоми у 2013 р. зареєстровано серед населення у віці, старшому за працездатний, м. Києва (2 621,3), Чернігівської (2 525,6) та Херсонської (2 467,9) областей при середньому по Україні значенні 1 810,8 на 100 тис. населення у віці, старшому за працездатний (табл. 4). Найнижчі рівні поширеності глаукоми серед населення у віці, старшому за працездатний, у 2013 р. зафіксовано в Закарпатській (1 183,6) та Одеській (1 216,6 на 100 тис. населення у віці, старшому за працездатний) областях. Різниця між крайніми значеннями поширеності глаукоми серед населення у віці, старшому за працездатний, у розрізі основних адміністративних територій України у 2013 р. становила 2,2 разу ($p < 0,001$).

Таблиця 4

Розподіл регіонів України за рівнем поширеності глаукоми серед населення у віці, старшому за працездатний, за підсумками 2013 р. (на 100 тис. населення у віці, старшому за працездатний)

Низький рівень		Середній рівень		Високий рівень	
Закарпатська	1 183,6	Рівненська	1 613,7	Харківська	2 111,7
Одеська	1 216,6	Житомирська	1 619,9	Полтавська	2 168,1
Миколаївська	1 353,4	Черкаська	1 716,1	Сумська	2 226,8
Львівська	1 379,0	АР Крим	1 720,2	Чернівецька	2 228,9
Київська	1 382,4	Луганська	1 771,1	Вінницька	2 267,0
Запорізька	1 388,3	Хмельницька	1 831,0	Дніпропетровська	2 286,2
Івано-Франківська	1 420,3			м. Севастополь	2 318,6
Кіровоградська	1 421,7			Херсонська	2 467,9
Тернопільська	1 449,3			Чернігівська	2 525,6
Волинська	1 468,6			м. Київ	2 621,3
Донецька	1 572,8				

За 2008–2013 рр. суттєвий приріст рівня поширеності глаукоми разом зі зростанням показника первинної захворюваності серед населення у віці, старшому за працездатний, спостерігався лише в деяких регіонах України. Так, у Закарпатській області приріст рівня поширеності становив +24,6% при прирості показника первинної захворюваності +22,6%; у Миколаївській – відповідно +31,5% та +18,2%; у Рівненській – +19,3% та +10,8%, у Тернопільській – +26,1% та +8,0%, у Черкаській – +19,7% та +24,9%, що свідчить про активність звернень із приводу глаукоми населення у віці, старшому за працездатний, на вказаних територіях і про навантаження на первинну ланку та офтальмологічну службу.

Зростання рівня поширеності глаукоми як серед чоловічого, так і серед жіночого населення віком ≥ 18 років за 2009–2013 рр. разом зі зниженням показника первинної захворюваності (відповідно -4,0% та -2,2%) свідчить про низький рівень звернень по медичну допомогу як чоловічого, так і жіночого населення, що можна пояснити особливостями клінічного перебігу початку захворювання на глаукому, яка в більшості випадків (відкритокутова глаукома) починається безсимптомно. Саме такі випадки захворювання потребують запровадження і проведення заходів своєчасного виявлення глаукоми на ранніх стадіях, широкого інформування громадськості щодо факторів ризику та особливостей перебігу захворювання і доступності офтальмологічної допомоги, різних національних та регіональних скринінгових програм виявлення глаукоми серед дорослого населення України.

Висновки

Таким чином, за 2008–2013 рр. серед дорослого населення України зріс рівень поширеності глаукоми (+14,9%) при одночасному зниженні показника первинної захворюваності (-11,2%) на цю нозологію. За вищевказаний період рівень поширеності глаукоми зріс у віковій групі дорослого населення на всіх без винятку адміністративних територіях України, тоді як показник первинної захворюваності підвищився лише серед дорослого населення на 11 адміністративних територіях. Вивчення структури поширеності хвороб ока та його придаткового апарату в різних статевих групах населення України вказало на зростання за 2009–2013 рр. питомої ваги поширеності глаукоми як серед чоловічого (+7,5%), так і серед жіночого (+12,7%) населення віком ≥ 18 років.

Найвищі рівні поширеності глаукоми в 2013 р. зареєстровано серед дорослого населення в Чернігівській, Вінницькій, Сумській областях, містах Києві та Севастополі. Найнижчі значення показника поширеності глаукоми серед дорослого населення в 2013 р. виявлено в Закарпатській та Одеській областях.

Високі значення показника поширеності глаукоми в 2013 р. серед дорослого населення в Чернігівській (989,1), Дніпропетровській (806,9) та Харківській (790,2 при середньому по Україні значенні 650,9 на 100 тис. дорослого населення) областях співвідносилися з високими значеннями поширеності хвороб ока та його придаткового апарату серед дорослого населення у вищевказаних регіонах (відповідно 11 290,5; 11 6854,0; 10 954,3 при середньому по Україні значенні 8 968,0 на 100 тис. дорослого населення). Проте високі значення

показника поширеності глаукоми серед дорослого населення в Полтавській області (808,8) при низькому рівні поширеності хвороб ока та його додаткового апарату серед дорослого населення області (6 476,5 на 100 тис. дорослого населення) у 2013 р. могли свідчити про суттєвий вклад саме глаукоми та її наслідків у формування такого показника. І навпаки, при високому рівні поширеності хвороб ока та його додаткового апарату серед дорослого населення Одеської (9 928,3) та Львівської (10 944,3 на 100 тис. дорослого населення) областей рівень поширеності глаукоми в цій віковій групі був найнижчим серед адміністративних територій України (відповідно 415,7 та 446,0 при середньому по Україні значенні 650,9 на 100 тис. дорослого населення).

За 2008–2013 рр. в більшості регіонів України суттєво підвищився рівень поширеності глаукоми разом зі зростанням показника первинної захворюваності на цю нозологію серед населення працездатного віку. У віковій групі населення у віці, старшому за працездатний, зріс рівень поширеності

глаукоми (+9,9%) при одночасному зниженні показника первинної захворюваності (-14,2%).

Отже, нами доведено існування регіональних і гендерних особливостей офтальмологічної патології, зокрема, глаукоми серед дорослого населення України. Встановлено сучасні регіональні особливості глаукоми, згідно з якими, Чернігівська, Вінницька і Сумська області, міста Київ і Севастополь виявилися регіонами з найвищими рівнями її поширеності серед дорослого населення України. Виявлено переважання показників поширеності (із динамікою зростання) глаукоми серед жіночого населення віком ≥ 18 років порівняно з аналогічними показниками цієї ж вікової групи чоловічого населення.

Перспективи подальших досліджень полягають у подальшому вивченні регіональних і гендерних особливостей поширеності глаукоми з метою розробки регіональних профілактичних програм і технологій.

Література

1. Збітнева С. В. Захворюваність населення України на хвороби ока та його додаткового апарату / С. В. Збітнева // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2010. – № 3. – С. 14–18.
2. Медведовська Н. В. Регіональні особливості захворюваності населення України на офтальмологічну патологію, її динаміка / Н. В. Медведовська // Сімейна медицина. – 2013. – № 3 (47). – С. 107–108.
3. Слабкий Г. О. Регіональні особливості стану здоров'я населення України (за період 2005–2009 рр.) : монографія / Г. О. Слабкий, Н. В. Медведовська. – Київ, 2010. – 174 с.
4. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію – 2009. – Київ, 2010. – 446 с.
5. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2012 рік / за ред. Р. В. Богатирьової. – Київ, 2013. – 464 с.

Дата надходження рукопису до редакції: 29.10.2014 р.

Региональные и гендерные особенности распространности глаукомы как информационная основа разработки региональных профилактических программ и технологий

З.В. Повч

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

Цель – осветить результаты ретроспективного и проспективного анализа региональных и гендерных особенностей распространности глаукомы среди взрослого населения Украины в динамике за 2008–2013 гг.

Методы: статистический, эпидемиологический, графического анализа динамических рядов показателей распространности глаукомы среди разных возрастных и половых групп взрослого населения основных административных территорий Украины.

Результаты. При изучении динамики за период 2008–2013 гг. и гендерных аспектов показателей первичной заболеваемости, распространности глаукомы констатировано повышения уровня распространности глаукомы как среди мужского, так и среди женского населения ≥ 18 лет при одновременном снижении показателей первичной заболеваемости на глаукому за вышеуказанный период (соответственно -4,0% и -2,2%), что может свидетельствовать о низком уровне обращений за медицинской помощью как мужского, так и женского населения. Ситуация требует широкого информирования общественности о факторах риска и особенностях течения заболевания, доступности офтальмологической помощи.

Выводы. Таким образом, доказана необходимость учета существующих региональных и гендерных особенностей динамики распространности глаукомы для формирования мероприятий профилактики и своевременного выявления глаукомы, разработки соответствующих национальных и региональных скрининговых программ в Украине.

Ключевые слова: мониторинг, региональные и гендерные особенности распространности глаукомы.

Regional and gender features of prevalence of glaucoma as information base of development of regional preventive programs and technologies

Z.V. Povch

SI «Ukrainian Institute of Strategic Researches MoH of Ukraine», Kyiv, Ukraine

Covering of results of the retrospective and prospective analysis of regional and gender features of prevalence of glaucoma among adult population of Ukraine in dynamics for 2008–2013 became the purpose of the publication.

Methods: statistical, epidemiological, the graphic analysis of dynamic ranks of indicators of prevalence of glaucoma among different age and sexual groups of adult population of the main administrative territories of Ukraine.

Results. When studying dynamics during 2008–2013 and gender aspects of indicators of primary incidence, prevalence of glaucoma it is stated growth of prevalence of glaucoma both among man's, and among the female population of 18 years and is more senior at simultaneous decrease in indicators of primary incidence on glaucoma for the above period (-4.0% and -2.2% respectively) that can testify to the low level of requests for medical care of both the man's, and female population. The situation demands broad informing the public on risk factors and features of a course of a disease, availability of the ophthalmologic help.

Conclusions. Thus, need of the accounting of the existing regional and gender features of dynamics of prevalence of glaucoma for formation of actions of prevention and timely detection of glaucoma, development of the appropriate national and regional screening programs in Ukraine is proved.

Key words: monitoring, regional and gender prevalence of glaucoma feature.

Відомості про автора

Повч Зоряна Василівна – пошукач ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна; служб. тел. +38 (044) 576-41-19; e-mail: uisr_moz@ukr.net.

УДК 614.2:517.004.13:519.46(014)

В.П. Клименюк

КОГОРТНИЙ АНАЛІЗ ТРЕНДІВ ІНВАЛІДИЗАЦІЇ ВНАСЛІДОК ІНСУЛЬТІВ ЗА ІЄРАРХІЧНОЮ APC-МІКСТ-МОДЕЛЛЮ

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

Мета – вивчити тренди інвалідизації внаслідок інсультів на основі APC-декомпозиції.

Матеріали та методи. Простежувалися 11 когорт за часом народження до 1940 р. і далі послідовно за п'ятирічними періодами народження («1941–1945», «1946–1950», ..., «після 1985»), усього 13 443 498 людино-років. Кожна когорта ототожнювала унікальну комбінацію історико-соціальних подій. Іншим важливим APC-фактором був час, в якому розгорталися події. Вік давав змогу вирішувати проблему колінеарності розвитку процесу паралельно в часі, визрівання когорти і зміни когорт. Ураховувалися всі (4052) випадки первинної інвалідності внаслідок інсультів, сертифіковані в 1999–2008 рр. медико-соціальними експертними комісіями. Аналіз даних базувався на ієрархічній нелінійній мікст-моделі. Параметри вираховувалися процедурою GLIMMIX статистичної системи SAS 9.1. Використовувався RPL-оцінювач з огляду на ієрархічну структуру моделі з рандомізованими і фіксованими ефектами, нелінійну функцію зв'язку і структуровані залишки.

Результати. Встановлено збільшення ризику інвалідизації представників більш молодих когорт народження, а найбільший ризик інвалідизації виявлено серед представників когорти народжених у 1941–1945 рр.

Висновки. Лінійний віковий тренд з ефектом $\beta=1,385$ ($p=0,006$) засвідчив збільшення ризику при старінні. Квадратичний віковий тренд з ефектом $\beta=-0,1801$ ($p<0,0001$) передбачав пік ризику в 60 років із подальшим спадом.

Ключові слова: інвалідизація, інсульти, APC-конструкція, мікст-модель.

Вступ

Інсульт залишаються однією з провідних причин інвалідизації населення України, стандартизовані рівні смертності внаслідок яких майже в 1,5 разу вищі, ніж в Євросоюзі та Європейському регіоні [1, 2, 3, 4]. При вивченні процесів інвалідизації виникає ряд методологічних проблем, зокрема, через змішувальний вплив APC-факторів (*age-period-cohort* – вік-період-когорта). Нами представлена нова методологія вивчення ризиків інвалідизації, в основу якої покладена APC-конструкція на базі стріп-спліт-плот дизайну з використанням рандомізованих ефектів.

Мета роботи – вивчити тренди інвалідизації внаслідок інсультів на основі APC-декомпозиції.

Матеріали та методи

Включена вся популяція Житомирської області. Враховані всі (4052) випадки первинної інвалідності внаслідок інсультів, сертифіковані в 1999–2008 рр. медико-соціальними експертними комісіями, усього 13 443 498 людино-років ризику.

Опис дизайну.

В основу дизайну покладена APC-конструкція, яка відтворює рух когорт за роками і віком. Опорною одиницею дослідження є когорта за

народженням. Дослідження охоплює 11 когорт за часом народження до 1940 р. (від осіб, що дожили до 1999 р. (перша когорта), і послідовно за п'ятирічними періодами народження («1941–1945», «1946–1950», ...) до наймолодшої когорти, представники якої народилися після 1985 р.). Когорта являється важливою експериментальною одиницею спостереження, оскільки ототожнює унікальну комбінацію історико-соціальних подій, кумуляцію послідовних експозицій, які зазнали протягом життя представники когорти.

Іншим важливим APC-фактором являється час, в якому розгортається життя представників когорти. На відміну від звичної ролі часу як повторюваного фактора дизайну, він має особливу роль в APC-аналізі та відповідному дизайні. Оскільки представники когорт знаходяться в різному віці в кожному з років, час набуває властивостей блокового фактора, втрачаючи значення «повторюваності». У термінах формуляції статистичної моделі час набуває рис рандомізованого фактора і, відповідно, оцінюється як рандомізований ефект. Час як фактор, що утворює блочну структуру дизайну, є важливою експериментальною одиницею спостереження. Вік як третій фактор APC-конструкції визначений дизайном як коваріата, притаманна мешканцю як мікро-одиниці спостереження. Його ефект

оцінюється як коваріативний на другій ступені ієрархічної моделі, що будується за дизайном дослідження. Відповідно, вік не бере участі у визначенні експериментальних одиниць дослідження. Так, крос-класифікація районів із роками спостереження обумовлює стріп-плот (*strip-plot*) елемент дизайну. Хоул-плот (*whole-plot*) експериментальна одиниця дизайну утворена гніздуванням когорти в стріп-плоті $C(A*B)$; дужки виразу показують, що градації фактора C (когорти 1 ... 11) розміщені в елементах перехресної класифікації факторів A і B . Типологічні фактори представників когорти, як то стать, місце проживання мешканців, своєю чергою, розміщені (утворюють гнізда) в хоул-плотах, утворюючи експериментальну одиницю дизайну спліт-плот (*split-plot*) $F(C(A*B))$.

Особливості оцінки параметрів моделі і тестування гіпотез.

Оскільки рівень інвалідизації є ризиком (π), відповідно зв'язок між ризиком і лінійним предиктором (η) є не лінійним, а опосередкованим логіт-функцією $\log[\pi/(1-\pi)]=\eta$, а розподіл ризику підлягає біноміальному закону із середнім значенням $\mu=\pi$, дисперсією середнього ризику $V(\mu)=\pi(1-\pi)$, дисперсією кількості випадків інвалідизації серед населення n $Var(Y)=\pi(1-\pi)/n$.

Дисперсія середнього ризику $V(\mu)$, яку ще називають функцією дисперсії, показує, як саме середнє значення ризику задіяне в $Var(Y)$. Зв'язок між $V(\mu)$ і $Var(Y)$ забезпечується через параметр шкалювання $\alpha(\phi)$, який для біноміального розподілу становить $1/n$, а саме $Var(Y)=V(\mu)*\alpha(\phi)$. Ця рівність є визначальною для перевірки правильної ідентифікації нелінійних моделей експоненційного ряду, зокрема біноміальної.

Для оцінки параметрів моделі використовується подвійно ітеративний алгоритм, який оперує псевдоданими (псевдоризиками), а саме, метод оцінки RPL (метод псевдо-правдоподібності залишків) як найбільш ефективний за заданої ситуації. Практично оцінка параметрів відбувається за вкладеними подвійними серіями ітерацій. Перший етап полягає в пошуку оцінок параметрів θ коваріаційної матриці ефектів. Процес пошуку утворює внутрішні ітерації. В основі лежить метод оцінки REML (максимальної правдоподібності залишків), який найменш скошено оцінює параметри θ . Це досягається виключенням з оцінок фіксованих ефектів шляхом попередньої трансформації рівнів інвалідизації у вектор залишків r . Останні отримуються шляхом вилучення з даних їх очікуваних значень за лінійною проекцією

$LP=X(X'V^{-1}X)^{-1}X'V^{-1}$, тобто $r=\pi^*-LP$. Значення параметрів θ отримуються внаслідок максимізації логарифму функції псевдоправдоподібності залишків [5]:

$$l_r(\theta, \pi^*) = -\frac{1}{2} \log|V(\theta)| - \frac{1}{2} r'V(\theta)^{-1}r - \frac{1}{2} \log|X'V(\theta)^{-1}X| \quad (1)$$

У ході ітерацій за алгоритмом Ньютона-Рафсона отримується Гессіан (матриця похідних логарифмічної функції правдоподібності другого порядку). Діагональні елементи цієї матриці є найбільш ефективними оцінками помилок θ . «Псевдо» в назві вказує на те, що функція побудована на трансформованих ризиках π^* , замість безпосередньо спостережених π .

Саме трансформація $\pi \rightarrow \pi^*$ дає змогу уникнути проблеми нелінійного оцінювання фіксованих ефектів β і рандомізованих u . На основі знайдених параметрів θ коваріаційної матриці V вони оцінюються як у лінійній моделі за GLS (генералізованим методом найменших квадратів) [6]:

$$\beta = (X'V(\theta)^{-1}X)^{-1}X'V(\theta)^{-1}\pi^* \quad (2)$$

$$u = GZ'V(\theta)^{-1}r$$

Цей крок реалізований у процедурі через SWEEP-оператор як найбільш ефективний. Другий етап полягає в отриманні трансформованих π^* (утворенні псевдоданих):

$$\pi^* = \eta + (\pi - \mu)D^{-1}$$

$$V(\theta) = ZGZ' + D^{-1}A^{1/2}RA^{1/2}D^{-1} \quad (3)$$

$$D = \partial\mu/\partial\eta,$$

де A – діагональна матриця розміру $n \times n$ з діагональними елементами параметрів шкалювання індивідуальних дисперсій $\alpha(\phi_{ii})$.

Трансформовані в такий спосіб π^* і $V(\theta)$ підставляють у $l_r(\theta, \pi^*)$ і здійснюють подальше оцінювання параметрів θ за алгоритмом Ньютона-Рафсона. На основі параметрів θ отримують такі оцінки фіксованих ефектів β і рандомізованих u , після чого на основі θ , β і u здійснюють чергову трансформацію π^* і $V(\theta)$. Таким чином, метод оцінки RPL (метод псевдо-правдоподібності залишків) є подвійно ітеративним. Внутрішні ітерації відбуваються на першому етапі для отримання θ . Зовнішні ітерації відбуваються на трансформованих даних.

RPL-оцінщик, який ураховує ієрархію рівнів рандомізованих і фіксованих ефектів, нелінійний характер моделі та складну структуру залишків реалізовано в новій експериментальній процедурі

GLIMMIX (реліз 2008 р.) статистичної аналітичної системи SAS 9.1 Level 1M3 XP Home platform, S/N 882876, Site #12300001 licensed to Ocheredko Oleksandr.

Тестування гіпотез.

Тестування гіпотез здійснюється за статистиками Вальда (Wald statistics) і F-тестом. Базисним видом статистики Вальда є:

$$F_w = (L^{\backslash} \alpha)^{\backslash} (L^{\backslash} CL)^{-1} (L^{\backslash} \alpha),$$

де $L = [KM^{\backslash}], \alpha = [\beta(u_e - u)]$.

Результати дослідження та їх обговорення

Елементи дизайну високо достовірні, а саме рандомізовані ефекти розміщення району в стріп-плоті («Район*Рік») та хоул-плоті («Район*Рік*Когорта») як у цілому ($F(224;5475)=88$ та $F(1398;5475)=70$, $p < 0,0001$), так і за окремими групами інвалідності. Тестування ефектів здійснювалось із використанням дисперсій задіяних експериментальних одиниць, що суттєво підвищує потужність.

Найбільше зниження ризиків виявлено у 2006–2007 рр. Зниження у 2001–2002 рр. не таке очевидне для інсультів з APC-аналізу, проте висновки мікст-моделі, вирівняні на коваріати та уточнені щодо дисперсій експериментальних одиниць плану, є більш точними і саме вони підтримують критичне зниження у 2002 р.

З аналізу ефектів взаємодії «Район*Когорта» впливає виразний факт регулярного по районах зростання інвалідації членів 2-ї когорти, представники якої народжені в період 1941–1945 рр. У цій когорті порівняно з когортою народжених після 1986 р. (взята за основу контрастів) зростання ризику інвалідації максимальне, а саме β_{i*2} практично по всіх районах i ($i \in \{1, \dots, 25\}$) перевищує 10, тобто $\beta_{i*2} > 10$ із $p < 0,0001$.

Аналіз головних ефектів змішаний ефектами другого порядку, тому потужність тестування головних ефектів зменшена. Відповідно краще спиратись саме на вищевказані ефекти вищих порядків у трактуванні впливу факторів та їх контрастів.

Якщо розглядати ризики інвалідації внаслідок інсультів по районах, то після вирівняння на інші коваріати та ефекти вищих порядків ризику відрізняються від району до району (є гетерогенними) з високою достовірністю $F(25;5475)=23,05$ із $p < 0,0001$ як у цілому, так і за окремими групами інвалідності. З аналізу контрастів градацій головного ефекту «Район» впливає, що достовірно найвищий «приріст» (коефіцієнт β) ризику інвалідації порівняно з базовим спостерігається для районів: Малинського (15) із

$\beta=14,309$ $t(5475)=1,36$, $p=0,0865$, Народицького (16) із $\beta=13,411$ $t(5475)=1,62$, $p=0,0529$, Овруцького (18) із $\beta=3,353$ $t(5475)=1,161$, $p=0,0019$. Найнижчим (за від'ємним коефіцієнтом β) ризиком інвалідації порівняно з базовим відрізняється Володар-Волинський (6) район із $\beta=-15,565$ $t(5475)=1,86$, $p=0,0316$, та Черняхівський (25) район із $\beta=-15,078$ $t(5475)=1,80$, $p=0,0356$.

Аналіз ризиків інвалідації внаслідок інсультів по роках після вирівняння на інші коваріати та ефекти вищих порядків свідчить про те, що ризики є гетерогенними в часі з високою достовірністю $F(9;5475)=24,11$ із $p < 0,0001$ як у цілому, так і за окремими групами інвалідності. Аналіз контрастів градацій головного ефекту «Рік» показав, що достовірно найбільше зниження (за від'ємним коефіцієнтом β) ризику інвалідації порівняно з базовим спостерігається у 2002 р. з $\beta=-44,44$ $t(5475)=1,63$, $p=0,0518$. У цілому ризики інвалідації проявляють суттєву тенденцію до зниження, що можливо пояснюється зменшенням протягом останніх десятиліть доступності експертизи і вірогідності визнання статусу інваліда внаслідок інсультів.

Якщо розглядати ризики інвалідації внаслідок інсультів по когортах, то після вирівняння на інші коваріати та ефекти вищих порядків ризику відрізняються від когорти до когорти з високою достовірністю $F(7;5475)=15,13$ із $p < 0,0001$ як у цілому, так і за окремими групами інвалідності. З аналізу контрастів градацій головного ефекту «Когорта» встановлено, що достовірно найбільший приріст (за коефіцієнтом β) ризику інвалідації порівняно з базовим простежується в когорті, представники якої народжені протягом 1941–1945 рр. У цій когорті порівняно з когортою народжених після 1986 р. (взята за основу контрастів) зростання ризику інвалідації є максимальним, а саме $\beta=14,73$ $t(5475)=2,31$, $p=0,0105$. У цілому в молодших когортах ризик інвалідації внаслідок інсультів суттєво зростає. Ці результати підтримують особливості розподілу ризиків інвалідації внаслідок інсультів по когортах, отримані на основі аналізу ефектів другого порядку «Район*Когорта».

Вік теж суттєво модифікує ризики інвалідації внаслідок інсультів після вирівняння на інші коваріати та ефекти вищих порядків $F(1;5475)=32,1$ із $p < 0,0001$ як у цілому, так і за окремими групами інвалідності. Ми простежили виражену вікову динаміку зростання рівнів інвалідації від менш ніж 0,045% у молодших вікових групах до максимальних рівнів понад 0,80% у віковій групі 51–55 років із подальшим поступовим зниженням у старшому віці. Усі

повікові рівні інвалідизації виходили за межі 95% інтервалу довіри із загальною оцінкою достовірності $F=113$; $p<0,0001$. Для аналізу вікових закономірностей розподілу піку інвалідизації ми включили квадратичний ефект віку, який виявився високо достовірним у цілому $F(1;5475)=5,03$ з $p<0,0001$, а також для першої та другої груп інвалідності. Напрямок лінійного вікового тренду ($\beta=1,385$, $p=0,006$) свідчить про зростання ризику інвалідизації з віком. Напрямок квадратичного вікового тренду ($\beta=-0,1801$, $p<0,0001$) вказує на досягнення піку і поступове зниження ризику інвалідизації після 60 років.

Висновки

При вивченні часових трендів інвалідизації доцільно використовувати дизайни, які передбачають APC-організацію даних. Останні забезпечують вищелення ефектів когорт, періодів і зміни вікової структури когорт у часі. Аналіз має включати вивчення рандомізованих ефектів, утворених експериментальними одиницями дизайну.

Доцільність обраного дизайну підтверджується високою достовірністю рандомізованих ефектів розміщення району в стріп-плоті («Район*Рік») та хоул-плоті («Район*Рік*Когорта») як у цілому, так і по окремих групах інвалідності ($p<0,0001$).

Суттєві контрасти взаємодії років із районами показують, що простежується однакова закономірність по всіх роках, натомість, суттєві локальні контрасти взаємодії років із районами припадають на Малинський, Народицький, Овруцький, Володар-Волинський, Коростенський, Черняхівський райони. Причому у 2002–2007 рр. порівняно з 2008 р. (взятий за основу контрастів) зміни ризику інвалідизації були найбільш регулярними.

Ефекти взаємодії Район*Когорта вказують на регулярний по районах підвищення інвалідизації членів 2-ї когорти, представники якої народжені в період 1941–1945 рр. У цій когорті порівняно з когортою народжених після 1986 р. (взятою за основу контрастів) зростання ризику інвалідизації

максимальне, а саме β_{i*2} практично по всіх районах i ($i \in \{1, \dots, 25\}$) перевищує 10, тобто $\beta_{i*2} > 10$ із $p < 0,0001$. У цілому в молодших когортах ризик інвалідизації внаслідок інсультів суттєво зростає.

Напрямок лінійного вікового тренду ($\beta=1,385$, $p=0,006$) вказує на зростання ризику інвалідизації з віком. Напрямок квадратичного вікового тренду ($\beta=-0,1801$, $p<0,0001$) свідчить про досягнення піку і поступове зменшення ризику інвалідизації після 60 років.

Установлено, що в сільського населення достовірно нижчий (за від'ємним коефіцієнтом β) ризик інвалідизації внаслідок інсультів порівняно з міським ($\beta=-0,4891$ $t(5475)=2,48$, $p=0,0066$).

У жінок достовірно менший (за від'ємним коефіцієнтом β) ризик інвалідизації внаслідок інсультів порівняно з чоловіками ($\beta=-\beta=-0,4743$ $t(5475)=2,24$, $p=0,0127$).

Перспективи подальших досліджень

Удосконалення запропонованої моделі стосуються включення індивідуальних безпосередньо неспостережених ефектів фрейлті, проте таке вдосконалення потребує використання МСМС-семплерів. Метод також чутливий до оцінок втручань із популяційним ефектом через включення DD-ефектів до лінійного предиктора. Дискретне просторове моделювання є іншим варіантом. Останнє менш чутливе до дистанцій та напрямків, проте більш зручне у випадках різких змін рівнів просторового процесу на границях комун. Більш того, надзвичайно важливим для імплементації є структуровані просторові апіорні розподіли (*space structured priors*), які можуть бути задіяні лише на основі МСМС-семплерів. Використання мікстових композицій апіорних розподілів поряд зі «стрибаючим» МСМС-алгоритмом є перспективною альтернативою, яка забезпечує ширші перспективи за відсутності достатніх знань щодо прихованих причин – драйверів просторової та часової гетерогенності.

Література

1. *Здоровье-2020* : Основы Европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия / Шестдесят вторая сессия, Европейский региональный комитет EUR/RC62/9, Мальта, 10–13 сентября 2012 г. Док. EUR/RC62/Conf. Doc./8. – ЕРК ВОЗ, 2012. – 18 с.
2. *Москаленко В. Ф.* Гіпертонія як медико-соціальна проблема : масштаби і тенденції поширення, наслідки, стратегії боротьби / В. Ф. Москаленко, Т. С. Грузева // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2013. – № 1 (21). – С. 28–39.
3. *Fu W. J.* 2000. Ridge Estimator in Singular Design with Application to Age-Period-Cohort Analysis of Disease Rates / W. J. Fu // Communications in Statistics-Theory and Method. – 2000. – № 29. – P. 263–278.
4. *The GLIMMIX Procedure*, June 2006. SAS Press. – Cary, NC: SAS Institute Inc., 2006. – 258 p.
5. *Yang Y.* Age-period-cohort analysis of repeated cross-section surveys: fixed or random effects? / Y. Yang, K. C. Land // Sociological Methods and Research. – 2006. – Vol. 35. – P. 77–121.
6. *Wolfinger and Oliver Schabenberger* / C. R. Littell, G. A. Milliken, W. W. Stroup, D. Russell ; SAS® for Mixed Models. – 2nd ed. – Cary, NC : SAS Institute Inc. Littell, 2006. – 834 p.

Дата надходження рукопису до редакції: 10.10.2014 р.

**Когортний аналіз трендов інвалідизації
вслідствие інсультів на основі ієрархічної
APC-микст-моделі**

В.П. Клименюк

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

Цель – изучити тренди інвалідизації вслідствие інсультів на основі APC-декомпозиції.

Матеріали і методи. Прослідживалися 11 когорт одночасно родившихся с датами рождення до 1940 г. и дальше по пятилетним інтервалам («1941–1945», «1946–1950», ... , «после 1985»), всего 13 443 498 человеко-лет. Каждая когорта представляла уникальное сочетание исторических событий. Другим важным APC-фактором являлось время, в котором разворачивались события. Возраст позволял решать проблему коллинеарности развития процесса параллельно во времени, созревания когорты и смены когорт. Учитывались все (4052) случаи первичной инвалидности вслідствие інсультів, сертифицированные в 1999–2008 гг. медико-социальными експертными комиссиями. Анализ данных строился на ієрархічній нелінійній микст-моделі. Параметри вычислялись процедурой GLIMMIX, статистической системы SAS 9.1. Использовался RPL-оценщик в виду ієрархічній структури моделі с рандомизированными и фиксированными эффектами, нелінійній функції зв'язи и структурированных остатков.

Результаты. Установлено увеличение риска приобретения инвалидности среди представителей более молодых когорт рождення, а наибольший риск інвалідизації выявлен среди представителей когорты родившихся в 1941–1945 годах.

Выводы. Лінійний візастной тренд с эффектом $\beta=1,385$ ($p=0,006$) засвідечував збільшення ризику при старенні. Квадратичний візастной тренд с эффектом $\beta=-0,1801$ ($p<0,0001$) передполагал пік ризику в 60 лет с последующим спадом.

Ключевые слова: інвалідизація, інсульти, APC-конструкція, микст-моделі.

**Cohort analysis of invalidity trends due to strokes by
hierarchical APC mixed model**

V.P. Klymenyuk

Vinnitsa National Medical University
named after M.I. Pyrogov, Vinnitsa, Ukraine

Purpose – to examine the invalidity trends due to strokes on the basis of APC construction.

Materials and methods. Were adapted to age-period-cohort (APC) compatible strip-split plot design, 11 birth cohorts from date of birth before 1940 and consequently by five year intervals («1941–1945», «1946–1950», ... , «after 1985»), 13 443 498 adult-years totally. Data covered all (26) counties of Zhytomyrska region, Ukraine. Each cohort captures unique combination of historical events. The other important component is time dimension that unfolds the succession of events. Age has intrinsic importance per se as well as indispensable covariate to solve ambiguity of time-age collinearity. Incidence disability cases certified in 1999–2008 retrieved from records of medical expert committees. Data analysis exploited hierarchical nonlinear mixed model. GLM mixed model with spatial covariance matrix processed by GLIMMIX procedure, SAS 9.1. RPL estimator was exploited, giving hierarchical model structure of randomized and fixed effects, non-linear link function and structured residuals.

Results bear witness to continual increase in risk of acquiring disability in younger birth cohorts and to simultaneous decrease in registered rates of fresh disability cases. Contrasts analysis of Cohort effects indicated the highest augmentation in risk among representatives of birth cohort born in 1941–1945.

Conclusions. Age linear trend of effect magnitude $\beta=1.385$ ($p=0.006$) bore evidence on risk augmentation with aging. Quadratic age trend with $\beta=-0.1801$ ($p<0.0001$) suggested the risk climax in 60 with following levelling off.

Key words: disability, stroke, APC-construction, mixed model.

