
Український інститут громадського здоров'я
Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

**ВІСНИК
СОЦІАЛЬНОЇ ГІГІЄНИ
ТА ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

ЩОКВАРТАЛЬНИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

2

Ukrainian Institute of Public Health
Ternopil State Medical Academy by I.Y. Horbachevsky

**BULLETIN
OF SOCIAL HYGIENE AND
HEALTH PROTECTION
ORGANIZATION OF UKRAINE**
QUARTERLY SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL

Київ - Тернопіль
“Укрмедкнига”
2003

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Головний редактор **В.М. Пономаренко**

Ю.В. Вороненко, О.М. Голяченко (відповід. редактор), Л.Я. Ковальчук (заст. головного редактора), Б.П. Криштопа, О.Ю. Майоров, В.Ф. Москаленко, Г.М. Москалець (відповід. секретар), О.Я. Никитюк (відповід. секретар), А.В. Підаєв, А.М. Сердюк, І.М. Солоненко, А.Р. Уваренко, А.О. Шелюженко

РЕДАКЦІЙНА РАДА

В.О. Волошин (Київ), Є.М. Горбань (Київ), Ю.І. Губський (Київ), В.В. Єлагін (Київ), М.П. Захараш (Київ), А.П. Картиш (Київ), В.О. Колоденко (Одеса), В.І. Огарков (Донецьк), З.М. Парамонов (Житомир), А.Ю. Романенко (Київ), Л.А. Чепелевська (Київ)

Журнал включено до Переліку № 1 наукових фахових видань України, в яких можуть публікуватися результати дисертаційних робіт на здобуття вченого ступеня кандидата і доктора наук (додаток до Постанови Президії ВАК України від 9.06.99 № 1-05/7)

*Рекомендовано до друку вченою радою
Українського інституту громадського здоров'я
(протокол № 5 від 22.04.2003 р.)*

Передплатний індекс – 22867

Пріоритетні напрями охорони здоров'я

В.М. Пономаренко, О.М. Ціборовський. Проблеми удосконалення системи управління в галузі охорони здоров'я і шляхи їх вирішення

Здоров'я і суспільство

Т.С. Грузєва. Фактори ризику в формуванні здоров'я населення

О.Г. Слабкий, [Б.А. Успенський] Вплив оперативної політики на оптимізацію діяльності в сфері репродуктивного здоров'я

С.В. Афанасьєв. Питання моніторингу інвалідності внаслідок ускладнень після оперативних втручань на органах шлунково-кишкового тракту

Т.М. Поканевич, В.В. Єлагін, В.О. Галаган, О.І. Тимченко. Профілактична медицина: фортифікація харчових продуктів фолієвою кислотою в Україні

В.В. Рудень. Прогнозування стану профілактики природжених вад розвитку серед населення країни на довгостроковий період до 2010 року методом експертної оцінки

Хамзе Халед Хасан. Вплив соціоетіологічних чинників на передчасне народження дітей з внутрішньоутробними інфекціями

О.Я. Никитюк. Соціально-медичні аспекти виразкової хвороби в сільській місцевості

Методологічні підходи в системі охорони здоров'я

А.Б. Зіменковський. Системний підхід до оцінки якості медичної допомоги в період реформування охорони здоров'я в Україні

Л.М. Романюк, Н.Є. Федчишин, Ю.П. Дзьордзьо, Г.І. Максим'як. Медико-статистична інформація в управлінні амбулаторно-поліклінічною допомогою

Організація медичної допомоги

Д.Д. Дячук. Організаційні підходи до надання паліативної медичної допомоги інкурабельним онкологічним хворим

Правове забезпечення

Г.Г. Рощін, М.М. Корнієнко, В.О. Волошин, С.О. Гур'єв, М.М. Михайловський. Правове та нормативне забезпечення реагування закладів

Priority directions for the public health system

V.M. Ponomarenko, O.M. Tsiborovsky. Perfection of Ukrainian PHS management system and ways to achieve this

Health and society

T.S. Hruseva. Risk factors in formation of the population health

G.O. Slabkyi, [B.A. Uspensky] Optimization of activities in the area of reproductive health

S.V. Afanasjev. Invalidity outcomes challenge in patients with various gastro-intestinal tract pathologies after their surgical treatment

T.M. Pokanevich, V.V. Yelagin, V.O. Galagan, O.I. Timchenko. Preventive medicine: the fortification of staple foods of the folic acid in Ukraine

V.V. Ruden. Forecasting of congenital pathology prophylaxis among population of Ukraine for durable period till 2010 year by using method of expert appraisal

Khaled H. Hamzeh-MD, MPH. Social factors that contribute to premature labor of newborn babies wis Intrauterine Infections (I.U.I.)

O.Ya. Nykytyuk. Social and economical factors of ulcerative disease in rural inhabitants

Methodologic Approaches in the Public Health System

A.B. Zimenkovsky. Systematic approach towards evaluation of medical aid quality within the public health sector reformation process in Ukraine

L.N. Romanyuk, N.E. Fedchyshyn, Y.P. Dzyurdzyo, G.I. Maximyak. Medicostatistic information in the management of ambulant- polyclinic aid

Organization of Medical Care Provision

D.D. Dyachuk. Palliative medical care organizational approaches in incurable cancer patients

Legal provision

G.G. Rostchin, M.M. Kornienko, V.O. Voloshin, S.O. Guriev, M.M. Mikhailovskiy. Law-based and normative support of public health institutions

5

9

17

21

24

28

35

39

42

45

48

53

охорони здоров'я на надзвичайні ситуації техногенного та природного характеру

Медичні кадри

Н.В.Медведовська, Ю.А. Хунов. Основні тенденції кадрового забезпечення та визначення його прогнозованої потреби в регіональній системі охорони здоров'я

Економіка охорони здоров'я

В.М. Пономаренко, М.В. Шевченко. Сучасні аспекти розвитку і функціонування лікарняних кас в Україні

І. Вардинець, Г. Голяченко. Шляхи покращення економічного стану системи медичної допомоги

Формування здорового способу життя

Л.П. Качанова. Регіональний досвід впровадження міжнародного проекту "Європейська мережа шкіл сприяння здоров'ю"

Є.М. Захарченко, Ю.Н. Гордон, М.В. Власова, Е.О. Підлубна. Соціально-гігієнічне вивчення способу життя лікарів

Історія медицини

О.О. Гарнець, В.М. Сорока, О.М. Ціборовський, В.О. Кушнір. Становлення земської медицини на Правобережній Україні

Д.В. Тинтюк, Є.М. Захарченко, С.А. Батечко, Е.О. Підлубна. Викладання соціальної медицини та організації охорони здоров'я в Одеському державному медичному університеті в останню четверть ХХ століття (до 80-річчя кафедри)

В.В. Гапонюк. Медицина і релігія

До авторів

54 response to technogenic and natural-caused extreme situations

Medical Profession's Manpower

60 *N.V. Medvedoska, Khunov Yu.A.* Main tendencies in manpower provision and determination of its prognostic needs in the regional public health system

Economics of Health Care Provision

66 *V.M.Ponomarenko, M.V. Shevchenko.* Modern aspects in development and functioning of hospital funds in Ukraine

71 *I. Vardinez, G. Holyachenko.* Trajectories of improvement of an economic status of a medical system

Formation of health life-style

73 *L.P. Kachanova.* Experience gained during introduction of the international project "Health promoting schools"

78 *E.M. Zakharchenko, U.N. Gordon, M.V. Vlasova, E.A. Podlubnaya.* Socio-hygienic study of doctors life style

History of Medicine

82 *O.O. Harnets, V.M. Soroka, O.M. Tsiborovsky, V.O. Kushnir.* Creation of "Zemska Medicine" on the Dniper Right Bank Part of Ukraine

86 *D.V. Tyntyuk, E.M. Zakharchenko, S.A. Batechko, E.A. Podlubnaya.* Teaching social medicine and health organization in Odessa state medical academy in the last quarter of the 20th century (to 80th anniversary of the department)

92 *V.V. Haponiuk.* Medicine and Religion

94 Nobices for authors

ПОВІДОМЛЕННЯ

У №4/2002 р. журналу в статті «Професійні захворювання в Україні: сучасний стан, проблеми і актуальні завдання» внаслідок неуважності авторів зазначеної статті були допущені помилки у прізвищах – Соколовська М.П. (вірно – Соколова М.П.), Балашова І.Г. (вірно – Белашова І.Г.).

ПРОБЛЕМИ УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я І ШЛЯХИ ЇХ ВИРІШЕННЯ

Український інститут громадського здоров'я

Проблеми удосконалення системи управління постійно знаходяться в центрі уваги держави і переслідують мету поліпшення обґрунтування і прийняття управлінських рішень та їх ефективної реалізації при раціональному використанні кадрових, фінансових і матеріальних ресурсів. Досягнення цієї мети по суті становить зміст адміністративної реформи, яка здійснюється в Україні.

Управління системою охорони здоров'я не є винятком. Проблеми його удосконалення знайшли своє відображення в Концепції розвитку охорони здоров'я населення України, затвердженій Указом Президента України від 7 грудня 2000 р. №1313/2000, яка визначає основи державної політики у сфері охорони здоров'я [1]. Один із розділів цього програмного документа повністю присвячено реорганізації системи управління в галузі охорони здоров'я.

Правовою основою управління галуззю є Конституція України і Основи законодавства України про охорону здоров'я. Питання управління знайшли розвиток в багатьох законах і підзаконних актах, прийнятих за роки незалежності України. Зокрема Указом Президента України від 24 липня 2000 р. №918/2000 затверджено Положення про Міністерство охорони здоров'я – центральний орган виконавчої влади в системі охорони здоров'я [2].

Згідно з Типовим положенням, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 20 грудня 2000 р. №1845, на регіональному рівні функціонують управління охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій, а в АР Крим – Міністерство охорони здоров'я автономії [3].

В ієрархії органів виконавчої влади в системі охорони здоров'я передбачається збереження дійової управлінської вертикалі для забезпечення національної політики, гарантованого державного рівня медичної допомоги, єдиних галузевих стандартів та норм. Функції, повноваження та взаємовідносини органів управління охро-

ною здоров'я формуються так, щоб взаємно узгоджувати роль державної адміністрації та місцевого самоврядування.

У межах своїх повноважень Міністерство охорони здоров'я України забезпечує фінансовий менеджмент системи охорони здоров'я. Для удосконалення формулярного підходу при формуванні бюджетів усіх рівнів розроблено та узгоджено з Міністерством фінансів України застосування коефіцієнта відносної вартості затрат на надання медичних послуг згідно з віко-статевою структурою населення, який використано при формуванні місцевих бюджетів охорони здоров'я на 2003 рік.

З метою удосконалення організації медичної допомоги і забезпечення господарської самостійності державних і муніципальних медичних закладів, надання їм широких повноважень щодо використання фінансових, матеріальних, кадрових ресурсів управліннями охорони здоров'я більшості областей подано пропозиції щодо внесення змін до Бюджетного кодексу України.

Останнім часом проводиться робота, спрямована на забезпечення збалансованості обсягів державних гарантій надання населенню безоплатної медичної допомоги з фінансовими можливостями галузі. Розроблено і затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 11 липня 2002 р. № 955 Програму надання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги [4]. Опрацьовано базові нормативи надання амбулаторно-поліклінічної, стаціонарної та швидкої допомоги, необхідні обсяги її фінансування, методичні рекомендації з формування та економічного обґрунтування регіональних програм надання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги, які узгоджуються із зацікавленими міністерствами та відомствами.

Важливим розділом управління в галузі охорони здоров'я є система забезпечення якості медичної допомоги на основі розробки і впровадження ефективних медичних технологій та їх

стандартизації, ліцензування і акредитації закладів охорони здоров'я, сертифікації та атестації медичних працівників.

Міністерством охорони здоров'я України розроблено і впроваджено в практику галузеві уніфіковані стандарти медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги. У 2002 році з метою забезпечення реалізації статті 11 Закону України від 5 жовтня 2000 №2017-III "Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії" розроблено пропозиції до Державного класифікатора соціальних стандартів і нормативів, які було затверджено наказом Міністерства праці та соціальної політики від 17.06.2002 №293 [5].

Опрацьовано нормативи надання медичної допомоги населенню в амбулаторно-поліклінічних закладах, які включають обсяг діагностичних, лікувальних та профілактичних процедур, а також перелік показників якості надання медичної допомоги, які було затверджено наказами МОЗ України від 28.12.2002 №502 та №507. Розробляються нормативи забезпечення медичною допомогою населення адміністративних територій України, нормативи забезпечення населення стаціонарною медичною допомогою, харчуванням у державних і комунальних закладах охорони здоров'я, медикаментами державних і комунальних закладів охорони здоров'я, нормативи пільгового забезпечення окремих категорій населення лікарськими та іншими спеціальними засобами, нормативи санаторно-курортного забезпечення.

Продовжується формування нормативної бази щодо управління діяльністю закладами охорони здоров'я: затверджено Положення про Головну акредитаційну комісію МОЗ України та Положення про експерта Головної акредитаційної комісії МОЗ України (наказ МОЗ України від 10.06.2002 №206), затверджено Критерії державної акредитації санаторно-курортних закладів (наказ МОЗ України від 08.05.2002 №167).

На 2003 рік заплановано завершити розробку державних соціальних нормативів у сфері охорони здоров'я та здійснити їх запровадження в усіх регіонах України.

Проте порівняно низький рівень управління галуззю на державному, регіональному і місцевому рівнях та його інформаційного забезпечення залишається однією з ключових проблем охорони здоров'я. Тому перебудова системи управління, покликаної забезпечити реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я, є одним з основних напрямків реформування галузі.

Незважаючи на значний обсяг проведеної роботи, спрямованої на удосконалення нормативно-правової бази охорони здоров'я, її треба продовжити.

Необхідно внести зміни до статті 49 Конституції України з метою приведення її у відповідність з економічними можливостями [6].

Слід прийняти у новій редакції Основи законодавства України про охорону здоров'я, а також підготувати і прийняти закони, які мають регламентувати організацію та надання медичної допомоги в сучасних умовах, а саме:

- "Про гарантований державою рівень медичної допомоги";
- "Про медичну діяльність";
- "Про багатокладність медичної допомоги";
- "Про первинну медико-санітарну допомогу і сімейну медицину" тощо.

Паралельно зі створенням системи правового і соціального захисту медичних працівників має бути запровадженою система захисту пацієнтів шляхом законодавчого визначення їхніх прав і державних гарантій.

На основі вимог адміністративної реформи повинна здійснюватись реорганізація роботи Міністерства охорони здоров'я України, регіональних та місцевих органів охорони здоров'я. Реалізуючи принцип децентралізації управління, розширюючи права керівників місцевих органів управління, установ і закладів охорони здоров'я, доцільно зберегти ієрархічну вертикаль із чітким розмежуванням функцій між різними рівнями управління. Зокрема в новій редакції Основ законодавства України про охорону здоров'я будуть відрегульовані правовідносини в управлінні системою охорони здоров'я між Міністерством охорони здоров'я, обласними, Київською та Севастопольською міськими, районними державними адміністраціями та органами місцевого самоврядування, а також чітко визначені компетенції кожного рівня управління.

Переглядаються функції Міністерства охорони здоров'я, які передбачають зосередження його роботи на аналізі ситуації, формуванні політики і стратегії в галузі охорони здоров'я, ініціюванні законодавчих передбачень, а також забезпеченні методичного керівництва і оперативного контролю за реалізацією державної політики у сфері охорони здоров'я. Особливе місце в системі управління має займати система забезпечення якості медичної допомоги, яка сьогодні потребує подальшого удосконалення.

Слід кардинально переглянути форми і методи співпраці Міністерства охорони здоров'я і Академії медичних наук у справі керівництва науковими дослідженнями та впровадженням їх результатів у практику охорони здоров'я, змінити стиль та форми зв'язку між ними і науково-дослідними інститутами. Такі зміни, безсумнівно, поліпшать координацію наукової роботи в галузі медицини, підвищать її якість та ефективність.

Відповідного удосконалення потребує і структура міністерства. Доцільно створити департаменти за основними напрямками діяльності Міністерства, наприклад, стратегічного планування, правового і фінансового забезпечення; медичної допомоги; санітарно-епідеміологічної служби; курортів і санаторіїв; медичної освіти та науки; медикаментозного та технологічного забезпечення. При цьому має сенс підпорядкувати підрозділи (структури), які забезпечують стратегічний розвиток галузі (стратегічного планування, інформаційно-аналітичний, законодавства тощо), політичному керівництву Міністерства, тобто безпосередньо Міністру. Інші підрозділи (департаменти, управління), відповідальні за оперативну роботу в різних галузях охорони здоров'я, мають підпорядковуватись Державному секретарю Міністерства.

Централізація санітарно-епідеміологічної служби створила нові умови для її функціонування та вимоги щодо управління нею. З метою удосконалення його доцільно створити Державний департамент санітарно-епідеміологічної служби і провести її реорганізацію відповідно до сучасних умов та завдань.

У суперечність з профілактичною спрямованістю охорони здоров'я вступає руйнація вертикалі управління службою, яка відповідає за гігієнічне виховання, санітарну освіту населення і формування здорового способу життя. Центри здоров'я в багатьох областях передано лікарсько-фізкультурним диспансерам та іншим закладам, кабінети санітарної освіти переведено з центральних районних лікарень до складу санітарно-епідеміологічних станцій. Внаслідок цього зазначені структури позбавлено самостійності в діях, обмежено фінансування на санітарно-освітні заходи, погіршено контроль за цим напрямком роботи в лікувально-профілактичних закладах. Організаційною запорукою формування здорового способу життя населення України має стати відродження санітарно-освітньої служби і мережі центрів здоров'я в усіх регіонах.

З метою удосконалення управління курортною справою і діяльністю санаторіїв доцільно переглянути і упорядкувати штати Державного департаменту з питань діяльності курортів з передачею йому штатних одиниць тих працівників, які займаються цими питаннями в інших підрозділах Міністерства, а також розглянути питання про підпорядкування йому санаторіїв системи МОЗ України і науково-дослідних установ, що працюють в галузі курортології. Наявність одно-векторної вертикалі управління цими закладами дозволить в короткий термін реформувати і оптимізувати їхню роботу в ринкових умовах, упорядкувати майнові та орендні зобов'язання са-

наторіїв, цілеспрямовано планувати тематику наукових досліджень в цій галузі.

Удосконалення управління в галузі медичної освіти та науки вимагає:

- визначення реальних потреб у спеціалістах охорони здоров'я і забезпечення ефективного прогнозування та перспективного планування їх підготовки відповідно до цих потреб;
- переорієнтації вищої медичної освіти на підготовку лікарів загальної практики / сімейних лікарів;
- впровадження систем ліцензійних іспитів у вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладах I-IV рівнів акредитації та резидентури з конкурсним вступом на окремі спеціальності замість інтернатури;
- розробки навчально-методичного забезпечення з практичної підготовки молодших медичних (фармацевтичних) спеціалістів і бакалаврів медицини та реформування їх післядипломної освіти;
- продовження роботи зі створення стандартів освіти у вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладах I-IV рівнів акредитації;
- забезпечення державних замовлень на наукові розробки, їх фінансування та виконання відповідно до національних та державних науково-технічних програм.

Подальше удосконалення управління галуззю неможливе без створення сучасної системи інформаційного забезпечення охорони здоров'я. Реалізація розробленої програми інформатизації галузі сприяє створенню необхідних інформаційно-аналітичних систем на всіх рівнях управління, дозволить вирішити першочергові завдання щодо створення в країні Національної медичної комп'ютерної мережі, виходячи з можливостей новітніх технологій, комунікаційних каналів, забезпечить входження галузевої інформаційної системи до світової комп'ютерної мережі.

У галузі проводиться моніторинг стану здоров'я, діяльності та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я з рейтинговою оцінкою регіонів, розроблено і втілено в практику моніторинг впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я, опрацьовано моніторинг діяльності закладів охорони здоров'я матері і дитини.

Потребують вирішення проблеми формування єдиної інформаційної системи моніторингу стану здоров'я населення, створення телекомунікаційних систем зв'язку для дистанційної діагностики пацієнтів і консультування лікарів, розробки та впровадження автоматизованих робочих місць лікарів загальної (сімейної) практики і лікарів-спеціалістів, удосконалення спеціалізованих реєстрів медичних даних громадян країни,

створення госпітальних інформаційних систем різних рівнів тощо.

Підлягає перегляду існуюча система медичної статистики з урахуванням вимог реформування галузі. Реорганізація системи статистичного обліку і звітності дозволить структурувати інформацію за рівнями надання медичної допомоги (первинним, вторинним, третинним).

Запровадження системи загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування потребуватиме великого обсягу роботи на всіх рівнях управління охороною здоров'я. Постійної уваги потребує також аналіз роботи закладів охорони здоров'я щодо залучення позабюджетних коштів, у тому числі від надання медичної допомоги громадянам за договорами добровільного медичного страхування. Тому доцільно створити підрозділи медичного страхування не тільки в Міністерстві охорони здоров'я, а й в управліннях охорони здоров'я обласних, Севастопольської міської держадміністрації та Головному управлінні охорони здоров'я та медичного забезпечення Київської міської держадміністрації, МОЗ Автономної Республіки Крим.

Потребує удосконалення управління міжнародною діяльністю галузі, спрямованою на тісне співробітництво з Всесвітньою організацією охорони здоров'я, дитячим фондом ООН (ЮНІСЕФ) та іншими агенціями Організації Об'єднаних Націй, координація діяльності міжнародних орган-

ізацій, що діють в Україні в напрямку реалізації загальноєвропейської стратегії "Здоров'я для всіх у XXI столітті", розвиток двосторонніх відносин з іншими країнами, який передбачатиме спільні заходи щодо охорони довкілля, вирішення транс-кордонних проблем, зокрема з питань міграції та біженців, здійснення обміну інформації про медико-санітарний стан.

Удосконалення управління галуззю вимагає залучення професійних медичних організацій, громадських об'єднань і громадян до вирішення державних, регіональних і місцевих проблем охорони здоров'я, подальша демократизація системи управління. Участь медичних асоціацій вкрай необхідна у справі сертифікації і атестації лікарів та інших медичних працівників.

Необхідною умовою удосконалення управління галуззю є створення системи цільової підготовки організаторів охорони здоров'я – управлінців різних рівнів – у вигляді Вищої школи управління охороною здоров'я на базі Українського інституту громадського здоров'я і кафедр соціальної медицини та управління охороною здоров'я закладів післядипломної освіти.

Здійснення вищезазначених заходів дозволить удосконалити управління галуззю, забезпечити реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я, сприятиме збереженню і зміцненню здоров'я населення, підвищенню доступності, якості та ефективності медичної допомоги.

Список літератури

1. Закон України від 5 жовтня 2000 р. №2017-III "Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії" // Відомості Верховної Ради. – 2000. – №48. – С. 409.
2. Конституція України. – К., 1997. – 80 с.
3. Постанова Кабінету Міністрів від 11 липня 2002 р. №955 "Про затвердження Програми подання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги" // Зб. нормативно-директивних документів з охорони здоров'я. – 2000. – Липень. – С. 6–7.
4. Постанова Кабінету Міністрів від 20 грудня 2000 р. №1845 "Про затвердження Типового положення про управління охорони здоров'я обласної, Севастопольської міської державної адміністрації та Головне управління охорони здоров'я Київської міської державної адміністрації" // Офіц. вісн. України. – 2000. – №51. – С. 2207.
5. Указ Президента України від 24 липня 2000 р. №918/2000 "Про Положення про Міністерство охорони здоров'я" // Уряд. кур'єр. – 2000. – 10 серп.
6. Указ Президента України від 7 грудня 2000 р. №1313/2000 "Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України" // Уряд. кур'єр. – 2000. – 20 груд.

ПРОБЛЕМЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

В.М. Пономаренко, О.М. Циборовский (Киев)

Авторы характеризуют состояние системы управления в области здравоохранения. Ее совершенствование предусматривает продолжение формирования правовой базы отрасли, разработку и внедрение стандартов медицинских технологий, утверждение нормативов медицинской помощи, пересмотр функций и структуры Министерства и местных органов здравоохранения, создание современной системы информационного обеспечения.

PERFECTION OF UKRAINIAN PHS MANAGEMENT SYSTEM AND WAYS TO ACHIEVE THIS

V.M. Ponomarenko, O.M. Tsiborovsky (Kiev)

The existing management system within Ukrainian PHS is characterized. Its improvement foresees progress in the following main directions: further formation of the departmental legal base, development and implementation of medical technology standards, approval of a set of medical aid and care provision normatives, revision of existing structure and functions of the Ministry of Health and its administrative divisions on sites, building up a more sophisticated intradepartmental information system.

ЗДОРОВ'Я І СУСПІЛЬСТВО

УДК 614.2: 312.6

Т.С.ГРУЗЕВА (Київ)

ФАКТОРИ РИЗИКУ В ФОРМУВАННІ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

Український інститут громадського здоров'я

Знання особливостей та тенденцій стану здоров'я населення, факторів, які на нього впливають, здійснення моніторингу є обов'язковою складовою наукового обґрунтування і визначення найбільш ефективної стратегії і тактики розвитку медичної сфери. Серед чинників, які обумовлюють поширеність патології, погіршення фізичного і функціонального стану людей, провідну роль відіграють соціально-економічні, екологічні, біологічні, поведінкові тощо. Тому поглиблене вивчення поширеності факторів ризику серед населення, їх впливу на показники здоров'я завжди знаходиться в центрі уваги науковців, організаторів охорони здоров'я, політиків [9, 10, 16].

У стратегічних документах державного рівня наголошено на необхідності зменшення захворюваності населення і негативного впливу факторів ризику на здоров'я [8, 11].

У доповіді Генерального директора ВООЗ "Про стан охорони здоров'я у світі в 2002 р." значну увагу приділено саме факторам ризику для здоров'я. Зокрема в ній здійснено спробу дати кількісну оцінку деяким найсуттєвішим чинникам ризику для здоров'я і визначити фінансову ефективність певних заходів щодо їх подолання. Кінце-

ва мета цієї роботи полягає в тому, щоб допомогти урядам країн зменшити загрозу факторів ризику і збільшити середню тривалість здорового життя населення [3].