Відомості про автора

Клименюк Володимир Петрович – к.мед.н., директор Вищого комунального навчального закладу «Бердичівський медичний коледж»; асистент кафедри соціальної гігієни та організації охорони здоров'я Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова; вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018, Україна; служб. тел. +38 (04143) 2-02-17.

УДК 616-036.882-08:314.4:615.478(477)

Г.О. Слабкий¹, Р.Л. Картавцев²

ВПЛИВ ЗАБЕЗПЕЧЕНОСТІ МЕДИЧНИМ ОБЛАДНАННЯМ НА РІВЕНЬ ЛЕТАЛЬНОСТІ У ВІДДІЛЕННЯХ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ

¹Ужгородський національний університет, м. Ужгород, Україна²ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, Україна

Мета – дослідити залежність летальності пацієнтів у відділеннях інтенсивної терапії від рівня забезпеченості таких відділень медичним обладнанням.

Методи: статистичний, економічний, інформаційний.

Результати. Встановлено, що факторами ризику летальності в підрозділах інтенсивної терапії в закладах охорони здоров'я потужністю 100–299 ліжок є кількість моніторів менше 0,5 на одне ліжко (ВР – 1,60) і відсутність бронхоскопа (ВР – 1,47); у закладах потужністю 300–499 ліжок – збільшення летальності при відсутності газового аналізатора в експрес-лабораторіях (ВР – 1,65) і кількість дозаторів для введення лікарських засобів менше 0,5 на одне ліжко (ВР – 1,50); у закладах потужністю 500 і більше ліжок – кількість дозаторів для введення лікарських засобів менше 0,5 на одне ліжко (ВР – 1,61); в обласних закладах охорони здоров'я – відсутність апарата ультразвукового дослідження в підрозділах інтенсивної терапії (ВР – 19,00), відсутність бронхоскопа (ВР – 10,00) та кількість дихальної апаратури менше 0,5 на одне ліжко (ВР – 2,83).

Висновки. Показано рівень впливу забезпеченості закладів охорони здоров'я базовим обладнанням на летальність у відділеннях інтенсивної терапії.

Ключові слова: відділення інтенсивної терапії, обладнання, летальність, зв'язок.

Вступ

На сучасному етапі розвитку охорони здоров'я [1, 6] в Україні проведено наукові дослідження щодо забезпеченості закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) високовартісним обладнанням [3] і впливу різних факторів на ризик летальності [2, 4, 5]. Враховуючи реформування системи охорони здоров'я в країні та необхідність обґрунтування забезпечення ЗОЗ обладнанням, нами проведено дане дослідження.

Мета роботи – дослідити залежність летальності пацієнтів у відділеннях інтенсивної терапії (ВІТ) від рівня забезпеченості таких відділень медичним обладнанням.

Матеріали та методи

Робота виконана на замовлення МОЗ України в рамках проведення інвентаризації забезпеченості ЗОЗ високовартісним обладнанням і в рамках вивчення рівня використання такого обладнання. Для проведення дослідження розроблено спеціальну електронну програму.

Використано такі методи: статистичний, економічний, інформаційний. Основою дослідження став системний підхід.

У ході роботи заклади умовно поділено на чотири групи: 100–299 ліжок; 300–499 ліжок; 500 і більше ліжок та обласні заклади.

Отримані результати опрацьовано з використанням методів, які застосовуються в доказовій медицині, з використанням пакету статистичного аналізу Microsoft Excel за допомогою програми Statistika 6.

Результати дослідження та їх обговорення

Нами встановлено взаємозв'язок між ризиком летальності у ВІТ і рівнем оснащення відповідних відділень моніторинговою апаратурою у випадку 50-відсоткового дефіциту поліфункціональних моніторів у ЗОЗ II рівня з ліжковим фондом 100–299 ліжок (ВР – 1,60, 95% ДІ 1,30–1,82) та обласних ЗОЗ (ВР – 1,94, 95% ДІ 1,36–2,52). Такий результат у ЗОЗ II рівня надання медичної допомоги з ліжковим фондом 100–299 ліжок пояснюється значним дефіцитом цього обладнання, а в обласних ЗОЗ – більшою кількістю пацієнтів, які потребують постійного моніторингу життєвих функцій. Крім того, виявлено достовірний взаємозв'язок між летальністю та рівнем оснащення ВІТ дозаторами лікарських речовин у випадку 50-відсоткового дефіциту дозаторів лікарських речовин у ЗОЗ II рівня з ліжковим фондом 299–500 ліжок (ВР – 1,51, 95% ДІ 1,21–1,77) та понад 500 ліжок (ВР – 1,61, 95% ДІ 1,13–2,09) відповідно (рис. 1).

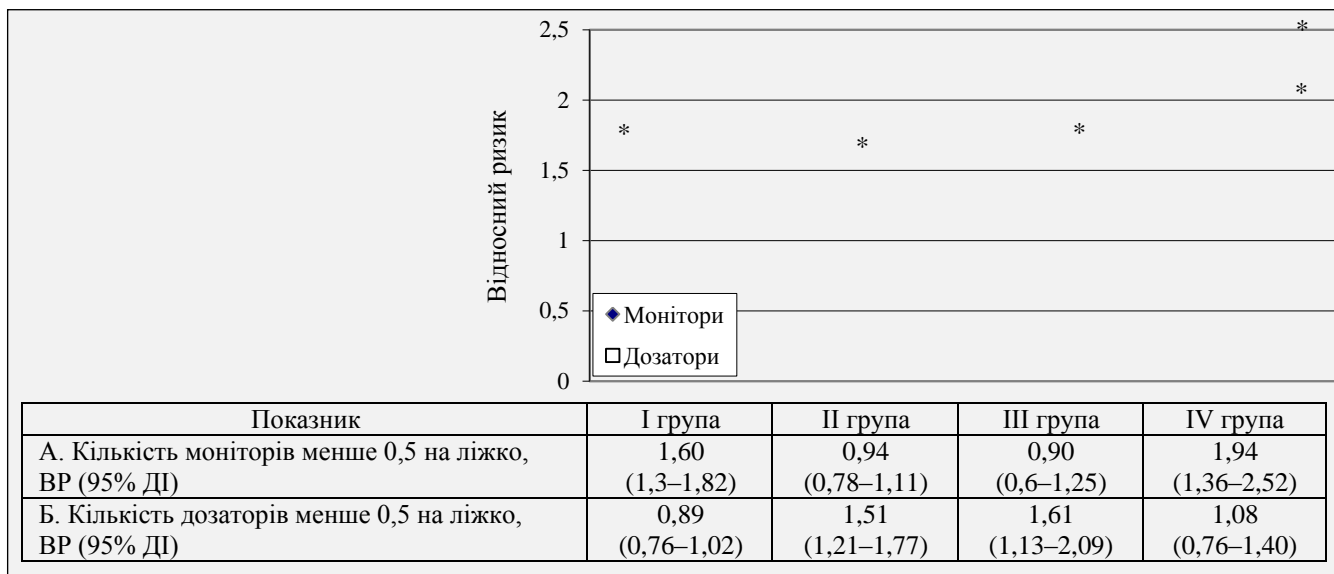


Рис. 1. Взаємозв'язок між летальністю та рівнем оснащеності моніторами і дозаторами в закладах різних рівнів надання медичної допомоги та потужності

Відповідно до існуючих нормативів («Табель оснащеності»), ВІТ закладів II–III рівня надання медичної допомоги мають бути оснащені апаратами ультразвукового дослідження (УЗД) із доплером і рентгенологічними апаратами.

Щодо діагностичного обладнання встановлено низький рівень його запровадження в клінічну практику всіх ЗОЗ України, зокрема, майже в 50% виявлено відсутність апаратів УЗД у ВІТ закладів I групи (97,39±0,94% відділень), II групи (96,71±1,45% відділень), III групи (93,02±3,88% відділень) і IV групи (96,97±3,03% відділень). Що стосується рентгенапаратів, то забезпеченість ними у ВІТ була дещо кращою, але недостатньою. Найбільша кількість ВІТ, в яких відсутні рентгенапарати, спостерігалася у ЗОЗ із ліжковим фондом 100–299 ліжок (71,73±2,97% відділень). Цей показник був достовірно вищим, ніж у ЗОЗ із ліжковим фондом 300–499 ліжок (61,18±3,95% відділень, $p < 0,05$), 500 та більше ліжок (58,13±7,52% відділень, $p < 0,05$) та обласних ЗОЗ (42,42±8,73% відділень, $p < 0,05$).

Для встановлення сили взаємозв'язку між летальністю та вказаними матеріально-технічними факторами прийнято референтні значення рівнів оснащення, такі як повна відсутність цієї апаратури у ВІТ.

За розрахунками відносних ризиків впливу відсутності вказаного діагностичного обладнання на летальність встановлено достовірні асоціації між летальністю та відсутністю апаратів УЗД у ВІТ обласних ЗОЗ і закладів II рівня надання медичної допомоги з ліжковим фондом 100–299 ліжок, що пояснюється необхідністю цього обладнання в ЗОЗ для уточнення діагнозу та надання невідкладної допомоги, а в обласних ЗОЗ – кількістю тяжких пацієнтів, які концентруються в ЗОЗ III рівня. При цьому не виявлено асоціацій між відсутністю рентгенологічного апарата у ВІТ і летальністю (рис. 2).

Важливе місце в інтенсивній терапії посідає своєчасна лабораторна діагностика порушень гомеостазу в пацієнтів, які знаходяться в критичному стані. Згідно з наказом МОЗ України від 08.10.1997 р. № 303 «Про регламентацію діяльності анестезіологічної служби України», усі ВІТ на 6 ліжок повинні у своїй структурі мати експрес-лабораторії.

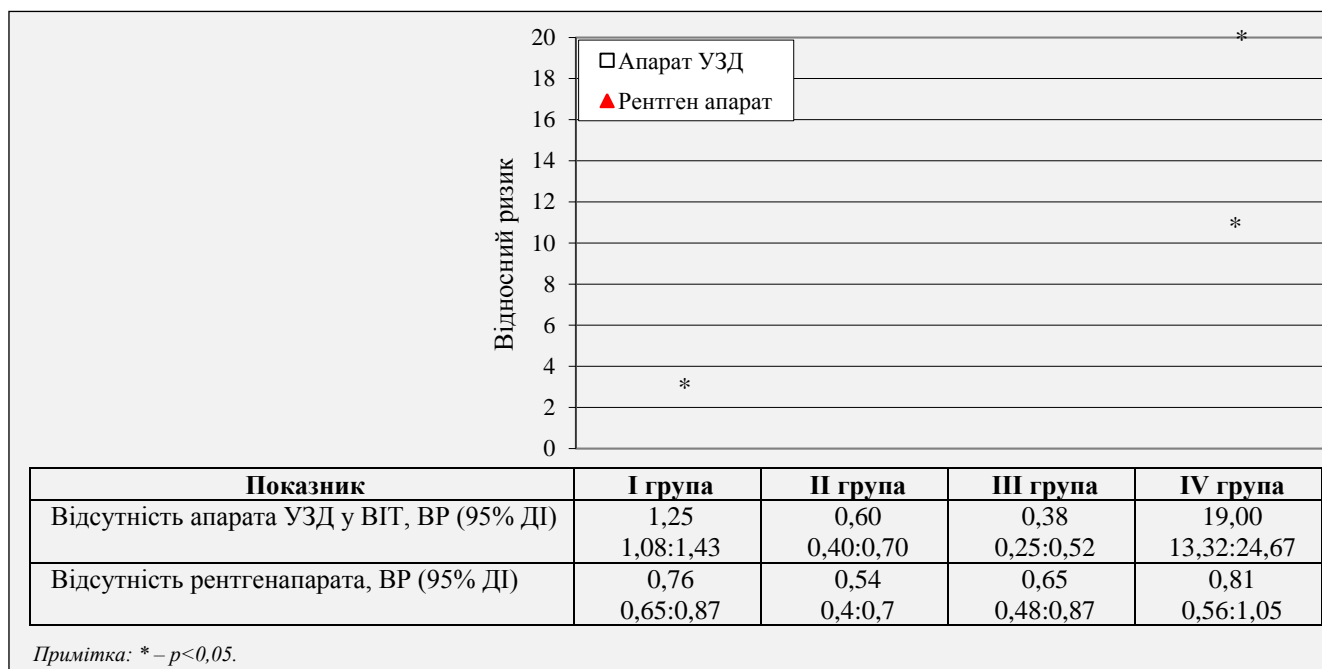


Рис. 2. Взаємозв'язки між летальністю та відсутністю діагностичного обладнання у відділеннях інтенсивної терапії в закладах різних рівнів надання медичної допомоги та потужності

Розрахунки відносних ризиків щодо збільшення летальності в разі відсутності експрес-лабораторій та відсутності в них газових, електролітних і біохімічних аналізаторів показало такі асоціації: між летальністю та відсутністю експрес-лабораторій (ВР – 1,24, 95% 1,02–1,46, $p < 0,05$), летальністю та відсутністю газового аналізатора в експрес-лабораторіях (ВР – 1,65, 95% 1,36–1,94, $p < 0,05$), летальністю та відсутністю електролітного аналізатора в експрес-лабораторіях (ВР – 1,24, 95% 1,02–1,46, $p < 0,05$) в ЗОЗ на 300–499 ліжок (рис. 3).

Відсутність достовірних асоціацій між цими показниками в потужних ЗОЗ (понад 500 ліжок та обласних) пояснюється наявністю в цих закладах цілодобової лікарняної лабораторії, яка може проводити обстеження пацієнтів ВІТ у разі відсутності експрес-лабораторії в таких відділеннях.

Аналізуючи відносні ризики збільшення летальності у ВІТ закладів різних рівнів та потужності, ми дійшли висновку, що для кожного типу закладів існують свої особливості і відповідно групи чинників, які асоціюються з летальністю. Так, у ЗОЗ із ліжковим фондом до 300 ліжок 50-відсотковий дефіцит моніторів у ВІТ достовірно асоціюються з підвищенням летальності (ВР – 1,60).

У ЗОЗ II рівня з ліжковим фондом на 300–499 ліжок відносні ризики збільшення летальності у ВІТ є дещо іншими. Зокрема, у разі відсутності газового та електролітного аналізаторів в експрес-

лабораторіях ВІТ ризики летальності збільшуються відповідно у 1,65 та 1,24 рази. Зважаючи на це, у ВІТ таких ЗОЗ госпіталізуються пацієнти в критичному стані.

Українським важливим обладнанням для лікування таких пацієнтів є засоби для точних дозувань при проведенні інфузії сильнодіючих препаратів (адреноміметики, седативні засоби, інсулін). Без такої апаратури практично неможливо дозувати вазопресори при такому важкому ускладненні, як шок. Проведені дослідження підтверджують важливість дозаторів у лікуванні пацієнтів, зокрема, 50-відсотковий дефіцит дозаторів для введення лікарських речовин у ВІТ збільшує ризик летальності в 1,5 рази. У ЗОЗ із потужністю 300–499 ліжок летальність у ВІТ обумовлена факторами, які більшою мірою пов'язані з оснащенням експрес-лабораторій. Таким чином, першочерговими завданнями для зменшення летальності у ВІТ закладів із потужністю 300–499 ліжок є оснащення експрес-лабораторій газовими та електролітними аналізаторами, ВІТ – дозаторами при чіткому дотриманні чинних нормативних документів.

У ЗОЗ із потужністю понад 500 ліжок кількість достовірних факторів, асоційованих із ризиком летальності, пов'язана з 50-відсотковим дефіцитом дозаторів введення лікарських речовин.

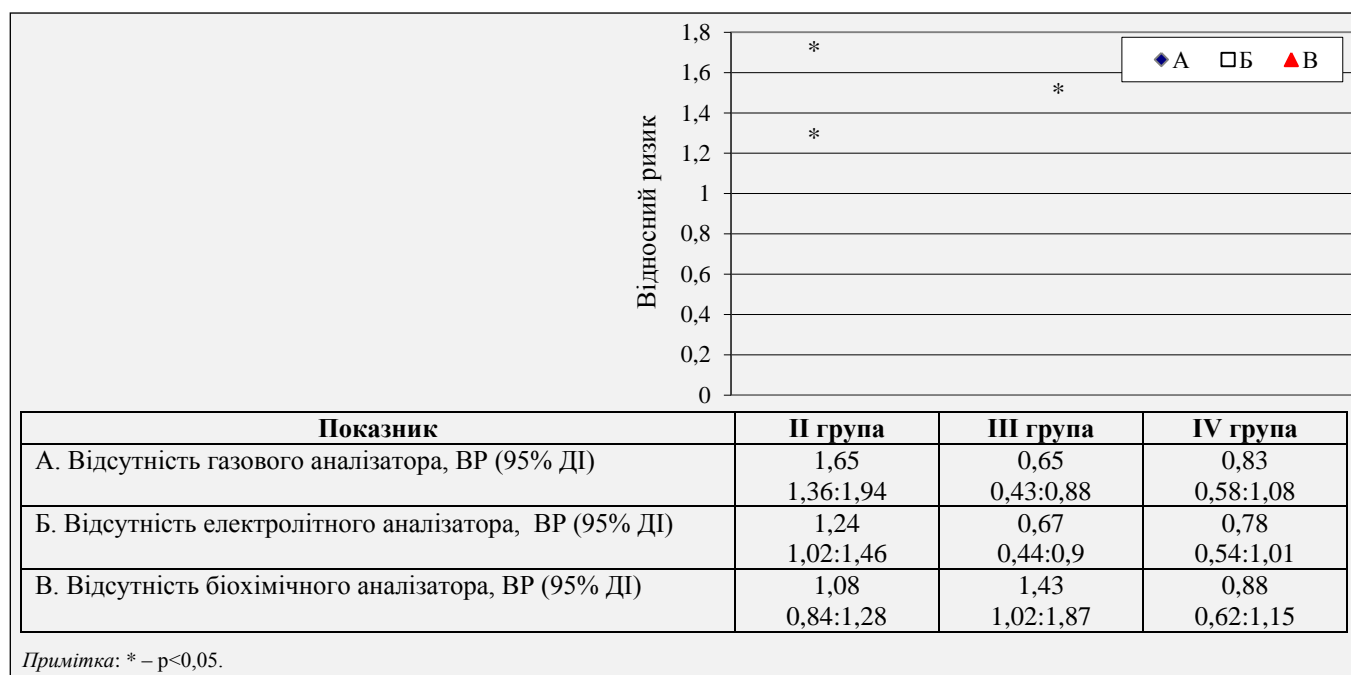


Рис. 3. Взаємозв'язки між летальністю та рівнем оснащення експрес-лабораторій у відділеннях інтенсивної терапії в закладах II–III рівнів надання медичної допомоги різної потужності

Висновки

Такими чином, у ВІТ у ЗОЗ потужністю 100–299 ліжок основними факторами ризику летальності є кількість моніторів менше 0,5 на одне ліжко (ВР – 1,60) та відсутність бронхоскопа (ВР – 1,47); у ЗОЗ потужністю 300–499 ліжок – відсутність газового аналізатора в експрес-лабораторіях (ВР – 1,65) та кількість дозаторів для введення лікарських препаратів менше 0,5 на одне ліжко (ВР – 1,50); у ЗОЗ

потужністю 500 і більше ліжок – кількість дозаторів для введення лікарських препаратів менше 0,5 на одне ліжко (ВР – 1,61); в обласних ЗОЗ – відсутність апарата УЗД у підрозділах ІТ (ВР – 19,00), відсутність бронхоскопа (ВР – 10,00) та кількість дихальної апаратури менше 0,5 на одне ліжко (ВР – 2,83).

Перспективи подальших досліджень пов'язані з ефективністю використання медичного обладнання в закладах охорони здоров'я.

Література

1. Аналіз ходу реформування сфери охорони здоров'я у пілотних регіонах // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2013 рік / за ред. О. С. Мусія. – Київ, 2014. – С. 201–232.
2. Вплив основних складових лікувально-діагностичного процесу на летальність у відділеннях анестезіології та інтенсивної терапії / В. М. Князевич, Г. О. Слабкий, Р. М. Федосюк, О. М. Ковальова // Здоров'я жінчини. – 2009. – № 6 (43). – С. 17–32.
3. Забезпеченість закладів охорони здоров'я високоартісним обладнанням. 2013 рік / В. В. Лазоришинець, Г. О. Слабкий, Р. Л. Картавцев [та ін.]. – Київ, 2014. – 192 с.
4. Князевич В. М. Характеристика забезпечення відділень інтенсивної терапії лікувальних закладів України моніторинговою апаратурою / В. М. Князевич // Современная педиатрия. – 2009. – № 1 (23). – С. 10–13.
5. Князевич В. М. Характеристика структури та організації діяльності служби анестезіології та інтенсивної терапії системи охорони здоров'я України / В. М. Князевич // Біль, знеболювання і інтенсивна терапія. – 2009. – № 1. – С. 2–8.
6. Реформування галузі охорони здоров'я: Вінницька, Донецька, Дніпропетровська, Одеська, Полтавська області, м. Київ. Результати, проблеми, шляхи вирішення / В. В. Лазоришинець, Р. В. Салютін, Г. О. Слабкий [та ін.]. – Київ, 2014. – 207 с.

Дата надходження рукопису до редакції: 06.11.2014 р.

Влияние обеспеченности медицинским оборудованием на уровень летальности в отделениях интенсивной терапии*Г.А. Слабкий¹, Р.Л. Картавец²*¹Ужгородский национальный университет,
г. Ужгород, Украина²ГУ «Украинский институт стратегических исследований
МЗ Украины», г. Киев, Украина

Цель – изучить зависимость летальности пациентов в отделениях интенсивной терапии от уровня обеспеченности таких отделений медицинским оборудованием.

Методы: статистический, экономический, информационный.

Результаты. Установлено, что факторами риска летальности в подразделениях интенсивной терапии в учреждениях здравоохранения мощностью 100–299 коек являются количество мониторов меньше 0,5 на одну койку (BP – 1,60) и отсутствие бронхоскопа (BP – 1,47); в учреждениях мощностью 300–499 коек – отсутствие газового анализатора в экспресс-лабораториях (BP – 1,65) и количество дозаторов для введения лекарственных препаратов меньше 0,5 на одну койку (BP – 1,50); в учреждениях мощностью 500 и более коек – количество дозаторов для введения лекарственных препаратов меньше 0,5 на одну койку (BP – 1,61); в областных учреждениях здравоохранения – отсутствие аппарата ультразвукового исследования в подразделениях интенсивной терапии (BP – 19,00), отсутствие бронхоскопа (BP – 10,00) и количество дыхательной аппаратуры меньше 0,5 на одну койку (BP – 2,83).

Выводы. Показано влияние уровня обеспеченности учреждений здравоохранения базовым оборудованием на летальность в отделениях интенсивной терапии.

Ключевые слова: отделения интенсивной терапии, оборудование, летальность, связь.

Provision with medical equipment and its influence on the range of mortality in intensive therapy departments*G.O. Slabky¹, R.L. Kartavtsev²*¹Uzhgorod National University, Uzhgorod, Ukraine²SI «Ukrainian Institute of Strategic Researches
MoH of Ukraine», Kyiv, Ukraine

Purpose – to study the dependence of the range of patients' mortality in intensive therapy departments on provision of these departments with medical equipment.

Methods: statistic, economic, informational.

Results. It is determined that risk factors of mortality in intensive therapy departments at health service institutions with 100–299 hospital beds are number of monitors less than 0.5 per bed (supposed risk (SR) 1.60), absence of bronchoscope (SR – 1.47); with 300–499 beds – increase of mortality at absence of gas analyzer in express-laboratories (SR – 1.65), number of dosators for medicines less than 0.5 per bed (SR – 1.50); with 500 and more beds – number of dosators for medicines less than 0.5 per bed (SR – 1.61); in regional health service institutions – absence of machine for ultrasound examination in IT departments (SR – 19.00), absence of bronchoscope (SR – 10.00), number of respiratory equipment less than 0.5 per bed (SR – 2.83).

Conclusion. The level of influence of health service institutions provision with basic medical equipment upon the range of mortality in intensive therapy departments is determined.

Key words: intensive therapy departments, equipment, mortality, relation.

Відомості про авторів

Слабкий Геннадій Олексійович – д.мед.н., проф. кафедри громадського здоров'я Ужгородського національного університету; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна; e-mail: g.slabkiy@mail.ru.

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

УДК 614.2:355.1:355.247(477)

В.О. Жаховський¹, О.Ю. Булах¹, В.Г. Лівінський¹, М.В. Кудренко²

МЕДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ: АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ УДОСКОНАЛЕННЯ З ОГЛЯДУ НА ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

¹Українська військово-медична академія, м. Ірпінь, Україна

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

Мета – вивчити проблемні питання організації медичного забезпечення Збройних Сил України в сучасних умовах; визначити напрями його удосконалення.

Матеріали та методи. Об'єкт дослідження: система медичного забезпечення Збройних Сил України. Предмет: організаційно-функціональна структура медичної служби. Методи: аналітичний, бібліосемантичний, системного підходу.

Результати. Наявність широкого спектру загроз національним інтересам України у сфері безпеки та оборони, тенденції розвитку структури, оснащення і форм застосування військ висувають високі вимоги до їх медичного забезпечення, визначають необхідність формування дієвої системи лікувально-евакуаційного забезпечення з урахуванням тенденцій реформування та розвитку системи охорони здоров'я України.

Висновки. Для надійного медичного забезпечення військ необхідно мати повноцінну організаційно-штатну структуру медичних підрозділів військових частин, військово-медичних закладів. Актуальним є питання забезпечення індивідуальними засобами медичного захисту, вакцинами, сучасним комплектно-табельним оснащенням, спеціальною медичною технікою та засобами евакуації. Особливої важливості набуває необхідність удосконалення нормативно-правової бази з організації медичного забезпечення, а також формування єдиного медичного простору України.

Ключові слова: система охорони здоров'я, система медичного забезпечення, медична служба, лікувально-евакуаційна система.

Вступ

Тенденції розвитку воєнно-політичної обстановки у світі свідчать про її напруженість, динамічний і нестабільний характер. Воєнна сила продовжує залишатися визначальним елементом спроможності будь-якої країни відстоювати свої національні інтереси [9].

Вивчення та аналіз поглядів і публікацій експертів із військового мистецтва [4, 10, 11] дає змогу з'ясувати: умови, в яких імовірно застосування військ; склад угруповань; завдання; тактику дій; принципи і форми застосування; способи ведення бойових дій; їх вплив на величину і структуру санітарних втрат, а також на цій основі визначити перспективні напрями і шляхи удосконалення системи їх медичного забезпечення.

Наявність широкого спектру небезпек і загроз національним інтересам України у сфері оборони обумовлена незавершеністю системних реформ у сфері національної безпеки і оборони; радикалізацією політичних сил і рухів; неефективністю механізмів щодо врегулювання конфліктних ситуацій; недостатнім рівнем обороноздатності держави тощо.

За означених умов загроза застосування воєнної сили проти нашої держави може реалізовуватися шляхом втягнення України у воєнний конфлікт між іншими державами, збройної агресії або збройного конфлікту на державному кордоні України, переростання внутрішньої нестабільності у збройний конфлікт усередині держави.

Наявність зазначених загроз і тенденції розвитку структури, оснащення і форм застосування Збройних Сил України (ЗС України) висувають високі вимоги до їх медичної служби і медичного забезпечення в цілому. Тому концепція медичного забезпечення військ в особливий період має передбачати розвиток гнучкості, мобільності, високої адаптивності усієї системи, враховувати зміни величини і структури санітарних втрат унаслідок удосконалення озброєння і військової техніки, а також способів ведення операцій (бойових дій).

Слід зазначити, що медична служба ЗС України є важливою складовою загальнодержавної системи охорони здоров'я України, і подальший її розвиток неможливий без урахування тенденцій та напрямів її реформування і розвитку (рис.).

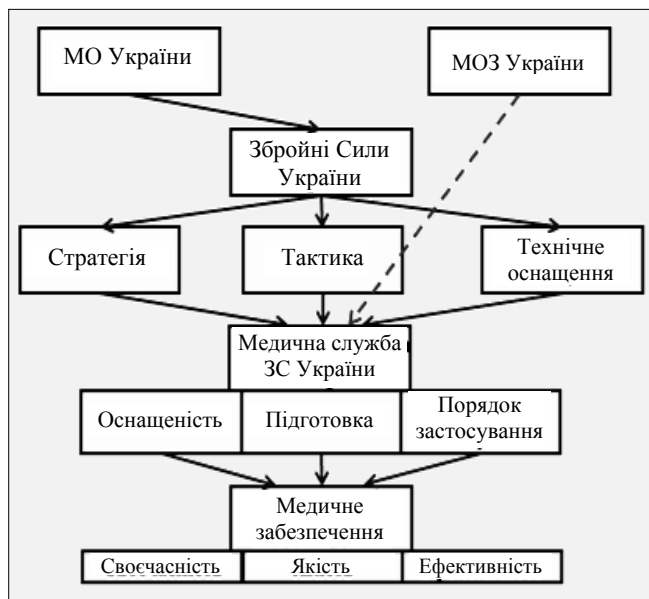


Рис. Тенденції розвитку системи медичного забезпечення Збройних Сил України

Мета роботи – дослідити проблемні питання організації медичного забезпечення ЗС України в сучасних умовах; визначити основні напрями та провести пошук шляхів удосконалення системи медичного забезпечення з огляду на тенденції змін у порядку застосування військ і реформування системи охорони здоров'я України.

Матеріали та методи

Використано чинні нормативно-правові документи з питань реформування та розвитку ЗС України, медичної служби, матеріали планових командно-штабних навчань з органами управління медичної служби, відкриті наукові публікації. Методи: аналітичний, бібліосемантичний, системного підходу. Об'єкт: система медичного забезпечення ЗС України. Предмет: організаційно-функціональна структура медичної служби та система лікувально-евакуаційного забезпечення військ.

Результати дослідження та їх обговорення

Сучасна система медичного забезпечення ЗС України побудована за територіальним принципом на виконання Програми розвитку системи медичного забезпечення Збройних Сил України на 2006–2011 роки відповідно до Державної програми розвитку Збройних Сил України на 2006–2011 роки, затвердженої Указом Президента України від 27.12.2005 р., та позитивно себе зарекомендувала в умовах мирного часу [6].

Основними оперативними одиницями в системі медичного забезпечення у визначених зонах відповідальності стали військово-медичні клінічні центри (ВМКЦ) регіонів, які разом із підпорядкованими військовими госпіталами є відповідальними за організацію медичного забезпечення військ у визначених регіонах, надання кваліфікованої і спеціалізованої медичної допомоги, амбулаторне і стаціонарне лікування військовослужбовців та ветеранів військової служби, членів їхніх сімей.

Запровадження територіального принципу медичного забезпечення, оснащення ВМКЦ регіонів сучасним медичним обладнанням та засобами евакуації тяжкохворих (травмованих) – реанімобілями – дало змогу наблизити вищі рівні медичної допомоги (спеціалізовану і високоспеціалізовану) безпосередньо до військ і підвищити оперативність в її наданні.

Зазначена програма була спрямована переважно на розвиток госпітальної ланки військово-медичної служби та в цілому була виконана, за винятком заходів, які потребували значних бюджетних коштів.

У 2012–2013 рр. в Україні затверджені Стратегічний оборонний бюлетень та Державна комплексна програма реформування та розвитку ЗС України на період до 2017 року, які визначили на довго- та середньострокову перспективу напрями розвитку сектору безпеки і оборони України, а також завдання щодо реформування і подальшого розвитку ЗС України [5, 8].

Реалізація означених завдань здійснюється, по-перше, у площині напрацювання нормативно-правових документів із питань управління, застосування, підготовки та забезпечення ЗС України [7], а по-друге, у напрямку приведення організаційно-функціональної структури ЗС України та їх підготовки у відповідність до сучасних поглядів на порядок застосування військ.

У рамках розроблення Державної комплексної програми реформування та розвитку Збройних Сил України на період до 2017 року у Військово-медичному департаменті Міністерства оборони України опрацьовано основні напрями і заходи реформування та розвитку системи медичного забезпечення ЗС України, які лягли в основу Програми реформування та розвитку системи медичного забезпечення Збройних Сил України на період до 2017 року (далі – Програма).

Головною метою Програми є: підвищення рівня та якості медичного забезпечення особового складу; приведення якісних, кількісних та вартісних показників системи медичного забезпечення у

відповідність до завдань, перспективної структури та чисельності ЗС України.

Головними завданнями запропонованої реформи є: оптимізація органів управління медичним забезпеченням, чисельності військово-медичних закладів, їх організаційно-штатних структур та чисельності особового складу; відновлення медичних підрозділів військових частин і з'єднань, їх спроможностей до виконання завдань за призначенням у мирний час та особливий період; оснащення військово-медичних та санаторно-курортних закладів сучасним медичним обладнанням і технікою.

Шляхами реалізації основних заходів Програми є: удосконалення законодавчої та нормативно-правової бази з питань медичного забезпечення; запровадження ефективної системи управління військово-медичними закладами, дієвого контролю за використанням бюджетних коштів, раціональної кадрової політики; зменшення витрат бюджетних коштів на утримання підпорядкованих закладів; запровадження інвестиційних проектів у діяльності військово-медичних закладів.

Слід зазначити, що розвиток системи медичного забезпечення ЗС України відбувається в єдиному медичному просторі держави і передбачає використання єдиного законодавства з питань охорони здоров'я, дотримання загальнодержавних медичних стандартів і клінічних протоколів надання медичної допомоги.

Як приклад інтеграції медичної служби ЗС України в єдиний медичний простір є її співпраця в межах держави з Міністерством охорони здоров'я України, медичними службами інших військових формувань і правоохоронних органів спеціального призначення України та їхніми закладами охорони здоров'я за напрямками: виконання загальнодержавних медичних програм; усунення медичних наслідків надзвичайних ситуацій природного і техногенного характеру; медичного забезпечення військ і цивільного населення під час воєнних конфліктів на території країни; підготовки, перепідготовки і підвищення кваліфікації персоналу медичної служби ЗС України, резерву та запасу; наукова діяльність.

Реформування та розвиток системи медичного забезпечення ЗС України відбувається з урахуванням міжнародного досвіду медичного забезпечення збройних сил іноземних держав. Цей досвід медична служба ЗС України отримує в ході міжнародного військового співробітництва, пріоритетними заходами якого є: участь фахівців медичної служби в роботі міжнародних військово-медичних організацій; обмін інформацією в рамках

двосторонніх і багатонаціональних візитів, навчань, конференцій, семінарів тощо; участь у реалізації міжнародних навчальних програм та проходження стажувань за кордоном; проведення спільних наукових досліджень і розробок; участь у розробці й адаптації військово-медичних стандартів; участь у спільних військових навчаннях.

З урахуванням тенденції змін у порядку застосування військ (сил), досвіду медичного забезпечення під час проведення навчань [2], міжнародних заходів із підтримання миру і безпеки, тенденцій та напрямів реформування системи охорони здоров'я України пропонуються такі напрями та шляхи удосконалення системи медичного забезпечення ЗС України, спрямовані на посилення їх спроможностей до виконання завдань за призначенням насамперед в особливий період.

З метою збереження життя та зменшення ризику розвитку ускладнень після поранень особовий склад військ має бути забезпечений індивідуальними засобами медичного захисту, бути навченим користуватися ними та готовим надавати медичну допомогу на полі бою у порядку само- та взаємодопомоги.

Крім того, потребує негайного вирішення загальнодержавна проблема відсутності матеріалів (вакцин) власного виробництва для щеплень як в умовах мирного часу, так і на особливий період.

Для вивозу поранених із поля бою та використання як мобільної бази для розгортання медичних пунктів батальйонів (МПБ) медичні підрозділи військових частин і з'єднань, тактичних груп мають бути забезпечені броньованим санітарним транспортом, а також санітарним транспортом для медичної евакуації. Принципово важливо, щоб ці транспортні засоби мали основні технічні характеристики (швидкість, прохідність, можливість технічного обслуговування тощо) такі ж, як і загальновійськова техніка, якою комплектуються військові частини.

Для аеромедичної евакуації поранених в інтересах медичної служби слід виділяти необхідну кількість спеціально обладнаних транспортних вертольотів, які в сучасних умовах мають забезпечувати евакуацію щонайменше 50% тяжкопоранених на етапи надання спеціалізованої медичної допомоги.

Медичні підрозділи військових частин і з'єднань, військові мобільні госпіталі (ВМГ), які розгортають етапи медичної евакуації (ЕМЕ) в зоні застосування військ, повинні вже за мирного часу мати повноцінну організаційно-штатну структуру, побудовану за модульним принципом. Це досягається уніфікацією структури однотипних підрозділів і дає

змогу окремим медичним структурно-організаційним елементам самостійно виконувати покладені завдання, швидко та ефективно проводити підсилення ЕМЕ, забезпечувати взаємозамінність їх структурних елементів, спадкоємність у роботі та можливість відновлення функціональної спроможності структур шляхом їх заміни аналогічними.

У сучасних умовах особливого значення набувають ВМГ, по-перше, як ЕМЕ на певних евакуаційних напрямках за умов відсутності поблизу ВМКЦ, військових госпіталів або цивільних закладів охорони здоров'я, а по-друге, – як основа для формування груп підсилення медичної служби військових частин, з'єднань, тактичних груп та окремих військових підрозділів.

Комплектно-табелне оснащення військово-медичної служби, насамперед медичних підрозділів військових частин і з'єднань, ВМГ, має бути подвійного призначення. Це дасть змогу ще в мирний час прищепити медичному персоналу впевнені навички його використання як у стаціонарних медичних пунктах (медичних ротах), так і в польових умовах та уникнути необхідності утримувати два комплекти медичного оснащення: один – на мирний час, другий – на особливий період. Потребує розгляду та вирішення питання забезпечення ЕМЕ, що розгортаються в польових умовах, одноразовим хірургічним інструментарієм та іншими стерильними витратними матеріалами. Кількість запасів медичного майна і витратних матеріалів має забезпечувати надання медичної допомоги встановленого виду та обсягу прогнозованій кількості санітарних втрат, передбачати автономні дії, а також можливість їх поповнення.

Медичні пункти, медичні роти та ВМГ, які є передовими ЕМЕ, мають бути забезпечені сучасними засобами підтримання життєдіяльності в польових умовах, що б гарантувало їх мобільність, автономність, найкоротші терміни для розгортання та згорання, стабільне електроживлення, водо- та теплопостачання. Це можливо реалізувати через забезпечення сучасним пневмо- або каркасним наметовим фондом, обладнанням окремих функціональних підрозділів (перев'язувальна, операційна, лабораторія тощо) в готових до застосування модулів або контейнерах на автомобільному шасі. Автомобільний та спеціальний транспорт, інженерні засоби та техніка мають бути в постійній готовності до використання.

Медична служба повинна мати заздалегідь підготовлені сили та засоби для підсилення кожного елемента системи лікувально-евакуаційного забезпечення. Це можуть бути: окремі медичні

працівники, у тому числі лікарі, лікарсько-сестринські бригади, групи медичного підсилення, багатопрофільні та спеціалізовані медичні групи з відповідним медичним та іншим оснащенням, а також санітарно-транспортними засобами медичної евакуації. Зазначені сили та засоби мають бути мобільними і готовими до висування, підсилення медичної служби військових частин, підрозділів або тактичних груп, розгортання та роботи на базі ВМГ або визначених стаціонарних закладів охорони здоров'я на евакуаційному напрямку.

На особливий період необхідно передбачити можливість підвищення потужностей стаціонарних лікувально-профілактичних закладів (ВМКЦ, ВМГ, центрів медичної реабілітації та санаторіїв) та їх спеціалізацію шляхом збільшення ліжкової місткості та поповнення фахівцями визначених медичних спеціальностей із числа мобілізаційного резерву.

Організаційно-штатна структура ВМКЦ мирного часу має забезпечувати їх спроможність щодо доукомплектування в найкоротші терміни ВМГ особовим складом, формування груп медичного підсилення та груп спеціалізованої медичної допомоги, забезпечення їх медичним майном і витратними медичними засобами.

Слід зазначити, що існуючим комплектом сил і засобів медичної служби ЗС України, навіть за умов його підсилення, доукомплектування та використання мобілізаційного ресурсу, активного маневру силами і засобами, неможливо повністю покрити потреби військ у медичному забезпеченні. За таких умов виникає необхідність в організації чіткої взаємодії медичних служб ЗС України, інших військових формувань і правоохоронних органів, використанні потужностей цивільних закладів охорони здоров'я, що передбачає формування єдиного медичного простору України.

З метою подальшого удосконалення системи медичного забезпечення військ (сил) пропонується розглянути варіант із розгортанням на основних евакуаційних напрямках багатопрофільних госпіталів, сформованих за рахунок існуючих стаціонарних військових або цивільних закладів охорони здоров'я, підсилені групами СМД із відповідним оснащенням із завданнями надання ранньої спеціалізованої медичної допомоги пораненим і хворим, які поступають із медичних рот бригад і ВМГ.

Для проведення завершального спеціалізованого лікування поранених і хворих з тривалими термінами відновлення боє- та працездатності потребують завчасної підготовки Територіальні госпітальні бази Міністерства

охорони здоров'я України, кількість і розташування яких визначаються відповідною постановою Кабінету Міністрів України і на даний час потребують уточнення.

Наведені вище елементи та принципи мають бути об'єднані в єдину лікувально-евакуаційну систему. Відповідно до сучасних вимог вона має бути ефективною, самодостатньою, гнучкою, здатною до маневру силами та засобами медичної служби, видами та обсягом медичної допомоги, евакуаційно-транспортними потоками тощо, готовою до взаємодії.

Медичне забезпечення військ повинно мати стійку та ефективну систему управління, яка передбачає наявність відповідних органів і пунктів управління з чітко визначеними функціями, підготовлених кадрів і надійної системи зв'язку та забезпечується підтриманням визначеного рівня бойової та мобілізаційної готовності органів управління і військово-медичних закладів, всебічної підготовки їх до застосування та ефективної реалізації можливостей під час вирішення поставлених завдань [3].

Нормативно-правове забезпечення діяльності медичної служби ЗС України не повною мірою відповідає сучасним вимогам і тому потребують термінового розроблення нові та суттєвої редакції діючі керівні документи щодо організації медичного забезпечення військ у різних умовах діяльності та приведення їх у відповідність до вимог Воєнної доктрини і Стратегії національної безпеки України.

З метою своєчасного та якісного медичного забезпечення військ під час їх застосування, формування єдності поглядів і забезпечення спадкоємності дій всі сили та засоби медичної служби ЗС України, інших військових формувань і цивільної охорони здоров'я України мають бути об'єднані єдиною Військово-медичною доктриною з провідною роллю медичної служби ЗС України. Порядок діяльності військово-медичної служби та її органів управління мають бути визначені відповідними документами з організації медичного забезпечення, які детально регламентуватимуть лікувально-евакуаційне, санітарно-гігієнічне та протиепідемічне забезпечення, забезпечення військ медичним майном і медичний захист від засобів масового ураження, забезпечення військово-медичної служби медичним персоналом [1].

Висновки

1. Тенденції розвитку структури, оснащення і форм застосування ЗС України висувають підвищені вимоги до їх медичної служби і медичного забезпечення в цілому. Концепція медичного забезпечення військ (сил) в особливий період повинна передбачати подальший розвиток гнучкості, мобільності, високої адаптивності всієї системи, враховувати зміни величини і структури санітарних втрат унаслідок удосконалення озброєння і військової техніки, способів ведення операцій (бойових дій).

2. Зростає необхідність мати у ЗС України повноцінну організаційно-штатну структуру медичних підрозділів військових частин і з'єднань та військово-медичних закладів, побудовану за модульним принципом.

3. Для надійного медичного забезпечення військ (сил) актуальним є питання забезпечення ЗС України: індивідуальними засобами медичного захисту; вакцинами для профілактичних щеплень; сучасним комплектно-табельним оснащенням та спеціальною медичною технікою; броньованими засобами для вивозу поранених із поля бою та санітарними автомобілями для медичної евакуації; уніфікованим санітарним спорядженням для переобладнання автомобільного, авіаційного, залізничного, морського, річкового транспорту; стандартними уніфікованими модулями для розгортання етапів медичної евакуації тощо.

4. Особливої важливості набуває опрацювання сучасної нормативно-правової бази медичного забезпечення ЗС України, розроблення та затвердження на відповідному рівні Військово-медичної доктрини, Настанови з медичного забезпечення ЗС України, інших документів з організації медичного забезпечення та формування єдиного медичного простору України.

Перспективи досліджень полягають у подальшому вивченні та розробці актуальних рекомендацій щодо нормативно-правового регулювання удосконалення системи медичного забезпечення ЗС України, інтеграції відомчих медичних структур у загальнодержавну систему охорони здоров'я в інтересах зміцнення обороноздатності держави.

Література

1. *Бадюк М. І.* Основні засади формування нормативно-правової бази діяльності медичної служби Збройних Сил України / М. І. Бадюк // *Військова медицина України.* – 2007. – Т. 7, № 1–2. – С. 5–9.
2. *Булах О. Ю.* Основні напрями реформування системи медичного забезпечення Збройних Сил України в сучасних умовах / О. Ю. Булах, В. Г. Лівінський // *Військова медицина України.* – 2013. – Т. 13, № 2. – С. 20–27.
3. *Жаховський В. О.* Система управління медичним забезпеченням Збройних Сил України: потреба в удосконаленні / В. О. Жаховський, О. Ю. Булах, В. І. Стриженко // *Наука і оборона.* – 2013. – № 1. – С. 23–27.
4. *Можаровський В.* Збройні Сили України повинні відповідати сучасним вимогам / В. Можаровський // *Військо України.* – 2012. – № 1–2 (138). – С. 6–11.
5. *Про затвердження Державної комплексної програми реформування та розвитку Збройних Сил України на період до 2017 року :* Указ Президента України від 02.09.2013 р. № 479/2013 [Електронний документ]. – Режим доступу : [http : //www.gada.gov.ua](http://www.gada.gov.ua). – Назва з екрана.
6. *Про затвердження Програми розвитку системи медичного забезпечення Збройних Сил України на 2006–2011 роки :* наказ Міністра оборони України від 24.11.2006 р. № 678 «и» [Електронний документ]. – Режим доступу : [http : //www.mil.gov.ua](http://www.mil.gov.ua). – Назва з екрана.
7. *Про затвердження Системи оперативних стандартів Збройних Сил України (Системи документів з питань управління, застосування, підготовки та забезпечення) :* наказ Генерального штабу Збройних Сил України від 22.10.2012 р. № 220 [Електронний документ]. – Режим доступу : [http : //www.mil.gov.ua](http://www.mil.gov.ua). – Назва з екрана.
8. *Про рішення РНБО України від 29.12.2012 р. «Про Стратегічний оборонний бюлетень України» :* Указ Президента України від 29.12.2012 р. № 771/2012 [Електронний документ]. – Режим доступу : [http : //www.gada.gov.ua](http://www.gada.gov.ua). – Назва з екрана.
9. *Ситник Г.* Пріоритети державної політики у воєнній безпеці / Г. Ситник // *Військо України.* – 2012. – № 3 (139). – С. 8–11.
10. *Слюсаренко А. В.* Розвиток форм і способів збройної боротьби у війнах у зоні Перської затоки у 90-х роках ХХ ст. – початку ХХІ ст. : автореф. ... к.істор.н. ; А. В. Слюсаренко ; НАО України. – Київ, 2005. – 18 с.
11. *Телелим В. М.* Найважливіші аспекти розвитку збройної боротьби / В. М. Телелим // *Військо України.* – 2012. – № 1–2 (138). – С. 12–17.

Дата надходження рукопису до редакції: 19.05.2014 р.

Медицинское обеспечение Вооруженных Сил Украины: актуальные вопросы совершенствования с учетом тенденций развития системы здравоохранения Украины

*В.А. Жаховский¹, О.Ю. Булах¹,
В.Г. Ливинский¹, Н.В. Кудренко²*

¹Украинская военно-медицинская академия,
г. Ирпень, Украина

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

Цель – изучить проблемные вопросы организации медицинского обеспечения Вооруженных Сил Украины в современных условиях; определить направления его совершенствования.

Материалы и методы. Объект исследования: система медицинского обеспечения ВС Украины. Предмет: организационно-функциональная структура медицинской службы. Методы: аналитический, библиографический, системного подхода.

Результаты. Наличие широкого спектра угроз национальным интересам Украины в сфере безопасности и обороны, тенденции развития структуры, оснащения и форм применения войск выдвигают высокие требования к их медицинскому обеспечению, определяют необходимость формирования действенной системы лечебно-эвакуационного обеспечения с учетом тенденций реформирования и развития системы здравоохранения Украины.

Выводы. Для надежного медицинского обеспечения войск необходимо иметь полноценную организационно-штатную структуру медицинских подразделений войсковых частей, военно-медицинских заведений. Актуальным является вопрос обеспечения индивидуальными средствами медицинской защиты, вакцинами, современным комплектно-табельным оснащением, специальной медицинской техникой и средствами эвакуации. Особую важность приобретает необходимость совершенствования нормативно-правовой базы организации медицинского обеспечения, а также формирования единого медицинского пространства Украины.

Ключевые слова: система здравоохранения Украины, система медицинского обеспечения, медицинская служба Вооруженных Сил Украины, лечебно-эвакуационная система.

Medical providing of the Armed Forces of Ukraine: there are pressing questions of improvement, taking into account tendencies to development of the system of health protection Ukraine

*V.O. Zhakhovsky¹, O.Yu. Bulakh¹,
V.G. Livinsky¹, M.V. Kudrenko²*

¹Ukrainian military medical academy, Irpin, Ukraine

²SI «Ukrainian Institute of Strategic Researches
MoH of Ukraine», Kyiv, Ukraine

Purpose – to learn problem questions, define directions of improvement of the medical providing of the Armed Forces of Ukraine.

Materials and methods. A research object is the system of the medical providing of AF Ukraine. An object is an organizationally-functional structure of medical service. Research methods: analytical, bibliographic, approach of the systems.

Results. Presence of wide spectrum of threats to national interests of Ukraine in the field of safety and defensive, progress of structure, rigging and forms of application of troops trends pull out high requirements to their medical providing, determine the necessity of forming of the effective system of the curatively-evacuation providing taking into account the tendencies of reformation and development of the system of health protection Ukraine.

Conclusions. For the reliable medical providing of troops it is necessary to have a valuable organizationally-regular structure of medical subdivisions of soldiery parts, military medical establishments. Actual is a question of providing of medical defense individual facilities, by vaccines, modern completely-table rigging, special medical technique and facilities of evacuation. The special importance is acquired by the necessity of improvement of normatively-legal base from organization of the medical providing, and also forming of single medical space of Ukraine.

Key words: system of health protection Ukraine, system of the medical providing, medical service of AF of Ukraine, curatively-evacuation system.

Відомості про авторів

Жаховський Віктор Олександрович – к.держ.упр., доц., п.н.с. науково-дослідного відділу організації медичного забезпечення Науково-дослідного інституту проблем військової медицини Української військово-медичної академії; вул. 11 лінія, м. Ирпень, Київська обл., 108203, Україна; служб. тел.: +38 (045) 97-93-963 (прийм.), +38 (045) 97-93-897

Булах Олег Юрійович – к.мед.н., с.н.с. науково-дослідного відділу організації медичного забезпечення Науково-дослідного інституту проблем військової медицини Української військово-медичної академії; вул. 11 лінія, м. Ирпень, Київська обл., 108203, Україна; служб. тел.: +38 (045) 97-93-963 (прийм.), +38 (045) 97-93-897 (черг.).

Лівінський Володимир Григорович – н.с. науково-дослідного відділу організації медичного забезпечення Науково-дослідного інституту проблем військової медицини Української військово-медичної академії; вул. 11 лінія, м. Ирпень, Київська обл., 108203, Україна; служб. тел.: +38 (045) 97-93-963 (прийм.), +38 (045) 97-93-897 (черг.).

Кудренко Микола Васильович – заст. директора з організаційно-методичної та адміністративної роботи ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; вул. Нагірна, 25–27, м. Київ, 04107, Україна; служб. тел. +38 (044) 576-41-22.

УДК 616.31-08-052(477-25)

О.В. Савчук

АНАЛІЗ СТАНУ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДОРΟΣЛОМУ НАСЕЛЕННЮ В МІСТІ КИЄВІ

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

Мета – оцінити стан стоматологічної допомоги дорослому населенню м. Києва в 2006–2013 рр.

Матеріали та методи. Використано матеріали державної статистичної звітності (ф. № 20) у територіальному і динамічному (за 2006–2013 рр.) аспектах.

Результати. Виявлено низький рівень і негативні тенденції (у динаміці і порівняно з Україною) надання стоматологічної, у т.ч. профілактичної, допомоги дорослому населенню м. Києва. Середнє число відвідувань лікаря-стоматолога населенням у розрахунку на одного дорослого жителя столиці скоротилося в 2013 р. порівняно з 2006 р. з 2,2 до 0,8 і становило 88,9% від показника по Україні (0,9). У 2013 р. в м. Києві планово оглянуто стоматологами тільки третину (34,4%) дорослого населення, а серед оглянутих 81,3% потребували санації. Питома вага санованих серед оглянутих у плановому порядку дорівнювала 75,4%, тобто чверть оглянутих (24,6%), які потребували санації, не сановані. Серед дорослого населення столиці частка планово санованих становила лише 21,1%.

Висновки. Стоматологічні заклади системи МОЗ України в м. Києві не забезпечують доросле населення столиці профілактичною допомогою в достатньому обсязі та потребують організаційно-економічної перебудови.

Ключові слова: стоматологічна допомога, доросле населення, санація, статистичний аналіз.

Вступ

Питома вага стоматологічних захворювань становить 20–25% у структурі загальної захворюваності дорослого населення (третє місце), а питома вага звернень до лікаря-стоматолога посідає друге місце, поступаючись лише зверненням до дільничних терапевтів [1, 2], що засвідчує високу потребу населення в стоматологічній допомозі.

Значна інтенсивність ураження дорослого населення стоматологічними захворюваннями відносить збереження та зміцнення стоматологічного здоров'я до числа вагомих і актуальних медичних та соціальних проблем України. Погіршення стану стоматологічного здоров'я обумовлене як впливом соціально-економічних чинників, так і формуванням дисбалансу між лікувальною та профілактичною допомогою на користь першої, що ускладнює реалізацію стратегії зміцнення стоматологічного здоров'я населення [1, 3, 4]. Моніторинг стану стоматологічної допомоги населенню є важливою передумовою для обґрунтування можливостей її удосконалення.

Мета роботи – на підставі аналізу медико-статистичної інформації оцінити стан стоматологічної допомоги дорослому населенню м. Києва у 2006–2013 рр.

Матеріали та методи

Аналіз обсягів стоматологічної допомоги та роботи з планової санації дорослого населення м. Києва проводився за матеріалами офіційної статичної звітності. За допомогою медико-статистичного методу були проаналізовані звітні форми № 20 державної статистичної звітності МОЗ України за 2006, 2009, 2013 рр., зведені в розрізі окремих адміністративних територій, у т.ч. м. Києва, та по Україні в цілому [5, 6, 7]. Програма дослідження передбачала аналіз таких показників, одержаних на підставі статистичного узагальнення матеріалів таблиць звітної ф. № 20: P200128 – Кількість відвідувань лікарів-стоматологів і зубних лікарів населенням на одного дорослого жителя; P200008 – Чисельність дорослих (18 років і старших), оглянутих у порядку планової санації; P200100 – Серед оглянутих у порядку планової санації потребують санації (% до кількості оглянутих); P200101 – Питома вага санованих при плановій санації від кількості, що її потребують; P200127 – Питома вага санованих у порядку планової санації і за зверненнями серед населення.

Аналіз здійснювався в динамічному (за 2006–2013 рр.) і територіальному аспектах. Показники в м. Києві порівнювалися з показниками в інших 26 адміністративних територіях України (регіонах), їх мінімальними та максимальними значеннями, а також із середніми показниками по Україні в цілому.

Результати дослідження та їх обговорення

Аналіз обсягу стоматологічної допомоги, наданої дорослому населенню в стоматологічних закладах системи МОЗ України, засвідчив, що у 2013 р. в м. Києві здійснено 32 673 577 відвідувань

лікарів-стоматологів населенням. У середньому на одного дорослого жителя м. Києва у 2013 р. припадало менше відвідувань, ніж по Україні в цілому – 0,8 та 0,9 відповідно (табл.). Первинні відвідування становили 29,9% у м. Києві та 33,8% по Україні від усіх відвідувань.

Таблиця

Деякі показники стану стоматологічної допомоги дорослому населенню у м. Києві та по Україні в цілому в 2006, 2009 та 2013 роках

Показник	2006 р.	2009 р.	2013 р.	Абс. приріст 2013/2006
<i>Кількість відвідувань лікарів-стоматологів і зубних лікарів населенням на одного дорослого жителя</i>				
м. Київ	2,2	0,9	0,8	-1,4
Україна	1,0	0,9	0,9	-0,1
Мінімальне значення*	1,0	0,5	0,4	-0,6
Максимальне значення*	2,3	1,3	1,2	-1,1
<i>Чисельність дорослих (18 років і старших), оглянутих у порядку планової санації (% до кількості дорослого населення)</i>				
м. Київ	44,8	41,8	34,4	-10,4
Україна	21,1	21,8	20,3	-0,8
Мінімальне значення	7,6	7,2	6,2	-1,4
Максимальне значення	44,8	41,8	35,2	-9,6
<i>Серед оглянутих у порядку планової санації потребують санації (% до кількості оглянутих)</i>				
м. Київ	61,9	61,7	81,3	19,4
Україна	56,1	56,3	56,2	0,1
Мінімальне значення	31,1	32,3	28,1	-3,0
Максимальне значення	71,3	71,8	81,3	10,0
<i>Питома вага санованих при плановій санації від кількості, що їй потребують</i>				
м. Київ	70,3	71,6	75,4	5,1
Україна	77,3	76,7	77,7	0,4
Мінімальне значення	65,9	63,1	59,7	-6,2
Максимальне значення	97,0	91,8	90,7	-6,3
<i>Питома вага санованих у порядку планової санації і за зверненнями серед населення</i>				
м. Київ	26,8	24,4	21,1	-5,7
Україна	25,7	24,6	23,0	-2,7
Мінімальне значення	15,6	9,3	5,8	-9,8
Максимальне значення	48,4	36,6	36,1	-12,3

Примітка: * – серед значень показника у 27 регіонах України (АР Крим, 24 областях, містах Києві та Севастополі).

Динамічний аналіз середньої кількості відвідувань у розрахунку на одного дорослого жителя виявив більш суттєве скорочення даного показника протягом 2006–2013 рр. у столиці – з 2,2 до 0,8 (на 1,4 відвідування, або на 63,6%) порівняно з аналогічним по Україні в цілому – з 1,0 до 0,9 (на 0,1 відвідування, або на 10,0%). Вказані динамічні зрушення призвели до зміни позиції столиці серед інших територіальних одиниць України. Так, якщо у 2006 р. за середньою кількістю відвідувань лікарів-стоматологів доросле населення м. Києва наближалось до максимальних рівнів по країні в цілому, то у 2013 р.

у 75% регіонів цей показник був вищим за столичний рівень. Така динаміка середньої кількості відвідувань лікарів-стоматологів дорослим населенням пов'язана зі скороченням чисельності стоматологічних кабінетів, дефіцитом коштів для фінансування, переведенням стоматологічних кабінетів на госпрозрахунок, а також скороченням видатків на безоплатне протезування і підвищення цін на ортопедичні послуги.

Провідне місце в стоматологічній допомозі належить профілактичній роботі – санації населення. У 2013 р. в стоматологічних закладах системи МОЗ України в м. Києві було оглянуто в

порядку планової санації 802 111 осіб віком 18 років і старших, або 34,4% від дорослого населення столиці, а по Україні в цілому – відповідно 20,3%. Порівняно з 2006 р. питома вага оглянутих у порядку планової санації скоротилась у м. Києві на 10,4 відсоткових пункти (в.п.), по Україні в цілому – лише на 0,8 в.п.

Серед усіх дорослих, оглянутих у порядку планової санації, в столиці потребували санації 81,3%, по Україні в цілому – 56,2% оглянутих. Аналіз динаміки даного показника засвідчив його зростання у м. Києві на 19,4 в.п. на тлі стабільного значення в Україні. Такі динамічні зрушення призвели до лідерства столиці за вказаним показником у 2013 р., тоді як у 2006 р. питома вага осіб, які потребували санації, серед оглянутих дорослих не перевищувала значення в 75,0% регіонів України. Зазначена ситуація у м. Києві вказала на недостатність планомірної роботи, своєчасності та ефективності лікувально-оздоровчих заходів.

Аналіз роботи з планової санації дорослого населення виявив стабільно низьку питому вагу санованих. У 2013 р. в м. Києві питома вага санованих серед оглянутих у плановому порядку становила 75,4%, тобто чверть оглянутих (24,6%), які потребували санації, не були сановані. Даний показник у столиці був навіть нижчим за середній по Україні (77,7%).

Якщо ж оцінювати питому вагу санованих у порядку планової санації і за зверненнями серед дорослого населення, то відсоток таких осіб становив у 2013 р. лише 21,1% від дорослого населення столиці, по Україні в цілому – відповідно 23,0%. Порівняно з 2006 р. значення даного показника скоротилось у столиці на 5,7 в.п., по Україні – на 2,7 в.п.

Таким чином, стоматологічна мережа системи МОЗ України не забезпечує доросле населення м. Києва профілактичною роботою в достатньому обсязі, показники планової профілактичної роботи серед дорослого населення з кожним роком погіршуються, що обумовлює незадовільний стан стоматологічного здоров'я дорослого населення столиці України.

Існуючий стан стоматологічної допомоги населенню в територіальних стоматологічних закладах м. Києва значною мірою залежить від рівня організації та управління їх діяльністю й обумовлений рядом чинників:

- відсутністю сформованої адресної фінансової політики органів охорони здоров'я, яка б базувалась на договорах і гарантованому державою рівні безоплатної стоматологічної допомоги;

- відсутністю штатних нормативів забезпеченості населення лікарями стоматологічного профілю відповідно до гарантованого рівня

безоплатної стоматологічної допомоги;

- недосконалою системою формування державних замовлень і розподілу фондів на обладнання, матеріали, інструменти, яка не враховує реальні потреби стоматологічної служби;

- відсутністю економічної зацікавленості, матеріального і морального стимулювання лікарів-стоматологів і середнього медичного персоналу до підвищення якості та продуктивності праці.

Усе перераховане потребує організаційно-економічної перебудови системи амбулаторно-поліклінічної стоматологічної допомоги дорослому населенню.

Висновки

Аналіз обсягів стоматологічної допомоги та роботи з планової санації дорослого населення м. Києва, проведений за матеріалами офіційної статичної звітності, засвідчив, що середня кількість відвідувань лікарів-стоматологів дорослим населення у розрахунку на одного дорослого жителя столиці скоротилась у 2013 р. порівняно з 2006 р. з 2,2 до 0,8 і становила 88,9% від показника по Україні (0,9).

У 2013 р. була планово оглянута стоматологами лише третина (34,4%) дорослих киян, а серед оглянутих 81,3% потребували санації. Частка планово оглянутих порівняно із 2006 р. скоротилась на 10,4 в.п., а потреба в санації зросла на 19,4 в.п. У 2006–2013 рр. питома вага санованих серед оглянутих у плановому порядку становила 70,3–75,4%, тобто 19,7–24,6% оглянутих, які потребували санації, не були сановані. Частка планово санованих серед дорослого населення скоротилась порівняно з 2006 р. на 5,7 в.п. і у 2013 р. становила лише 21,1%, що вказало на недостатнє охоплення населення профілактичною стоматологічною допомогою та стало однією з причин незадовільного рівня стоматологічного здоров'я.

Таким чином, стоматологічна мережа закладів системи МОЗ України у м. Києві не забезпечує доросле населення столиці профілактичною допомогою в достатньому обсязі і потребує організаційно-економічної перебудови.

Перспективи подальших досліджень

Результати проведеного дослідження будуть використані при обґрунтуванні моделі державного (муніципального) амбулаторно-поліклінічного закладу з державно-приватним партнерством як форми соціального захисту населення та додаткового джерела фінансування стоматологічного закладу в ринкових умовах.

Література

1. Вагнер В. Д. Концептуальные основы дальнейшего развития общей (семейной) практики в стоматологии / В. Д. Вагнер, Б. Ц. Нимаев // Институт стоматологии. – 2005. – № 4. – С. 20–21.
2. Вахненко О. М. Аналіз ресурсного забезпечення стоматологічної служби в Україні / О. М. Вахненко // Современная стоматология. – 2011. – № 3. – С. 172–176.
3. Косенко К. Н. Состояние стоматологической помощи в Украине / К. Н. Косенко, О. Э. Рейзвих // Экономика и менеджмент в стоматологии. – 2012. – № 2 (37). – С. 57–61.
4. Організація надання стоматологічної допомоги в умовах великого міста / А. І. Пущенко [та ін.] // Збірник наук. праць співробітників НМАПО ім. П. Л. Шупика. – 2010. – Вип. 19, кн. 2. – С. 818–823.
5. Стоматологічна допомога в Україні : стат. довідник / за ред. О. М. Орди. – Київ, 2007. – 52 с.
6. Стоматологічна допомога в Україні : стат. довідник / за ред. В. В. Лазоришинця. – Київ, 2010. – 87 с.
7. Стоматологічна допомога в Україні : стат. довідник. – Київ, 2014. – 88 с.

Дата надходження рукопису до редакції: 15.04.2014 р.

Анализ состояния стоматологической помощи взрослому населению в городе Киеве

О.В. Савчук

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

Цель – оценить состояние стоматологической помощи взрослому населению г. Киева в 2006–2013 гг.

Материалы и методы. Использованы материалы государственной статистической отчетности (ф. № 20) в территориальном и динамическом (за 2006–2013 гг.) аспектах.

Результаты. Отмечен низкий уровень и негативные тенденции (в динамике и по сравнению с Украиной) оказания стоматологической, в т.ч. профилактической, помощи взрослому населению г. Киева. Среднее число посещений врача-стоматолога населением в расчете на одного взрослого жителя столицы сократилось в 2013 г. по сравнению с 2006 г. с 2,2 до 0,8 и составило 88,9% от уровня показателя в Украине (0,9). В 2013 г. в г. Киеве планово осмотрено стоматологами только треть (34,4%) взрослого населения, а среди осмотренных 81,3% требовали санации. Удельный вес санированных среди осмотренных в плановом порядке равнялся 75,4%, то есть четверть осмотренных (24,6%), которые нуждались в санации, не были санированы. Среди взрослого населения столицы доля планово санированных составила лишь 21,1%.

Выводы. Стоматологические учреждения системы МОЗ Украины в г. Киеве не обеспечивают взрослое население столицы профилактической помощью в достаточном объеме и требуют организационно-экономической перестройки.

Ключевые слова: стоматологическая помощь, взрослое население, санация, статистический анализ.

Analysis of dental care adult population in Kyiv

O.V. Savchuk

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

Purpose – to evaluate the state of dental care to the adult population of Kyiv in 2006–2013 years.

Materials and methods: materials of state statistical reports (Form number 20) in the territorial and dynamic aspect.

Results. Low level and negative trends (in dynamics and compared with Ukraine) in dental care (including preventive) for adult population in Kyiv were determined. The average number of visits to the dentist, per adult resident of the capital, fell in 2013, compared to 2006, from 2.2 to 0.8 and was 88.9% of the index in Ukraine (0.9). In 2013, in Kyiv, only one-third (34.4%) of the adult population was examined by a dentist planning, and among surveyed – 81.3% required dental sanitation. Specific weight of sanitized among examined patients was 75.4%, a quarter of surveyed (24.6%) who needed rehabilitation were not sanitized. Specific weight of adults, which were sanitized planned, was only 21.1%.

Conclusions. Dental agencies MOH of Ukraine in Kyiv do not provide the adult population of the capital of the sufficient volumes of preventive work and require organizational-economic restructuring.

Key words: dental care, adult population, sanitation, statistical analysis.

Відомості про автора

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

УДК 618.146-006-084.004.12

Н.Я. Жилка¹, Т.В. Зайкова²

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ПРОФІЛАКТИКИ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна²Тернопільський обласний клінічний перинатальний центр «Мати і дитина», м. Тернопіль, Україна

Мета – визначити ефективні шляхи комплексної профілактики раку шийки матки.