Результати досліджень, проведених у різних країнах світу, дозволили зробити висновок, що найбільш суттєвими чинниками ризику для здоров'я є знижена вага тіла, небезпечна вода, незадовільні санітарно-гігієнічні умови, небезпечний секс (особливо у зв'язку з ВІЛ/СНІДом), залізодефіцитна анемія і дим у приміщеннях від згорання твердих видів палива. До їх числа належать також чинники, які найчастіше асоціюються з багатими країнами – високий кров'яний тиск, високий вміст холестерину у крові, вживання тютюну і надмірне вживання алкоголю, ожиріння та низька фізична активність. Ці фактори ризику і пов'язані з ними захворювання є на сьогодні домінуючими у всіх країнах з середнім і високим рівнем розвитку. Парадокс нинішньої ситуації полягає у тому, що такі чинники ризику отримують все більше поширення у країнах, що розвиваються, де вони є додатковим тягарем до інфекційних захворювань, від яких продовжують страждати більш бідні країни [2].

Два висновки з аналізу ситуації щодо охорони здоров'я у світі стосуються практично паралельних явищ. Один з них полягає у тому, що у бідних країнах у 2002 р. нараховувалося 170 млн дітей зі зниженою вагою тіла, з яких більше 3 млн в результаті цього можуть померти у поточному році. Сутність другого висновку у тому, що в світі нараховується більше 1 млрд дорослих з надлишковою вагою тіла і не менше 300 млн осіб страждають на ожиріння. З них біля півмільйона людей у Північній Америці і Західній Європі помруть протягом року від хвороб, пов'язаних з ожирінням. Це дуже яскравий приклад контрасту між станом бідних і багатих.

Серед чинників, які сприяють збільшенню захворюваності і смертності населення нових незалежних держав, важливу роль відіграють труднощі соціально-економічного характеру, зниження загального рівня життя суспільства, прогресуюче постаріння населення, забруднення навколишнього середовища і збільшення антропогенного навантаження, соціальне розшарування суспільства і зростання соціальної напруги, посилення незбалансованості та погіршення якості харчування і води, низька частка національного доходу, яка виділяється на освіту, культуру та охорону здоров'я [4, 6, 13, 17].

Визначальний вплив соціально-економічних факторів на показники здоров'я у нашій країні особливо відчувається в останнє десятиліття. На сьогодні здоров'я нації і охорона здоров'я перебувають під дією соціальних, політичних та економічних суперечливих змін, які суттєво позначаються на стані громадського здоров'я. Населення України знаходиться під пресом економічних, соціальних і екологічних проблем, що викликало своєрідну поширеність патології та більш високий рівень втрат здоров'я [16].

Причинами погіршення стану здоров'я населення є також ряд негативних тенденцій у системі охорони здоров'я. Найважливішими з них були: дефіцит фінансових ресурсів, зниження рівня управління системою охорони здоров'я, тривала відсутність концепції розвитку охорони здоров'я у реальних економічних умовах, посилення диспропорцій в охороні здоров'я [7].

Серед багатьох проблем українського суспільства гострими залишаються проблеми нездорової поведінки та недостатньої діяльності щодо формування здорового способу життя [12, 14].

Наукове обґрунтування заходів з підвищення рівня здоров'я, зниження захворюваності, інвалідності та смертності населення можливе лише на основі знання особливостей і тенденцій цих явищ у популяції та причин, які до них призводять, тобто факторів ризику. Тому проблема вивчення закономірностей формування здоро-

в'я населення України у взаємозв'язку з різними чинниками є особливо актуальною.

Нами проведено дослідження поширеності основних видів патології серед населення та шкідливих звичок, які негативно впливають на здоров'я, їх змін у динаміці.

Відомо, що тютюнокуріння, зловживання алкоголем та вживання наркотиків є тими чинниками нездорової поведінки, які суттєво позначаються на громадському здоров'ї.

Тютюнокуріння завдає значної шкоди демографічній ситуації у суспільстві, різко погіршує стан здоров'я різних груп населення, сприяє зниженню трудового потенціалу країни. Офіційні статистичні дані свідчать, що в Україні палять 22,9% дорослого населення, у тому числі 23,1% міських жителів, 22,5% – сільських. Серед осіб молодого віку (18–29 років) курцями є 55,5% чоловіків і 9,4% жінок [15].

Високий рівень поширеності куріння серед дорослих чоловіків та значна його поширеність серед жінок, а також досить велика кількість випалюваних сигарет з розрахунку на дорослу людину, яка дорівнює більше 4600 сигарет на рік, дозволяє зробити висновок, що ця проблема для України надзвичайно актуальна.

Незважаючи на значні зусилля щодо зменшення тягаря куріння для здоров'я, політика щодо стримування тютюнової епідемії в Україні досі є недосконалою і не повністю відповідає стратегіям, проголошеним ВООЗ у Третньому плані дій "За Європу без тютюну".

У програмному документі «Основи політики досягнення здоров'я для всіх у XXI столітті у Європейському регіоні» ставиться завдання досягнення до 2015 р. значного підвищення числа некурців у Європейському регіоні. Так, частка некурців повинна складати не менше 80% серед осіб, старших 15-ти років, і майже 100% серед тих, хто не досягнув цього віку [5].

Середньорічне вживання алкоголю в Україні за останні роки стабілізувалося на рівні 1,2–1,5 л на рік (в абсолютному спирті) на душу населення. Насправді споживання алкоголю значно вище. За оцінками експертів, вживання алкоголю має негативну тенденцію до зростання. Якщо у 1992 р. цей показник дорівнював 10,6 л абсолютного спирту, то у 1996–2000 рр. – приблизно 13,0 л, тобто Україна входить до числа країн із середнім рівнем споживання алкоголю. І це у той час, коли наукою доведено, що при споживанні алкоголю на рівні до 2,0 л чистого спирту на рік ризик смертності для населення є найменшим [16].

Характерним для України є вживання алкоголю у вигляді міцних алкогольних напоїв (у 2001 р. на етанол у складі горілчано-лікерних виробів припадало більше 70% від загальної кількості

зареєстрованого споживання алкоголю). Вітчизняна вино-горілчана промисловість орієнтована на виробництво переважно міцних напоїв. Співвідношення обсягу виробництва горілки, коньяку та лікерів до різних вин і шампанського складає від 1,2:1 до 1,65:1. Така ситуація негативно позначається на стані здоров'я населення.

Широким є вживання сурогатів алкоголю домашнього виготовлення. Споживання підроблених спиртних виробів призводить до отруєнь та тяжких захворювань.

Протягом останніх 10–12 років спостерігається стійка несприятлива ситуація в показниках смертності внаслідок отруєння алкоголем. Кількість випадків смерті від алкогольних отруєнь зросла протягом 1998–2000 рр. на 1400 випадків. На цю причину припадає більше 1% загальної смертності.

Індикатором стану алкогольної проблеми в країні є рівень поширеності та захворюваності на розлади психіки і поведінки, а також смертність від захворювань, пов'язаних із вживанням алкоголю. У порівнянні з 1992 р., поширеність розладів психіки внаслідок вживання алкоголю дещо знизилася і стабілізувалася на рівні 1390–1400 вип. на 100 тис. Захворюваність на гострі психотичні алкогольні розлади зросла з 12,0 на 100 тис. до 21,8 на 100 тис., тобто в 1,8 рази. На диспансерному обліку в закладах охорони здоров'я знаходяться 169,8 тис. осіб з гострими інтоксикаціями від алкоголю. В цілому щороку на обліку перебуває 850–900 тис. осіб з розладами психіки та поведінки чи гострими інтоксикаціями внаслідок вживання алкоголю. Переважна більшість – особи працездатного віку.

Негативною є тенденція до вживання наркотиків. Показники захворюваності і поширеності розладів психіки та поведінки внаслідок вживання наркотиків зросли в період 1992–2002 рр. у 2,3–3,4 рази. На обліку з приводу вживання наркотичних засобів у 2002 р. перебувало 112,5 тис. осіб, з яких 83,9 тис. - з розладами психіки від наркотичних речовин, 28,6 тис. - з гострою інтоксикацією від наркотичних препаратів. При врахуванні «поправочного коефіцієнта» ВООЗ, прихована кількість споживачів наркотиків у 10 разів більша від зареєстрованої. Наркотизація зачепила всі без винятку регіони країни. Чоловіки складають основний контингент серед споживачів наркотиків. Рівень поширеності наркоманії серед міського населення значно перевищує аналогічний показник на селі. До групи підвищеного ризику належать учні-підлітки, студенти, бомжі, працівники секс-бізнесу, безробітні, бізнесмени.

Значна поширеність факторів ризику серед населення України обумовила високий рівень

захворюваності і поширеності хвороб. Захворюваність населення України у 2002 р., як і в 2001 р., становила, 66,8 тис. випадків на 100 тис. населення. Було здійснено 32,2 млн звертань в лікувально-профілактичні заклади з приводу хвороб, виявлених вперше. Поширеність хвороб серед населення України досягла 157,2 тис. випадків на кожні 100 тис. жителів, що є найбільшим показником за останні 5 років [1].

Високі рівні захворюваності виявлено у Вінницькій, Волинській, Дніпропетровській, Івано-Франківській, Львівській, Черкаській областях та м. Києві, де показники знаходилися в межах 76,6–87,8 тис. випадків на 100 тис. населення. Вінницька, Волинська, Черкаська області та м. Київ лідирували також за рівнями поширеності хвороб, які досягли на вказаних територіях 180,4–199,4 тис. випадків на 100 тис.

Традиційно суттєво нижчою від середнього показника в державі була захворюваність та поширеність хвороб у Миколаївській, Кіровоградській областях та Автономній Республіці Крим.

Основу структури захворюваності населення у 2002 р. формували хвороби органів дихання (41,5%), системи кровообігу (7,4%), травми та отруєння (7,0%), хвороби сечостатевої системи (6,3%), шкіри і підшкірної клітковини (6,1%), кістково-м'язової системи та сполучної тканини (5,0%), ока та його придаткового апарату (4,9%). На вказані класи хвороб припадало 78,2% усіх первинних захворювань.

Протягом 2002 р. структура захворюваності не зазнала суттєвих змін. Порівняно з 2001 р., дещо зменшилася питома вага хвороб органів дихання, зросла частка хвороб системи кровообігу, сечостатевої системи, травм та отруєнь.

У період 1997–2002 рр. в структурі захворюваності послідовно збільшувалася частка хвороб системи кровообігу (з 4,8% до 7,4%), сечостатевої системи (з 5,5% до 6,2%). Протягом трьох останніх років зросла питома вага хвороб ока та його придаткового апарату (з 4,5% до 4,7%). Водночас протягом п'ятирічного періоду спостерігалася зменшення частки ендокринних захворювань, хвороб органів дихання, шкіри і підшкірної клітковини, травм та отруєнь.

У структурі поширеності хвороб у 2002 р. переважали хвороби системи кровообігу (27,4%), органів дихання (21,3%), органів травлення (9,3%), кістково-м'язової системи та сполучної тканини (5,7%), ока і його придаткового апарату (5,2%), сечостатевої системи (5,1%). Інші класи хвороб мали питому вагу, меншу 5%.

Протягом п'ятирічного періоду в структурі поширеності відбулися певні зміни. Так, зменшилася частка хвороб органів дихання, яка традиційно була найбільшою, що обумовило переміщення

цього класу хвороб з першого на друге місце. Постійне збільшення хвороб системи кровообігу призвело до того, що починаючи з 2000 р. їх питома вага у структурі поширеності є найбільшою і вони посідають перше місце. Послідовно зменшувалася частка травм та отруень (з 4,3% до 3,1%), інфекційних і паразитарних хвороб (з 3,4% до 2,9%), органів дихання (з 25,4% до 21,3%), шкіри і підшкірної клітковини (з 4,0% до 3,0%). З 1999 р. спостерігається зменшення питомої ваги ендокринної патології (з 5,0% до 4,4%), хвороб нервової системи (з 3,1% до 2,8%).

Оцінюючи в цілому динаміку захворюваності в період 2001–2002 рр., необхідно відзначити її певну стабілізацію. Рівень захворюваності знизився на 1,3%. Позитивним явищем є зменшення частоти появи ендокринної патології на 1,8%, хвороб крові та кровотворних органів – на 2,0%, природжених вад розвитку – на 2,2%, розладів психіки і поведінки – на 3,8%, хвороб органів дихання – на 4,3%, симптомів, ознак та відхилень від норми – на 14,7%. Стабілізувалася захворюваність на хвороби органів травлення, вуха і соскоподібного відростка.

Поширеність хвороб, у порівнянні з 2001 р., збільшилася на 3,0% в основному за рахунок вроджених вад розвитку (+11,9%), хвороб системи кровообігу (+9,0%), ускладнень вагітності, пологів та післяпологового періоду (+5,4%), органів травлення (+4,8%), сечостатевої системи (+3,8%), кістково-м'язової системи і сполучної тканини (+3,5%). Менш поширеними серед населення стали хвороби шкіри і підшкірної клітковини (-1,0%), органів дихання (-3,1%), симптоми, ознаки та відхилення від норми (-18,1%).