Методи: бібліосемантичний – для аналізу зарубіжного і вітчизняного досвіду профілактики раку шийки матки; метод системного підходу – для кількісного і якісного аналізу проблем раку шийки матки та обґрунтування комплексної системи профілактики раку шийки матки.

Результати. Запропонована система комплексної ефективної профілактики раку шийки матки структурно поділяється на первинну та вторинну профілактику. Складові системи імплементуються в існуючі структури охорони здоров'я з удосконаленням організаційних і клінічно-діагностичних технологій.

Висновки. Впровадження комплексної профілактики раку шийки матки сприятиме зниженню ризику виникнення цієї онкології, своєчасній діагностиці передпухлинної патології, що вплине на зниження рівня захворюваності на рак шийки матки.

Ключові слова: рак шийки матки, інфекції, що передаються статевим шляхом, вірус папіломи людини, профілактика.

Вступ

Негативні тенденції захворюваності на рак шийки матки (РШМ), про що свідчить ураженість понад 62 тис. жінок, спонукають до розробки нових організаційних підходів до його профілактики із залученням ефективних світових технологій.

Мета роботи – визначити ефективні шляхи комплексної профілактики РШМ.

Методи: бібліосемантичний – для аналізу зарубіжного і вітчизняного досвіду профілактики РШМ; метод системного підходу – для проведення кількісного і якісного аналізу проблем РШМ й обґрунтування комплексної системи профілактики РШМ.

Результати дослідження та їх обговорення

Аналіз існуючої системи профілактики РШМ в Україні показав основні перешкоди до застосування ефективних профілактичних технологій: недостатня поінформованість населення щодо профілактики інфекцій, що передаються статевим шляхом, (ІПСШ) та про вакцинопрофілактику; відсутність державного забезпечення декретованих груп населення вакциною проти вірусу папіломи людини (ВПЛ); опортуністичний тип профілактичних оглядів; кадрова та технологічна криза в цитологічній службі [1, 2, 3].

Вивчення досвіду зарубіжних країн в організації профілактики РШМ вказує на системність підходу, який включає інформаційні,

медичні технології, а також ефективні технології державного економічного впливу. Найвищі позитивні результати в профілактиці РШМ спостерігаються в країнах Скандинавії, зокрема Фінляндії, де показник захворюваності на РШМ становить 5,2 на 100 тис. популяції, а в Україні (2013 р.) цей показник дорівнює 20,2 на 100 тис. населення [4, 5, 6].

Під час аналізу організаційних підходів до профілактики РШМ у країнах, де реєструються найнижчі показники захворюваності на РШМ, ми визначили основні організаційні технології комплексної профілактики РШМ в Україні, яка поділяється на первинну та вторинну.

Первинна профілактика РШМ включає технології впливу, передусім на фактори ризику виникнення РШМ із метою їх мінімізації. Складовими первинної профілактики РШМ є забезпечення інформацією населення щодо профілактики РШМ у рамках здорового способу життя (ЗСЖ) і вакцинопрофілактика.

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), одним із основних факторів ризику виникнення РШМ є ІПСШ, зокрема ВПЛ. Тому заходи профілактики ІПСШ у дітей та підлітків мають стати пріоритетними в комплексній профілактиці РШМ за міжсекторальним підходом. Зазначене підтверджують отримані дані соціологічного дослідження: рівень інформованості населення щодо профілактики РШМ вважається недостатнім (про профілактику ІПСШ як метод

профілактики РШМ поінформовані лише 22,1% респонденток, про профілактику ВПЛ – 18,5%).

Профілактика ППСШ має здійснюватись у рамках програми ЗСЖ на всіх рівнях організаційного догляду за дитиною з одночасною профілактикою раннього початку статевих відносин, частоті зміни статевих партнерів, паління, абортів – як факторів, які активізують ВПЛ і прискорюють розвиток РШМ на різних рівнях.

У дошкільних навчальних закладах необхідно впровадити уніфіковану освітню програму ЗСЖ, яка повинна включати питання профілактики ППСШ у вигляді рольових ігор, гігієнічного виховання відповідно до віку дитини. У шкільних закладах слід розробити і впровадити освітню програму ЗСЖ у кількості 30 год. на місяць, за рекомендаціями ВООЗ, яка вважає, що лише в такому випадку можна сформулювати безпечну поведінку дитини, зокрема, з питань первинної профілактики ППСШ. Студенти вищих навчальних закладів I–IV рівня акредитації мають отримувати цільові знання з питань профілактики ППСШ, а також інформацію щодо місць отримання консультацій, наприклад у «клініках, дружніх до молоді». Для проведення занять із питань ЗСЖ необхідно передбачити також заходи із спеціальної підготовки спеціалістів.

В Україні, незважаючи на певний прогрес у цьому питанні (введено освітньо-профілактичні програми з питань ППСШ, ВІЛ/СНІДу до навчальних планів 1–9-х класів загальноосвітніх навчальних закладів, розширено фокусну профілактику серед груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ, підготовлено до впровадження у 2008 р. галузеві стандарти якості соціальних послуг у сфері ППСШ), ще не визначені національна політика та стратегія інформаційно-просвітницьких кампаній із цих питань серед широких верств населення.

Одним із важливих елементів ЗСЖ є формування санітарно-гігієнічних навичок у дітей у сімейному оточенні. Традиційні моральні засади українського суспільства та культура сімейних відносин будуються на дотриманні прав кожного члена сім'ї, зокрема дітей, щодо права на знання та інформацію про існуючу небезпеку виникнення хвороб і шляхи їх попередження. Важливим компонентом профілактики ППСШ є формування безпечної поведінки в підлітків та молоді через статеве виховання, формування в членів сім'ї почуття відповідального батьківства. Ці завдання покладаються на сімейних лікарів і соціальні служби.

«Клініки, дружні до молоді» провадять свою діяльність відповідно до рекомендацій ВООЗ, Дитячого Фонду ООН (ЮНІСЕФ) щодо «дружнього» підходу, основними принципами якого

є добровільність, доброзичливість, доступність, конфіденційність, анонімність і незасуджуючий підхід до відвідувача. Профілактична робота спрямовується на формування в дітей і молоді відповідальної поведінки та розвиток навичок, які сприяють збереженню здоров'я, підвищенню рівня інформованості з питань збереження здоров'я.

До заходів первинної профілактики РШМ відноситься також профілактика тютюнопаління, оскільки в жінок, які палять, у тому числі при пасивному курінні, ризик розвитку передракових захворювань і РШМ значно вищий, ніж у тих, що не палять. Тому відмова від паління дає змогу значно знизити ризик виникнення раку.

Вакцинопрофілактика як складова комплексної профілактики РШМ належить до рівня первинної профілактики, що має включати заходи з підготовки кадрів, доступності до імунопрофілактики вакцинами проти ВПЛ за державної підтримки та удосконалення законодавства.

Необхідність проведення вакцинації проти ВПЛ підтверджується особливістю ВПЛ-інфекції: розвиток СІН 1-го ступеня в інвазивний рак відбувається досить часто, зокрема, в 32–50% ВПЛ-інфікованих жінок; прогноз при ВПЛ-інфекції залежить від її типу, а також від супутніх захворювань; наявність ВПЛ-18 і ВПЛ-16 корелюють із негативним прогнозом на ранніх стадіях; у молодих жінок прогноз гірший; у більшості випадків ВПЛ має перебіг у субклінічній, асимптомній формі, а спровоковані ним дисплазія та преінвазивний РШМ не мають патогномонічних клінічних ознак, що ускладнює доклінічну діагностику РШМ.

Вакцинація від онкогенних штамів ВПЛ може проводитись у кабінетах щеплення закладів охорони здоров'я, денних стаціонарах та амбулаторних родопомічних закладах охорони здоров'я, медичних кабінетах дошкільних і загальноосвітніх навчальних закладів.

Тому спеціалісти з інфекційних захворювань, лікарі-педіатри та лікарі-акушери-гінекологи при проведенні вакцинації мають діяти у визначеному організаційному порядку: вакцинація проти раку та передракових станів шийки матки здійснюється за поінформованим бажанням пацієнтки; для пацієнток, яким проводиться вакцинація проти раку та передракових станів шийки матки, здійснюється консультування щодо необхідності вакцинації, особливостей та можливих побічних реакцій вакцинопрофілактики; вакцинація проти раку та передракових станів шийки матки пацієнтці віком до 14 років або у недієздатної особи здійснюється за заявою її законних представників, а пацієнтці, яка досягла 14 років, – здійснюється за її згодою (ст. 284

Цивільного кодексу України); дані огляду та обстеження вносяться до форми № 025/о «Медична карта амбулаторного хворого», затвердженій наказом МОЗ України від 27.12.1999 р. № 302; направлення для щеплення від онкогенних штамів ВПЛ дає лікар-педіатр чи лікар-акушер-гінеколог жіночої консультації, районної, міської поліклініки та інших лікувальних закладів; підготовка пацієнток до проведення вакцинації включає вивчення анамнезу щодо виключення наявності гострих і хронічних захворювань, з'ясування питання відсутності медикаментозної або харчової алергії, виключення епілепсії, прийому системних глюкокортикостероїдів та цитостатиків, застосування радіотерапевтичних методів протягом останніх трьох місяців та наявності імуносупресивних хвороб, відсутність вагітності; лікар, який призначає вакцинацію, проводить загальне фізикальне обстеження; лікар-педіатр надає медичний висновок щодо стану здоров'я дівчат віком до 18 років; лікар-терапевт надає висновок щодо стану здоров'я пацієнтки, якій передбачається вакцинація, віком 18 років і старше; лікар-акушер-гінеколог обстежує шийку матки в дзеркалах і проводить бімануальне дослідження органів малого тазу, бактеріоскопічний аналіз виділень із піхви (мазок на флору), цитологічне дослідження на атипів клітини; за необхідності (за наявності патології шийки матки з метою виключення CIN 2-го та 3-го ступенів і РШМ) лікар-акушер-гінеколог проводить кольпоскопію, повторне цитологічне дослідження, біопсію шийки матки та направляє на консультацію до онкогінеколога; після щеплення здійснює регулярне обстеження та цитологічний скринінг шийки матки, оскільки вакцина не захищає від усіх штамів ВПЛ, які можуть викликати РШМ.

До вторинної профілактики запропонованої моделі комплексної профілактики РШМ відносяться профілактичні огляди, що включають цитологічний скринінг патології шийки матки із застосуванням сучасних лабораторних технологій та забезпеченням кадрової підготовки.

Організаційні технології вторинної профілактики РШМ включають: заходи щодо інформованості та прихильності жіночого населення до її заходів; організовані профілактичні огляди; організацію сучасного комп'ютеризованого скринінгу патології шийки матки; якісну лабораторну діагностику; підготовку кадрів і зворотний зв'язок із населенням для своєчасності медичних втручань.

Цитологічний скринінг є одним із найефективніших методів ранньої діагностики патологічних процесів шийки матки. Скринінг цільової групи необхідний для раннього виявлення і лікування передракових захворювань (CIN). Скринінговим називається дослідження, при якому

жінка самостійно звернулася до лікаря для профілактичного огляду, або дослідження, проведене під час організованих профілактичних оглядів.

Комп'ютеризація усіх етапів обліку пацієнток, які підлягають цитологічному скринінгу, моніторинг його результатів, виявленої патології та результатів лікування з урахуванням віку жінки, відноситься до інноваційних технологій. Важливим аспектом комп'ютеризації цитологічного скринінгу є чіткий облік контингенту жінок, який виключає дублювання цитологічного обстеження. У розвинених країнах доведено, що детальний облік періодичності скринінгових оглядів, результатів виявленої патології, її лікування з цитологічним контролем дає змогу знизити рівень захворюваності на РШМ. Сучасний інформаційний рівень із застосуванням комп'ютерних технологій дозволяє проводити облік жіночого населення, яке підлягає цитологічному скринінгу (віком 18–70 років), і реєструвати виявлену патологію, спостерігати за ефективністю лікувальних заходів, мати порівняльні статистичні щорічні дані.

З метою підвищення якості роботи лаборантів цитологічної служби необхідно створити референс-лабораторію, основним завданням якої стане технологічний контроль цитологічного дослідження, що сприятиме зниженню рівня неякісної діагностики.

На сучасному етапі найбільш показовою та інформативною для виявлення передраку і РШМ є технологія методу поліхромного модифікованого фарбування за Папаніколау. За цією методикою можна найбільш точно визначити ознаки дисплазії та плоскоклітинного РШМ. При цьому чітко відмічається щільність цитоплазми, гіперхроматоз ядер, що сприяє правильній інтерпретації клітинних змін і верифікації патологічного процесу.

За даними Міжнародного агентства з вивчення раку, при проведенні цитологічного скринінгу 1 раз на 3 роки з охопленням 90% жіночого населення рівень захворюваності на РШМ знижується за 30 років на 82,3%.

Висновки

Впровадження комплексної профілактики РШМ сприятиме зниженню ризику виникнення цієї онкології, своєчасній діагностиці передпухлинної патології, що вплине на зниження рівня захворюваності на РШМ.

Перспективи досліджень полягають у подальшому вивченні сучасних підходів до профілактики РШМ.

Література

1. *Борьба с инфекциями, передаваемыми половым путем // Информационный бюллетень для руководителей здравоохранения. Документы ВОЗ и международные проекты. – 2006. – Вып. 19. – С. 1–2.*
2. *Подготовка к внедрению вакцины против ВПЧ в Европейском регионе ВОЗ // Программа по управляемым инфекциям и иммунизации : стратегический документ ВОЗ. – Копенгаген, 2008. – 46 с.*
3. *Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та результати діяльності закладів охорони здоров'я. 2002 р. – Київ, 2002. – С. 345–397.*
4. *Antilla A. Скрининг на рак шейки матки эффективен – опыт Финляндии / A. Antilla // Entre Nous. Европейский журнал по сексуальному и репродуктивному здоровью. – 2007. – № 64. – С. 26–29.*
5. *Hausen H. Papillomavirus infections – a major cause of human cancers / H. Hausen // Biochimica et Biophysica Acta. – 1996. – Vol. 1288 (2). – P. 55–78.*
6. *Studies to assess the longterm efficacy and effectiveness of HPV vaccination in developed and developing countries / M. Lehtinen, R. Herrero, P. Mayaud [et al.] // HPV Vaccines and Screening in the Prevention of Cervical Cancer / F. X. Bosch [et al.] (eds.) // Vaccine. – 2006. – Vol. 24 (Suppl. 3). – P. 233–241.*

Дата надходження рукопису до редакції: 07.11.2014 р.

Современные подходы к профилактике рака шейки матки

Н.Я. Жилка¹, Т.В. Зайкова²

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

²Тернопільський обласний клінічний перинатальний центр «Мати і дитина», м. Тернопіль, Україна

Цель – определить эффективные пути комплексной профилактики рака шейки матки.

Методы: библиосемантический – для анализа зарубежного и отечественного опыта профилактики рака шейки матки; метод системного подхода – для количественного и качественного анализа проблем рака шейки матки и обоснования комплексной системы профилактики рака шейки матки.

Результаты. Предложенная система комплексной эффективной профилактики рака шейки матки структурно делится на первичную и вторичную профилактику. Составляющие системы внедряются в существующие структуры здравоохранения с усовершенствованием организационных и клинико-диагностических технологий.

Выводы. Внедрение комплексной профилактики рака шейки матки будет способствовать снижению риска возникновения этой онкологии, своевременной диагностике предопухоловой патологии, что повлияет на снижение заболеваемости раком шейки матки.

Ключевые слова: рак шейки матки, инфекции, передаваемые половым путем, вирус папилломы человека, профилактика.

Modern approaches to cervical cancer prophylaxis

N.Ya. Zhylka¹, T.V. Zaikova²

¹National Medical Academy of Postgraduate Education named after P.L. Shupyk, Kyiv, Ukraine

²The Ternopil regional clinical perinatal center «Mother and child», Ternopil, Ukraine

Purpose – determination of effective ways for complex cervical cancer prophylaxis.

Methods: bibliosemantic – to analyze foreign and own experience of cervical cancer prophylaxis; method of systematic approach to have qualitative and quantitative analysis of the problems of cervical cancer and working out complex system of cervical cancer prophylaxis.

Results. Proposed system of complex effective cervical cancer prophylaxis is structurally divided in primary and secondary prophylaxis. Integral parts of the system are implemented into existed structures of health service system with perfection of organizational and clinical-and-diagnostic technologies.

Conclusion. Implementation of complex cervical cancer prophylaxis will work for decreasing the risks of cervical cancer and early diagnostics of pre-cancer state that will lead to decrease of cervical cancer morbidity.

Key words: cervical cancer, infections transited by sex, human papilloma virus, prophylaxis.

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.

Зайкова Тетяна Валеріївна – лікар акушер-гінеколог консультативної жіночої консультації з центром планування сім'ї Тернопільського обласного клінічного перинатального центру «Мати і дитина»; вул. Замкова, 10, м. Тернопіль, 46000, Україна; служб. тел. +38 (0352) 52-18-27; e-mail: zaikova_tatyana79@mail.ru.

УДК 614.255.4:[618.19-006.6-084-036-038].008.4

Д.С. Москв'як-Лесняк¹, В.В. Рудень²

ПРО ДОЦІЛЬНІСТЬ УПРАВЛІННЯ ФАКТОРАМИ РИЗИКУ НА РІВНІ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ / СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ ЩОДО ПОПЕРЕДЖЕННЯ ВИНИКНЕННЯ / ПОДАЛЬШОГО РОЗВИТКУ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ (С50) СЕРЕД ОСІБ ЖІНОЧОЇ СТАТІ В УКРАЇНІ (ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ЕКСПЕРТНОЇ ОЦІНКИ)

¹Львівський міський клінічно-комунальний пологовий будинок № 1, м. Львів, Україна²Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

Мета – провести експертну оцінку доцільності впровадження у практичну охорону здоров'я «Організаційно-функціональної моделі системи управління факторами ризику на рівні лікаря загальної практики / сімейного лікаря щодо попередження виникнення / подальшого розвитку раку молочної залози (С50) серед осіб жіночої статі» як основної превентивної технології в діяльності сімейних лікарів.

Матеріали та методи. Експертна оцінка проведена серед 48 висококваліфікованих викладачів кафедр соціальної медицини та організації охорони здоров'я вищих навчальних медичних закладів України, згідно з програмою «Карта експертної оцінки доцільності впровадження до практичної діяльності сімейних лікарів превентивних заходів щодо зміцнення та збереження здоров'я населення», з використанням кваліметричного, ретроспективного, соціологічного, статистичного, математичного, абстрактного методів, а також методів дедуктивного освідомлення, структурно-логічного аналізу з урахуванням принципів системності.

Результати. Встановлено, що 100,0% експертів підтримали потребу запровадження в практичну охорону здоров'я запропонованої моделі із середнім балом доцільності $8,85 \pm 1,77$ балу за 10-бальною шкалою, тоді як $91,66 \pm 6,14\%$ фахівців засвідчили, що ця інновація дає змогу здійснити перехід у первинній профілактиці раку молочної залози (С50) від популяційної профілактики до профілактики Стратегії високого ризику шляхом виявлення можливого/их факторів ризику щодо виникнення/розвитку раку молочної залози (С50) в осіб жіночої статі.

Висновки. Результати переконливо засвідчують про доцільність впровадження в практичну діяльність на первинному рівні медичного забезпечення запропонованої моделі як основної превентивної технології в діяльності сімейних лікарів і про потребу переходу в первинній профілактиці раку молочної залози (С50) на первинному рівні медичного забезпечення від популяційної профілактики до профілактики Стратегії високого ризику.

Ключові слова: здоров'я, жінка, рак молочної залози, експертна оцінка, модель, первинна профілактика, Стратегія високого ризику, абсолютний ризик, лікар загальної практики / сімейний лікар, громадське здоров'я.

Вступ

Динаміка ураження раком молочної залози (РМЗ) (С50) осіб жіночої статі в період за 1991–2011 рр. переконливо доводить за показником темпу приросту на 1,54 разу про зростання даної патології (С50) в Україні при показнику поширеності 70,9 випадку на 100 тис. жінок. За уточненими даними Національного канцер-реєстру України, у 2011 р. зареєстровано 17 573 нові випадки РМЗ (С50), де 99,26% цієї патології діагностовано в жінок, тоді як загальна кількість померлих із приводу даних новоутворів (С50) серед жіночого населення становила 7727,0 випадку, або 31,5 померлого на 100 тис. жінок [1, 2].

Така ситуація з РМЗ (С50) серед осіб жіночої статі в Україні спонукала до пошуку нового

профілактичного підходу в питанні спроби вирішення цієї проблеми, зокрема, опрацювання Організаційно-функціональної моделі системи управління факторами ризику на рівні лікаря загальної практики / сімейного лікаря щодо попередження виникнення / подальшого розвитку РМЗ (С50) серед осіб жіночої статі (далі – Модель) [3, 4, 5, 6, 7], де і відображається зміст профілактичної технології Стратегії високого ризику [8], що робить дане дослідження актуальним.

Мета роботи – провести експертну оцінку доцільності впровадження в практичну охорону здоров'я «Організаційно-функціональної моделі системи управління факторами ризику на рівні лікаря загальної практики / сімейного лікаря (ЛЗП/СЛ) щодо попередження виникнення / подальшого розвитку РМЗ (С50) серед осіб жіночої

статі» як основної превентивної технології в діяльності ЛЗП/СЛ.

Матеріали та методи

Експертна оцінка цього нововведення проведена серед 48 висококваліфікованих викладачів кафедр соціальної медицини та організації охорони здоров'я вищих навчальних медичних закладів України, які атестовані за лікарською спеціальністю «Організація та управління в охороні здоров'я» ($p < 0,001$), із середнім стажем роботи за даною спеціальністю $15,7 \pm 3,1$ року, із числа яких 18,75% ($n=9$) мали науковий ступінь доктора, а 81,25% ($n=39$) – кандидата медичних наук, згідно з програмою «Карта експертної оцінки доцільності впровадження до практичної діяльності ЛЗП/СЛ превентивних заходів щодо зміцнення та збереження здоров'я населення сімейно-територіальної дільниці» з використанням кваліметричного, ретроспективного, соціологічного, статистичного, математичного, абстрактного методів, а також методів дедуктивного освідомлення, структурно-логічного аналізу з урахуванням принципів системності.

Результати дослідження та їх обговорення

Установлено, що 100,0% експертів підтримали потребу запровадження в практичну охорону здоров'я Моделі (рис.), де середній бал щодо важливості запровадження в запропонованих параметрах становив $8,85 \pm 1,77$ балу за 10-бальною шкалою, де максимальну оцінку (10 балів) поставили 45,83±7,19% експертів, тоді як мінімальний критерій (5 і менше балів) виставили 4,16±2,06% фахівців при коефіцієнті варіації $C_v=20,00\%$. Окрім того, 91,66±6,14% експертів засвідчили, що саме це нововведення дає змогу здійснити перехід у первинній профілактиці РМЗ (С50) від популяційної профілактики до профілактики Стратегії високого ризику, що, власне, і відтворює екстрапольована Модель.

Визначено, що абсолютна більшість (85,42±5,09%) експертів повністю погодилися із запропонованими основними етапами в організації

Моделі системи профілактики РМЗ (С50), хоча думка респондентів щодо потреби в наявності окремих етапів була неоднозначною (табл. 1).

Фахівці погодилися з тим, що за основу у формуванні даних на II етапі Моделі – етапі збору інформації доцільно використовувати десять загальноприйнятих джерел отримання інформації, хоча й інші джерела інформації ними не заперечувалися (табл. 2).

Серед експертів 95,83±2,88% вказали на доцільність даних про стан здоров'я молочних залоз у жінок, отриманих за результатами медичних оглядів (профілактичних, періодичних, цільових, попередніх, клінічних), а також на важливість інформації про шкідливі звички в їхньому житті (95,83±2,88%). Цінними в цьому, на думку 75±3,49% спеціалістів, є дані про спадковість, а також результати мамографії (91,67±3,99%).

Крім цього, 89,58±4,41% експертів зазначити, що слід вивчати інформацію про наявність на території помешкання / місця праці жінки можливих чинників ризику, які негативно впливають на її здоров'я та здоров'я молочних залоз, не нехтуючи у 87,50±4,77% результатами акушерсько-гінекологічного анамнезу життя / хвороби та клінічних даних щодо оглядів у лікаря-гінеколога. Водночас, 81,25±5,63% анкетованих експертів рекомендували при зборі інформації акцентувати увагу на результатах самообстеження молочних залоз і даних про спосіб життя конкретної жінки, поєднуючи це у 70,83±6,56% з інформацією про загальний стан здоров'я обстежуваної жінки.

Усі 100% експертів висловились, що основу Моделі системи профілактики РМЗ (С50) серед жінок на первинному рівні медичного забезпечення мають становити систематичні та правильно організовані наукові дослідження стану здоров'я населення в контексті принципів доказової медицини, де середній бал щодо доцільності застосування цього компоненту (0–10 балів) дорівнював $8,52 \pm 1,70$ балу, максимальну оцінку (10 балів) виставили 45,83±7,19% експертів, тоді як за мінімальний критерій (5 балів) висловилося лише 2,08±2,06% фахівців при коефіцієнті варіації $C_v=19,95\%$.

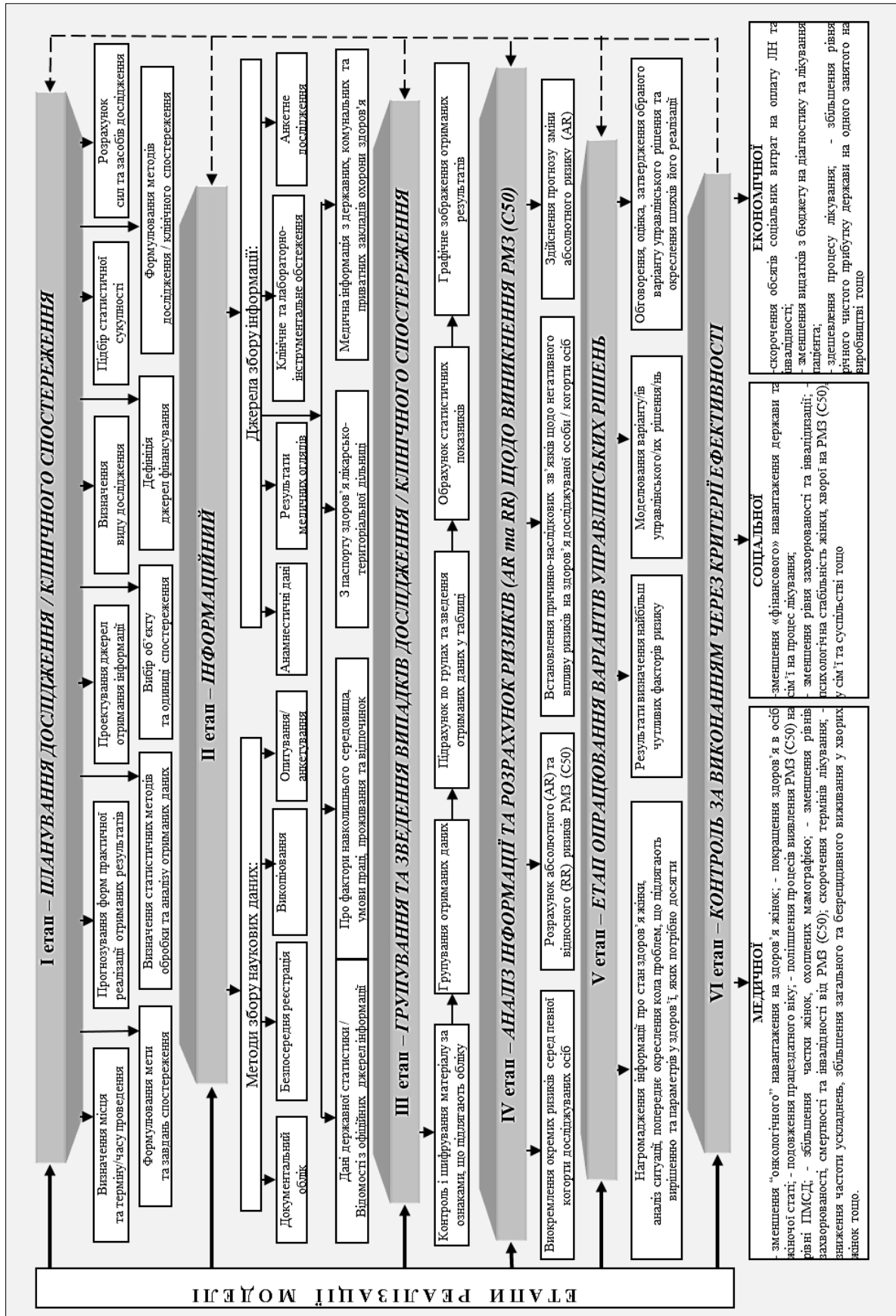


Рис. Організаційно-функціональна модель управління сімейних лікарів факторами ризику щодо виникнення / розвитку раку молочної залози (C50) у осіб жіночої статі на території обслуговування Центру первинної медико-санітарної допомоги

Таблиця 1

Рівень довіри (%) експертів до формування етапів Моделі профілактики раку молочної залози (C50)

№ пор.	Назва етапу реалізації Моделі	Рівень довіри експертів (%)	Імовірність помилки (p)
1.	Планування дослідження / клінічного спостереження	85,42±5,09	<0,001
2.	Збір інформації	87,50±4,77	<0,001
3.	Групування та зведення даних дослідження / клінічного спостереження	85,42±5,09	<0,001
4.	Аналіз інформації та розрахунок ризиків (AR та RR) щодо виникнення РМЗ (C50)	93,75±3,49	<0,001
5.	Опрацювання та прийняття варіантів управлінських рішень	85,42±5,09	<0,001
6.	Контроль за виконанням через критерії ефективності	89,58±4,41	<0,001

Таблиця 2

Експерти про рівень довіри (%) до даних клінічної епідеміології, які слід використовувати на II етапі Моделі – етапі збору інформації

№ пор.	Дані клінічної епідеміології	Рівень довіри експертів (%)	Імовірність помилки (p)
1.	Дані про стан молочної залози в жінок за результатами медичних оглядів	95,83±2,88	<0,001
2.	Інформація про наявні шкідливі звички	95,83±2,88	<0,001
3.	Відомості про спадковість	93,75±3,49	<0,001
4.	Результати мамографії	91,67±3,99	<0,001
5.	Дані про наявність на території проживання / місця праці жінки можливих чинників ризику щодо негативного впливу на здоров'я молочних залоз	89,58±4,41	<0,001
6.	Результати акушерсько-гінекологічного анамнезу життя / хвороби	87,50±4,77	<0,001
7.	Клінічні дані про огляд у лікаря-гінеколога	87,50±4,77	<0,001
8.	Результати самообстеження молочних залоз	81,25±5,63	<0,001
9.	Інформація про спосіб життя	81,25±5,63	<0,001
10.	Відомості про загальний стан здоров'я	70,83±6,56	<0,001

Фахівці висловили думку про можливе застосування ЛЗП/СЛІ сучасних наукових епідеміологічних методик на IV етапі Моделі – етапі аналізу інформації та розрахунок абсолютного та відносного ризиків (AR та RR) стосовно виникнення РМЗ (C50), (табл. 3).

Таблиця 3

Рівень довіри (%) експертів до наукових методик, які слід застосовувати в процесі реалізації IV етапу Моделі

№ пор.	Наукові методики при аналізі отриманої інформації	Рівень довіри експертів (%)	Імовірність помилки (p)
1.	Визначення індивідуального ризику РМЗ	87,50±4,77	<0,001
2.	Встановлення причинно-наслідкових зв'язків між рівнем AR та дією факторів ризику	87,50±4,77	<0,001
3.	Прогнозування тенденцій зміни рівня AR на коротко-, середньо- та довготривалий періоди	81,25±5,63	<0,001
4.	Накопичення даних про наявні фактори ризику та їх негативний вплив на здоров'я жінки в контексті РМЗ (C50) на електронні чи паперові носії інформації	77,08±6,07	<0,001
5.	Поточний та періодичний аналіз результатів отриманої інформації про показники AR виникнення РМЗ (C50)	75,00±6,25	<0,001

Експерти оцінили процес реалізації Моделі в практичній охороні здоров'я на етапі опрацювання варіантів управлінських рішень (табл. 4).

У цьому питанні необхідно акцентувати увагу на тому, що ЛЗП/СЛ у 95,83±2,88% випадках, на думку експертів, має зосереджувати увагу на питаннях обов'язкового навчання жінок методиці самообстеження молочних залоз із врученням пацієнтам листка-рекомендації, а також на проведенні санітарно-просвітньої роботи серед мешканок території обслуговування центру первинної медико-санітарної допомоги із питань визначення факторів ризику щодо їх негативного впливу на стан здоров'я жінки в контексті РМЗ (С50), з метою раннього виявлення цієї патології (С50), що підтримало 95,83±2,88% фахівців.

Водночас, 89,58±4,41% експертів висловились за п'ять варіантів управлінських рішень, які ЛЗП/СЛ має застосувати в контексті системи профілактики РМЗ (С50): якісне проведення цільових медичних оглядів жінок із високим відсотком охоплення; виявлення на індивідуальному рівні факторів ризику щодо негативного впливу на здоров'я жінки в контексті виникнення/розвитку РМЗ (С50); формування серед жінок відповідальності за власне здоров'я; скерування до лікаря-мамолога при підозрі на РМЗ (С50) та диспансерного лікарського спостереження за особами жіночої статі, в яких виявлено, згідно з величиною АR, негативний вплив на здоров'я факторів ризику щодо виникнення / розвитку РМЗ (С50).