Протягом п'ятирічного періоду захворюваність населення збільшилася на 8,6%, поширеність хвороб – на 24,2%. Зростання загальних показників обумовлене значним збільшенням частоти появи хвороб системи кровообігу (в 1,7 разу), крові і кровотворних органів (на 32,2%), сечостатевої системи (на 30,6%), вуха та соскоподібного відростка (на 24,0%), хронізацією патології та її накопиченням серед населення.

Аналіз показників здоров'я у розрізі окремих статевих-вікових груп дозволив виявити суттєві відмінності у рівнях захворюваності і поширеності хвороб. Так первинна захворюваність дитячого населення становила у 2002 р. 124,4 тис. випадків, підлітків – 81,7 тис. випадків, населення працездатного віку – 60,9 тис. випадків, непрацездатного віку – 46,2 тис. випадків на 100 тис. населення відповідного віку. За даними звертань в лікувально-профілактичні установи, населення непрацездатного віку мало найнижчі рівні захворюваності, що пояснюється відсутністю потреби в лікарняному листку у зв'язку з незайнят-

істю на виробництві та великим досвідом у наданні самопомоги при хронічних захворюваннях. Разом з тим, цьому контингенту притаманні найвищі показники поширеності хвороб, що обумовлено їх значним накопиченням серед населення літнього віку.

Діти хворіли в 1,5 разу частіше, ніж підлітки, в 2,0 рази частіше, ніж доросле населення працездатного віку, і в 2,7 разу частіше, ніж населення непрацездатного віку.

За період 2001–2002 рр. захворюваність дитячого та працездатного населення майже не змінилася, підлітків – знизилася на 4,1%, населення непрацездатного віку – на 1,7%.

Збільшення поширеності хвороб серед населення України за 5 років на чверть пов'язане з інтенсивним зростанням хронічної патології в усіх вікових групах населення. Причому, якщо серед осіб працездатного віку темп приросту поширеності склав 18,6%, то серед дітей, підлітків та осіб літнього віку – 25,4%; 23,3%; 34,5% відповідно.

Хронічним неінфекційним захворюванням належить провідна роль у формуванні здоров'я населення більшості країн світу. Захворюваність і смертність від них є високими і мають негативні тенденції до зростання.

В Україні, як і в усьому Європейському регіоні, значного поширення набули серцево-судинні захворювання, рак, діабет, алергічні прояви, психічні розлади. Ситуація ускладнюється наявністю у населення факторів ризику хронічних неінфекційних хвороб.

Хвороби системи кровообігу відіграють провідну роль у формуванні показників інвалідизації і смертності населення. Медико-соціальне значення серцево-судинної патології визначається її поширеністю, тяжкістю перебігу, наслідками для здоров'я і життя.

В Україні є складною ситуація із захворюваністю та поширеністю серед населення хвороб системи кровообігу. Щорічно у закладах охорони здоров'я реєструється близько 2,4 млн первинних хворих, а загальна кількість звертань з приводу серцево-судинної патології досягла 20,8 млн.

Захворюваність та поширеність серцево-судинної патології серед населення України мають тенденцію до зростання. Первинна захворюваність за 5-річний період збільшилася в 1,7 разу, поширеність – у 1,6 разу.

Відомо, що серед хвороб системи кровообігу найпідступнішою є ішемічна хвороба серця. Вона проявляється у вигляді стенокардії, інфаркту міокарда та порушення ритму серця. Її вважають справжньою епідемією, оскільки неймовірно швидко зростає кількість хворих, причому дедалі молодшого віку. Частота появи ішемічної хвороби становить сьогодні в Україні 1595,4

випадку на 100 тис. Гіпертонічна хвороба трапляється серед дорослого населення удвічі частіше, ніж ішемічна. Захворюваність на гіпертонічну хворобу становила у 2002 р. 2314,3 випадку на 100 тис. населення, поширеність – 22604,6 випадку на 100 тис. населення.

Структуру захворюваності традиційно формують гіпертонічна хвороба (47,1%), ішемічна хвороба серця (32,5%), цереброваскулярні хвороби (19,1%). Їм притаманна негативна динаміка. Захворюваність на гіпертонічну хворобу зросла за 5 років в 2,6 разу, на ішемічну – в 1,8 разу, на цереброваскулярні хвороби – на 31,2%. Поширеність гіпертонічної хвороби протягом п'ятирічного періоду збільшилася в 1,7 разу, ішемічної – в 1,5 разу, стенокардії – в 1,9 разу.

Викликає тривогу зростання у 2002 р., порівняно з 2001 р., захворюваності на інфаркт міокарду з 111,3 до 113,6 випадку на 100 тис., тобто на 2,1%.

Серед позитивних тенденцій слід відзначити скорочення захворюваності на інсульти протягом 1999–2002 рр. на 13,8%, на ревматизм – на 31,7%.

В основі первинної профілактики хвороб системи кровообігу лежить концепція факторів ризику цієї патології. Вона пов'язується, насамперед, з формуванням у населення навичок здорового способу життя, зниженням факторів ризику. Ці напрями займають чільне місце в Міжгалузевій комплексній програмі "Здоров'я нації", яка є стратегією розвитку охорони здоров'я на найближчі роки. Важливе місце в боротьбі з серцево-судинною патологією відводиться забезпеченню населення якісною і доступною медичною допомогою, розвитком і впровадженням сучасних її технологій.

Злоякісні новоутворення відіграють важливу роль у формуванні здоров'я населення. Хоча їх частка в структурі захворюваності і поширеності хвороб невелика (0,5% та 1,1% відповідно), вони є другою за величиною причиною смертності населення як в Україні, так і в більшості розвинених країн світу.

В Україні щорічно захворюють на рак близько 150–160 тис. осіб, з яких близько тисячі – діти. У 1997 р. рівень онкологічної захворюваності складав 314,4 випадку на 100 тис. Протягом п'ятирічного періоду захворюваність населення на рак зросла на 2,4% і досягла 322 випадків на 100 тис. На облік протягом 2002 р. було взято 155,3 тис. хворих, яким діагноз поставлено вперше. Із збільшенням віку захворюваність на рак зростає, про що свідчать найвищі рівні онкозахворюваності в осіб непрацездатного віку.

Серед окремих адміністративних територій високими рівнями первинної захворюваності

виділялися м. Севастополь (441,7), Кіровоградська (380,1), Миколаївська (366,6) області та Автономна Республіка Крим (360,8 випадку на 100 тис.). Відносно невисокі показники були виявлені в Закарпатській, Волинській, Рівненській, Івано-Франківській областях, тобто у західному регіоні країни, де захворюваність на рак традиційно невисока.

Онкологічна захворюваність міського населення (329,0 на 100 тис.) у 2002 р. перевищувала аналогічний показник сільського населення (307,7 на 100 тис.) на 6,9%. У структурі первинної захворюваності на рак провідні місця займали злоякісні новоутворення органів травлення, жіночих статевих органів, молочної залози, органів дихання.

Контингент хворих на злоякісні новоутворення становить сьогодні в Україні 798,8 тис. осіб. Порівняно з 2001 р., чисельність їх збільшилася на 17 тис. Аналізуючи епідеміологію раку, необхідно відзначити, що збільшення поширеності цієї патології пов'язане як із значною частотою її появи, так і з поліпшенням якості діагностики, вдосконаленням статистичного обліку, постарінням населення.

Високі рівні захворюваності і смертності населення від раку та значна поширеність факторів ризику онкологічної патології обумовили розробку Державної програми "Онкологія" на 2002–2006 рр. Вона включає заходи щодо первинної профілактики онкопатології, вторинної профілактики і ранньої діагностики, організації онкологічної допомоги, інформаційно-аналітичного та наукового забезпечення програми, санітарно-просвітницької діяльності та міжнародного співробітництва. Створення єдиного координаційного центру програми та залучення до її виконання усіх причетних органів центральної і місцевої виконавчої влади є запорукою її успішної реалізації. Такий комплексний підхід дозволить суттєво знизити захворюваність, поліпшити надання медичної допомоги хворим, подовжити їх життя та працездатність.

Актуальною проблемою охорони здоров'я і медичної науки є стан психічного здоров'я населення. Психічні розлади набули значного поширення серед населення різних країн, призводячи до високої інвалідизації хворих та великих економічних збитків.

Серед факторів ризику порушень психічного здоров'я в сучасних умовах особливо несприятливими є рівень психоемоційної напруги, збільшення неспокійних розладів, значне постаріння населення, спадкова компонента, поширеність шкідливих звичок.

В Україні в 2002 р. у заклади охорони здоров'я здійснено 228,4 тис. звертань з приводу роз-

ладів психіки і поведінки, що склало 473,6 випадку на 100 тис. населення. Поширеність цієї патології становила 4,7 тис. випадків на 100 тис. Частка розладів психіки і поведінки в загальній структурі захворюваності складає 0,7–0,8%, поширеності – близько 3,0%.

Протягом 1997–2001 рр. захворюваність на психічні розлади знизилася на 10,5%. Це відбувалося внаслідок зменшення захворюваності на непсихотичні розлади.

У 2002 р. в психоневрологічних закладах знаходилося на обліку 1,2 млн осіб, які склали диспансерну і консультативну групи. Вперше в поточному році було взято на облік 120,0 тис. осіб. Порівняно з 1997 р. захворюваність осіб диспансерної і консультативної груп знизилася на 11,5%, поширеність – збільшилася на 4,6%. Контингент хворих протягом 2002 р. зменшився на 10,3 тис. Близько 50% осіб, які знаходяться під диспансерним наглядом, становлять хворі з розладами психіки непсихотичного характеру.

Серед ендокринної патології, яка становить 1,7% в структурі захворюваності населення і 4,4% – в структурі поширеності хвороб, провідним захворюванням вважається цукровий діабет. За статистичними даними, в Україні в 2002 р. було зареєстровано 75,8 тис. випадків первинних захворювань на цю патологію.

Для цукрового діабету характерними є негативні тенденції. Протягом 2001–2002 рр. захворюваність збільшилася на 7,6%, а за останні 5 років – на 37,9%. Контингент хворих складає 920,3 тис.

В Україні послідовно реалізуються заходи щодо своєчасного виявлення хворих на цукровий діабет і якісного їх лікування у рамках Комплексної програми “Цукровий діабет”, затвердженої Указом Президента України від 21 травня 1999 р. №545/99. Програма спрямована на забезпечення раннього виявлення хворих, стовідсотковий диспансерний нагляд, ефективне лікування, зменшення частоти ускладнень, пов'язаних з діабетом.

Цукровий діабет належить до переліку захворювань, лікарські препарати на лікування якого в амбулаторних умовах, згідно з чинним законодавством, відпускаються безкоштовно. В Україні активно розвивається виробництво власного інсуліну.

Для більшості країн світового співтовариства є характерним зростання частоти алергічних проявів. Алергії та бронхіальна астма є частими причинами втрати працездатності, інвалідності та зниження якості життя населення. У 2002 р. в Україні було виявлено 16,4 тис. випадків первинних захворювань на бронхіальну астму, що склало 34,0 випадку на 100 тис. населення.

Порівняно з 2001 р., захворюваність на бронхіальну астму знизилася на 5,5%. Проте аналіз показника в динаміці п'ятирічного періоду свідчить про її зростання на 23,6%. Контингент хворих досягнув 228,9 тис. Темп приросту поширеності за рік склав 2,5%, за 5 років – 16,9%.

Особливу тривогу викликає збільшення захворюваності на бронхіальну астму серед дітей, рівень якої за п'ятирічний період зріс на 34,5%. Позитивним є зменшення захворюваності протягом 2002 р. на 9,3%.

В Україні боротьба з бронхіальною астмою здійснюється у напрямі підвищення рівня знань медичних працівників та пацієнтів про причини астми та алергії, вдосконалення діагностичних підходів і методів лікування, використання сучасних методів діагностики харчових алергій та інших алергічних станів, сприяння виробництву харчових продуктів з урахуванням потреб людей з різними алергічними проявами, поширення серед хворих і членів їх сімей знань з питань самодопомоги та взаємодопомоги.

Аналіз ситуації із захворюваності на соціально-небезпечні хвороби свідчить про негативні тенденції. Рівні захворюваності на туберкульоз та смертності від нього за п'ятирічний період збільшилися відповідно на 46% та 18%. Значне зростання цього показника за 2002 р. спостерігалось у Харківській, Одеській, Дніпропетровській, Донецькій, Херсонській та Миколаївській областях, тобто в тих регіонах, де розташована значна кількість протитуберкульозних закладів системи покарання. Викликає велику стурбованість зростання деструктивних форм туберкульозу серед вперше виявлених в Миколаївській, Вінницькій, Київській, Донецькій, Чернівецькій областях, м. Києві. Разом з тим в перелічених регіонах спостерігаються низькі рівні закриття порожнин розпаду та припинення бактеріовиділення, що свідчить про низьку ефективність вжитих заходів.

Незважаючи на здійснення низки заходів, спрямованих на протидію епідемії ВІЛ/СНІДу, кардинально поліпшити ситуацію не вдалося. На початок 2003 р. зареєстровано майже 52 тис. ВІЛ-інфікованих, з яких понад 4 тис. – діти. Захворіло на СНІД 4 тис. громадян, померло – 2 тис. Темпи поширення СНІДу в Україні – одні з найвищих у світі. Особливу тривогу викликає той факт, що найбільшу групу ВІЛ-інфікованих складають молоді люди у віці 20–39 років. Найнебезпечніша ситуація зі СНІДу склалася в південному та південно-східному регіонах України. Спостерігається тенденція до зростання числа ВІЛ-інфікованих серед вагітних жінок і дітей.

На поліпшення ситуації щодо цієї небезпечної хвороби спрямовано реалізацію на держав-

ному і регіональному рівнях міжнародного проекту "Контроль за туберкульозом та ВІЛ/СНІДом", який здійснюється за рахунок позики Світового банку та гранту Глобального фонду боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією. Укладено Угоду між Глобальним фондом і Міністерством охорони здоров'я України про виділення коштів на боротьбу з цими небезпечними хворобами.

Травми та отруєння відіграють важливу роль у формуванні громадського здоров'я. У структурі захворюваності їх частка складає 6–8%, поширеності – близько 3%. Незважаючи на тенденцію до зменшення частоти травм та отруєнь в останні роки, їх рівень залишається досить високим, спричиняє високі рівні інвалідності і смертності. Ця патологія є третьою за величиною причиною смертності населення. Тому проблема зниження кількості травм і отруєнь є пріоритетним напрямом в діяльності держави. У 2002 р. в Україні частота первинних випадків травм та отруєнь становила 4,7 тис. на кожні 100 тис. населення, а кількість усіх випадків – 4,9 тис. на 100 тис.

Динаміка травм та отруєнь в Україні протягом п'ятирічного періоду є позитивною. Захворюваність за цим класом зменшилася на 5,2%, поширеність – на 5,0%. Зниження частоти появи травм та отруєнь в період 2001–2002 рр. становило 1,8%.

Рівень травматизму серед всього населення становив 2,2 млн випадків, або 465,1 на 10 тис. Основу його структури формує побутовий (77,3%) та вуличний (13,5%) травматизм. За період 1997–2002 рр. загальний рівень травматизму знизився на 11,1%, у тому числі дорожньо-транспортного – на 6,8%, побутового – на 2,4%, інших видів – на 26,5%. Разом з тим збільшилася кількість спортивних травм на 6,5%. Проте протягом 2002 р. спостерігалася тенденція до зростання більшості видів травматизму в державі. Так, частота побутового травматизму

збільшилася на 1,6%, дорожньо-транспортного – на 4,5%, вуличного – на 9,4%, спортивного – на 6,5%.

Результати аналізу дозволяють зробити висновки, що захворюваність населення України залежить від багатьох чинників, які часто діють різноспрямовано. Цьому показнику властива певна інертність і в сучасних умовах він оцінюється неоднозначно. Поряд із збільшенням захворюваності і поширеності хвороб за багатьма класами, простежуються позитивні тенденції до скорочення певних видів захворюваності.

У структурі захворюваності і поширеності хвороб поступово наростає частка ендемічної патології, зокрема хвороб системи кровообігу, новоутворень внаслідок значної поширеності факторів ризику. Збільшується екологічно детермінована патологія як результат обтяженості середовища проживання. Частішою стає поява соціально детермінованих і небезпечних нозологічних форм, таких як туберкульоз та СНІД.

Разом з тим, закономірно знижується рівень екзогенної патології в результаті разових зовнішніх дій (травми та отруєння, паразитарні хвороби, гострі хвороби органів дихання і травлення).

Знання особливостей та закономірностей формування здоров'я населення, впливу на нього різних факторів ризику, є підґрунтям для розробки комплексу профілактичних заходів, спрямованих на попередження їх негативного впливу, поліпшення якості життя населення.

Отримані результати дозволять сформулювати основні напрями діяльності щодо поліпшення здоров'я населення, які повинні спрямовуватися на скорочення поширеності хронічної неінфекційної патології та соціально небезпечних інфекційних хвороб, шляхом боротьби з факторами ризику активного впровадження здорового способу життя на основі широкого міжсекторального співробітництва.

Список літератури

1. Дані Центру медичної статистики МОЗ України 1992–2002 рр.
2. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2002 г. – ЕРБ ВОЗ. – Региональные публикации ВОЗ, Европейская серия, №97. – 156 с.
3. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2002 г. Уменьшение риска, содействие здоровому образу жизни. – ВОЗ, Женева. – 2002. – 16 с.
4. Дьякович М.П. Стресс и здоровье различных социальных групп //Пробл. социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2002. – №6. – С.15-18.
5. Здоровье 21. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе. Европейская серия «Здоровья для всех», №6. – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 1999. – 310 с.
6. Истомин А.В. Комплексные проблемы гигиены питания: опыт решения, перспективы развития //Здравоохранение Российской Федерации. – 2001. – №2. – С.19-20.

7. *Концептуальні основи фінансової стратегії охорони здоров'я* // Матеріали наук.-практ. конф. за міжнар. участі "Формування та реалізація регіональної політики в галузі охорони здоров'я", 24–25 квіт. 2002 р. – Одеса, 2002. – С. 200–208.
8. *Концепція розвитку охорони здоров'я населення України*. – Одеса, 2001. – 29 с.
9. *Максимова Т.М., Гаенко О.Н.* Здоровье населения и социально-экономические проблемы // Пробл. социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2003. – №1. – С.3-7.
10. *Овчаров В.К.* Современные социально-экономические условия и здоровье населения // Вест. Рос. АМН. – 1997. – №1. – С. 51–59.
11. *Послання Президента України до Верховної Ради України: "Європейський вибір. Концептуальні засади стратегії економічного та соціального розвитку України на 2002–2011 роки"* // Урядовий кур'єр. – 2002. – 4 червня. – №100. – С.5-12.
12. *Профілактика в первинних структурах охорони здоров'я* // СНДІ. Україна / За ред. Смирнової І.П. – К., 1999. – 165 с.
13. *Сабинова З.Ф., Фаттахова Н.Ф., Пинигин М.А.* Оценка и прогноз комбинированного и комплексного влияния загрязнения окружающей среды на здоровье населения // Здравоохранение Российской Федерации. – 2002. – №6. – С.31-33.
14. *Солоненко І.М., Жаліло Л.І., Радиш Я.Ф.* Управління здоров'ям населення: проблеми перехідного періоду // Матер. конф. "Стратегія формування здорового способу життя", 19-20 жовтня 2000 р. – К., 2000. – С.13-17.
15. *Стан здоров'я населення (за даними вибіркового опитування домогосподарств у жовтні 2002 року)* / Статистичний бюлетень. – К., 2003. – 130 с.
16. *Стан здоров'я населення України та діяльність медичної галузі (2001 р.) (Щорічна доповідь)*. – К., 2002. – 378 с.
17. *Шарафутдинов А.Я.* Роль социально-гигиенических факторов в формировании здоровья сельского населения // Здравоохранение Рос. Федерации. – 2001. – №4. – С. 34–36.

ФАКТОРЫ РИСКА В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Т.С. Грузева (Киев)

Показана актуальность проблемы исследования факторов риска возникновения патологии среди населения во всем мире и в Украине в частности. Дана характеристика основным из них, в том числе нездоровому поведению. Проанализированы заболеваемость и распространенность болезней среди населения Украины в динамике 1997–2002 гг., их основные закономерности и тенденции. Определены направления деятельности по повышению уровня здоровья граждан.

RISK FACTORS IN FORMATION OF THE POPULATION HEALTH

T.S. Hruseva (Kyiv)

The actuality of studies is stated concerning risk factors of pathology development in the population in the world and in Ukraine in particular. The characteristic of these factors is given including those associated with inadequate behavior.

The morbidity and prevalence of diseases among the population of Ukraine were analyzed within the period from 1997 to 2000 as well as main regularities and tendencies. The directions of the activity aimed at improvement of the population health have been outlined.

УДК 614.2:314.3

Г.к. СЛАБКИЙ (Київ), Б.А. УСПЕНСЬКИЙ (Львів)

ВПЛИВ ОПЕРАТИВНОЇ ПОЛІТИКИ НА ОПТИМІЗАЦІЮ ДІЯЛЬНОСТІ В СФЕРІ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я

Національний медичний університет ім. акад. О.О. Богомольця
Львівська обласна клінічна лікарня

У відповідності до Програми дій, схваленої на Міжнародній конференції з питань народонаселення та розвитку, яка відбулася в Каїрі у вересні 1994 року, репродуктивне здоров'я – це стан повного фізичного, психологічного та соціального добробуту, а не лише відсутність захворювань в усьому, що стосується репродуктивної системи, її функцій та процесів у ній. Воно означає можливість задовільного та безпечного сексуального життя, здатність до відтворення та можливість вирішувати, коли і як часто це робити [5].

Право людини на планування сім'ї, що розглядається як одне з найважливіших прав людини, принаймні в Європейському регіоні, у значній мірі ототожнюється передусім з репродуктивним здоров'ям та репродуктивним вибором жінки. Враховуючи пригнобленість і нерівноправність жінки у суспільстві, що існувала протягом десятиків, і навіть сотень століть (а у багатьох країнах є і донині), такий підхід є цілком обґрунтованим, оскільки цивілізоване розв'язання проблем репродуктивного здоров'я та планування сім'ї є неможливим без переосмислення ролі жінок у суспільстві та їх статусу, без вирішення гендерних проблем [8].

Оскільки репродуктивне здоров'я є складовою загального здоров'я як на індивідуальному, так і на популяційному рівнях, можна стверджувати, що на рівень і стан репродуктивного здоров'я з певною специфікою впливають всі ті фактори, які зумовлюють загальне здоров'я. Такими факторами є економічний стан і статус у суспільстві; наявність роботи та умови праці; освіта та культурний рівень; якість навколишнього природного середовища та атмосфера в суспільстві; послуги у сфері охорони здоров'я; особисте ставлення до здоров'я та наявність навичок для подолання життєвих проблем тощо [10].

Всі ці чинники так чи інакше впливають на стан репродуктивного здоров'я, яке в Україні навіть у розумінні захворюваності і розповсюдженості хвороб репродуктивної системи не відпо-

відає міжнародним стандартам і має тенденцію до погіршення [9].

Проблемою у сфері репродуктивного здоров'я є запальні захворювання жіночих статевих органів, що, у свою чергу, призводить до безпліддя, позаматкової вагітності та раку. До цього додаються інфекції, які передаються статевим шляхом. За останнє десятиріччя в декілька разів підвищився рівень захворюваності *гоноореєю*. Рівень захворюваності *сифілісом* зріс у 27 разів. Показники захворюваності на інші інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), також значно збільшились, що підвищує ризик ВІЛ-інфікування. Зареєстровані показники розповсюдженості ВІЛ-інфекції дуже швидко зростають – за останні 5 років у 20 разів. При цьому є ознаки того, що відбувається перехід розповсюдження ВІЛ-інфекції від груп наркоманів до основного населення, серед якого вона передається статевим шляхом [10].

За останні десятиріччя поширились також інші захворювання репродуктивної системи. Внаслідок зниження кількості і системності цитологічних тестів під час профілактичних оглядів, захворювання на рак шийки матки стали виявлятися на більш пізніх стадіях. Сьогодні тільки 61,4–63,6% жінок віком 18 років і старше проходять ці обстеження. Ще однією очевидною тенденцією є збільшення кількості випадків безпліддя, причини якого значною мірою пояснюються поширенням ІПСШ, а також наслідками абортів. Рівень материнської смертності – кінцевий показник материнського здоров'я – в Україні зараз у декілька разів перевищує показники країн Західної Європи [1].

Рівень розповсюдженості абортів викликає занепокоєння як один із факторів, що призводить до захворюваності, безпліддя та час від часу до материнської смертності. За останнє десятиріччя кількість вагітностей зменшилась у 1,9 разу, а абортів – у 2,8. Це дещо вплинуло на рівень наслідків вагітностей: більша їх кількість стала закінчуватися народженням живих дітей.

Але на кожного малюка, народженого живим, припадає 0,9 абортів. Показники рівня абортів за регіонами значно відрізняються від загального по Україні, який становить 0,4–2,1 абортів протягом життя жінки [7].

В умовах постійного погіршення стану здоров'я населення особливо вразливими є діти. Зареєстрована захворюваність серед дітей віком до 14 років підвищилась на 46,7%. Показники смертності серед малюків залишаються в 2–3 рази вищими за відповідні в країнах Західної Європи. Особливо вражаючими є показники захворюваності на ІПСШ. Так, серед дівчат-підлітків захворюваність на сифіліс зросла в 31 раз, серед юнаків – в 20 разів [2, 6].

Одним з пріоритетних завдань будь-якої демократичної соціально орієнтованої держави є необхідність прийняття такого законодавства, яке б якщо не безпосередньо регулювало умови охорони репродуктивного здоров'я (як видно з переліку фактів, що впливають на здоров'я, далеко не всі з них можуть бути прямо врегульовані шляхом законодавчого дозволу чи заборони – наприклад, аспекти особистого догляду за здоров'ям, навички здорового способу життя тощо), то принаймні сприяло б створенню цих умов та дійовості відповідних механізмів [5].