Таблиця 4

Рівень довіри (%) експертів до варіантів управлінських рішень у процесі реалізації лікаря загальної практики / сімейного лікаря заходів V етапу Моделі

№ пор.	Варіанти управлінських рішень	Рівень довіри експертів (%)	Імовірність помилки (p)
1.	Обов'язкове навчання жінок лікарської дільниці методиці самообстеження молочної залози із врученням їм листка-рекомендації	95,83±2,88	<0,001
2.	Санітарно-просвітня робота з питань визначення факторів ризику щодо їх негативного впливу на стан здоров'я жінки в контексті РМЗ (С50) і раннього його виявлення	95,83±2,88	<0,001
3.	Проведення на якісному рівні серед жінок цільових медичних оглядів із високим відсотком охоплення	89,58±4,41	<0,001
4.	Виявлення на індивідуальному рівні факторів ризику щодо негативного впливу на здоров'я жінки в контексті виникнення / розвитку РМЗ (С50)	89,58±4,41	<0,001
5.	Формування серед жінок відповідальності за власне здоров'я	89,58±4,41	<0,001
6.	Скерування до лікаря-мамолога при підозрі на РМЗ (С50)	89,58±4,41	<0,001
7.	Диспансерне лікарське спостереження за особами жіночої статі, в яких виявлено, відповідно до величини АR, негативний вплив на здоров'я факторів ризику щодо виникнення / розвитку РМЗ (С50)	89,58±4,41	<0,001
8.	Залучення в разі необхідності лікарів-спеціалістів із вторинного (спеціалізована медична допомога) та третинного (високоспеціалізована медична допомога) для діагностики, консультацій, лікування та реабілітації пацієнтів із РМЗ (С50)	77,08±6,07	<0,001
9.	Обстеження не уражених кровних родичів жінки при наявності підозри в неї РМЗ (С50)	62,50±6,99	<0,001

У процесі експертної оцінки встановлено, що 77,08±6,07% опитаних фахівців висловились за залучення, в разі необхідності, лікарів-спеціалістів із вторинного та третинного рівнів медико-санітарної допомоги для діагностики, лікування й реабілітації пацієнтів із РМЗ (С50), тоді як 62,50±6,99% респондентів запропонували обстеження неуразжених кровних родичів жінки, при виникненні підозри в неї РМЗ (С50), у контексті системи профілактики онкопатології молочної залози (С50) в жінок.

Важливий компонент у професійній діяльності лікаря загальної практики / сімейного лікаря (ЛЗП/СЛ) – це психологічна робота з жінками в контексті РМЗ (С50), у процесі прийняття ними запропонованих управлінських рішень (табл. 5), результати чого засвідчили, що 85,42±5,09% фахівців вказали на необхідність проводити психологічну підтримку жінки в процесі прийняття нею рішення щодо проведення маммографії та потреби в оперативному лікуванні з причини РМЗ (С50).

При цьому ЛЗП/СЛ, на думку 79,17±5,86% опитаних експертів, має розпочинати психологічну підготовку жінок щодо застосування необхідних радіологічних методів лікування й перебігу післяопераційного періоду.

Установлено, що в системі профілактики раку молочної залози (РМЗ) (С50) експерти рекомендують ЛЗП/СЛ проводити психологічну роботу в 77,08±6,07% щодо необхідності протезування молочної залози та в 70,83±6,56% – щодо гігієнічного догляду за протезом молочної залози.

Таблиця 5
Рівень довіри (%) експертів до варіантів психологічної підтримки жінки в процесі прийняття нею рішення в контексті наявності раку молочної залози (С50)

№ пор.	Психологічна підтримка сімейного лікаря щодо	Рівень довіри експертів (%)	Імовірність помилки (p)
1.	Проведення мамографії	85,42±5,09	<0,001
2.	Здійснення оперативного лікування	85,42±5,09	<0,001
3.	Застосування радіологічних методів лікування	79,17±5,86	<0,001
4.	Перебігу післяопераційного періоду	79,17±5,86	<0,001
5.	Протезування молочної залози	77,08±6,07	<0,001
6.	Гігієнічного догляду за протезом молочної залози	70,83±6,56	<0,001

Для забезпечення ефективного практичного функціонування запропонованої системи профілактики РМЗ (С50) для ЛЗП/СЛ необхідне технічне забезпечення, яке експерти визначили таким чином: 83,33±5,38% спеціалістів зазначили, що на робочому місці лікаря має бути персональний комп'ютер, 70,83±6,56% фахівців – принтер і сканер, а 66,67±6,80% – портативні носії інформації. Водночас, 77,08±6,07% експертів вказали на необхідність Інтернету для обміну інформацією про фактори ризику та результати визначених індивідуальних ризиків.

Опитані експерти висловились за доцільність вимірів результатів Моделі до практичної діяльності ЛЗП/СЛ у 91,76±3,99% випадків – за допомогою показників медичної ефективності, у 85,42±5,09% – за сприянням інтегральних показників здоров'я, у 77,06±6,07% – згідно з еталонами соціальної ефективності, а у 68,75±6,42% – відповідно до змісту індексів економічної ефективності, не конкретизуючи їх сутність.

Експерти висловилися за можливі очікувані зміни в профілактичній діяльності ЛЗП/СЛ серед населення після запровадження Моделі (табл. 6). У зв'язку з цим підтверджується, що після впровадження в діяльність сімейної медицини Моделі у 91,67±3,99%, на думку експертів, робота ЛЗП/СЛ у питаннях попередження виникнення / розвитку РМЗ (С50) буде зосереджена на факторах ризику – як основі превентивної діяльності та носитиме реалістичний та індивідуальний характер.

При цьому 87,50±4,77% анкетованих фахівців висловились, що ЛЗП/СЛ при розрахунку величини

AR щодо негативного впливу на здоров'я молочних залоз жінки повернеться до застосування епідеміологічних даних – як основи доказової медицини, що в 85,42±5,09% активізуватиме виявлення серед жінок факторів ризику у виникненні / розвитку РМЗ (С50).

Доведено, що у 95,83±2,88% випадках після ознайомлення в кожному конкретному випадку з величиною показника AR щодо негативного впливу на здоров'я в контексті захворюваності РМЗ (С50) у жінок території обслуговування центру первинної медико-санітарної допомоги зростає увага до власного здоров'я, у 89,58±4,41% – посиляться ефективність медичних оглядів. Водночас, 87,50±4,77% експертів підтвердили, що збільшиться частота мамографії, тоді як 83,33±5,38% фахівців вказали на зростання якості процесу диспансеризації, а 81,25±5,63% респондентів висловились щодо поліпшення якості самообстеження молочних залоз і зростання числа консультацій до лікарів-спеціалістів.

При цьому 60,42±7,06% анкетованих експертів зазначили, що запровадження Моделі сприятиме зростанню відмови жінок від шкідливих звичок.

Отримані результати показали, що опрацьована Модель після її успішного запровадження дасть змогу жінкам психологічно налаштуватися на своєчасне обстеження молочних залоз у 95,83±2,88%, на процес лікування за показаннями – у 83,33±5,38%, на протезування молочної залози – у 77,08±6,07%, на нормалізацію післяопераційного стану прооперованих жінок із причини РМЗ (С50) – у 79,17±5,86%.

Встановлено, що опитані експерти доволі оптимістично оцінили соціальну та медичну значущість системи профілактики РМЗ (С50): 83,33±5,38% фахівців зазнали, що серед населення зростає професійна мотивація звернутися до ЛЗП/СМ, а 77,08±6,07% фахівців вказали, що

посилиться увага до санітарно-просвітньої роботи. Крім того, 75,00±6,25% експертів відмітили, що слід очікувати збільшення авторитету ЛЗП/СЛ, а 70,83±6,56% – поваги до ЛЗП/СЛ унаслідок доцільності й своєчасності застосування Моделі.

Таблиця 6

Дані експертів (%) про очікувані зміни в профілактичній діяльності серед населення території обслуговування центру первинної медико-санітарної допомоги після запровадження Моделі

№ пор.	Зміст очікуваних змін	Рівень довіри експертів (%)	Імовірність помилки (р)
1.	Робота ЛЗП/СЛ у питаннях попередження виникнення / розвитку РМЗ (С50) акцентується на факторах ризику – як основа превентивної діяльності	91,67±3,99	<0,001
2.	Профілактичні заходи щодо раннього / своєчасного виявлення серед осіб жіночої статі РМЗ (С50) будуть носити реальний та індивідуальний характер	91,67±3,99	<0,001
3.	ЛЗП/СЛ при розрахунку величини AR повернеться до застосування епідеміологічних даних – як основа доказової медицини	87,50±4,77	<0,001
4.	Активізується виявлення серед жінок факторів ризику у виникненні / розвитку РМЗ (С50)	85,42±5,09	<0,001
5.	Після ознайомлення зі змістом величини показника AR у кожному конкретному випадку:		
5.1	зростає увага жінки до власного здоров'я	95,83±2,88	<0,001
5.2	посилиться ефективність медичних оглядів (цільових, періодичних, попередніх, профілактичних)	89,58±4,41	<0,001
5.3	збільшиться частота мамографії	87,50±4,77	<0,001
5.4	зростає якість процесу диспансеризації	83,33±5,38	<0,001
5.5	поліпшиться якість самообстеження молочних залоз	81,25±5,63	<0,001
5.6	зростає число консультацій до лікарів-спеціалістів	81,25±5,63	<0,001
5.7	відбудеться відмова від шкідливих звичок	60,42±7,06	<0,001
5.8	жінка буде психологічно налаштованою на:		
	а) своєчасне обстеження молочних залоз	95,83±2,88	<0,001
	б) лікування	83,33±5,38	<0,001
	в) нормалізацію післяопераційного стану	79,17±5,86	<0,001
	г) протезування молочної залози	77,08±6,07	<0,001
6.	Зростає серед населення:		
6.1	мотивація звернутися до ЛЗП/СЛ	83,33±5,38	<0,001
6.2	увага до санітарно-просвітньої роботи	77,08±6,07	<0,001
6.3	авторитет ЛЗП/СЛ	75,00±6,25	<0,001
6.4	повага до ЛЗП/СЛ	70,83±6,56	<0,001

Висновки

Результати експертної оцінки Моделі, запропонованої до впровадження в діяльність ЛЗП/СЛ, переконливо свідчать про доцільність впровадження в практичну діяльність на первинному рівні медичного забезпечення Моделі як основної превентивної технології в діяльності ЛЗП/СЛ та про потребу в переході у профілактиці РМЗ (С50) на первинному рівні медичного

забезпечення від популяційної профілактики до профілактики Стратегії високого ризику.

Перспективи подальших досліджень полягають у науковому обґрунтуванні результатів впровадження організаційно-функціональної моделі в діяльність ЛЗП/СЛ у питаннях профілактики РМЗ (С50) в осіб жіночої статі.

Література

1. *Захворюваність* населення України на злоякісні новоутворення – результати 21-річного моніторингу (1976–1996) [Електронний ресурс] // Український нац. канцер-реєстр. – Київ, 2004. – Режим доступу : <http://users.i.kiev.ua/~ucr>. – Назва з екрана.
2. *Рак* в Україні, 2011–2012 роки : бюл. нац. канцер-реєстру України [Електронний ресурс]. – Київ, 2013. – № 14. – Режим доступу : http://www.ncsu.inf.ua/publications/BULL_14/index.htm. – Назва з екрана.
3. Рудень В. В. Організаційно-функціональна модель управління факторами ризику стосовно виникнення в осіб жіночої статі раку молочної залози – як основа превентивної діяльності сімейного лікаря в умовах реформування медичної галузі незалежної України / В. В. Рудень, Д. Є. Москв'як-Лесняк, Т. Г. Гутор // Східноєвропейський журн. громадського здоров'я. – 2012. – № 2–3 (18–19). – С. 308–315.
4. Рудень В. В. Управління факторами ризику – як основа превентивної діяльності сімейного лікаря щодо виникнення / розвитку у осіб жіночої статі раку молочної залози (С50) / В. В. Рудень, Д. Є. Москв'як-Лесняк, Т. Г. Гутор // Методичні реком. МОЗ України. – Київ, 2013. – № 114.12/21.13. – 16 с.
5. Рудень В. В. Інформаційні профілактичні технології у діяльності лікарів загальної практики/сімейних лікарів стосовно раннього виявлення онкопатології молочної залози у жінок / В. В. Рудень, Д. Є. Москв'як-Лесняк, Т. Г. Гутор // Інформаційний лист / Укрмедпатентінформ МОЗ України. – Київ, 2012. – Вип. 8, № 316.
6. Рудень В. В. Модель управління факторами ризику як основа превентивної діяльності лікаря загальної практики / сімейного лікаря щодо виникнення / розвитку раку молочної залози у жінок / В. В. Рудень, Д. Є. Москв'як-Лесняк, Т. Г. Гутор // Інформаційний лист / Укрмедпатентінформ МОЗ України. – Київ, 2012. – Вип. 9, № 317.
7. *Оценка значения двух подходов к первичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний направленного на популяцию в целом и направленного на группы с высоким риском* [Электронный ресурс] / S. Ebrahim, J. Embercon, R. Morris [et al.] // Consilium medicum. – 2008. – № 12. – С. 27–35. – Режим доступа : <http://www.fesmu.ru/elib/Article.aspx?id=197427>. – Название с экрана.

Дата надходження рукопису до редакції: 20.05.2014 р.

О целесообразности управления факторами риска на уровне врача общей практики / семейного врача по предупреждению возникновения / дальнейшего развития рака молочной железы (С50) среди лиц женского пола Украины (по результатам экспертной оценки)

Д.Е. Москвяк-Лесняк¹, В.В. Рудень²

¹Львовский городской клинико-коммунальный роддом № 1, г. Львов, Украина

²Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого, г. Львов, Украина

Цель – провести экспертную оценку целесообразности внедрения в практическое здравоохранение «Организационно-функциональной модели системы управления факторами риска на уровне семейного врача по предупреждению возникновения / дальнейшего развития рака молочной железы (С50) среди лиц женского пола» как основной превентивной технологии в деятельности семейного врача.

Материалы и методы. Экспертная оценка проведена среди 48 высококвалифицированных преподавателей кафедр социальной медицины и организации здравоохранения высших медицинских учебных заведений Украины по программе «Карта экспертной оценки целесообразности внедрения в практическую деятельность врача общей практики / семейной медицины превентивных мероприятий по укреплению и сохранению здоровья населения» с использованием квалиметрического, ретроспективного, социологического, статистического, математического, абстрактного методов, а также методов дедуктивного осведомления, структурно-логического анализа с учетом принципов системности.

Результаты. Установлено, что 100,0% экспертов поддержали потребность внедрения в практическое здравоохранение предложенной модели при среднем балле целесообразности 8,85±1,77 балла по 10-балльной шкале, тогда как 91,66±6,14% специалистов подтвердили, что данная инновация позволяет осуществить переход в первичной профилактике рака молочной железы (С50) от популяционной профилактики к профилактике Стратегии высокого риска путем выявления возможного/ых фактора/ов риска возникновения / развития рака молочной железы (С50) у лиц женского пола.

Выводы. Результаты убедительно свидетельствуют о целесообразности внедрения в практическую деятельность на первичном уровне медицинского обеспечения предлагаемой Модели как основной превентивной технологии в деятельности семейного врача, а также о необходимости перехода в первичной профилактике рака молочной железы (С50) от популяционной профилактики к профилактике Стратегии высокого риска.

Ключевые слова: здоровье, женщина, рак молочной железы, экспертная оценка, модель, первичная профилактика, Стратегия высокого риска, абсолютный риск, врач общей практики / семейный врач, общественное здоровье.

About expediency of management of risk factors at the level of doctor of general practice of family medicine to prevent the occurrence / further development of breast cancer (C50) among females of Ukraine (based on the results of expert evaluation)

D.Ye. Moskvayak-Lesniak¹, V.V. Ruden²

¹Lviv city clinical and communal maternity hospital № 1, Lviv, Ukraine

²Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine

Purpose. The expert evaluation of expediency of implementation in practical health care «Organizational and functional model of system of management of risk factors at the level of doctor of general practice of family medicine to prevent the occurrence / further development of breast cancer (C50) among females» as the main preventive technology in activity of doctor of general practice of family medicine.

Materials and methods. The expert evaluation conducted among 48 highly qualified teachers of the Departments of Social Medicine and Organization of health care of higher educational medical institutions of Ukraine, according to the program “Card of expert evaluation of expediency of implementation, in practical activity of doctor of general practice of family medicine, the preventive measures to strengthen and preserve the health of population” with using of qualimetric, retrospective, sociological, statistical, mathematical, abstract methods and methods of deductive awareness, structural and logical analysis including the principles of systematicity.

Results. It was established that 100.0% of experts supported the need of implementation in practical health care of proposed Model with the average point of expediency 8.85±1.77 points according to 10 – points scale, whereas 91.66±6.14% of experts confirmed that this innovation allows to make the transition in primary prophylaxis of breast cancer (C50) from prophylaxis of population to prophylaxis of High Risk Strategy by identifying possible factor/-s / and risk concerning occurrence / development of breast cancer (C50) among females.

Conclusions. The results conclusively confirm the expediency of implementation in practical activity at the primary level of medical providing of proposed Model as the main preventive technology in activity of doctor of general practice of family medicine and need in transition in the primary prophylaxis of breast cancer (C50) at the primary level of medical providing from prophylaxis of population to prophylaxis of High Risk Strategy.

Key words: health, woman, breast cancer, expert evaluation, model, primary prophylaxis, High Risk Strategy, absolute risk, doctor of general practice of family medicine, public health.

Відомості про авторів

Москв'як-Лесняк Дзвенислава Євгенівна – лікар-акушер-гінеколог Львівського міського клінічно-комунального пологового будинку № 1, здобувач 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.

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.

УДК 614.2:616-052.001.57(477)

Н.Ф. Шишацька

ХАРАКТЕРИСТИКА ОПТИМІЗОВАНОЇ МОДЕЛІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВ ПАЦІЄНТІВ У СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

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

Мета – розробити оптимізовану модель забезпечення прав пацієнтів у системі охорони здоров'я України відповідно до міжнародних підходів.

Методи: бібліосемантичний, структурно-логічного підходу, концептуального моделювання. Дослідження засновано на системному підході.

Результати. Запропоновано модель забезпечення прав пацієнтів в Україні, спрямовану на вирішення таких завдань: правове забезпечення прав пацієнтів у системі охорони здоров'я України; залучення громадськості до управління охороною здоров'я; створення умов у системі охорони здоров'я для забезпечення прав пацієнтів відповідно до міжнародних підходів; впровадження системи комунікації на всіх рівнях управління з питань забезпечення прав пацієнтів.

Висновки. Зазначена комплексна оптимізована модель дасть змогу забезпечити права пацієнтів в Україні відповідно до положень «Декларації про розвиток прав пацієнтів в Європі» та «Європейської Хартії прав пацієнтів».

Ключові слова: права пацієнтів, забезпечення, оптимізована модель, міжнародні вимоги, відповідність.

Вступ

Питання забезпечення прав пацієнтів висвітлені в міжнародних документах таких організацій, як Організація Об'єднаних Націй, Рада Європи, Всесвітня Медична Асоціація, Всесвітня Психіатрична Асоціація тощо [1, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12].

У країнах Європи за останні декілька десятиліть проведено ряд важливих заходів, спрямованих на розвиток прав пацієнтів, і розроблено європейські стандарти, що стали орієнтиром для реформи систем охорони здоров'я в країнах Європейського континенту [7, 10, 15].

Впровадження на правовому рівні в країнах Європи стандартів прав пацієнтів має важливе значення для України, яка проходить етап реформування системи охорони здоров'я. Імплементация положень «Декларації про розвиток прав пацієнтів в Європі» та «Європейської Хартії прав пацієнтів» у законодавство України дасть змогу значно поліпшити довіру до медичних працівників серед населення та підвищити ефективність діяльності системи охорони здоров'я в цілому [2, 3, 4, 9, 13, 14].

Прийняття відповідних документів потребує багатогранних змін у медичній практиці, психології медичних працівників, для комплексного забезпечення прав пацієнтів у системі охорони здоров'я України.

Мета роботи – розробити оптимізовану модель забезпечення прав пацієнтів у системі охорони здоров'я України відповідно до міжнародних підходів.

Методи: бібліосемантичний, структурно-логічного підходу, концептуального моделювання. Дослідження базується на системному підході.

Результати дослідження та їх обговорення

Теоретичною основою розробки моделі є міжнародні документи і безпосередньо «Декларація про розвиток прав пацієнтів в Європі» та «Європейська Хартія прав пацієнтів».

Ключовою ідеєю є послідовне вирішення пріоритетного питання щодо забезпечення прав пацієнтів у закладах охорони здоров'я України з позиції міжнародних вимог, які базуються на вказаних вище міжнародних документах (рис.).

Методологія вирішення завдань, сутність кожного з полягає в досягненні кінцевої мети – підвищення рівня забезпечення прав пацієнтів в Україні, здійснювалася в таких напрямках:

– визначення основних оперативних політик, які впливають на рівень забезпечення прав пацієнтів в Україні;

– аналіз складових визначених проблем щодо забезпечення прав пацієнтів у системі охорони здоров'я України.

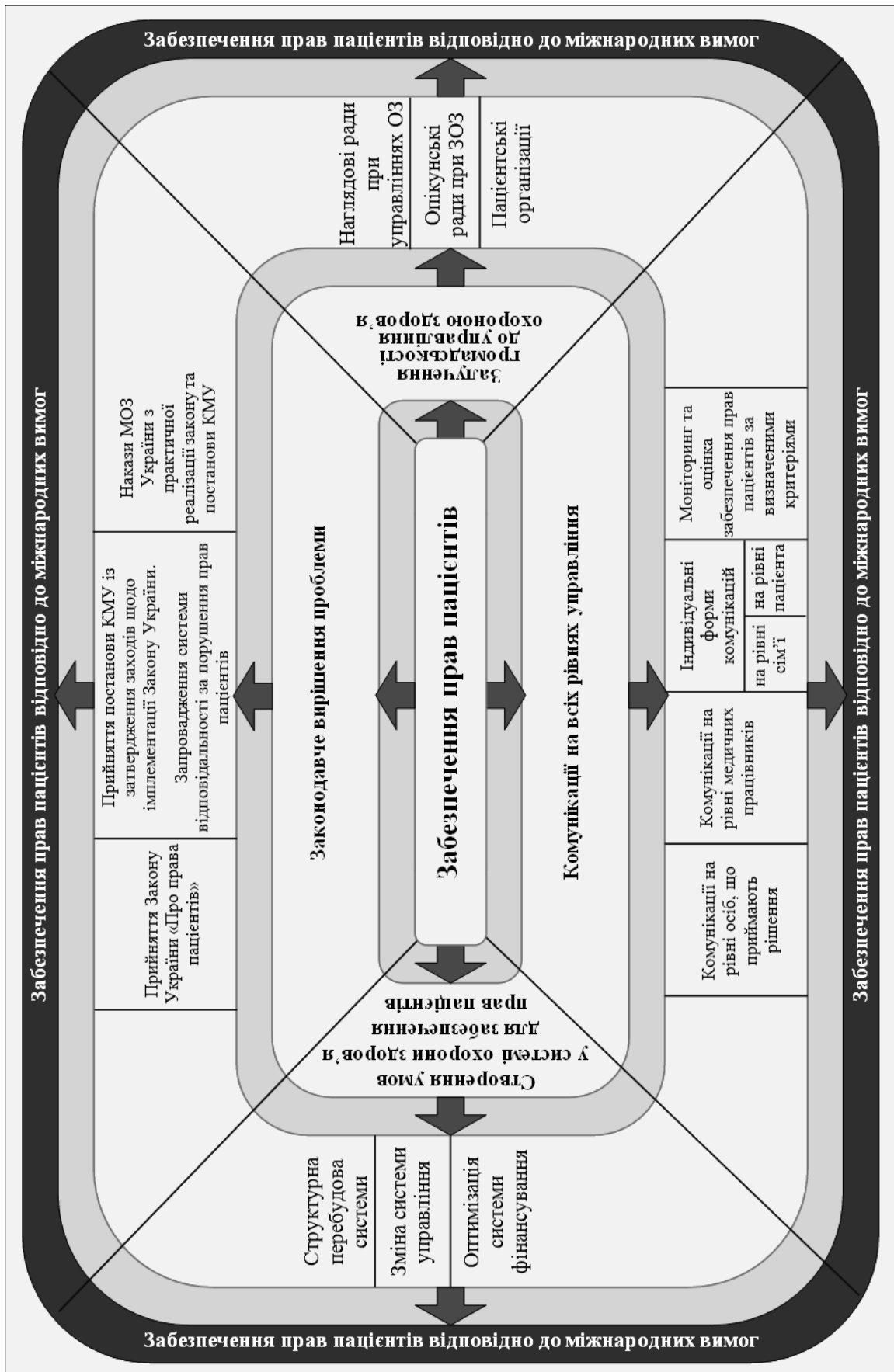


Рис. Оптимізована модель забезпечення прав пацієнтів у системі охорони здоров'я України

З огляду на вищевказані аспекти визначено такі групи завдань:

1) *Правове забезпечення прав пацієнтів у системі охорони здоров'я України*: прийняття Закону України «Про права пацієнтів», прийняття постанови Кабінету Міністрів України (КМУ) із питань імплементації закону в систему охорони здоров'я та затвердження низки наказів МОЗ України з практичної реалізації прийнятого закону та урядового акту.

2) *Залучення громадськості до управління охороною здоров'я*: залучення громадськості до управління системою на всіх її рівнях. При цьому на рівні управліннь охорони здоров'я створюються наглядові ради, а на рівні закладів охорони здоров'я – опікунські ради. Кожна з них має свої функції та виконує свої завдання. Важливим є залучення пацієнтських організацій до такої діяльності на всіх рівнях управління.

3) *Створення умов у системі охорони здоров'я України для забезпечення прав пацієнтів відповідно до міжнародних підходів*: комплексне реформування системи охорони здоров'я. Це полягає в структурній перебудові галузі з пріоритетним розвитком первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини та формування нового типу лікарень залежно від інтенсивності лікувального процесу при створенні єдиного медичного простору; а також у зміні системи фінансування та управління на всіх рівнях.

4) *Впровадження системи комунікацій на всіх рівнях управління з питань забезпечення прав пацієнтів* – обов'язковий елемент моделі. Комунікаціями охоплені заінтересовані цільові групи впливу на всіх рівнях управління: особи, що приймають рішення; медичні працівники, населення, пацієнти із застосуванням як масових, так і групових та індивідуальних форм комунікаційної діяльності. Важливим є запровадження моніторингу та оцінки забезпечення прав пацієнтів за визначеними критеріями,

результати якого мають бути предметом комунікацій.

Центральним елементом у даному розділі діяльності системи охорони здоров'я є пацієнт.

Структурна основа моделі – наявні ресурси діючої системи охорони здоров'я. Впровадження цієї моделі потребує додаткових фінансових затрат на матеріально-технічне забезпечення відповідно до галузевих стандартів при структурній перебудові системи надання медичної допомоги на галузевому та місцевому рівнях.

На рисунку відображено концептуальну оптимізовану модель забезпечення прав пацієнтів у системі охорони здоров'я України. Принципово інноваційними її складовими є: прийняття Закону України «Про права пацієнтів», підзаконних актів із даного питання з визначенням відповідальності медичних працівників за порушення прав пацієнтів; створення системи комунікації на всіх рівнях управління з питань забезпечення прав пацієнтів з охоптом комунікаційного впливу не тільки медичних працівників і пацієнтів, але й осіб, що приймають рішення, на всіх рівнях управління з моніторингом та оцінкою забезпечення прав пацієнтів за визначеними критеріями; залучення в систему управління охороною здоров'я широких верств громадськості на всіх рівнях управління системою.

Висновки

Запропонована комплексна оптимізована модель дасть змогу забезпечити права пацієнтів в Україні відповідно до положень «Декларації про розвиток прав пацієнтів в Європі» та «Європейської Хартії прав пацієнтів».

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням шляхів оптимізації забезпечення прав пацієнтів на всіх рівнях управління в системі охорони здоров'я України.

Література

1. *Гавайська* декларація II : Декларація, міжнар. документ від 10.07.1983 / Всесвітня психіатрич. асоціація [Електронний документ]. – Режим доступу : http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/995_872. – Назва з екрана.
2. Глуховський В. В. Развитие международной концепции и нормативного регулирования прав пациентов. Опыт для Украины / В. В. Глуховский, Н. Г. Гойда // Охорона здоров'я України. – 2004. – № 4 (15). – С. 36–48.
3. Глуховський В. В. Стандарты и механизмы обеспечения прав пациентов в системах здравоохранения / В. В. Глуховский. – Киев : ТОВ «Дизайн и полиграфия», 2008. – 136 с.
4. Глуховський В. В. Роль громадськості в реалізації прав громадян і пацієнтів у системі охорони здоров'я: міжнародний досвід створення системи громадської охорони здоров'я для України / В. В. Глуховський, Н. Г. Гойда // Охорона здоров'я України. – 2003. – № 4 (11). – С. 25–30.
5. Декларація о политике в области обеспечения прав пациентов в Европе / Европейское совещание ВОЗ по правам пациента, Амстердам, Нидерланды, март 1994 [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://samlib.ru/s/stonogin_s_w/europe.shtml. – Название с экрана.
6. *Защита* лиц с психическими заболеваниями и улучшение психиатрической помощи : Резолюция 46/119 / Принята Генеральной Ассамблеей ООН 18 февраля 1992 г. по докладу Третьего комитета (A/46/721) [Электронный документ]. – Режим доступа : http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/995_905. – Название с экрана.
7. *Положение* о защите прав и конфиденциальности пациента / Принято 45-й Всемирной медицинской ассамблеей, Будапешт, Венгрия, октябрь 1993 г. [Электронный документ]. – Режим доступа : http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/990_056. – Название с экрана.
8. *Права* человека и профессиональная ответственность врача в документах международных организаций. – Киев : Сфера, 1998. – 121 с.
9. *Пятый* периодический доклад Украины об исполнении положений Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах Украина, E/C.12/UKR/5, 14 августа 2006 г. [Электронный документ]. – Режим доступа : http://www1.umn.edu/humanrts/russian/esc/Rukraine_2006.html. – Название с экрана.
10. *Резолюция* о приверженности принципам этических стандартов Всемирной медицинской ассоциации / Принята Генеральной ассамблеей ВМА, Стокгольм, Швеция, сентябрь 1994 г. [Электронный документ]. – Режим доступа : http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/990_060. – Название с экрана.
11. *Резолюция* по правам человека / Принята 42-й Всемирной медицинской ассамблеей, Ранчо Мираж, Калифорния, США, октябрь 1990 г. ; внесены поправки 45-й Всемирной медицинской ассамблеей, Будапешт, Венгрия, октябрь 1993 г., и 46-й Генеральной ассамблеей ВМА, Стокгольм, Швеция, сентябрь 1994 г. [Электронный документ]. – Режим доступа : http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/995_876. – Название с экрана.
12. *Резолюция* Совета Всемирной медицинской ассоциации / Принята 132-й сессией Совета, Сантьяго, Чили, май 1992 г. [Электронный документ]. – Режим доступа : http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/990_050. – Название с экрана.
13. *Україна* крізь призму Європейської хартії прав пацієнтів: результати виконання в Україні другого етапу європейських досліджень на відповідність стандартам ЄС з прав пацієнтів. – Київ : ТОВ «Дизайн і поліграфія», 2012. – 158 с.
14. *Участие* общественности в принятии решений, влияющих на работу системы здравоохранения: состояние, позиции, идеи / под ред. В. В. Глуховского. – Киев : ТОВ «Дизайн и полиграфия», 2007. – 100 с.
15. *European Charter of Patients Rights / Active Citizenship network*. – Rome, 2002 [Electronic resource]. – Access mode : http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/health_services_co108_en.pdf. – Title from screen.

Дата надходження рукопису до редакції: 07.11.2014 р.

**Характеристика оптимізованої моделі
обеспечення прав пацієнтів в системі
здоровоохоронення України***Н.Ф. Шишацька*ГУ «Український інститут стратегічних досліджень
МЗ України», г. Київ, Україна

Цель – розробити оптимізовану модель
обеспечення прав пацієнтів в системі здоровоохоронення
України в відповідності з міжнародними підходами.

Методи: бібліосемантичний, структурно-
логічного підходу, концептуального моделювання.
Дослідження ґрунтується на системному підході.

Результати. Предложена модель забезпечення прав
пацієнтів в Україні, направлена на рішення
наступних завдань: правове забезпечення прав пацієнтів
в системі здоровоохоронення України; залучення
общественности к управленню здоровоохороненням;
створення умов в системі здоровоохоронення для
обеспечення прав пацієнтів в відповідності з
міжнародними підходами; впровадження системи
комунікацій на всіх рівнях управління по питанням
обеспечення прав пацієнтів.

Выводы. Указанная комплексная оптимізована
модель дозволить забезпечити права пацієнтів в Україні в
відповідності з положеннями «Декларации о развитии
прав пацієнтів в Європі» и «Европейской Хартии прав
пацієнтів».

Ключевые слова: права пацієнтів, забезпечення,
оптимізована модель, міжнародні вимоги,
відповідність.

**Characteristic of optimized model for provision
of the rights of patients in the system of health service
of Ukraine***N.F. Shyshatska*SI «Ukrainian Institute of Strategic Researches
MoH of Ukraine», Kyiv, Ukraine

Purpose – to work out optimized model for provision of
the rights of patients in the system of health of Ukraine
service in correspondence to international approaches.

Methods: bibliosemantic, structural-and-logical
approach, conceptual modeling. Research is based on
systemic approach.

Results. Proposed model for provision of the rights of
patients in Ukraine is based on deciding the following
problems: judicial provision of the rights of patients in the
system of health service of Ukraine, involving community
representatives in health service management, creation of
conditions in health service system for provision of the rights
of patients in correspondence to international approaches,
introduction of the systems of communication at all the levels
of management on the problems of provision of the rights of
patients.

Conclusion. Proposed complex optimized model for
provision of the rights of patients in the system of health
service in Ukraine is to defend the rights of patients in the
country in correspondence to Declaration on development of
the rights of patients in Europe and to European Charter on
the rights of patients.

Key words: rights of patients, provision, optimized model,
international requirements, correspondence.

Відомості про автора

Шишацька Наталія Федорівна – пошукач 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.

ДЕЯКІ ПРОБЛЕМИ В ДОТРИМАННІ ПРАВА СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ НА ЕФЕКТИВНУ ПРОФЕСІЙНУ ДІЯЛЬНІСТЬ (ОГЛЯД НАУКОВОЇ ЛІТЕРАТУРИ)

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

²Національна академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Мета – висвітлити проблеми сімейних лікарів щодо реалізації свого права на ефективну професійну діяльність.