Тому вкрай важливим є залучення керівників, і в першу чергу вищого рівня, в процес готовності виявляти основні причини перешкод, вивчати результати та розробляти рекомендації щодо їх подолання. З цією метою з жовтня 1998 року по березень 1999 року було проведено опитування представників різних гілок влади, присвячене вивченню стану репродуктивного здоров'я населення України [3].

Співбесіди з 18-ма відповідальними посадовими особами, причетними до розробки політики в галузі охорони репродуктивного здоров'я, дозволили зробити висновки, які характеризують сучасний стан політичних умов для охорони репродуктивного здоров'я. Серед них слід відмітити:

1. На сьогодні охорона здоров'я не є пріоритетним питанням в широкому політичному контексті.
2. Розгорнуте визначення репродуктивного здоров'я, наведене в "Програмі дій" Каїрської конференції, в якому наголошується на правах людини, рівності представників обох статей, покращанні стану статевого здоров'я, якості життя та міжособистих стосунків впродовж усього життя, не знаходять широкого визнання у колах, причетних до вироблення політичних рішень в Україні.
3. Відповідальні посадові особи визнають, що незадовільний стан охорони репродуктивно-

го здоров'я погіршує демографічну ситуацію в Україні, для якої характерне перевищення показників смертності над показниками народжуваності. Однак, багато хто припускає, що економічна ситуація має більший вплив на демографічні тенденції, аніж охорона репродуктивного здоров'я.

4. Відповідальні посадові особи гостро усвідомлюють небезпеку захворювання на венеричні хвороби. Існує одностайність в думках про те, що необхідно проводити освітню роботу серед молоді про використання контрацептивів та профілактику ІПСШ, ВІЛ/СНІД.
5. Відповідальні посадові особи визначили дві групи перешкод (крім економічних) на шляху проведення дійової політики з питань охорони репродуктивного здоров'я. Це перешкоди, які стосуються ціннісної орієнтації населення стосовно соціальних проблем, і відсутність інформації, зокрема для фахівців, вчених та дослідників.
6. Відповідальні посадові особи погоджуються, що існує потреба в інформаційному забезпеченні науково-дослідницької роботи, розробці та виконанні політичних програм, підвищенні обізнаності та розширенні освітньої роботи. Відчувається нестача міжнародної інформації про політику, програми і види медичного обслуговування, інформаційні та освітні програми.

Авторами дослідження зроблено загальний висновок, що в країні існують сприятливі умови для надання більшої пріоритетності охороні репродуктивного здоров'я. Серед представників вищих ешелонів влади, при занепокоєнні станом репродуктивного здоров'я населення, існує згода щодо того, що держава повинна відігравати певну роль в розробці політики з питань охорони репродуктивного здоров'я.

Підтвердженням сприятливих умов для покращання політичної ситуації в сфері репродуктивного здоров'я стало створення міжвідомчої групи розробки політики. Метою діяльності групи, яка почала свою роботу в березні 1999 року, стало пропагування, розвиток, координація та контроль за проведенням роботи в сфері охорони репродуктивного здоров'я, розробка відповідної національної програми при повній зацікавленості керівництва держави в цій роботі.

У 2001 році в Україні прийнята Національна програма "Репродуктивне здоров'я 2001-2005" (НПРЗ), яка затверджена Указом Президента України від 26 березня 2001 р. №203/2001. Був проведений республіканський семінар, в якому взяли участь зацікавлені сторони, у тому числі члени групи з розробки політики в сфері репродуктивного здоров'я. У ході семінару визначено 26 перешкод оперативної політики, до яких на-

лежить нерозвиненість законодавства в сфері репродуктивного здоров'я, непоінформованість медичних працівників та громадськості про стандарти здоров'я і загальні проблеми у сфері репродуктивного здоров'я, низький рівень якості надання медичної допомоги, недостатньо раціональне використання ресурсів, низький рівень самозберігаючої поведінки та низька правова культура населення, недооцінка ролі (ігнорування) недержавних організацій тощо. Було вирішено розпочати розробку клінічних стандартів та оперативних планів для успішної реалізації НПРЗ. Результатом обговорення став документ "Перешкоди оперативної політики в системі надання послуг з репродуктивного здоров'я: розробка рекомендацій щодо їх подолання в Україні". Документом визначені проблеми оперативної політики в контексті реформи охорони здоров'я. Деякі з перешкод оперативної політики, які були визначені на цьому семінарі, мали відомі причини і частково були зазначені в проекті наказу МОЗ України, опрацьованому членами групи з розробки політики "Про удосконалення амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги" і поданому на ухвалення в середині 2001 року. Зараз вивчаються інші перешкоди оперативної політики. Дослідження зосереджені на неефективному використанні ресурсів: кадрових, фінансових, матеріально-технічних.

Не всі політичні перешкоди мають однаковий вплив на доступність, якість, ефективність медичної допомоги, та потребують однакових ресурсів для подолання.

В залежності від рівня оперативної політики, вони підлягають регуляції на державному, галузевому та регіональному рівнях. Регуляції на державному рівні підлягають питання податків, зборів, дозволу на виробництво, імпорт, реалізації фармацевтичних засобів, розробки питань у сфері репродуктивного здоров'я, включаючи фінансування, дотримання прав людини тощо. Вони вирішуються законодавчими та виконавчими гілками влади.

На галузевому рівні Міністерством Охорони Здоров'я та професійними асоціаціями лікарів вирішуються такі питання, як розробка нормативно-методичних документів з питань надання медичної допомоги в сфері репродуктивного здоров'я (накази, директиви, циркуляри), стандартів медичної допомоги, ліцензування та акредитація медичних закладів, розподіл обсягів медичної допомоги між різними категоріями медичних працівників тощо.

Членами робочої групи з розробки політики зроблені висновки, що проблеми, які заважають наданню послуг в сфері репродуктивного здоров'я, не обмежуються компонентами системи

охорони здоров'я, які безпосередньо забезпечують діагностично-лікувальний процес, а є комплексними, існують також і в інших сферах. Наприклад, в сферах фінансового, кадрового, матеріального та інформаційного забезпечення. А звідси, беручи до уваги те, що оперативна політика керує всіма компонентами системи охорони здоров'я, у тому числі репродуктивного, комплексне розуміння такої політики забезпечує шляхом проведення системного політичного процесу важливий підхід і перевагу щодо поліпшення якості допомоги в цій системі.

Допомогти виявити певну проблему з конкретними підсистемами в програмі покращання репродуктивного здоров'я може ситуаційний аналіз, але він не завжди дає можливість виявити питання оперативної політики, що створюють цю проблему.

Ситуаційний аналіз, який показує зміни, що відбуваються протягом певного періоду часу, дозволяє виявити ті сфери, де певний час не було значних поліпшень, а також визначити, чи не заважають успішній діяльності посадові особи, функції яких лежать в основі цієї діяльності.

Методом ситуаційного аналізу було вивчено виконання НПРЗ за перший рік. Встановлено, що із 44 розділів програми виконано, або виконується згідно до зазначених термінів, або частково виконується – 38, не виконується 3. По виконанню 3 заходів програми одержати інформацію не вдалося. Відсутня інформація з тих заходів, виконання яких повинні були забезпечити інші (не МОЗ) міністерства та відомства.

У цьому аспекті важливе значення має співробітницький підхід, як одна з найбільш продуктивних стратегій забезпечення того, щоб державні діячі всіх рангів та всі зацікавлені установи і донорські організації зосереджували свою роботу на доповнюючих один одного підходах у вирішенні оперативних проблем. Так, для того, щоб співробітницький підхід при виконанні НПРЗ спрацьовував на місцевому рівні, за допомогою метода адвокації у більшості областей при головах обласних адміністрацій були створені міжвідомчі координаційні ради. Однією із задач вказаних рад є зосередження уваги не тільки на людських ресурсах, але і врахування інституційних факторів, коли визначено, що вони заважають роботі з виконання програми. Цими факторами, в першу чергу, є нестача обладнання, ліків та матеріалів, пов'язана з браком коштів. Враховуючи вищезазначене, Українською Мережею Репродуктивного Здоров'я була проведена низка заходів серед політичних діячів всіх рівнів, спрямованих на покращання репродуктивного здоров'я в Україні. Основною метою заходів з адвокації було забезпечення постійного і дос-

татнього фінансування Національної програми. У Донецькій, Одеській, Львівській областях у 2002 р. було збільшено, порівняно з іншими областями, фінансування заходів, спрямованих на покращання репродуктивного здоров'я населення, із місцевих бюджетів та надпланових надходжень прибуткової частини бюджету.

Заходи з адвокації проводилися на місцевому, регіональному та національному рівнях. Кампанія закінчилась проведенням Національних гро-

мадських слухань, в яких взяло участь більше 150 діячів законодавчої та виконавчої влади країни, членів недержавних організацій, що працюють в сфері репродуктивного здоров'я, професіоналів в названій області.

Таким чином, можна зробити висновок, що запровадження політичного підходу може розширити вплив на всі рівні державної системи в сфері охорони репродуктивного здоров'я населення.

Список літератури

1. Жилка Н., Іркіна Т., Стешенко В. Стан репродуктивного здоров'я в Україні (медико-демографічний огляд). – К., 2001. – 68 с.
2. Збірник статистичної інформації з питань охорони здоров'я дітей і матерів. – К.: МОЗ України, 1999. – 17 с.
3. Когут М., Лакіза-Сачук Н. Опитування представників різних гілок влади: обізнаність та ставлення представників вищих ешелонів влади до питань охорони репродуктивного здоров'я в Україні: Звіт до проекту ПОЛІСІ. – 1999. – 21 с.
4. Мельник Ю.В., Слабкий Г.А. К вопросу о причинах ухудшения репродуктивного здоровья // Матеріали наук.-практ. конференції "Репродуктивне здоров'я: проблеми та перспективи", 18 трав. 2001 р. – Донецьк, 2001. – С. 4–6.
5. Програма дій // Матеріали міжнар. конф. з питань народонаселення та розвитку, Каїр, 5–13 верес. 1994 р. – К.: Фонд народонаселення ООН, 1997. – 56 с.
6. Репродуктивне та статеве здоров'я підлітків в Україні (ситуаційний аналіз). – К.: Фонд народонаселення ООН, ВООЗ, МОЗ України, Українська Асоціація Планування сім'ї. – 1999. – 92 с.
7. Роди та аборти в Україні. Банк даних з 1990 року. – К.: МОЗ України, Центр медичної статистики, 2000. – 33 с.
8. Рудий В. Аналіз правового та статутного поля у галузі планування сім'ї та репродуктивного здоров'я в Україні. – К., 1999. – С. 3–5.
9. Слабкий Г.А. Національна програма "Репродуктивне здоров'я 2001–2005" як шлях до поліпшення репродуктивного здоров'я населення в Україні // Матеріали наук.-практ. конф., 6 листоп. 2002 р. – Донецьк. – 2002. – С. 12–15.
10. Эпидемия ВИЧ/СПИДа в Украине: социально-демографический аспект. – К.: ПРООН, 2000. – 52 с.

ВЛИЯНИЕ ОПЕРАТИВНОЙ ПОЛИТИКИ НА ОПТИМИЗАЦИЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В СФЕРЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я

Г.А. Слабкий (Киев), [Б.А. Успенский] (Львов)

Показан опыт выявления препятствий оперативной политики, имеющей влияние на репродуктивное здоровье населения, и направления по их преодолению.

OPTIMIZATION OF ACTIVITIES IN THE AREA OF REPRODUCTIVE HEALTH

G. Slabkyi (Kyiv), [B. Uspensky] (Lviv)

The experience has been shared on how to identify barriers of operational policies having impact on reproductive health of the population and directions to overcome those barriers.

УДК 617.43:616-036.86:001.8

С.В. АФАНАСЬЄВ (Дніпропетровськ)

ПИТАННЯ МОНІТОРИНГУ ІНВАЛІДНОСТІ ВНАСЛІДОК УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ НА ОРГАНАХ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

Український Державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності

Останнє десятиріччя минулого та початок нового сторіччя характеризуються бурхливим розвитком та широким запровадженням високих технологій в медицині. Поряд з цим прискорення науково-технічного прогресу в галузі призвело до значних змін клініко-діагностичних стандартів хірургії органів шлунково-кишкового тракту (ШКТ). У теперішній час планові хірургічні втручання з приводу виразкової хвороби шлунку та дванадцятипалої кишки є майже ексклюзивними, при патології жовчного міхура та протоків "операціями вибору" стали ендоскопічні малоінвазивні втручання, у хірургії килових дефектів передньої черевної стінки все вагомніше місце займає застосування пластичних втручань з використанням сітчастих алотрансплантантів.

Але, на жаль, навіть високотехнологічні оперативні втручання з приводу непухлинних захворювань органів шлунково-кишкового тракту можуть супроводжуватися ускладненнями та призводити до інвалідності оперованих хворих.

Протягом багатьох років в Україні ведеться облік та аналіз показників інвалідності внаслідок захворювань органів травлення, які представлені і "терапевтичною", і "хірургічною" патологією. Слід зазначити, що до останнього часу динамічне спостереження за станом інвалідності даної категорії хворих не проводилось.

За даними літератури, моніторинг інвалідності є інформаційною базою та основою для наукового обґрунтування заходів щодо її попередження [3]. Моніторинг інвалідності – це тривале соціально-гігієнічне спостереження за станом первинної та накопиченої інвалідності різних верств населення, що включає збір, статистичну обробку, аналіз інформаційних матеріалів про інвалідність та їх інтерпретацію. Соціально-гігієнічний моніторинг первинної та накопиченої інвалідності різних категорій дорослого населення України є інформаційною базою, що використовується для прогнозування процесів інвалідизації в країні, обґрунтування соціально-профілактичних заходів, потреби в медико-експертній допомозі та реабілітації

інвалідів, формування соціальної політики держави щодо інвалідів [4]. Завдяки багаторічним плідним дослідженням А.В.Іпатова, О.В.Сергієні, Т.Г.Войтчак була ретельно розроблена та запроваджена в Україні технологія моніторингу інвалідності внаслідок серцево-судинних, онкологічних захворювань, травм опорно-рухового апарату тощо [1]. Застосування моніторингу інвалідності при вказаній патології на протязі останніх п'яти років дозволило суттєво підвищити якість та ефективність медико-експертної допомоги хворим та інвалідам. Відсутність моніторингу інвалідності хворих внаслідок ускладнень після оперативних втручань на органах ШКТ обумовлює те, що дотепер залишається невизначеною епідеміологія та медико-соціальне значення цього явища. Це, у свою чергу, значно ускладнює обґрунтування, розробку та запровадження ефективних профілактичних і реабілітаційних заходів щодо вказаних контингентів інвалідів.

Усе вищезазване обумовило мету нашого дослідження – обґрунтувати необхідність впровадження моніторингу інвалідності внаслідок ускладнень після оперативних втручань на органах ШКТ.

Матеріали та методи дослідження. Проведене дослідження носить соціально-гігієнічний характер. Нами використані наступні соціально-гігієнічні методи: анкетування, інтерв'ювання, безпосереднього спостереження, експертних оцінок. Динамічне спостереження за інвалідністю хворих з ускладненнями після оперативних втручань на органах ШКТ проводилося за методикою О.В.-Сергієні [3]. У роботі використані результати анкетування 27 головних експертів областей і міст України про стан первинної і накопиченої інвалідності після оперативних втручань на органах ШКТ у регіонах, а також інтерв'ювання головного хірурга Дніпропетровської області.

Для визначення нозологічної структури причин інвалідності хворих після оперативних втручань на органах ШКТ проведений поглиблений аналіз 158 медико-експертних справ інвалідів внаслідок вищевказаної патології за даними

міжрайонних МСЕК м. Дніпропетровська.

Для оцінки отриманих даних застосовувалися загальноприйняті медико-статистичні та аналітичні методи [2].

Результати та їх обговорення. Проведене у 2002 р. анкетування головних експертів 25 областей України, а також міст Києва і Севастополя, дозволило вперше визначити первинну інвалідність та генеральну сукупність інвалідів внаслідок ускладнень після оперативних втручань на органах ШКТ. За підсумками 2002 року, вперше інвалідність була встановлена 1280 хворим, прооперованим на органах ШКТ, що складає 0,3 випадку на 10 тисяч дорослого населення. Подальший аналіз первинної інвалідності показав, що переважну кількість інвалідів даної категорії складають особи працездатного віку – 89,9%. Підтверджена інвалідність при переогляді 4744 хворим, причому всі вони – особи працездатного віку, тому що у пенсійному віці інвалідність встановлюється безстроково.

Той факт, що щорічно встановлюють первинно та підтверджують інвалідність внаслідок оперативних втручань на органах ШКТ майже 6 тисячам осіб працездатного віку, підкреслює актуальність проблеми профілактики інвалідності у цього контингенту хворих та реабілітації інвалідів.

Питома вага кількості хворих, вперше визнаних інвалідами внаслідок ускладнень після оперативних втручань на органах ШКТ, у структурі первинної інвалідності хворих внаслідок хвороб органів травлення у 2002 році в Україні дорівнювала 25,6%.

Визначення аналогічного показника в окремих регіонах України виявило значне його варіювання – від 2,4% у Полтавській області до 65,1% – у Запорізькій. Причини такого коливання будуть встановлені після запровадження моніторингу інвалідності внаслідок оперативних втручань на органах ШКТ.

Результати анкетування та інтерв'ювання головного експерта та головного хірурга Дніпропетровської області дозволили більш поглиблено проаналізувати динаміку показників, що інтегрально характеризують цю проблему за 2001-2002 рр. у даному регіоні.

У 2001 році з приводу захворювань органів ШКТ у Дніпропетровській області проведено 19882 оперативних втручання, у 2002 році кількість аналогічних втручань зменшилась на 12% і дорівнювала 19382.

Післяопераційна інвалідизація хворих внаслідок ускладнень у 2001 р. дорівнювала 1%, у 2002 р. цей показник дещо знизився – 0,9%. Кількість хворих, первинно та повторно визнаних інвалідами за цей період, представлено на діаграмі (рис. 1).

Поряд з цим, у 2002 р. в Дніпропетровському регіоні на 9%, порівняно з 2001 р., зменшилась кількість великих за обсягом оперативних втручань з приводу виразкової хвороби шлунку і дванадцятипалої кишки, гострого та хронічного панкреатиту, гострої кишкової непрохідності непухлинного генезу.

У свою чергу відмічена незначна позитивна динаміка до зниження кількості первинно визнаних інвалідами хворих після оперативних втручань на шлунку, підшлунковій залозі, кишечнику з приводу непухлинних захворювань. У 2001 році в Дніпропетровській області після вказаних оперативних втручань вперше визнано інвалідами 4,3% оперованих хворих, у 2002 році – 4,2%.

Питома вага невеликих за обсягом оперативних втручань на органах ШКТ зросла на 1,7% при майже незмінній кількості вказаних операцій: у 2001 р. – 15099, у 2002 р. – 15103.

Таким чином, було визначено, що первинна інвалідність хворих з ускладненнями після оперативних втручань на органах ШКТ обумовлюється кількісними і якісними характеристиками хірургічної допомоги хворим з ускладненою виразковою хворобою, панкреатитом та перитонеальними спайками.

Аналіз медико-експертних справ інвалідів внаслідок ускладнень після оперативних втручань на органах ШКТ за даними міжрайонних МСЕК м. Дніпропетровська дозволив визначити нозологічну структуру безпосередніх причин інвалідності цих хворих (рис. 2). Отримані дані свідчать про те, що незважаючи на значне і безперервно прогресуюче зменшення кількості оперативних втручань з приводу виразкової хвороби шлунку та

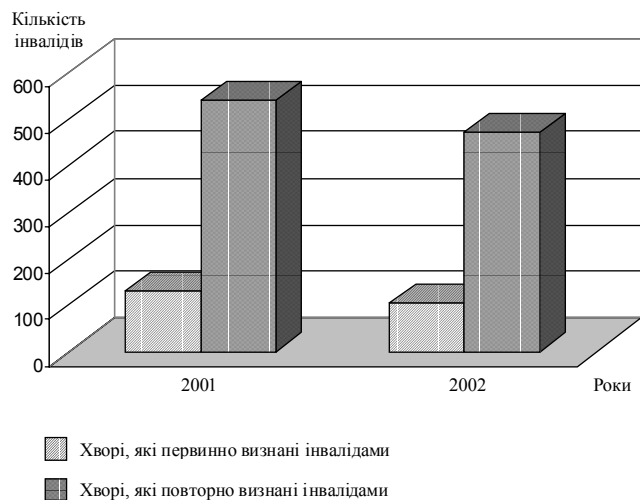


Рис. 1. Кількість хворих, первинно та повторно визнаних інвалідами після оперативних втручань на органах ШКТ по Дніпропетровській області за 2001–2002 рр.

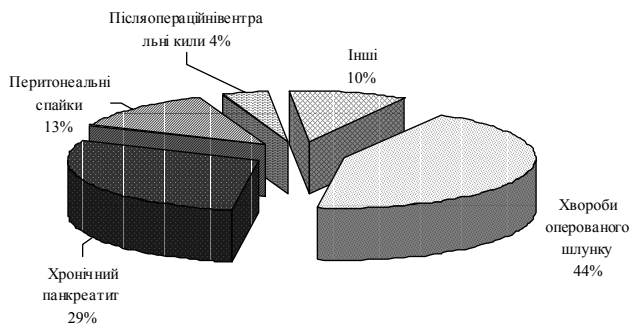


Рис. 2. Нозологічна структура причин інвалідності після оперативних втручань на органах ШКТ у м. Дніпропетровську за 2002 рік, у%

дванадцятипалої кишки, накопичена інвалідність внаслідок хвороб оперованого шлунку у Дніпропетровській області є однією з найбільш поширених і досягає 44,0%. Поглиблений аналіз динаміки інвалідності у хворих після оперативних втручань на шлунку виявив, що переважну більшість інвалідів з цією патологією (біля 80%)

складають хворі, яким визначається та чи інша група інвалідності протягом більше, ніж 3 роки, тобто відмічається стабільність інвалідності у них без позитивних зрушень. Це сприяє накопиченню випадків такої інвалідності, у той час як в Дніпропетровській області первинна інвалідність внаслідок хвороб оперованого шлунку у структурі первинної інвалідності хворих, що були оперовані на органах ШКТ, не перевищує 10,0%.

Отримані дані свідчать про те, що найбільш вагомі резерви зниження інвалідизації хворих внаслідок ускладнень оперативних втручань на органах ШКТ у Дніпропетровському регіоні пов'язані з ретельним аналізом причин недостатньої ефективної реабілітації інвалідів внаслідок хвороб оперованого шлунку на протязі багатьох років, а також науковим обґрунтуванням і розробкою достатньо ефективної моделі комплексної реабілітації таких пацієнтів. Для вирішення цієї проблеми у межах держави необхідно запровадити моніторинг первинної та накопиченої інвалідності внаслідок ускладнень після оперативних втручань на органах ШКТ.

Висновки

1. Застосування моніторингу інвалідності внаслідок ускладнень після оперативних втручань на органах ШКТ є основою наукового обґрунтування, розробки, запровадження і контролю ефективності заходів щодо її попередження.
2. Проведення дворічного спостереження за станом інвалідності даної категорії хворих у Дніпропетровській області дозволило вперше визначити її основні клініко-епідеміологічні показники у цьому регіоні України, а також намітити пріоритетні напрямки заходів щодо поліпшення останніх.
3. Запровадження моніторингу інвалідності хворих після оперативних втручань на органах ШКТ у межах України дасть можливість визначити причини інвалідизації, кількісні і якісні характеристики генеральної сукупності цієї категорії інвалідів, а також першочергові завдання щодо її попередження.

Список літератури

1. Іпатов А.В., Сергієні О.В., Войтчак Т.Г. Інвалідність як інтегрований показник стану здоров'я населення України. – Дніпропетровськ: Пороги, 2002. – 342 с.
2. Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения / Ю.П. Лисицин, Е.Н. Шиган, И.С. Случанко и др. – М.: Медицина, 1987. – Т.1. – 431 с.
3. Сергієні О.В. Наукове обґрунтування оптимізації організації медико-соціальної допомоги населенню України та управління нею: Автореф. дис... д-ра мед. наук. – Дніпропетровськ, 1997. – 34 с.
4. Терміни та поняття у медико-соціальній експертизі / А.В. Іпатов, О.В. Сергієні, Т.Г. Войтчак та співавт. – Дніпропетровськ, 2001. – 92 с.

ВОПРОСЫ МОНИТОРИНГА ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ОРГАНАХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

С.В. Афанасьев (Днепропетровск)

Обоснована необходимость проведения мониторинга инвалидности вследствие осложнений после оперативных вмешательств на органах желудочно-кишечного тракта. Полученные данные позволили впервые в Украине определить эпидемиологию и нозологическую структуру причин инвалидности больных с вышеуказанной патологией.

Начатый мониторинг является информационной базой и основанием для разработки эффективных мероприятий предупреждения инвалидности указанных контингентов больных.

MONITORING ISSUES OF DISABILITY DUE TO COMPLICATIONS AFTER SURGERIES ON DIGESTIVE SYSTEM ORGANSS.V. Afanasiev (*Dnepropetrovsk*)

The necessity of monitoring of disability cases due to complications after surgery on digestive organs are grounded. Obtained data have allowed to determine both epidemiology and nosologic structure of such causal disability in Ukraine.

Recently started monitoring could be seen as an information DB and a primary foundation for further elaboration of effective disability preventive measures in patients' cohorts to undergo surgery on digestive tract organs.

УДК [613.26.29:577.164.1]:616-084(477)

*Т.М. ПОКАНЕВИЧ, В.В. ЄЛАГІН, В.О. ГАЛАГАН, О.І. ТИМЧЕНКО (Київ)***ПРОФІЛАКТИЧНА МЕДИЦИНА: ФОРТИФІКАЦІЯ ХАРЧОВИХ ПРОДУКТІВ ФОЛІЄВОЮ КИСЛОТОЮ В УКРАЇНІ**

Інститут гігієни та медичної екології АМН України
Управління охорони здоров'я Київської обласної держадміністрації
Українська дитяча спеціалізована лікарня "ОХМАТДИТ"

Сучасна медицина намагається бути доказовою. Сьогодні говорять про концепцію "охорони здоров'я, заснованої на доказах", що означає прийняття управлінських рішень, впровадження організаційних технологій в сфері громадського здоров'я при максимальному виключенні суб'єктивізму в оцінках. Тобто рішення приймаються на основі аналізу наявних доказів, отриманих переважно в епідеміологічних дослідженнях. При цьому визначають, принаймні, ефективність запропонованого [5].