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

Результати. Встановлено, що основними проблемами професійної діяльності є недостатнє технічне оснащення робочого місця сімейного лікаря, матеріальне забезпечення його особистості, а це негативно впливає на мотивацію ефективної діяльності, питання підготовки та перепідготовки лікарів.

Висновки. З різних причин (відсутність організаційного досвіду роботи, нестача фінансових коштів, слабка юридична законодавча база, ідеологічний консерватизм тощо) під утиск прав професійної діяльності підпадають, на жаль, ЛЗП/СЛ, причому частіше за своїх колег-медиків.

Ключові слова: лікар загальної практики / сімейний лікар, права, обов'язки, матеріально-технічне забезпечення, проблеми.

Вступ

Головною метою системи охорони здоров'я будь-якої країни є безпечна, ефективна, своєчасна та адекватна медична допомога населенню. На сучасному етапі розвитку системи охорони здоров'я України для досягнення цієї мети необхідно посилити первинну медичну допомогу – ланку першого контакту більшості пацієнтів із системою охорони здоров'я [2, 3, 15, 17, 19].

Мета роботи – висвітлити проблеми сімейних лікарів щодо реалізації свого права на ефективну професійну діяльність.

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

Результати дослідження та їх обговорення

Сімейна медицина і сімейний лікар є основними ланками надання первинної медико-соціальної допомоги (ПМСД) [2, 23].

Поняття «сімейний лікар» (лікар загальної практики / сімейний лікар – ЛЗП/СЛ) склалося еволюційним шляхом в історичних умовах. За рекомендаціями Всесвітньої організації охорони здоров'я, однією з основних вимог надання медичної допомоги є її фізична доступність населенню. Відповідно до засад «Європейської політики з досягнення здоров'я на ХХІ століття», на рівні ПМСД держава повинна забезпечити безперервність медичної допомоги. Це означає

надання лікувально-діагностичної допомоги в будь-який час (включаючи нічний та святкові дні), забезпечення нагляду за пацієнтами, яких виписали зі стаціонару для продовження лікування за місцем проживання, а також надання невідкладної медичної допомоги хворим у тяжкому стані. Усім цим вимогам відповідає концепція надання медичної допомоги на засадах сімейної медицини, яка для будь-якого пацієнта та членів його сім'ї є фізично доступною, безперервною та невідкладною. Про це свідчить досвід цивілізованих країн світу.

За визначенням фахівців, ЛЗП/СЛ – це фахівець із вищою медичною освітою, який має юридичне право надавати медичну допомогу, виступає інтегратором оцінки стану здоров'я пацієнтів, бере участь у розробці планів лікувально-оздоровчого характеру, координує їх реалізацію та оцінює ефективність. Він коригує спосіб життя пацієнта, є адвокатом і провідником у складній системі охорони здоров'я, медико-санітарного, фармацевтичного та соціального забезпечення. За потреби, ЛЗП/СЛ залучає в лікувально-діагностичний та реабілітаційний процес лікарів «вузьких» спеціальностей. Сімейний лікар – це окрема медична спеціальність, така сама, як ендокринолог, психіатр, невролог, офтальмолог та ін., тому потребує спеціального навчання, підтвердженого відповідними дипломом і сертифікатом. Кваліфікований лікар ЛЗП/СЛ, який має практичний досвід роботи зі спеціальності сімейного лікаря, може самостійно діагностувати та

ефективно лікувати, відповідно до сучасних стандартів, до 80% захворювань [3].

Робота на рівні всієї родини дає сімейному лікареві більше можливостей реалізувати діагностичну, лікувальну, реабілітаційну та профілактичну програми завдяки безпосередньому контакту із соціальним середовищем, в якому перебувають пацієнти. Для планування відповідних заходів ЛЗП/СЛ має бути обізнаним щодо культурних, побутових, санітарних, психологічних особливостей сім'ї. Загальна практика / сімейна медицина (ЗП/СМ) здатна забезпечити безперервність спостереження за пацієнтами від їх народження до старого віку на тлі збереження індивідуального підходу до хворих. Сімейний лікар відповідає за вибір місця лікування і наступність у системі «сімейний лікар – лікар стаціонару». Це потребує високої кваліфікації, знань і умінь у наданні невідкладної медичної допомоги в сім'ї, у визначенні необхідності екстреної госпіталізації пацієнтів. Сімейний лікар має право: самостійно встановити діагноз і визначити тактику ведення хворого відповідно до встановлених стандартів; призначити необхідні для комплексного обстеження пацієнта методи лабораторної та інструментальної діагностики; залучити, за потреби, лікарів інших спеціальностей для консультацій, обстеження та лікування хворих; внести пропозиції керівництву установи щодо вдосконалення лікувально-діагностичного процесу, поліпшення роботи адміністративно-господарських і параклінічних служб або щодо організації та умов своєї трудової діяльності; отримати і користуватися інформаційними матеріалами та нормативно-правовими документами, необхідними для виконання своїх посадових обов'язків, пройти в установленому порядку атестацію з правом отримання відповідної кваліфікаційної категорії [3, 5, 23].

Однак аналіз прав ЛЗП/СЛ на достойні умови їх реалізації, проведений протягом трьох років реформування вітчизняної системи охорони здоров'я, свідчить, що основні складові мотивації успішної діяльності ЛЗП/СЛ в Україні не забезпечуються. Права ЛЗП/СЛ визначені як такі, що лікуючий лікар – це лікар, який надає медичну допомогу пацієнту в період його спостереження і лікування в амбулаторно-поліклінічному або лікарняному закладі [5, 23].

Проблеми реалізації права ЛЗП/СЛ виникають вже на початковому етапі освоєння мистецтва цієї професії. До прикладу, вчені визнають важливість комунікативної компетентності в діяльності ЛЗП/СЛ. Водночас, ні студенти, ні практикуючі лікарі не можуть визначити складові комунікативної

компетентності, які ототожнюються разом із професійною компетентністю [5, 23, 32].

Важливою проблемою в діяльності ЛЗП/СЛ є конфліктні професійні ситуації, які негативно впливають на ефективність медичної допомоги. Навіть за умови повного забезпечення права для реалізації ефективної професійної діяльності ЛЗП/СЛ в його практиці, за аналізом численних досліджень, можуть виникати конфліктні ситуації між населенням і ЛЗП/СЛ при впровадженні ЗП/СМ: намагання хворого пройти необхідне (на його погляд) обстеження і консультацію у «вузького» фахівця за відсутності (на думку сімейного лікаря) в цьому об'єктивної необхідності; певна недовіра населення до сімейного лікаря порівняно з «вузькими» спеціалістами; намагання хворого обов'язково потрапити на прийом до лікаря за об'єктивної доцільності прийому середнім медичним персоналом [20, 29, 30, 32, 33].

Конфлікти між ЛЗП/СЛ і «вузькими» спеціалістами: ЛЗП/СЛ намагається штучно обмежити число консультацій «вузьких» спеціалістів, а ті, своєю чергою, намагаються збільшити потоки хворих не на користь ЛЗП/СЛ шляхом формування громадської думки і особистих бесід із хворими. Конфлікти між ЛЗП/СЛ і керівництвом стаціонарів, поліклінік та служби швидкої медичної допомоги: ЛЗП/СЛ, з одного боку, а керівництво поліклінік, стаціонарів та служби швидкої медичної допомоги – з іншого, намагаються самостійно регулювати потоки хворих для консультації фахівців, обстеження і лікування в умовах поліклініки і стаціонару, і, як наслідок, спостерігається втрата фінансових коштів [1, 4, 12, 18, 26].

Достатній рівень розвитку ЗП/СМ потребує створення не тільки нормативної, але й матеріально-технічної складової перетворення сучасних медичних закладів первинної ланки. На думку науковців і практиків з охорони здоров'я, ЛЗП/СЛ для виконання однієї з основних функцій – діагностики та виявлення хвороб, повинен мати технічне оснащення. Однак, за літературними даними, технічна основа вітчизняного медичного обладнання для використання в практиці ЛЗП/СЛ недостатня: розвиток медичних приладів обмежений відповідно до вимог, які пред'являються до апаратури медичного призначення для застосування в домашніх умовах. Усе медичне обладнання ЛЗП/СЛ має бути безпечним при використанні вдома, відносно дешевим, простим в експлуатації, мати невеликі габарити і масу, але при цьому забезпечувати максимальну ефективність. За даними соціологічних досліджень, у зв'язку з цим 79% ЛЗП/СЛ відчувають підвищений дискомфорт і психічну напруженість унаслідок невідповідності

особистісних сподівань реальному задоволенню, а 93% респондентів вказують, що їх не задовольняє матеріальний бік цієї професії. Молоді ЛЗП/СМ відмовляються їхати в село через відсутність там елементарних умов для проживання [7].

Однією з надважливих проблем у діяльності ЛЗП/СЛ є таке явище, як «лікарська помилка» [22], можливість виникнення якої зменшиться за достатньої підготовки ЛЗП/СЛ. Під помилкою в діяльності ЛЗП/СЛ розуміють дії, в яких мають місце об'єктивні складності роботи, недостатня кваліфікація лікаря, неможливість використовувати власні знання, недосконалість амбулаторної медичної науки. Причиною професійних помилок ЛЗП/СЛ може бути фактор випадковості, який важко спрогнозувати і який може зумовити непередбачувані наслідки. До об'єктивних обставин, які призводять до помилки ЛЗП/СЛ, відносяться умови, за яких немає змоги провести те чи інше втручання. Найбільш поширені суб'єктивні помилки зумовлені лікарським незнанням [13, 31].

Діагностика в практиці ЛЗП/СЛ – це не тільки здатність встановити вірний діагноз, вона здебільшого базується на впевненості, що у хворого немає іншої хвороби. Тому відмовитися від діагнозу іноді важче, ніж його встановити. Лікар має враховувати і організацію медичної допомоги членам сім'ї, і профілактику захворювань, і етику спілкування [8, 9, 23, 27, 28].

Однією з проблем впливу матеріального забезпечення робочого місця ЛЗП/СЛ є запровадження ЗП/СМ у місті. До цих пір залишається дискусійним питанням формування сімейної медицини в містах, де населення має більш доступну медичну допомогу, яку надають «вузькі» спеціалісти. Є нерозуміння певної частки населення, чому амбулаторії, такі необхідні в провінції, потрібно з такою адміністративною наполегливістю створювати у великих містах? В українському селі охоплення сімейною медициною нині становить до 80%, в українському місті – 20%. Ця частка населення запитує фахівців, чому потрібно доводити міську медицину до рівня сільської амбулаторії, маючи на увазі недостатнє оснащення робочого місця ЛЗП/СЛ. Населення через нормативні документи отримує обіцянки, що ЛЗП/СЛ цілодобово надаватиме швидко й невідкладну допомогу. Однак унормовані вимоги до ЛЗП/СЛ не передбачають конкретизації в організації робочого дня ЛЗП/СЛ, зокрема, не визначається, чи свідомо буде робочий день ЛЗП/СЛ ненормованим і за яким правом це визначено [21].

Матеріальне забезпечення ЛЗП/СЛ (достойна заробітна платня) має не менший вплив на мотивацію ефективної діяльності. На сьогодні це

питання залишається найбільш важливим. Воно часто висвітлюється навіть у засобах масової інформації. На думку дослідників, у світовій практиці в цьому напрямку, як виявилось, все в порядку. Державі потрібен лікар, який вчить людей бути здоровими, спостерігає за ними, активно виявляє захворювання на ранній стадії їх прояву. Держава в такому випадку платить за збереження здоров'я генофонду, таким чином, оцінюючи роботу ЛЗП/СЛ відповідно до їх навантаження за індикаторами. В Україні, згідно з постановою Кабінету Міністрів України щодо реалізації ст. 10 Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» від 07.07.2011 р. № 3612-VI, запропоновано відійти від, так званої, «зрівнялівки» в оплаті праці медперсоналу, зокрема, заплановано визначити фонд зарплати в центрах і порядок оплати праці ЛЗП/СЛ, дільничних лікарів (терапевтів та педіатрів) і молодших спеціалістів із медичною освітою, які працюють на первинному рівні медичної допомоги, з урахуванням навантаження на персонал, яка перевищує норматив населення, що обслуговується (1 200 – у сільській місцевості, 1 500 – у містах), якості виконаної роботи, поправочних коефіцієнтів з урахуванням віку (літні люди, діти) [6].

Одним із серйозних факторів, які впливають на право ЛЗП/СЛ забезпечувати ефективну професійну діяльність, є кадрова підготовка. На посаду ЛЗП/СЛ призначається той, хто пройшов підготовку в інтернаті за спеціальністю «ЗП/СМ», або лікар за фахом «Лікувальна справа» і «Педіатрія», який пройшов підготовку на циклі спеціалізації з сімейної медицини у вищих медичних закладах [3]. Однак, на думку дослідників, в Україні фактично немає чіткої структуризації медичної допомоги, а ПМСД надають лікарі первинного контакту, до яких належать не тільки дільничні терапевти і педіатри, але й лікарі багатьох спеціальностей: акушери-гінекологи, невропатологи, отоларингологи, офтальмологи, дерматовенерологи, урологи, хірурги, ортопеди-травматологи, психіатри. У містах до ЛЗП/СЛ умовно зараховують дільничних терапевтів і дільничних педіатрів, які в ідеалі мають надавати лікувально-профілактичну допомогу відповідно дорослому і дитячому населенню при найбільш поширених захворюваннях. Через неструктурованість медичної допомоги в країні досить важко дати точну характеристику забезпеченості і діяльності суб'єктів первинної, вторинної і третинної допомоги. Проте внаслідок надмірної спеціалізації дільничні терапевти і педіатри разом становлять лише 18,12% усіх лікарів

і 22,86% лікарів, які безпосередньо займаються лікувально-діагностичною роботою з пацієнтами. Це значно менше, ніж у більшості економічно розвинених країн, де питома вага подібних фахівців дорівнює 30–40% (у Німеччині – 41,6%, у Канаді – навіть 50% лікарів) [14].

На сьогодні гостро постало питання перепідготовки лікарів для надання медичної допомоги дітям. Лікарі завжди строго поділялися за спеціалізацією і протягом десятків років досконально вивчили свою сферу, а на сьогодні після шестимісячних курсів терапії, які завжди лікували дорослих, отримали право лікувати дітей. Відомо, що дитячий організм на захворювання реагує гостріше, і якщо якийсь симптом не буде вчасно діагностований, то все може закінчитися летальним наслідком у лічені години. Зарадити подібній ситуації може лише досвідчений педіатр [16]. Незважаючи на те, що у вищих медичних закладах існують кафедри сімейної медицини, викладачі цих кафедр недостатньо підготовлені у зв'язку з недосконалою системою підготовки педагогічних кадрів. Тому ЛЗП/СЛ, приступаючи до роботи, не мають достатньої підготовки з неонатології, педіатрії, акушерства і гінекології, терапії, хірургії, травматології, офтальмології тощо. Реформа з кадрової підготовки запланована до 01.01.2020 р. У рамках реформи вже розроблено та затверджено норматив забезпечення амбулаторіями населення, що полегшить доступ населення до закладу ПМСД, а це дуже важливо для людей пенсійного віку та людей з фізичними обмеженнями. В Європі цей показник становить 4,9 амбулаторії на 10 тис. населення, в Україні він досить різний залежно від типу місцевості. Крім того, розвиток мережі амбулаторій дасть змогу поліпшити доступ пацієнтів до лікарів, а лікарів до пацієнтів. Наприклад, в Києві, завдяки розбудові мережі амбулаторій, радіус доступності до амбулаторних закладів скоротився з 5 до 1,5 км.

Однак питання кадрової ситуації ще не вирішене, також не визначені навантаження на сімейного лікаря та дотримання його права на роботу і відпочинок. Норматив навантаження на сімейного лікаря становить 1 200 осіб у сільській місцевості і 1 500 осіб у місті. Для виконання цих нормативів країна потребує 30 тис. сімейних лікарів. Граничне ж навантаження на одного лікаря складає понад 2 000 осіб, але при такій кількості сімейний лікар не в змозі надавати якісні медичні послуги. Тому оптимальна кількість сімейних лікарів, з урахуванням нерівномірності розподілу населення, для України дорівнює 22–25 тис. сімейних лікарів. Сьогодні в країні працює понад 10 тис. ЛЗП/СЛ, але поруч із цим триває процес перепідготовки педіатрів і

терапевтів. У 2012 р. підготовлено 1 444 лікарі, а в 2013 р. заплановано підготувати 2 466 сімейних лікарів. На сьогодні майбутні ЛЗП/СЛ – теперішні терапевти і педіатри – проходять додаткове навчання. Незважаючи на вищезазначене, ЛЗП/СЛ беруть на себе обов'язок стежити за здоров'ям своїх пацієнтів (включаючи дітей віком понад 6 років), направляти на аналізи, на консультації до спеціалістів «вузького» профілю і на стаціонарне лікування, проводити діагностику та профілактику захворювань, призначати ліки, для чого не вистачає досвіду [10].

Однією з проблем прав ЛЗП/СЛ є примусова перекваліфікація на шестимісячних курсах із сімейної медицини. Це грубе порушення стандартів підготовки медичних кадрів, оскільки протягом такого короткого періоду неможливо засвоїти значні обсяги теоретичної інформації та відшліфувати професійні практичні навички [21].

У всіх ключових документах Всесвітньої організації сімейних лікарів висвітлена значна і важлива соціальна роль та відповідальність ЛЗП/СЛ, однак у багатьох країнах світу ЛЗП/СЛ працюють у неналежних умовах, без достатнього оснащення і фінансування, а часто – і без заслуженого визнання з боку держави. Водночас, і пацієнти, і суспільство, і політики очікують та вимагають від ЛЗП/СЛ вирішити багато проблем, з яких лише деякі повністю медичні. Кожен ЛЗП/СЛ виконує соціальну місію, є провідником соціальної справедливості на своєму робочому місці, запроваджуючи єдині підходи і стандарти в допомозі багатим, бідним і маргінальним членам суспільства, є борцем за права людини в найповнішому сенсі і захисником права людини на справедливість.

У літературних джерелах немає інформації про забезпечення права ЛЗП/СЛ, гарантованого Конституцією України, на відпочинок, на приватне життя, на відвідування театру і музеїв, на відпустку, на туристичні поїздки, що, на нашу думку, підвищило б мотивацію ефективної діяльності ЛЗП/СЛ.

Висновки

Отже, з різних причин (відсутність організаційного досвіду роботи, нестача фінансових коштів, недосконала юридична законодавча база, ідеологічний консерватизм тощо) під утиск прав професійної діяльності підпадають, на жаль, ЛЗП/СЛ, причому частіше за своїх колег-медиків.

Перспективи подальших досліджень полягають у подальшому вивченні проблем у дотриманні права ЛЗП/СЛ на ефективну професійну діяльність.

Література

1. *Акопов В. И.* Право в медицине / В. И. Акопов, Е. Н. Маслов. – Москва : Книга-сервис, 2002. – 352 с.
2. *Горбань С. М.* За сімейним лікарем майбутнє системи охорони здоров'я України / С. М. Горбань // Одесский мед. журн. – 2004. – № 3. – С. 4–7.
3. *Думанский Ю. В.* Семейный врач (врач общей практики) / Ю. В. Думанский, О. В. Синяченко, Г. А. Игнатенко. – Донецк : Изд-во медунивер., 2013. – 253 с.
4. *Косарев И. И.* Этика семейного врача / И. И. Косарев // Медицинская кафедра. – 2006. – № 1. – С. 102–106.
5. *Мажак І.* Сімейна медицина на етапі становлення: порівняльний аналіз України та Польщі / І. Мажак. – Київ, 2010. – 377 с.
6. *Матюха Л. Ф.* Семейная медицина в Украине: революция в стагнации? [Электронный ресурс] / Л. Ф. Матюха. – Режим доступа : <http://therapia.ua/therapia/2012-/01-/semeinaya-meditsina-v-ukraine-revolutsiya-v-stagnatsii>. – Название с экрана.
7. *Морозов А.* Правові аспекти та захист професійної відповідальності лікаря / А. Морозов, А. Степаненко, Л. Чернецька // Ліки України. – 2004. – № 6. – С. 80–85.
8. *Москаленко В. Ф.* Найбільш поширені захворювання в практиці сімейного лікаря / В. Ф. Москаленко, О. М. Гіріна. – Київ : Медицина, 2008.
9. *Особенности* ведения больных в амбулаторных условиях : учеб. пособ. для самостоятельной работы студентов 6 курса лечебного факультета и интернов / Л. Л. Куличенко, И. Ю. Колесникова, И. В. Ивахненко, Е. П. Чернышев. – Волгоград : Изд-во ВолГМУ, 2004.
10. *Пацієнт, незадоволений якістю отриманих медичних послуг, має право змінити сімейного лікаря* / Прес-служба МОЗ України 04.09.2013 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : www.moz.gov.ua. – Назва з екрана.
11. *Пищита А. Н.* Согласие на медицинское вмешательство: медико-правовой анализ, юридические стандарты, практика реализации / А. Н. Пищита. – Москва : ЦКБ РАН, 2006. – 210 с.
12. *Поликлиническая терапия* : учебник для студ. высш. учеб. мед. заведений / под ред. Б. Я. Барта. – Москва : Изд. центр «Академия», 2005. – 544 с.
13. *Пути оптимизации преподавания внутренних болезней в медицинском вузе* / С. А. Байдурин, А. Х. Альмухаметова, Ф. К. Бекенова, Н. А. Рутенко // Клиническая медицина. – 2008. – № 86 (3). – С. 73–74.
14. *Роль сімейної медицини* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : intranet.tdmu.edu.ua/data/Rol_SM.doc. – Назва з екрана.
15. *Руководство по первичной медико-санитарной помощи* / гл. ред. А. А. Баранов, И. Н. Денисов, А. Г. Чучалин. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 1584 с.
16. *Семейная медицина по-украински. Аналитика минусов и потенциальных смертей* [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://mk-donbass.com.ua/index.php?id=8058&show=news&newsid=50914>. – Название с экрана.
17. *Сімейна медицина* : навч. посібник для студ. ВМНЗ II–IV р. а. / за ред. В. Б. Гощинського, Є. М. Стародуба. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2005. – 810 с.
18. *Тимофієва М. П.* Психологічні умови розвитку комунікативної компетентності майбутнього сімейного лікаря : автореф. ... дис. к.психо-біол.н. : 19.00.07 «Педагогічна та вікова психологія» / М. П. Тимофієва. – Київ, 2008. – 13 с.
19. *Файда М. М.* Майбутнє – за сімейним лікарем / М. М. Файда // Нова медицина. – 2004. – № 4. – С. 4–5.
20. *Хаустова О.* Психосоматична медицина: психосоматичні розлади в практиці сімейного лікаря / О. Хаустова // Ліки України. – 2005. – № 9. – С. 15–18.
21. *Черняхівський Є.* «За» і «проти» сімейної медицини [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://golosukraine.com/publication/suspilstvo/zdorovya/23359-za-i-proti-simejnoyi-medicini/#U8uqTODNkUo>. – Назва з екрана.
22. *Эльштейн Н. В.* Современный взгляд на врачебные ошибки / Н. В. Эльштейн // Терапевтический архив. – 2005. – № 77 (8). – С. 88–92.
23. *Beylot J.* General practice and internal medicine: The fighting with shared issues / J. Beylot // Rev. Med. Interne. – 2009. – № 30 (4). – P. 377–381.
24. *Egnew T. R.* Role modeling the doctor-patient relationship in the clinical curriculum / T. R. Egnew, H. J. Wilson // Fam. Med. – 2011. – № 43 (2). – P. 99–105.

25. *Family medicine specialty selection: a proposed research agenda* / D. Campos-Outcalt, J. Senf, P. A. Pugno, A. L. McGaha // *Fam. Med.* – 2007. – № 39 (8). – P. 585–589.
26. *Gillon R. Telling the truth and medical ethics* / R. Gillon // *Brit. Med. J.* – 1985. – Vol. 291 (6508). – P. 1556–1557.
27. *Ibeziako P. Approach to psychosomatic illness in adolescents. Curr* / P. Ibeziako, S. Bujoreanu // *Opin. Pediatr.* – 2011. – № 23 (4). – P. 384–389.
28. *Incorporating population medicine into primary care residency training* / W. S. Dysinger, V. King, T. C. Foster, D. Geffken // *Fam. Med.* – 2011. – № 43 (7). – P. 480–486.
29. *Krall E. J. Doctors who doctor self, family and colleagues* / E. J. Krall // *WMJ.* – 2008. – № 107 (6). – P. 279–284.
30. *Lam R. Office management of gait disorders in the elderly* / R. Lam // *Can. Fam. Physician.* – 2011. – № 57 (7). – P. 765–770.
31. *Teaching medical error apologies: Development of a multi-component intervention* / R. A. Gillies, S. H. Speers, S. E. Young, C. A. Fly // *Fam. Med.* – 2011. – Vol. 43 (6). – P. 400–406.
32. *The PHAMEU project. Utrecht, Netherlands Institute for Health Services, 2008* [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.phameu.eu>. – Title from screen.
33. *The relationship between a state wide preceptor ship program and family medicine residency selection* / V. S. Kubal, J. Zweifler, S. Hughes, J. M. Reilly // *J. Am. Board Fam. Med.* – 2010. – № 23(1). – P. 67–74.

Дата надходження рукопису до редакції: 06.11.2014 р.

**Некоторые проблемы в соблюдении права
семейного врача на профессиональную деятельность
(обзор научной литературы)**

A.V. Kudrya¹, N.Ya. Zhylka²

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

²Национальная медицинская академия последиplomного
образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

Цель – осветить проблемы семейных врачей по реализации своего права на профессиональную деятельность.

Методы: структурно-логического анализа, библиосемантический, системного подхода.

Результаты. Установлено, что основными проблемами профессиональной деятельности является недостаточное техническое оснащение рабочего места семейного врача, материальное обеспечение его личности, а это негативно влияет на мотивацию эффективной деятельности, вопросы подготовки и переподготовки врачей.

Выводы. По разным причинам (отсутствие организационного опыта работы, нехватка финансовых средств, слабая юридическая законодательная база, идеологический консерватизм и др.). Под ущемление прав своей профессиональной деятельности подпадают семейные врачи, причем, чаще своих коллег-медиков.

Ключевые слова: врач общей практики / семейный врач, права, обязанности, материально-техническое обеспечение, проблемы.

**Some problems in meeting the right family doctor
for effective professional activity
(review of the scientific literature)**

A.V. Kudrya¹, N.Ya. Zhylka²

¹SI «Ukrainian Institute of Strategic Researches
MoH of Ukraine», Kyiv, Ukraine

²National Medical Academy of Postgraduate Education
named after P.L. Shupyk, Kyiv, Ukraine

Purpose – coverage of family physicians regarding their right to effective professional activities.

Methods: structural and logical analysis, bibliosemantic, systematic approach.

Results of scientific sources revealed that the main problems of professional activity is insufficient technical equipment of the workplace of family physicians logistical support of his personality, which has a negative impact on motivation efficiently, preparation and retraining of doctors.

Conclusions. For various reasons (lack of organizational experience, a lack of funds, poor legal framework, ideological conservatism, etc.) For infringing on the rights of their professional activities covered family doctors, and, more often than his fellow physicians.

Key words: general practitioner / family doctor, rights, duties, logistical support, problems.

Відомості про авторів

Кудря Андрій Віталійович – н.с. сектору організації первинної медико-санітарної допомоги населенню відділу стратегії розвитку системи охорони здоров'я та наукових основ організації медичної допомоги населенню ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна; служб. тел. +38 (044) 576-41-19; e-mail: andreykudrya@rambler.ru.

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.

УДК 614.2.001.73.001.57(477)

O.Yu. Kachur¹, G.O. Slabky²

MODERN APPROACHES TO REFORMING HEALTH SERVICE SYSTEM IN UKRAINE

¹SI «Ukrainian Institute of Strategic Researches MoH of Ukraine», Kyiv, Ukraine²Uzhgorod national University, Uzhgorod, Ukraine

Purpose – to propose up-to-date approaches to reforming the system of medical aid to population in Ukraine.

Methods: systematic approach, structural-and-logical analysis, conceptual modeling, bibliosemantic. In the course of study data of personal research, data of scientific publications and personal experience of organizational work were used.

Results. Up-to-date approaches to reforming Health Service System in Ukraine are proposed. They include priority given to developing primary medical aid basing on the principles of family medicine; developing hospital circuits with hospitals of intensive treatment; changes in the system of financing.

Conclusions. Introduction of modern effective methods of financing of medical institutions and medical personnel payments are planned.

Key words: reform of Health Service System in Ukraine, modern approaches.

Introduction

At present stage of state development reform in Health Service System is being held in Ukraine [1, 5]. Before introducing new Health Service System at state level its pilot testing is conducted [4]. The reform anticipates structural changes in the system and changes in the system of financing [1, 3, 6]. Structural realignment in the system of health service should be conducted alongside with administrative-and-territorial reform in the country.

The purpose of work – to propose up-to-date approaches to reforming the system of medical aid to population in Ukraine.

Material and methods

Systematic approach, structural-and-logical analysis, conceptual modeling, bibliosemantic. In the course of study data of personal research, data of scientific publications and personal experience of organizational work were used.

Results of research and their discussion

Health Service System in Ukraine requires consecutive and deep institutional and structural changes aimed at improving public health and meeting just demands in medical aid. Principle directions of changes in health service system of Ukraine are: increasing effectiveness of health service system functioning; increasing quality of medical aid;

increasing availability of medicines; introduction of social medical insurance; introduction of professional management. Special attention in this article is paid to increasing effectiveness of health service system functioning.

Central role in realization of this direction is played by structural reorganization of the system to meet the demands of population in different types of medical aid.

Primary level of structural reform provides:

– clear delimitation of primary and secondary medical aid;

– creation of network of primary level hospitals, mostly ambulatories of general practice/family medicine for 2 doctors in rural regions and 4 doctors in urban regions equipped correspondingly to tables of equipment with different models for rural and urban regions.

It is planned to create the Centers of primary medical-and-sanitary aid to optimize directing primary level hospitals, use of financial resources and financial stability of hospitals for primary medical-and-sanitary aid. Centers (with rights of juridical person) include doctors' ambulatories, doctor's assistant and midwife dispensaries that provide population of certain rural region with 30 to 100 thousand people with primary doctor's and predoctor's aid.

The functions of Center include: conclusion of contracts with customers for primary medical aid, planning, coordinating the activity of primary medical-and-sanitary aid institutions included in the Center, providing qualified medical aid, accounting and

bookkeeping, financial management, determining and distribution of stimulating payments for personnel.

Basing on the data of conclusive management and the best world experience to improve quality of secondary medical aid with simultaneous increase of effectiveness in the use of available resources and elimination of doubling in medical services we propose hospitals differentiation taking into account intensiveness of medical aid that is provided in:

- hospital of intensive therapy for twenty-four-hour medical aid to patients with acute status that require highly intensive therapy and nursing (myocardial infarction, insults, acute bleeding etc.). Resource provision of the hospitals of this type requires intensive technologies, specialized highly expensive diagnostic and therapeutic equipment, service of resuscitation and intensive therapy, urgent diagnostics;

- planned therapy for repeated courses of anti-relapse or restitution therapy according to standard schemes;

- hospitals of restitution therapy for reconstruction of functions broken by sickness or injury to prevent disability and for rehabilitation of disabled patients need special equipment (physiotherapeutic, gym apparatuses etc.);

- hospices for providing palliative and psychological aid to terminal patients require special equipment for aid and nursing, specially trained personnel (mostly nurses) and wide involvement of volunteers. For medical-and-social aid (nursing, social and palliative aid) this type of institution requires minimal diagnostic and therapeutic equipment, aid is mostly given by nurses.

Most important role is played by multi-profile hospitals that provide intensive therapy, first of all urgent medical aid, just because health and life of patients depends on their activity. Hospitals of this type compose about 90% of all the hospitals in developed countries.

For effective functioning hospitals of this type should provide with medical aid not less than 120–200 thousand people and have not less than 3000 surgeries and not less than 400 deliveries per year.

Proposed changes can be realized at present administrative-and-territorial division by creation of hospital circuits that unite health service institutions of several rural regions or cities and districts depending on density of population, character of its settling and taking into account traffic communication, material-and-technical and personnel potential of hospitals, profile of their activity and structure of medical services.

Structure of hospital circuit includes: multi-profile hospital of intensive therapy (organized on the base of powerful district and city hospitals); hospitals of

restitution therapy correspondingly to demands; hospice – one in the circuit; institutions of medical-and-social aid/ nursing (organized on the base of central regional, district or city hospitals that do not function as intensive therapy hospitals); hospitals of planned therapy for chronic patients in every rural administrative region, city without division in districts, district of a city (organized on the base of central regional, district or city hospitals that do not function as intensive therapy hospitals, hospitals of restitution therapy, hospice). Diagnostic examination for primary level and planned ambulatory specialized aid are provided in polyclinic departments of planned therapy hospitals or consultative-and-diagnostic polyclinics. In acute cases aid will be given by specialists from hospitals of intensive therapy.

Gradual weighed amalgamation of multi-profile and mono-profile or specialized institutions is also provided.

The following model for patients being taken to institutions of secondary medical aid is proposed:

- to hospitals of intensive therapy patients are taken by sanitary car or use their own traffic;

- to hospitals and polyclinics of planned therapy for chronic patients order is given by the doctor of primary level;

- to hospitals of restitution therapy order is given by from the doctors of primary level, doctors of intensive therapy hospital, specialists of polyclinic department in planned therapy hospital for chronic patients, doctors of tertiary level coordinated with the doctors of primary level;

- to hospitals of medical-and-social aid and hospices order is given by the doctor of primary level.

Health service institutions of all types are to be reequipped correspondingly to their functions. Calculations taken show that expenses for additional equipping intensive therapy institutions in proposed model of secondary level aid are 27.4% less than expenses for necessary additional equipping of the whole now existing network. Concentration of intensive aid will give way to improving quality of aid owing to the increase of qualification level of medical personnel.

Management of the institutions of secondary level that are included in hospital circuit is to be provided by regional department of health service. Part of managing functions related to coordination of institutions functioning inside the circuit can be passed to the group of institutions in the form of corporation. Optimal version of management will be determined after approbation in pilot regions.

There are many problems in functioning of ambulance and emergency service and among most

important is substantial part of work that is not special of first aid functions, like calls to chronic patients, calls for injections of analgesics for oncologic patients, loss of time to get to patient, non-profiled calls for specialized personnel. The frames of reforms provide the following:

- to separate the functions of ambulance and emergency service and pass urgent aid as function to primary level;

- to release ambulance service of aid to oncologic patients (injections of analgesics at home) and pass this function to primary level by giving licenses for introduction of narcotic medications to the structures of primary aid and providing primary aid institutions with modern non-opioid analgesic medications;

- to include ambulance stations to hospital circuit, to compose their capacity, number of substations and places of temporary basing of ambulance service personnel so that to meet the demand of principal criterion of service functioning – time for getting to sick or injured person limited by 10 minutes in the city and 20 minutes in rural region;

- to create on regional level united controller service;

- to provide ambulance aid mostly with doctor's assistants crews equipped and trained according to clinical records.

Conditions for structural reforms in state section of health service on the primary level of medical aid are:

- separation of primary and secondary levels of medical aid;

- uniting financial resources for primary medical-and-sanitary aid on district/city levels;

- free choice of general practitioner-family doctor who determines patient's medical route.

Conditions for structural reforms in state section of health service on the secondary level of medical aid are:

- uniting financial resources for secondary medical aid on regional level that will help to rationalize planning the network of institutions, to eliminate unjustified fragmentation in health service system and to work out real management mechanisms for deciding the problems of restructuring the network of institutions of regional health service, in particular functional differentiation of hospitals depending on intensity of hospital aid.

Conditions for structural reforms in state section of health service on all the levels of medical aid are:

- revision and uplifting of criteria for licenses and accreditation, deformalization of these procedures;

- transmission for operative managing the resources of all institutions of primary aid to district/city level and of secondary aid to regional level.

Everything mentioned above will require changes in legislative base of Ukraine on health service.

Special feature of approaches to reforming Health Service System at present stage consists in provision of its correspondence to administrative-and-territorial reform and to international approaches.

Conclusion

Strategy of reforms in Health Service System of Ukraine includes structural changes depending on different levels of medical aid. Priority is given to introduction of primary medical-and-sanitary aid on the base of family medicine. On the secondary level of medical aid hospital circuits are organized with reorganization of existing hospitals into health service institutions of new type: hospitals of intensive therapy, hospitals of planned therapy, hospitals of restitution therapy and hospices.

Projects of next research are related to the study of reform effectiveness.

References

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). – Р. 5–23.
2. Методичні рекомендації стосовно розробки місцевими органами виконавчої влади та органами місцевого самоврядування планів заходів щодо спеціалізації закладів охорони здоров'я, оптимізації їх мережі та створення об'єднань таких закладів, зокрема міжрайонних / за ред. Г. О. Слабкого. – Київ, 2010. – 24 с.
3. Первинна медико-санітарна допомога/сімейна медицина : монографія / З.М. Митник, Г. О. Слабкий, Н. П. Крижина ; за ред. В. М. Князевича ; МОЗ України. – Київ, 2010. – 404 с.
4. 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 [Electronic document]. – Access mode : <http://www.zakon.rada.gov.ua>. – Title from screen.
5. Реформування галузі охорони здоров'я: Вінницька, Донецька, Дніпропетровська, Одеська, Полтавська області, м. Київ. Результати, проблеми, шляхи вирішення / В. В. Лазоришинець, Р. В. Салютін, Г. О. Слабкий [та ін.]. – Київ, 2014. – 207 с.
6. Слабкий Г. О. Сучасні підходи до фінансування системи охорони здоров'я / Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко, О. О. Загледа. – Київ, 2011. – 345 с.

Дата надходження рукопису до редакції: 10.11.2014 р.

Сучасні підходи до реформування системи охорони здоров'я України

О.Ю. Качур¹, Г.О. Слабкий²

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

²Ужгородський національний університет, м. Ужгород, Україна

Мета – висвітлити сучасні підходи до реформування системи надання медичної допомоги населення в Україні.

Методи: системного підходу, структурно-логічного аналізу, концептуального моделювання, бібліосемантичний.

Результати. Сучасні підходи до реформування системи охорони здоров'я України полягають у пріоритетному розвитку первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини, а також у формуванні госпітальних округів зі створенням лікарень інтенсивного лікування та зміні системи фінансування.

Висновки. Запрограмовано впровадження сучасних ефективних методів фінансування закладів охорони здоров'я та оплати праці медичного персоналу.

Ключові слова: реформа системи охорони здоров'я України, сучасні підходи.

Современные подходы к реформированию системы здравоохранения Украины

А.Ю. Качур¹, Г.А. Слабкий²

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

²Ужгородский национальный университет, г. Ужгород, Украина

Цель – представить современные подходы к реформированию системы оказания медицинской помощи населению в Украине.

Методы: системного подхода, структурно-логического анализа, концептуального моделирования, библиосемантический.

Результаты. Современные подходы к реформированию системы здравоохранения Украины заключаются в приоритетном развитии первичной медицинской помощи на принципах семейной медицины; а также в формировании госпитальных округов с созданием больниц интенсивного лечения и смене системы финансирования.

Выводы. Запрограммировано внедрение современных эффективных методов финансирования учреждений здравоохранения и оплаты труда медицинского персонала.

Ключевые слова: реформа системы здравоохранения Украины, современные подходы.

Відомості про авторів

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

Слабкий Геннадій Олексійович – д.мед.н., проф. кафедри громадського здоров'я Ужгородського національного університету; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна; e-mail: g.slabkiy@mail.ru.

УДК 614.87/68:616-083.98:164:001.8

І.В. Кочін¹, О.О. Гайволя¹, Е.В. Хандога¹, С.В. Протас²,
Т.В. Ланкмілер², П.І. Сидоренко², О.М. Акулова¹, Д.О. Трошин¹, І.Ф. Шило¹

ЛОГІСТИКА ЯК СУЧАСНА ПАРАДИГМА ОПТИМІЗАЦІЇ ОРГАНІЗАЦІЇ РЕСУРСНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ СЛУЖБИ МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ УКРАЇНИ ПРИ НАДАННІ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

¹ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», м. Запоріжжя, Україна

²Головне управління Державної санітарно-епідемічної служби у Кіровоградській області,
м. Кіровоград, Україна

Мета – науково обґрунтувати і довести доцільність використання сучасної парадигми логістики та її підходів до оптимізації ресурсного забезпечення діяльності Державної служби медицини катастроф.

Матеріали та методи. Матеріалами дослідження слугували основні матеріальні та інформаційні потоки діяльності служби (сил, засобів, медичного транспорту, постраждалих, медичного і немедичного персоналу служби) в повсякденних умовах та при ліквідації медико-санітарних втрат у надзвичайних ситуаціях. Застосовано методи системного підходу, логістичного аналізу, наукової парадигмальної екстраполяції та інформаційно-аналітичний.

Результати. Визначено поняття логістичної системи та перелік її компонентів. Надано характеристику та розкрито мету окремих видів логістики для поліпшення організації ресурсного забезпечення надання екстреної медичної допомоги постраждалим у надзвичайних ситуаціях. Визначено роль логістики інформаційних потоків у службі. Сформульовано основні завдання логістики та переваги її використання.

Висновки. Логістичний підхід до організації й надання екстреної медичної допомоги в зоні надзвичайних ситуацій трансформується в складну схему взаємодії та взаємодоповнення діяльності різноманітних служб, інтегрований результат функціонування яких дає змогу оптимально організувати і надати даний вид допомоги постраждалим.

Ключові слова: логістика, медицина катастроф, екстрена медична допомога.

Вступ

Протягом свого існування людство боролось з негативними наслідками надзвичайних ситуацій (НС) й узагальнювало досвід надання медичної допомоги [8]. Як правило, під час масштабних НС виникає феномен масовості постраждалих, що приводить до диспропорції між потребою у фахівцях, матеріально-технічних ресурсах системи охорони здоров'я та її можливостями надавати екстрену медичну допомогу (ЕМД) постраждалим у необхідному обсязі та в оптимальні строки [8, 14, 15, 16].

Проблема достатнього матеріально-технічного постачання, тобто ресурсного забезпечення, передусім стосується Державної служби медицини катастроф (ДСМК), її формувань і закладів, які тільки за вищезазначеної умови мають змогу ефективно організувати лікувально-евакуаційне забезпечення, надати ЕМД у дошпитальний і шпитальний періоди, здійснювати заходи санітарно-гігієнічного та протиепідемічного характеру і виконати вимоги Закону України «Про екстрену медичну допомогу»

від 05.07.2012 р. № 5081-VI [13]. Поступово склалася наукова ідеологія оптимального матеріально-технічного постачання формувань і закладів ДСМК, закладів охорони здоров'я, які надають ЕМД у складних умовах НС. Але такого підходу на сьогодні вже недостатньо, час вимагає використання нової парадигми оптимізації функціонування ДСМК.

Основним завданням ДСМК як особливої аварійно-рятувальної служби є організація і надання ЕМД постраждалим у НС. Невчасне надання ЕМД збільшує кількість медико-санітарних втрат та інвалідизацію постраждалих у НС, психосоматичні розлади в учасників ліквідації наслідків НС, що, своєю чергою, приводить до зниження ефективності роботи ДСМК. Тому пошук шляхів оптимізації організації та надання ЕМД є ключовим завданням системи управління ДСМК [2, 8, 16]. Одним із таких шляхів є запровадження в процес організації та надання ЕМД постраждалим у НС здобутків логістики – науки, економічний сенс якої полягає в організації раціонального процесу просування ресурсів від постачальників до споживачів,

функціонування сфери обігу ресурсів, системи управління, створення інфраструктури [5, 7, 9, 10]. Розширене визначення логістики трактує її як науку про планування, управління і контроль руху матеріальних, інформаційних і фінансових ресурсів у різних системах [11, 12]. З позиції управління ДСМК логістику треба розглядати як стратегічне управління ресурсними потоками в процесі надання ЕМД при НС [2, 3, 4, 16, 17]. Під ресурсами в системі ДСМК слід розуміти запаси і джерела сил, фінансових, матеріально-технічних та інформаційних засобів, які можуть бути використані або використовуються при наданні ЕМД постраждалим при НС.

Матеріали та методи

Проведено аналіз і наукове узагальнення медико-соціальної інформації діяльності ДСМК України, КУ «Обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» Запорізької обласної ради та служби швидкої медичної допомоги Запорізької області з організації та надання ЕМД постраждалим при НС на основі логістичного аналізу основних потоків (сил, засобів, медичного транспорту, постраждалих, медичного і немедичного персоналу ДСМК) у повсякденних умовах функціонування та при ліквідації медико-санітарних наслідків у НС. У визначенні загальних закономірностей руху ресурсних потоків для оптимізації діяльності ДСМК і вдосконалення організації надання ЕМД постраждалим використано прийоми логістики, методи інформаційно-аналітичні, наукової парадигмальної

екстраполяції, медико-економічного аналізу, теорії дослідження операцій у плануванні, управлінні та контролі руху матеріальних, інформаційних і фінансових ресурсів.

Результати дослідження та їх обговорення

Термін «логістика» походить від грецької *λογιστική*, що означає «рахункове мистецтво». Логістика – наука про планування, організацію, управління, контроль і регулювання руху матеріальних та інформаційних потоків у просторі і часі від їх первинного джерела до кінцевого споживача [1, 5, 6, 7]. Відтак стає зрозумілим актуальність та важливість розробки цього розділу з використанням можливостей логістики в оптимізації організації діяльності ДСМК з урахуванням як умов сьогодення, так і перспектив економічного розвитку України, удосконалення системи медико-технічного постачання ДСМК, динаміки, кількості, масштабності, характеру та видів НС [8, 13, 14, 15]. Таким чином, система науково-обґрунтованих поглядів на оптимізацію діяльності ДСМК й удосконалення організації надання ЕМД постраждалим при НС шляхом раціоналізації управління та оптимізації матеріальних потоків є концепцією логістики ДСМК при НС.

Одним із базових понять логістики є поняття логістичної системи [5, 11, 12]. Логістична система – це адаптована система зі зворотним зв'язком, яка виконує ті або інші логістичні функції (рис. 1), складається з декількох підсистем і має розвинений зв'язок із зовнішнім середовищем.

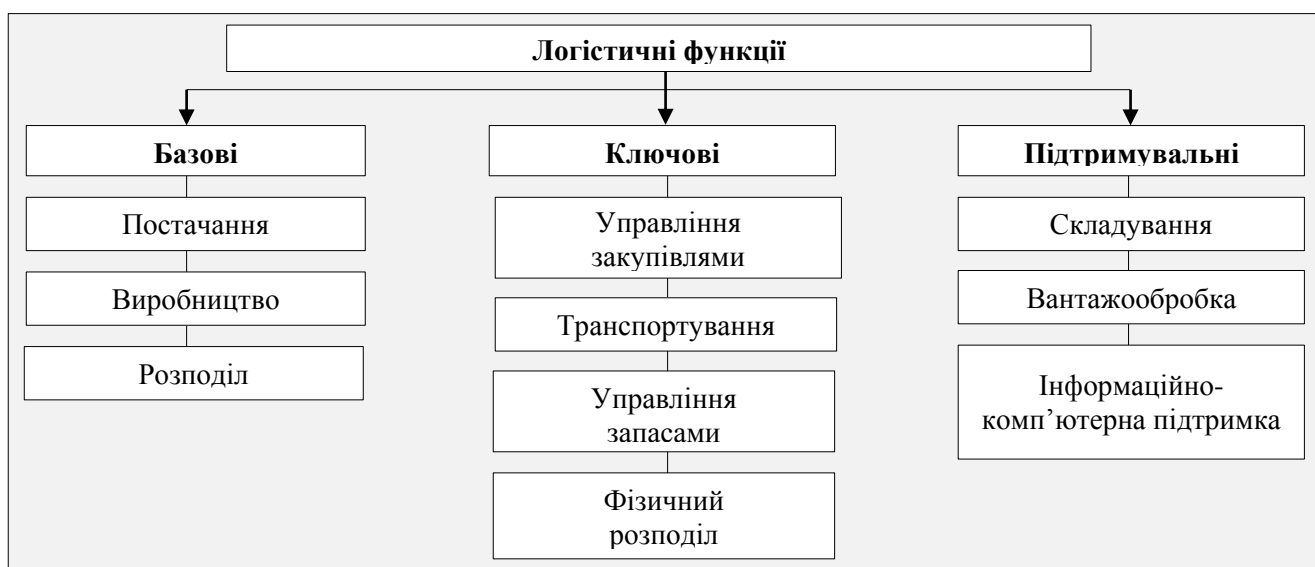


Рис. 1. Функції логістичної системи

У діяльності ДСМК можливо застосувати різні логістичні системи. Для системи управління ДСМК логістична система – це сукупність дій учасників логістичного ланцюга (постраждалі, рятувальники, транспорт, заклади охорони здоров'я,

постачальники устаткування, медикаментів, продуктів харчування, палива, інші зацікавлені організації тощо), побудованих так, щоб виконувалися основні вимоги логістики (рис. 2).

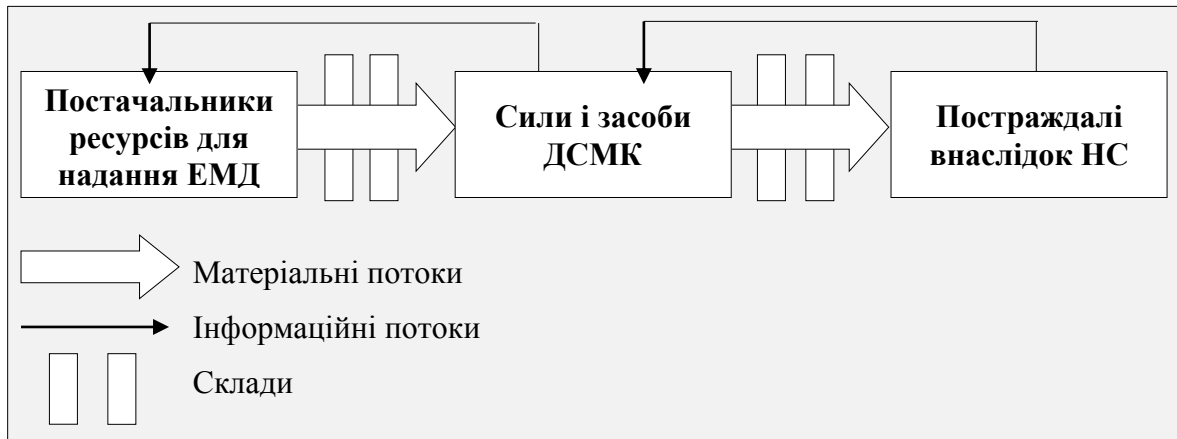


Рис. 2. Схема логістичного ланцюга

Логістика, стосовно діяльності ДСМК при плановому забезпеченні її готовності в повсякденних умовах життєдіяльності та організації оперативного постачання при наданні ЕМД при НС, поділяється на види: закупівельну, запасів («резервів»), транспортну, складську, виробничу, інформаційну та митну.

В основу процесу управління матеріальними потоками ДСМК покладено опрацювання інформації, яка циркулює в логістичних системах. У зв'язку з цим одним із ключових понять логістики є поняття інформаційного потоку [5, 7].

Інформаційний потік – це сукупність циркулюючих у логістичній системі ДСМК між логістичною системою та зовнішнім середовищем повідомлень, необхідних для управління та контролю логістичних систем (рис. 3). Інформаційний потік може існувати у вигляді паперових та електронних документів. Від ступеня наповнення інформаційної системи, якості та своєчасності інформації залежить ефективність системи управління ДСМК у цілому.

Методологія логістики в системі управління ДСМК полягає в посиленні техніко-технологічної, економічної і функціональної узгодженості діяльності учасників надання ЕМД постраждалим при НС. Основною передумовою можливості застосування логістичного методу організації ЕМД постраждалим у системі управління ДСМК є чітка організаційно-економічна єдність учасників і створення вискоєфективних медико-технічних систем, які здатні забезпечити необхідну ЕМД у

потрібному місці, в потрібний час, у необхідному обсязі і з мінімальними витратами [16].

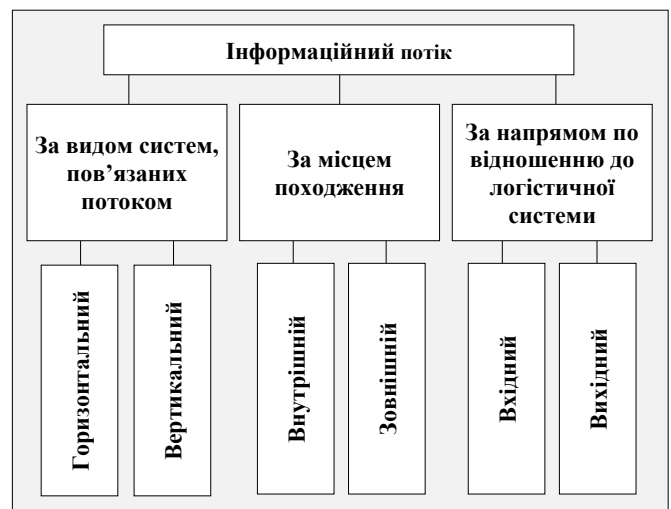


Рис. 3. Види інформаційних потоків

Важливим науково-практичним напрямом захисту населення є розробка теоретичних основ логістично організованої ЕМД із використанням медико-лікарняних технологій сучасної медицини, а також науково обґрунтовані рекомендації з їх практичного використання ДСМК при НС. Логістично побудоване медико-санітарне забезпечення постраждалих при НС здійснюється у вигляді системи науково обґрунтованих заходів, які враховують такі провідні організаційні принципи: системність і комплексність з опорою на сили і засоби системи управління ДСМК України;

взаємодія з силами органів цивільного захисту, військової медицини та медичних закладів усіх форм власності; вирішення питань адаптації медичних працівників до екстремальних умов праці в НС; високий ступінь здатності адаптуватися до змін довкілля [13, 14, 15, 16].

Таким чином, логістичний підхід до організації й надання ЕМД у зоні НС трансформується в складну схему взаємодії та взаємодоповнення діяльності різноманітних служб, інтегрований результат функціонування яких дає змогу оптимально організувати і надати ЕМД постраждалим.

Висновки

1. Логістика як сучасна парадигма міждисциплінарного наукового напрямку дає змогу розробити систему швидкого реагування ДСМК з організації та надання ЕМД постраждалим при НС на основі її системних структурних перетворень.

2. Головним завданням логістики ЕМД при НС у системі управління ДСМК є створення інтегрованої ефективної системи регулювання та контролю ресурсних потоків, які забезпечують організацію своєчасного та високоякісного надання ЕМД постраждалим унаслідок НС.

3. Використання парадигмальних основ логістики дає змогу розробити новий науково-практичний напрямок і запровадити вивчення логістики як міждисциплінарної науки в навчальний процес післядипломної освіти керівників ДСМК України.

Перспективи подальших досліджень полягають в опрацюванні, визначенні та використанні широкого кола питань теорії та практичного застосування логістики в предметній сфері медицини катастроф, організації та надання ЕМД, оптимізації матеріальних та інформаційних потоків ДСМК.

Література

1. Болт Г. Дж. Практическое руководство по управлению сбытом / Г. Дж Болт ; пер. с англ. ; под ред. Ф. А. Кружикова. – Москва : Экономика, 1991. – 271 с.
2. Гайволя О. О. Логістична концепція організації надання екстреної медичної допомоги при надзвичайних ситуаціях в системі управління ДСМК України / О. О. Гайволя, І. В. Кочін, Е. В. Хандога // Медичні та фарм. науки: страт. пріор. розв. та іннов. ріш. : зб. мат. міжнар. наук.-практ. конф. – Дніпропетровськ : Орг. наук. мед. досл. «Salutem», 2013. – С. 10–14.
3. Гайволя О. О. Парадигма логістики надання екстреної медичної допомоги в системі управління ДСМК України / О. О. Гайволя, І. В. Кочін, Е. В. Хандога // Ключові пит. наук. досл. у сфері мед. у 21 ст. : мат. міжнар. наук.-практ. конф. – Одеса : ГО «Півд. фонд. мед.», 2014. – С. 119–123.
4. Гайволя О. О. Поняття логістики охорони праці в системі управління ДСМК України / О. О. Гайволя, І. В. Кочін, Е. В. Хандога // Сучасні наук. досл. предст. мед. науки – прогрес мед. майбут. : зб. тез наук. робіт сучасн. міжнар. наук.-практ. конф. – Київ : Київський мед. наук. центр, 2014. – С. 6–9.
5. Глогусь О. Логістика: навч. посіб. / О. Глогусь. – Тернопіль : Економічна думка, 1998. – 160 с.
6. Залманова М. Е. Закупочная и распределительная логистика : учеб. пособ. / М. Е. Залманова. – Саратов : Изд-во СПИ, 1992. – 70 с.
7. Кальченко А. Г. Логістика: навч. посіб. / А. Г. Кальченко. – Київ : КНЕУ, 2000. – 148 с.
8. Кочін І. В. Медицина катастроф: виробниче видання / І. В. Кочін, Г. О. Черняков, П. І. Сидоренко ; за ред. проф. І. В. Кочіна. – Київ : Здоров'я, 2008. – 724 с.
9. Логистика : миссия, цель, объект, предмет и задачи, проблемы и результат [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://logisticstime.com>. – Название с экрана.
10. Логістика : учеб. пособ. / под ред. Б. А. Аникина. – Москва : ИНФРА-М, 1999. – 327 с.
11. Неруш Ю. М. Логістика : учеб. для вузов / Ю. М. Неруш. – 2-е изд, перераб. и доп. – Москва : ЮНИТИ-ДАНА, 2000. – 389 с.
12. Николайчук В. Е. Основы логистики : учеб. пособ. / В. Е. Николайчук. – Донецк : Китис, 1999. – 160 с.
13. Про екстрену медичну допомогу : Закон України від 05.07.2012 р. № 5081-VI [Електронний документ]. – Режим доступа : [http : www.rada.gov.ua](http://www.rada.gov.ua). – Назва з екрана.
14. Про загальнодержавну цільову програму захисту населення і територій від надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру на 2013–2017 роки : Закон України від 07.06.2012 р. № 4909-VI [Електронний документ]. – Режим доступа : [http : www.rada.gov.ua](http://www.rada.gov.ua). – Назва з екрана.
15. Про затвердження Положення про єдину державну систему цивільного захисту : постанова КМУ від 09.01.2014 р. № 11 [Електронний документ]. – Режим доступа : [http : www.rada.gov.ua](http://www.rada.gov.ua). – Назва з екрана.
16. Про заходи щодо удосконалення надання екстреної медичної допомоги населенню в Україні : наказ МОЗ України від 29.08.2008 р. № 500 [Електронний документ]. – Режим доступа : [http : www.moz.gov.ua](http://www.moz.gov.ua). – Назва з екрана.
17. Эддоус М. Методы принятия решений / М. Эддоус, Р. Стенфилд. – Москва : Аудит, ЮНИТИ, 1997. – 590 с.

Дата надходження рукопису до редакції: 21.05.2014 р.

Логистика как современная парадигма оптимизации организации ресурсного обеспечения Государственной службы медицины катастроф Украины при оказании экстренной медицинской помощи

*И.В. Кочин¹, А.А. Гайволя¹, Е.В. Хандога¹,
С.В. Протас², Т.В. Ланкмилер², П.И. Сидоренко²,
О.М. Акулова¹, Д.А. Трошин¹, И.Ф. Шило¹*

¹ГУ «Запорожская медицинская академия
последипломного образования МЗ Украины»,
г. Запорожье, Украина

²Главное управление Государственной санитарно-
эпидемической службы в Кировоградской области,
г. Кировоград, Украина

Цель – научно обосновать и доказать целесообразность использования современной парадигмы логистики и ее подходов к оптимизации ресурсного обеспечения деятельности Государственной службы медицины катастроф.

Материалы и методы. Материалами исследования служили основные материальные и информационные потоки деятельности службы (сил, средств, медицинского транспорта, пострадавших, медицинского и немедицинского персонала службы) в повседневных условиях и при ликвидации медико-санитарных потерь в чрезвычайных ситуациях. Использованы методы системного подхода, логистического анализа, научной парадигмальной экстраполяции и информационно-аналитический.

Результаты. Определено понятие логистической системы и перечень ее компонентов. Предоставлена характеристика и раскрыта цель отдельных видов логистики для улучшения организации ресурсного обеспечения предоставления экстренной медицинской помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях. Определена роль логистики информационных потоков в службы. Сформулированы основные задания логистики и преимущества ее использования.

Выводы. Логистический подход к организации и предоставлению экстренной медицинской помощи в зоне чрезвычайной ситуации трансформируется в сложную схему взаимодействия и взаимодополнения деятельности разнообразных служб, интегрированный результат функционирования которых позволяет оптимально организовать и предоставить данный вид помощи пострадавшим.

Ключевые слова: логистика, медицина катастроф, экстренная медицинская помощь.

Logistic as modern paradigm of optimization of organization of resource providing of the State service for disaster medicine Ukraine at providing urgent medicare

*I.V. Kochin¹, O.O. Gaivolya¹, E.V. Khandoga¹,
S.D. Protas², T.V. Lankmiler², P.I. Sydorenko²,
O.M. Akulova¹, D.O. Troshyn¹, I.F. Shylo¹*

¹SI «Zaporizhzhya medical academy of postgraduate
education of MoH of Ukraine», Zaporizhzhya, Ukraine

²General Directorate of State Sanitary-epidemiological
Services in the Kirovograd region, Kirovograd, Ukraine

Purpose – a scientific ground and proof of expediency of the use of modern paradigm of logistic and her going near optimization of the resource providing of activity of State service of medicine for disaster.

Materials and methods. Research materials the basic material and informative streams of activity of service (forces, facilities, medical transport, victims, medical and unmedical personnel of service) served as in everyday terms and at liquidation of medical losses in emergencies. Methods: of approach of the systems, logistic analysis, of the scientific paradigm extrapolation, research and information.

Results. The concept of the logistic system and list of her components are certain. Description is given and the aim of separate types of logistic is exposed for the improvement of organization of the resource providing of grant of urgent medicare to the victims in emergencies. The role of logistic of dataflows is certain in services. The basic tasks of logistic and advantage of her use are set forth.

Conclusions. The logistic going near organization and grant of urgent medicare in the zone of emergency is transformed in the difficult chart of cooperation and addition of activity of various services, the integrated result of functioning of that allows optimally to organize and this type of help to the victims.

Key words: logistic, medicine for disaster, urgent medicare.

Відомості про авторів

Кочін Ігор Васильович – д.мед.н., проф., зав. кафедри цивільного захисту та медицини катастроф ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»; бул. Вінтера, 20, м. Запоріжжя, 69096, Україна; академік Української міжнародної академії оригінальних ідей; служб. тел. +38 (061) 279-05-33; e-mail: zmapo33@gmail.com.

Гайволя Олександр Олександрович – старший викладач кафедри цивільного захисту та медицини катастроф ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»; бул. Вінтера, 20, м. Запоріжжя, 69096, Україна; служб. тел. +38 (061) 279-05-33; e-mail: zmapo33@gmail.com.

Хандога Еліна Володимирівна – старший викладач кафедри цивільного захисту та медицини катастроф ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»; бул. Вінтера, 20, м. Запоріжжя, 69096, Україна; служб. тел. +38 (061) 279-05-33; e-mail: zmapo33@gmail.com.

Акулова Ольга Мефодіївна – к.мед.н., доц. кафедри цивільного захисту та медицини катастроф ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»; бул. Вінтера, 20, м. Запоріжжя, 69096, Україна; служб. тел. +38 (061) 279-05-33; e-mail: zmapo33@gmail.com.

Трошин Дмитро Олександрович – к.мед.н., старший викладач кафедри цивільного захисту та медицини катастроф ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»; бул. Вінтера, 20, м. Запоріжжя, 69096, Україна; служб. тел. +38 (061) 279-05-33; e-mail: zmapo33@gmail.com.

Шило Іван Федорович – старший викладач кафедри цивільного захисту та медицини катастроф ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»; бул. Вінтера, 20, м. Запоріжжя, 69096, Україна; служб. тел. +38 (061) 279-05-33; e-mail: zmapo33@gmail.com.

Протас Святослав Вікторович – начальник Головного управління Державної санітарно-епідемічної служби у Кіровоградській області; вул. Пушкіна, 40/9, м. Кіровоград, 25006, Україна; служб. тел. +38 (0522) 33-10-63.

Ланкмілер Тамара Володимирівна – заступник начальника Головного управління Державної санітарно-епідемічної служби у Кіровоградській області; вул. Пушкіна, 40/9, м. Кіровоград, 25006, Україна; служб. тел. +38 (0522) 33-10-63.

Сидоренко Петро Іванович – к.мед.н., доцент, член-кореспондент Міжнародної кадрової академії, заслужений лікар України, лікар-епідеміолог Головного управління Державної санітарно-епідемічної служби у Кіровоградській області; вул. Пушкіна, 40/9, м. Кіровоград, 25006, Україна; служб. тел. +38 (0522) 33-12-97.

УДК 614.2:616-082.001.73

Л.Я. Бучинський

КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ АМБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДОРΟΣЛОМУ НАСЕЛЕННЮ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Бучанська міська поліклініка, м. Буча, Україна

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

Мета – розробити концептуальні підходи до організації амбулаторно-поліклінічної допомоги дорослому населенню в умовах реформування галузі охорони здоров'я.

Методи: концептуального моделювання, структурно-логічного аналізу, бібліосемантичний.

Результати. Визначено функції амбулаторно-поліклінічної служби (консультативну, діагностичну, лікувальну, диспансеризацію населення, методичну, експертну, навчальну, освітню) та її структурні підрозділи (консультативні поліклініки, які функціонують як окремі заклади охорони здоров'я або в складі лікарень планового лікування і формуються при оптимізації центральних районних і міських лікарень; консультативно-діагностичні центри, що функціонують як окремі заклади охорони здоров'я або в складі лікарень інтенсивного лікування і формуються при створенні госпітальних округів).

Висновки. Розроблено концептуальні підходи до організації амбулаторно-поліклінічної допомоги в ході реформування системи охорони здоров'я та пріоритетного розвитку первинної допомоги на засадах сімейної медицини з визначенням функцій та рівнів амбулаторно-поліклінічних закладів охорони здоров'я.

Ключові слова: амбулаторно-поліклінічна допомога, організація, концептуальні підходи.

Вступ

В умовах реформування системи охорони здоров'я [6] пріоритет надається розвитку та впровадженню первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засадах сімейної медицини [3, 4, 5, 7]. Лікарі загальної практики/сімейні лікарі (ЛЗП/СЛ), відповідно до своїх компетенцій, мають задовольняти до 80% потреб населення в медичній допомозі. При цьому лікарі-спеціалісти на амбулаторно-поліклінічному етапі надають консультативну допомогу. В Україні, у період становлення сімейної медицини, практично немає наукових робіт з обґрунтування організації амбулаторно-поліклінічної допомоги, що й зумовило актуальність даного дослідження.

Мета роботи – розробити концептуальні підходи до організації амбулаторно-поліклінічної допомоги дорослому населенню в умовах реформування галузі охорони здоров'я.

Матеріали та методи

У роботі використано результати попередніх досліджень, а також методи концептуального моделювання, структурно-логічного аналізу та бібліосемантичний [1, 2].

Результати дослідження та їх обговорення

Перед розробкою концептуальних підходів до організації амбулаторно-поліклінічної допомоги дорослому населенню в умовах реформування галузі охорони здоров'я були визначені функції амбулаторно-поліклінічної служби в умовах пріоритетного впровадження ПМСД на засадах сімейної медицини, а потім – і структури, які мають їх виконувати, у межах госпітальних округів.

Функції амбулаторно-поліклінічної служби:

Консультативна: лікарі-спеціалісти поліклінік за направленнями ЛЗП/СЛ надають консультативну допомогу відповідно до зазначеної в направленні мети; законодавчо визначено, що в перехідний період (до 2020 р.) консультативний прийом пацієнтів, які знаходяться під диспансерним наглядом, у поліклініках може здійснюватися і без направлення ЛЗП/СЛ.

Діагностична: амбулаторно-поліклінічна служба через відповідні структурні підрозділи забезпечує обстеження хворих відповідно до нозологічної форми хвороби та стану пацієнта.

Лікувальна: з метою забезпечення пацієнтам лікувальних заходів на базі поліклінік організовуються денні стаціонари.

Диспансеризація населення: лікарі-спеціалісти поліклінік беруть участь у диспансерному нагляді за хворими, який здійснюють ЛЗП/СЛ, шляхом участі в розробці програм диспансеризації та забезпеченні їх реалізації, при цьому лікарі-спеціалісти самостійно проводять диспансеризацію хворих у тяжкому стані та з хворобами, які рідко зустрічаються, інформуючи ЛЗП/СЛ про результати.

Експертна: експерта оцінка надання ПМСД й амбулаторно-поліклінічної допомоги та її наступності проводиться сумісно із ЛЗП/СЛ із метою виявлення дефектури в роботі та її усунення.

Методична: лікарі-спеціалісти здійснюють методичний супровід діяльності ЛЗП/СЛ за своєю спеціальністю; однією з форм цієї функції є сумісне з ЛЗП/СЛ проведення експертних оцінок медичного забезпечення пацієнтів на первинному рівні та обговорення й аналіз виявленої дефектури.

Навчальна: проводиться робота з безперервного підвищення професійної майстерності медичних працівників поліклініки та ЛЗП/СЛ, що є логічним продовженням експертної функції; за результатами аналізу виявляються проблемні питання з теоретичної та практичної підготовки ЛЗП/СЛ і лікарів-спеціалістів поліклінік, організуються заняття з різними формами проведення, у тому числі сумісні тематичні конференції та прийом пацієнтів.

Освітня: гігієнічне виховання населення, пропаганда здорового способу життя в населення з використанням групових та індивідуальних форм комунікацій, навчання хворих та їхніх родичів тактиці дій при виникненні загрозливих симптомів.

Далі, з урахуванням чинних нормативно-правових актів, у розробці яких ми взяли участь, були визначені структури, які мають виконувати вищезазначені функції. Вказані структури визначені з урахуванням структурної перебудови існуючих закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) у процесі юридичного та фінансового розмежування закладів первинної та вторинної медичної допомоги і формування госпітальних округів зі створенням ЗОЗ нового типу. Такими закладами або їх структурними підрозділами стали:

– консультативні поліклініки, що функціонують як окремі ЗОЗ або в складі лікарень планового лікування і формуються при оптимізації центральних районних та міських лікарень;

– консультативно-діагностичні центри, що функціонують як окремі ЗОЗ або в складі лікарень інтенсивного лікування і формуються при створенні госпітальних округів.

Принциповими відмінностями консультативних поліклінік і консультативно-діагностичних центрів визначені:

– у консультативних поліклініках амбулаторно-поліклінічна консультативна допомога надається за 10 спеціальностями: терапія, кардіологія, неврологія, хірургія, травматологія, офтальмологія, отоларингологія, акушерство і гінекологія, психіатрія, інфекційні хвороби, а в консультативно-діагностичних центрах – за 25 спеціальностями: крім вищезазначених, гематологія, алергологія, імунологія, ревматологія, нефрологія, урологія, сурдологія, проктологія, гастроентерологія, пульмонологія, наркологія тощо;

– лікувальна допомога, обсяг якої визначається переліком спеціальностей, за якими працюють лікарі-спеціалісти з формуванням відповідної структурної бази: денні стаціонари з пансіонатом для пацієнтів (консультативно-діагностичний центр), центром «Хірургії одного дня»; амбулаторне відділення відновлювального лікування, у тому числі для пацієнтів, які перенесли гострий інфаркт міокарда та гостре порушення мозкового кровообігу;

– з метою забезпечення якісної консультативної та лікувальної допомоги пацієнтам у даних ЗОЗ/підрозділах створюється діагностична база (лабораторія, відділення променевої діагностики, ендоскопічних, функціональних методів) із застосуванням методів обстеження, визначених клінічними протоколами, затвердженими МОЗ України;

– лікарі-спеціалісти консультативних поліклінік (крім консультацій диспансерних пацієнтів та участі в розробці щорічних планів диспансеризації, які здійснюють ЛЗП/СЛ) самостійно проводять диспансеризацію хворих у тяжкому стані та з хворобами, які рідко зустрічаються, при цьому інформують ЛЗП/СЛ, а лікарі-спеціалісти консультативно-діагностичних центрів тільки консультують диспансерних пацієнтів;

– в обласних тренінгових центрах планово здійснюється робота з безперервного підвищення професійної майстерності ЛЗП/СЛ шляхом проведення короткотривалих тренінгів на рівні консультативно-діагностичних центрів, а в консультативних поліклініках – за результатами виявлення проблем із теоретичної та практичної підготовки ЛЗП/СЛ і з виявленої дефектури в роботі шляхом проведення лікарями-спеціалістами спеціальних занять із різними формами проведення, у тому числі сумісних тематичних прийомів пацієнтів і стажування ЛЗП/СЛ на робочому місці в поліклініці.

У ході реформування системи охорони здоров'я пропонується інтегрувати медичну допомогу на вторинному рівні в загальну систему її надання за такими спеціальностями, як дерматовенерологія, наркологія, онкологія, за якими вона надається в малопотужних диспансерах, і ввести вказаних спеціалістів до консультативно-діагностичних центрів.

Висновки

Розроблено концептуальні підходи до організації амбулаторно-поліклінічної допомоги в

ході реформування системи охорони здоров'я та пріоритетного розвитку ПМСД на засадах сімейної медицини з визначенням функцій та рівнів амбулаторно-поліклінічних закладів охорони здоров'я.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням рівня задоволення населення організацією амбулаторно-поліклінічної допомоги дорослому населенню в умовах реформування галузі охорони здоров'я.

Література

1. Бучинський Л. Я. Визначення потреби лікарів загальної практики / сімейних лікарів у консультативній допомозі / Л. Я. Бучинський // Україна. Здоров'я нації. – 2013. – № 4. – С. 61–65.
2. Бучинський Л. Я. Характеристика скеруваннями лікарями загальної практики / сімейними лікарями дорослих пацієнтів на консультації до лікарів-спеціалістів / Л. Я. Бучинський // Україна. Здоров'я нації. – 2014. – № 1. – С. 67–71.
3. 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.
4. Митник З. М. Первинна медико-санітарна допомога/сімейна медицина : монографія / З. М. Митник, Г. О. Слабкий, Н. П. Кризина ; за ред. В. М. Князевича ; МОЗ України. – Київ, 2010. – 404 с.
5. Порядок організації надання медичної допомоги та забезпечення маршрутів пацієнта лікарем загальної практики – сімейним лікарем при різних клінічних станах та захворюваннях / Л. Ф. Матюха, В. М. Лехан, Н. Г. Гойда [та ін.]. – Київ : МОЗ України; НМАПО ім. П.Л. Шупика, ДУ «УІСД МОЗ України», Дніпропетровська ДМА, Запорізька МАПО, Чернівецьке УОЗ, 2011. – 43 с.
6. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Донецькій, Дніпропетровській, Вінницькій областях та м. Києві : Закон України від 07.07.2011 р. № 3612-VI [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрана.
7. Ситуаційний аналіз розвитку сімейної медицини в Україні. 2010 р. / О. І. Антонишин, П. С. Бондарчук, М. В. Денисенко [та ін.] ; за ред. Г. О. Слабкого. – Київ : МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України», 2011. – 28 с.

Дата надходження рукопису до редакції: 10.11.2014 р.

Концептуальные подходы к организации амбулаторно-поликлинической помощи взрослому населению в условиях реформирования отрасли здравоохранения*Л.Я. Бучинский*

Бучанская городская поликлиника, г. Буча, Украина
ГУ «Украинский институт стратегических исследований МЗ Украины», г. Киев, Украина

Цель – разработать концептуальные подходы к организации амбулаторно-поликлинической помощи взрослому населению в условиях реформирования отрасли здравоохранения.

Методы: концептуального моделирования, структурно-логического анализа, библиосемантический.

Результаты. Определены функции амбулаторно-поликлинической службы (консультативная, диагностическая, лечебная, диспансеризация населения, методическая, экспертная, обучающая, образовательная) и ее структурные подразделения (консультативные поликлиники, которые функционируют как отдельные учреждения здравоохранения или в составе больниц планового лечения и формируются в ходе оптимизации центральных районных и городских больниц; консультативно-диагностические центры, которые функционируют как отдельные учреждения здравоохранения или в составе больниц интенсивного лечения и формируются при создании госпитальных округов).

Выводы. Разработаны концептуальные подходы к организации амбулаторно-поликлинической помощи в ходе реформирования системы здравоохранения и приоритетного развития первичной помощи на основе семейной медицины с определением функций и уровней амбулаторно-поликлинических учреждений здравоохранения.

Ключевые слова: амбулаторно-поликлиническая помощь, организация, концептуальные подходы.

Conceptual approaches in organizing ambulatory-and-polyclinic aid to adult population in conditions of reforming the system of health service*L.Ya. Buchynsky*

Bucha City Polyclinic, Bucha, Ukraine
SI «Ukrainian Institute of Strategic Researches MoH of Ukraine», Kyiv, Ukraine

Purpose – to work out conceptual approaches in organizing ambulatory-and-polyclinic aid to adult population in conditions of reforming the system of health service.

Methods: conceptual modeling, structural-and-logical analysis, bibliosemantic.

Results. Functions of ambulatory-and-polyclinic service (consulting, diagnostic, curing, prophylactic, methodological, expert, training, educational) and its structural units (consulting polyclinics that function as independent health service institutions or are included in hospitals of planned treatment and are created alongside with optimization of central regional and city hospitals; consultative-and-diagnostic centers that function as independent health service institutions or are included in hospitals of intensive treatment and are created alongside with developing hospital circuits) are determined.

Conclusion. Conceptual approaches are worked out in organizing ambulatory-and-polyclinic aid in conditions of reforming the system of health service and priority given to developing primary medical aid on the base of family medicine and with determining of functions and levels of ambulatory-and-polyclinic institutions.

Key words: ambulatory-and-polyclinic aid, organization, conceptual approaches.

Відомості про автора

Бучинський Любомир Ярославович – головний лікар Бучанської міської поліклініки, дисертант ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; вул. Польова, 21/10, м. Буча, Київська область, 08292, Україна; служб. тел. +38 (045) 974-85-90.

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ СФЕРОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

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

Дослідження проблем державного управління у сфері охорони здоров'я потребує обґрунтування і уточнення дефініцій понять, які характеризують цей процес.

Мета – обґрунтувати понятійний апарат дослідження державного управління у сфері охорони здоров'я.

Матеріали та методи. Використано вітчизняну та зарубіжну літературу з проблем організації охорони здоров'я, державної політики та управління в цій галузі; методи системного аналізу, бібліосемантичний, контент-аналізу, соціальної медицини.

Результати. Визначено дефініції таких понять: здоров'я, система охорони здоров'я, медична допомога, сфера охорони здоров'я, управління, державне управління, державна політика, стратегії.

Висновки. Конкретизація цих питань має визначити державну політику і державне управління у сфері охорони здоров'я, спрямовану на збереження і зміцнення здоров'я нації.

Ключові слова: здоров'я, охорона здоров'я, державна політика, державне управління, стратегії.

Вступ

Наукове дослідження проблем державного управління сферою охорони здоров'я є досить складним процесом, який передусім потребує теоретико-методологічного обґрунтування понятійного апарату.

Мета роботи – обґрунтувати понятійний апарат дослідження державного управління сферою охорони здоров'я.

Матеріали та методи

Матеріалами роботи слугували вітчизняна і зарубіжна література з проблем організації охорони здоров'я, державної політики і державного управління в цій галузі.

Використано методи системного аналізу, контент-аналізу, бібліосемантичний та методи соціальної медицини, адекватні поставленим завданням.

Результати дослідження та їх обговорення

Дослідження державного управління сферою охорони здоров'я доцільно розпочати з визначення такого складного поняття, як здоров'я. Існує низка дефініцій, які характеризують це поняття з різних точок зору – соціальної, біологічної, медичної тощо. Серед них найбільш відомим є визначення Статуту Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ):

здоров'я – це стан повного фізичного, духовного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороби або недуги.

Інші дефініції відрізняються від нього, але жодна не заперечує, що здоров'я є найбільшою соціальною та індивідуальною цінністю, яка значною мірою впливає на процеси і результати економічного, соціального та культурного розвитку як індивідуума, так і всього народу, на демографічну ситуацію, продуктивні сили та стан національної безпеки, а також є важливим соціальним критерієм ступеня розвитку та благополуччя суспільства [9].

Тому таке визначення видається найбільш прийнятним для такої соціальної проблеми, як державне управління, оскільки ставить перед ним важливі й широкі завдання, спрямовані на збереження та зміцнення здоров'я народу.

Комплекс цих завдань, пов'язаних між собою, одержав назву «системи охорони здоров'я». У широкому контексті її слід розглядати, як систему державних і громадських заходів правового, економічного, соціального, наукового, культурного, освітнього, організаційного, технічного, санітарно-гігієнічного, протиепідемічного, медичного характеру, спрямованих на збереження і зміцнення здоров'я людей, подовження тривалості активного життя і працездатності, створення сприятливих для здоров'я умов побуту і праці, забезпечення гармонійного фізичного і психічного розвитку дітей та підлітків, запобігання і лікування хвороб.

Інколи це поняття звужується до комплексу спеціальних медичних заходів і засобів, що сприяють збереженню та зміцненню здоров'я, запобіганню захворюванням, втраті працездатності й передчасній смерті, забезпечують своєчасне виявлення, лікування та реабілітацію хворих. Такий комплекс є хоча і важливою, але лише частиною системи охорони здоров'я і визначається, як медична допомога.

З державного погляду більш переконливим є розширення поняття «система охорони здоров'я» з включенням до нього умов, які впливають на здоров'я людей і визначають його стан, мотиви, що сприяють збереженню і зміцненню здоров'я нації, нормативи, які забезпечують сприятливі для здоров'я умови життєдіяльності. На нашу думку, усі названі елементи в комплексі можна об'єднати в поняття «сфера охорони здоров'я».

Ще більш складно сформулювати дефініцію поняття «управління», під яким розуміють як процес, так і структури, що здійснюють його. Масу визначень, які постійно змінюються та удосконалюються, можна розуміти, як особливого роду діяльність керівного, організаційного та адміністративного характеру, яка здійснюється в рамках постійно діючої цілеспрямованої праці як у сфері виробництва, так і в невиробничій сфері [7].

Не можна не погодитися з визначенням, яке особливо стосується поняття «державне управління»: управління – це система органів та установ, призначених здійснювати рішення політичної влади [4].

Більш вичерпне і ґрунтовне визначення державного управління формують Nigro and Nigro (1989): Державне управління: 1. Це спільні зусилля певної групи в контексті держави. 2. Охоплює всі три гілки влади – виконавчу, законодавчу й судову, а також їхній взаємозв'язок. 3. Виконує важливу роль у формуванні державної політики, а також є частиною політичного процесу. 4. Істотно різниться від приватного управління. 5. Тісно пов'язане з численними приватними групами й окремими індивідами в забезпеченні громадських послуг [10].

Воно засвідчує, що державне управління тісно пов'язане з політичною, тобто сферою діяльності, пов'язаною з відносинами між соціальними групами, суттю якої є визначення форм, завдань і змісту діяльності держави (Handbook of Political Science. – Cambridge, 1995. – P. 135).

Процес управління складається з кількох етапів:

1. Формування мети.
2. Збір та аналіз інформацій.
3. Ухвалення рішення.
4. Здійснення керуючих дій.
5. Контроль за виконанням рішень.

Надзвичайно важливою умовою реалізації політики є дотримання співвідношення її цілей і засобів, які використовуються для їх досягнення. Звідси витікає визначення, що політика – це соціальний інструмент, за допомогою якого реалізуються владні відносини в суспільстві, забезпечується соціальний контроль, мобілізація і організація колективних дій для досягнення спільних цілей і рішень, завдань управління, які впливають із них.

Європейська конференція ВООЗ 1994 р. конкретизувала поняття «політика» у сфері охорони здоров'я: це згода, консенсус серед партнерів про те, які саме проблеми здоров'я треба вирішувати першочергово і які стратегії при цьому слід застосовувати [5].

В основу сучасної політики у сфері охорони здоров'я покладено ідеологію реформування галузі. За визначенням ВООЗ, реформа – це цілеспрямований, динамічний та стійкий процес, який приводить до систематичних структурних змін. Реформування охорони здоров'я є нормативним, економічним та організаційним видом діяльності, яку необхідно збалансувати з етичними вимогами щодо загальнодоступності всіх видів медичної допомоги та дотримання справедливості в її розподілі для всіх соціальних груп населення.

Управління – це цілеспрямований, тобто продуманий, організуючий і регулюючий вплив населення на власну суспільну життєдіяльність, який можна забезпечити як безпосередньо, так і через спеціально створені органи та структури (державні органи, громадські організації, установи). Воно складається з таких елементів: цілі та завдання, функції управління, форми і методи їх проведення.

Визначення цілей (стратегій) – першооснова, якій підпорядковане функціонування систем управління, починаючи з розробки завдань і формування їхніх структур і закінчуючи оцінкою результатів діяльності, їх відповідності визначеним цілям і поставленим завданням [8].

Стратегія – це форма організації взаємодій між людьми, яка максимально враховує можливості, перспективи, засоби діяльності суб'єктів, передбачає проблеми, труднощі, конфлікти, які можуть перешкодити взаємодіям. При цьому стратегія тлумачиться, як досягнення мети за рахунок мінімальних витрат і втрат, тобто як мистецтво економії коштів при досягненні результату. Поняття «стратегія» включає в себе планування, проектування дій і певний концептуально теоретичний компонент, але програмні і теоретичні схеми, що включаються в це поняття, мають бути підпорядковані його реалізації.

Поняття «стратегія» увійшло до управлінських термінів у 50-х роках ХХ ст., коли питання своєчасної реакції на раптові зміни в навколишньому середовищі набули важливого значення. Спочатку це поняття було незрозумілим. Словники не допомагали, бо наслідували застарілі традиції, коли слово «стратегія» застосовувалось виключно у військовій практиці і визначалося як наука та мистецтво розгортання військ до бою. У ті часи керівники компаній та вчені ставили під сумнів користь нового поняття: на їх очах американська промисловість протягом півстоліття чудово розвивалась без будь-яких стратегій.

Наведемо кілька наданих вченими визначень терміну «стратегія».

1. Стратегія – це спосіб поведінки або план, який інтегрує основні цілі організації, норми та дії в єдине ціле, дає змогу направляти та розміщувати ресурси унікальним і неповторним чином, який заснований на відносних внутрішніх перевагах і недоліках організації, очікуваних змінах у середовищі та пов'язаних із ними діях конкурентів [11].

2. План управління організацією, спрямований на закріплення її позиції, задоволення потреб і досягнення визначених цілей.

3. Дії та підходи управлінському персоналу щодо досягнення встановлених показників діяльності.

4. Комбінація із запланованих дій та швидких рішень стосовно адаптації до нових досягнень і нової диспозиції на полі конкурентної боротьби.

5. Встановлення основних довгострокових цілей та намірів організації, а також напрямку дій і ресурсів, необхідних для досягнення цих цілей [23].

6. Правила для прийняття рішень, якими організація керується в своїй діяльності [13].

7. Узагальнена модель дій, необхідних для досягнення встановлених цілей, шляхом координації та розподілу ресурсів компанії [20].

8. Комплексний план, сформований для проведення місії організації та досягнення її цілей [14].

Кризова ситуація в економіці України потребує вирішення взаємопов'язаних питань виходу з кризи і переходу до ринкових форм і методів господарювання. Таке становище потребує залучення і раціонального використання матеріальних, фінансових, трудових та інтелектуальних ресурсів на національному, регіональних і локальних рівнях, а також перебудову системи управління на макро- і макрорівнях. Перехід до нової методології управління передбачає творчий підхід і науковий пошук, проведення наукових досліджень і експериментів із цих питань.

Особливе місце в цьому процесі відіграє вивчення світового досвіду та підготовка фахівців у галузі менеджменту, накопичення фундаментальних і практичних знань щодо стратегічного управління.

У сучасних умовах зростає роль людей у збереженні та зміцненні власного здоров'я. Нові підходи до управління охорони здоров'я також потребують урахування проблем, які загрожують здоров'ю в індустріальному суспільстві, передбачення міжсекторального співробітництва [12]. Унаслідок цього відбувається розосередження управління і перехід від моделі централізованого державного управління до моделей співпраці, при якій управління є продуктом спільної діяльності широкого кола суб'єктів, що діють на рівні держави (парламенти, міністерства, відомства, державні та комунальні органи і установи), суспільства (підприємства, профспілки та інші громадські організації, в тому числі лікарів, страхові компанії, добродійні фонди, засоби масової інформації, окремі громадяни) і на міжнародному рівні (ООН, ЄС, ВООЗ тощо) [15]. Таким чином, держава і суспільство спільно проводять функції управління в цій сфері, а деякі автори розрізняють дві форми його: 1) управління системою охорони здоров'я та її зміцнення, яка одержала назву «управління охорони здоров'я»; 2) співпраця сектору охорони здоров'я та інших державних і приватних секторів в ім'я загальних інтересів, яке називають «стратегічним управлінням в інтересах здоров'я» [16].

Оскільки здоров'я стало одним із найважливіших макроекономічних і політичних чинників у всіх сферах суспільства, різні органи державного управління, громадські організації, ділові кола та окремі громадяни все активніше залучаються до стратегічного управління сферою охорони здоров'я. Здоров'я вважається правом людини, неодмінною складовою благополуччя, глобальним суспільним благом і питанням соціальної справедливості та рівності, одним з основних чинників економічного розвитку. Воно все більше визнається ресурсом і сферою відповідальності інших систем, таких як економіка, охорона навколишнього середовища, освіта, транспорт, продовольча система [17].

У ХХІ ст. деякі держави посилили та розширили діяльність у галузі охорони здоров'я, а інші тільки розпочали діяти в цьому напрямі [18, 22].

Щодо застосування нових підходів до стратегічного управління у сфері охорони здоров'я пропонуються такі підходи з метою об'єднання зусиль у цій справі:

- управління через співпрацю;
- управління через залучення громадян;
- управління через поєднання регламентування і переконання;
- управління через нові незалежні установи та експертні органи;
- управління за допомогою адаптивних стратегій, «стійких» структур, які не піддаються адаптуванню, і прогнозування [19, 21].

В Україні для вибору й аналізу державної стратегії стосовно реформування системи охорони здоров'я необхідно залучити певні механізми державного управління до процесу перетворень, пристосовуючи їх до конкретних суспільних проблем і можливостей, зокрема, в умовах обмежених ресурсів [1, 2]. Основні механізми державної політики, які максимально впливають на діяльність галузі охорони здоров'я, такі: фінансування галузі, організація системи охорони здоров'я на макро- і макрорівнях, розміщення фінансових ресурсів, методи оплати виробників медичних послуг, регулювання діяльності з метою оптимального поєднання державного впливу та ринкових механізмів і соціальний маркетинг [3].

Така позиція підтверджується і Програмою реорганізації медичної допомоги в Україні «Перспектива-2010» та Національною програмою на виконання Указу Президента від 06.12.2005 р.

№ 1694/2005 «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення», за якими державна політика в галузі охорони здоров'я має будуватися на таких основних стратегічних напрямках:

- стратегія забезпечення доступності медичної допомоги для всіх верств населення;
- стратегія у галузі медичної освіти та структури кваліфікації медичних кадрів;
- стратегія в галузі наукового забезпечення розвитку медичної допомоги;
- технологічна стратегія;
- стратегія в галузі реорганізаційних форм медичної допомоги [6].

Конкретизувати ці стратегії доцільно після детального розгляду сфери охорони здоров'я і чинників, які мають визначати державну політику України у цій сфері.

Висновки

1. У статті визначено дефініції таких понять: здоров'я, система охорони здоров'я, медична допомога, сфера охорони здоров'я, управління, державне управління, державна політика, стратегії.

2. Зазначені поняття потребують конкретизації з метою визначення державної політики у сфері охорони здоров'я, яка полягає у формуванні стратегій, спрямованих на збереження та зміцнення здоров'я нації, а їх реалізація становить основний зміст державного управління в цій галузі.

Література

1. Вялков А. И. Современные проблемы эффективности управления здравоохранением / А. И. Вялков // Материалы научно-практической конференции с международным участием. – Москва : РЦ «Фармединфо», 2012. – С. 329.
2. Гладун З. С. Адміністративно-правове регулювання охорони здоров'я населення в Україні / З. С. Гладун. – Київ : Юрінком Інтер, 2007. – 720 с.
3. Гладун З. С. Державне управління в галузі охорони здоров'я / З. С. Гладун. – Тернопіль : Укрмедкнига, 1999. – 312 с.
4. Гурне Бернар Державне управління / Бернар Гурне ; пер. з фран. В. Шевчука. – Київ : Основи, 1993. – С. 3.
5. Копенгагенская декларация по политике здравоохранения [Электронный ресурс]. – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 1994. – С. 5. – Режим доступа : <http://www.euro.roho.im/data/assets/pdf-file/0009/114939/E93948.R.pdf>. – Название с экрана.
6. Кризина Н. П. Аналіз державної політики в галузі охорони здоров'я в працях українських учених [Електронний ресурс] / Н. П. Кризина // Держ. управління: теорія і практика. – 2006. – № 1. – Режим доступу : <http://www.academy.gov.ua/ej3/txts/GALUZEVE/08-KRYZYNA.pdf>. – Назва з екрана.
7. Крыштопа Б. П. Менеджер в здравоохранении / Б. П. Крыштопа, И. М. Андреева. – Київ : Добродій М.К., 1995. – С. 13.
8. Немцов В. Д. Стратегічний менеджмент : навч. пос. / В. Д. Немцов, Д. Є. Довгаль. – Київ, 2001. – С. 537.
9. Пономаренко В. М. Основи організації медико-санітарної допомоги і управління охороною здоров'я / В. М. Пономаренко, О. М. Ціборовський // Охорона здоров'я в Україні : проблеми і перспективи. – Тернопіль : Укрмедкнига, 1999. – С. 59.
10. Райт Глен. Державне управління / Глен Райт ; пер. з англ. В. Івашка, О. Коваленка, С. Соколика. – Київ : Основи, 1994. – С. 10.
11. *Acting on the Evidence.* – Birmingham : National Association of Health Authorities and Trusts, 1995. – P. 248.
12. Alderslade R. Health in all Policies. The Argument for Investment in Equitable Health [Electronic resource] / R. Alderslade, B. Retus, S. Smith. – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2011. – Access mode : http://phobe.vni.gov.lv/misc_dbweb.nsf/626e6035eadbb4cd85256499006b15ab/0d112aafd0abe72c22575b0003093b9/TILE/Ricard%20Alderslade_3data.pdf – Title from screen.
13. Annand I. Human Resources and Health Outcomes: Grosscountry Econometric Study / I. Annand, T. Bömighausen // *The Lancet.* – 2004. – Vol. 364, Issue 9445. – P. 1603–1609.
14. Bernstein J. Topics in Medical Economics: Health Care Rationing / J. Bernstein // *JBJS.* – 2006. – Vol. 88. – P. 2527–2532.
15. Birkavs V. Policies for Scared Societies: Their Contribution to Well – being and Economics Performanse / V. Birkavs, C. McCartney // *Im Challenge Europe: Srowth, Well – being and Social Policy in Europe: Trade off or Synergy?* – Brussels : European Policy Centre, 2011. – P. 20–26.
16. Braveman P. Defining Equity in Health / P. Braveman, S. Yruskin // *Journal of Epidemiology and Community Health.* – 2003. – Vol. 17. – P. 254–258.
17. Bryson J. M. The Design and Implementation of Cross-sector Collaborations: Propositions from the Literature / J. M. Bryson, B. C. Crosby, M. M. Stone // *Public Administration Review.* – 2006. – Vol. 32. – P. 44–45.
18. Cashore B. Legitimacy and the Privatisation of Environmental Governance: hew non-state market driven (NSMD). Governance Systems gain rule making authority / B. Cashore // *Governance Journal.* – 2002. – Vol. 64. – P. 503–529.
19. Castell-Florit P. Intersectoral Health Strategies: From Discourse to Action / P. Castell-Florit // *MEDYC Review.* – 2010. – Vol. 12. – P. 17–29.
20. *Conceptual Framerworks for Health Systems Performanse: a Quest for Effectiveness, Quality and Improvement* / O. A. Arah [et. al.] // *Internfnational Journal for Quality in Health Care.* – 2003. – Vol. 15, № 5. – P. 377–398.
21. Cristensen T. The Whole of Government Approach to Public Sector Reform / T. Cristensen, P. Laegreid // *Public Administration Review.* – 2007. – Vol. 32. – P. 1059–1066.
22. *Effects of the Heartbeat Wales Programme* / S. Cafewell [et. al.] // *British Medical Journal.* – 1999. – Vol. 112. – P. 216–228.
23. Murray C. A. Framerwork for Assessing the Performanse of Health Systems [Electronic resource] / C. J. L. Murray, J. Frenk // *Bulletin of the WHO.* – Geneva, 2000. – Vol. 78 (6). – P. 713–717. – Access mode : [http://www.who.int/bulletin/archives/78\(6\)717.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/78(6)717.pdf). – Title from screen.

Дата надходження рукопису до редакції: 24.03.2014 р.

Теоретико-методические основы государственного управления в сфере здравоохранения*О.М. Циборовский, А.Н. Дзюба*

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

Исследование проблем государственного управления в сфере здравоохранения требует обоснования и уточнения дефиниций понятий, которые характеризуют этот процесс.

Цель – обоснование понятийного аппарата исследований государственного управления в сфере здравоохранения.

Материалы и методы. Использована отечественная и зарубежная литература по проблемам организации здравоохранения, государственной политики и управлению в этой отрасли; методы системного анализа, библиосемантический, контент-анализа, социальной медицины.

Результаты. Определены дефиниции таких понятий: здоровье, система здравоохранения, медицинская помощь, сфера здравоохранения, управление, государственное управление, государственная политика, стратегии.

Выводы. Конкретизация этих понятий дает возможность определить государственную политику и государственное управление в сфере здравоохранения, направленное на сохранение и укрепление здоровья нации.

Ключевые слова: здоровье, здравоохранение, государственная политика, государственное управление, стратегии.

Theoretical and methodological bases of the health care government*O.M. Tsiborovsky, O.M. Dziuba*

SI «Ukrainian Institute of Strategic Researches MoH of Ukraine», Kyiv, Ukraine

Studies of government problems in the health care sector demands substantiation and specification of definitions of the concepts describing this process.

Purpose – to prove the conceptual framework of government research in health care sphere.

Materials and methods. The domestic and foreign literature on problems of the health care organization, state policy and management in this area is used; methods of the system analysis, bibliosemantyck, content - analysis, social medicine have been applied.

Results. Definitions of such concepts are determined: health, health care system, medical care, health care sphere, management, the government, state policy, strategies.

Conclusions. The concrete definition of these questions should determine state policy and government in health care directed on preservation and strengthening of the nation's health.

Key words: health, health care, state policy, government, strategies.

Відомості про авторів

Ціборовський Олег Михайлович – к.мед.н., с.н.с., керівник сектору історії медицини відділу нормативно-правового регулювання в охороні здоров'я та історії медицини ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна; служб. тел. +38 (044) 576-41-18; e-mail: uisr_moz@ukr.net.

Дзюба Олександр Миколайович – 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.

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.

**В.о. директора ДУ «Український інститут
стратегічних досліджень МОЗ України»**

П.С. Мельник

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, резюме, 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;

- рисуноків (не більше ніж 4) і підписів до них;
- резюме (українською, російською та англійською мовами).

• Текст статті має набиратися на комп'ютері в програмі Word, зберігатися у форматі .rtf і подаватися в роздрукованому та електронному варіантах (на диску або електронною поштою – e-mail: **s.nauka@ukr.net**). Шрифт – 12 пунктів, міжрядковий інтервал – 1,5, розміри берегів (полів): ліве, верхнє, нижнє – 25 мм, праве – 15 мм. Сторінки мають нумеруватися у правому нижньому кутку. Ілюстрації (діаграми, графіки, схеми) мають будуватися в програмах Word або Excel та у вигляді окремих файлів і разом із текстовим файлом подаватися на диску.

• На першій сторінці зазначаються: індекс УДК ліворуч, ініціали та прізвища авторів, назва статті, назва установи, де працюють автори, місто, країна.

• **Бібліографія** має включати наукові роботи переважно за останні 7 років, оформлятися згідно з ДСТУ, подаватися відразу за текстом. Автори згадуються за абеткою – спочатку праці вітчизняних авторів, опубліковані російською чи українською мовою, далі – іноземних авторів, опубліковані іноземною мовою.

• Посилання в тексті мають позначатися цифрами у квадратних дужках і відповідати нумерації у списку літератури. Скорочення слів та їх поєднань приводять згідно з ДСТУ 3582–97 «Скорочення слів в українській мові у бібліографічному описі. Загальні вимоги та правила».

• Кількість ілюстрацій (рисунки, схеми, діаграми) має бути мінімальною. Таблиці і рисунки вміщуються у текст статті зразу після першого посилання на них. У підписі до рисунка наводиться його назва, пояснення всіх умовних позначень (цифр, букв, кривих тощо). Таблиці повинні бути компактними, пронумерованими, мати назву. Номери таблиць, їх заголовки та цифрові дані, оброблені статистично, мають точно відповідати наведеним у тексті. Формули виконуються в редакторі формул Microsoft Equation.

• Позначки різних мір, одиниці фізичних величин, результати клінічних і лабораторних досліджень наводяться відповідно до Міжнародної системи одиниць (СІ), медичні терміни – згідно з Міжнародною анатомічною та Міжнародною гістологічною номенклатурами, назви захворювань – за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду, лікарські засоби – за Державною Фармакопеею (Х, ХІ). 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 вважається негативним висновком стосовно наукової та практичної значущості роботи.

Редакційна рада