У формуванні здоров'я населення значну роль відіграє генетична компонента. В останні роки вроджена і спадкова патологія як у світі, так і в Україні, перейшла на одне з чільних місць у дитячій захворюваності, інвалідності та смертності. Водночас лікування таких хворих є дорогим і не завжди ефективним, що примушує вдосконалювати шляхи профілактики.

Мета даної роботи полягала в обґрунтуванні оптимальних шляхів застосування фолієвої кислоти для профілактики вроджених вад нервової трубки у новонароджених в Україні.

Показано, що жінки, які народили дитину з вадю нервової трубки, мали низький рівень дея-

ких вітамінів у сироватці крові, а також що вживання на ранніх стадіях вагітності полівітамінів, які містили 360 мкг фолієвої кислоти, на 86% знижувало ризик появи у дітей таких вад [16]. Пізніше було засвідчено зниження ризику вад нервової трубки у плодів або дітей жінок, які вживали полівітаміни, що містили 800 мкг фолієвої кислоти [15].

У 90-х роках широкомасштабне дослідження виконане у північній і двох південних провінціях Китаю. Серед плодів і новонароджених північної провінції частота вад нервової трубки складала 6,5, південних – 0,8 на 1000 народжень після 20 тижнів гестації. В той же час серед дітей тих, хто контролювано отримував фолієву кислоту (400 мкг щоденно у вигляді таблеток), частота цієї патології дорівнювала 1,3 та 0,7 відповідно. У групах з північної і південних провінцій, що отримували фолієву кислоту більше, ніж 80% часу протягом періконцепційного періоду (після навічання, яке проходять у Китаї всі пари, що планують одружитися, і в перший триместр вагітності), частота вад нервової трубки складала 0,7 і 0,6 на 1000 вагітностей після 20 тижнів гестації відповідно [13].

Необхідно зазначити, що кожного року вади невральної трубки (частіше аненцефалія, спинно-мозкова кила) вражають близько 300000 новонароджених в усьому світі і є важливим чинником їх смертності. У Сполучених Штатах Америки частота аненцефалії та спинно-мозкової кили становить один випадок на 1000 вагітностей і частіше зустрічається серед іспанського та неіспанського білого населення, ніж серед чорношкірого [14]. У Карелії і Петрозаводську (Російська Федерація) протягом 1981-1999 рр. частота вад нервової трубки дорівнювала $2,35 \pm 0,33\%$, серед них аненцефалія складала $0,47 \pm 0,15\%$, а спинно-мозкова кила – $0,46 \pm 0,07\%$ [10]. Частота аненцефалії серед живонароджених в європейських реєстрах системи EUROCAT за 1990-1994 рр. дорівнювала 0,05, а спинно-мозкової кили 0,29 на 1000 народжень [20].

В Україні, за даними МОЗ (ф.4 здоров), протягом 1993–2001 рр. аненцефалія серед народжених живими зустрічалась з частотою 0,14 на 1000, а спинно-мозкова кила – 0,4 на 1000. Але

необхідно вказати, що з розвитком медико-генетичної допомоги населенню і поширенням методів як первинної, так і вторинної профілактики вродженої і спадкової патології, частота дефектів розвитку нервової трубки в Україні безперервно знижувалась. У 2001 році серед народжених живими було виявлено 143 випадки спинно-мозкової кили, 12 випадків народження дитини з енцефалоцеле і один з аненцефалією (всього 156 випадків), серед мертвонароджених спостерігалось 41 випадок спинно-мозкової кили, 5 випадків енцефалоцеле і 60 аненцефалій (всього 106 випадків). Можна вважати, що частота цих вад в Україні майже така, як у Сполучених Штатах або в південному Китаї і набагато нижча, ніж у північних китайських провінціях.

Враховуючи соціальну значущість патології, жінкам при плануванні вагітності з метою запобігання вад нервової трубки у їхніх новонароджених дітей почали рекомендувати вживати продукти, багаті на фолієву кислоту (природну чи додану), або фолієву кислоту безпосередньо (табл.1) [14].

Таблиця 1. Шляхи підвищення споживання фолієвої кислоти і рівня фолатів у крові для попередження дефектів нервової трубки

Підхід	Вигоди	Вимоги	Стан питання у США
Фортифікація основних продуктів харчування (зерно, крупи, борошно і тісто, 140 мкг на 100 г зерна)	Доведено підвищення рівня фолатів у крові; доступність для усіх жінок; незначна вартість	Теперішня фортифікація надає тільки рекомендованої добової дози; для вживання більшої кількості необхідно підтримувати зміни в поведінці	Впроваджено у січні 1998 р.
Підвищення вживання з харчовими домішками	Ефективність доведена у клінічних випробуваннях; доведено підвищення рівня фолатів у крові; відносно недорого	Необхідно підтримувати зміни в поведінці; необхідна кооперація медиків і професіоналів з харчування	Близько 30% жінок репродуктивного віку в теперішній час приймають харчові домішки
Збільшення вживання продуктів з високим рівнем природних фолатів	Інші вигоди дієти, що включає овочі і фрукти	Ефективність не доведена; підвищення рівня фолатів у крові набагато менше, ніж при вживанні харчових домішок або фортифікованих продуктів; необхідно підтримувати зміни в поведінці; висока вартість	Кампанія "5 разів на день" вживання фруктів і овочів протягом життя

В Україні фолієва кислота призначається жінкам дітородного віку при плануванні вагітності з метою запобігання деяким вродженим вадам розвитку у новонароджених [8].

На сьогодні фолієвій кислоті надається також важливе значення не тільки у попередженні вроджених вад розвитку, а й у запобіганні серцево-судинним захворюванням (за рахунок зниження рівня гомоцистеїну, який має властивість пошкод-

жувати стінки судин, а знешкоджується при участі вітамінів В6, В12 і фолієвої кислоти) [17]. З гіповітамінозом В12 і фолієвої кислоти пов'язують виникнення хвороби Альцгеймера [18].

Водночас необхідно зазначити, що рекомендації відносно масового використання населенням будь-яких фармакологічних препаратів та харчових домішок повинні бути обережними. Застосування таких речовин вимагає принаймні:

- достатньо широкого комплексу знань про механізми дії цих препаратів;
- оцінки їх ефективності;
- визначення можливих побічних ефектів;
- максимального урахування серед населення груп ризику розвитку цих побічних ефектів;
- дотримання біоетичних засад [12].

Вперше фолієву кислоту (фолацин) виділили з листя (*folium*) шпинату і встановили хімічний склад П. Мітчелл і співавтори (1941–1944 рр.). Фолати містяться у бобах – 160 мкг/100 г, спаржі і брокколі – 117 мкг/100 г, печінці – 160 мкг/100 г, шпинаті – 53 мкг/100 г, м'яси – 10 мкг/100 г. На фолати багаті гриби, дріжджі, петрушка. Внаслідок нестійкості при кулінарній обробці та незадовільного всмоктування у шлунково-кишковому тракті навіть збалансований раціон харчування забезпечує тільки 2/3 добової потреби у фолієвій кислоті, 1/3 синтезує кишкова мікрофлора. В організмі запаси фолієвої кислоти сконцентровані у нирках і печінці (5–20 г), що дозволяє відстрочити появу ознак дефіциту фолацину при недостатньому надходженні його у організм [4].

Фолієва кислота є активною у формі тетрагідрофолату, який виникає з дигідрофолату при наявності ферменту дигідрофолатредуктази. Спадковий дефект дигідрофолатредуктази призводить до стійкої мегалобластичної анемії. Інгібітори дигідрофолатредуктази пригнічують біосинтетичні реакції, в яких беруть участь коферментні форми фолату, і можуть застосовуватися як протипухлинні засоби (аміноптерин, метотрексат) [2].

У крові циркулює метильована форма тетрагідрофолату. При надходженні в клітину ця форма вітаміну деметильовується при участі вітаміну В12. Якщо деметиліяція відсутня, то клітина легко втрачає фолат.

Тетрагідрофолат є акцептором та переносником одновуглецевих груп, що є особливо важливим у біосинтезі пуринових нуклеотидів [2, 4]. При дефіциті фолатів утворюється ДНК, яка легко фрагментується, клітинний цикл клітин у тканинах, що ростуть, порушується. Особливо це стосується гемопоетичних і епітеліальних тканин. Розвивається гіперрегенераторна гіперхромна мегалобластична анемія [4].

До розвитку недостатності вітаміну може призвести дисбактеріоз внаслідок тривалого прийому сульфаніламідів, які гальмують синтез фолацину, необхідного мікроорганізмам для синтезу власних нуклеїнових кислот [4].

Добова потреба у фолієвій кислоті складає 200–400 мкг [2].

У той же час вживання фолієвої кислоти може маскувати прояви дефіциту В12 в організмі [11].

Необхідно також пам'ятати, що злякано змінені клітини яєчників, матки, нирок, молочної залози,

легенів мають підвищену кількість рецепторів для фолієвої кислоти, що, як вказано вище, необхідна їм при інтенсивному розмноженні. Цю властивість намагаються використати для доставки безпосередньо “за адресою” протипухлинних препаратів (біотехнологічна компанія Endocyte, National Institute of Health Study) [15]. Тому, попри свідчення, що фолієва кислота може запобігти виникненню раку, є підстави вважати, що при наявності прихованої пухлини вона може стимулювати її зростання [3].

Онкологічні захворювання в Україні є великою соціальною проблемою. За даними Державного комітету статистики, чисельність хворих на злоякісні новоутворення із вперше в житті встановленим діагнозом становить в Україні щорічно до 160 тис. осіб [6, 7]. Сьогодні онкологічні захворювання є однією з основних причин смертності населення країни [1]. Враховуючи постаріння суспільства, є підстави вважати, що кількість осіб-носіїв пухлин з часом буде збільшуватися.

У доступній літературі автори не знайшли даних щодо рівня фолатів у крові або насиченості фолацином добового кошика продуктів пересічного жителя України, а також відомостей щодо його вживання з харчовими домішками, у той час як відповіді на ці питання є важливими для вибору методу вживання фолієвої кислоти.

Порівняння потенційних вигод і ускладнень при використанні в Україні різних шляхів вживання фолієвої кислоти з метою запобігання деяким вроджених вадам новонароджених (можлива фортифікація фолієвою кислотою основних продуктів харчування або її вживання жінками у періконцепційний період) наведені в таблиці 2.

Аналіз таблиці 2, на нашу думку, свідчить на користь періконцепційного вживання фолієвої кислоти жінками дітородного віку. Необхідно також зазначити, що 30% вроджених вад розвитку нервової трубки виникають, можливо, за рахунок генетичних чинників і взагалі не попереджуються вживанням фолацину [14]. Розробка методів попередження цієї частини патології потребує подальших досліджень.

Необхідно підкреслити, що раціональне збалансоване харчування є надзвичайно важливим чинником у профілактиці багатьох хвороб. Принципи такого харчування розроблені ВООЗ і адаптовані для України. Вказується, що найкраще джерело вітамінів та мінералів – овочі і фрукти [9].

Висновок. Фолієва кислота є фармакологічним препаратом. Її бажано застосовувати індивідуально за призначенням лікаря, у тому числі для попередження деяких вроджених вад розвитку при планованій вагітності.

Масова фортифікація нею основних продуктів харчування буде ігнорувати інтереси певних груп населення, до яких, в першу чергу, належать особи похилого віку.

Таблиця 2. **Вигоди та ускладнення при використанні різних шляхів вживання фолієвої кислоти для профілактики деяких вроджених вад у новонароджених**

Вигоди та ускладнення	Фортифікація основних продуктів харчування (все населення)	Вживання у періконцепційний період (жінки при плануванні вагітності)
Ефективність профілактики вроджених вад	Потенційно висока	Висока, доведена у епідеміологічних дослідженнях
Ефективність профілактики серцевих нападів	Потенційно висока	Відсутня
Можливість оперативного врахування індивідуальної чутливості	Відсутня	Наявна
Можливість онкологічних ускладнень	Потенційно існує	Відсутня
Вартість	Враховуючи необхідність розробки технічних умов для вироблення продуктів харчування при невисокій температурі, безумовно вища, ніж при вживанні фолієвої кислоти як фармакологічного препарату	Дешевша, ніж при фортифікації
Дотримання біоетичних засад	Неможливе	Можливе

Список літератури

1. *Возіанов О.Ф.* Академія медичних наук у 1999 році: підсумки діяльності і перспективи розвитку // Журн. АМН України. – 2000. – Т.6, №3. – С. 431–450.
2. *Губський Ю.І.* Біологічна хімія. – Київ-Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 508 с.
3. *Длительное* потребление фолиевой кислоты с пищей снижает риск развития рака ободочной кишки у женщин // Междунар. журн. мед. практики. – 1995. – №8. – С. 22.
4. *Зайчик А.Ш., Чурилов Л.П.* Основы патохимии. – СПб.: Элби-СПб, 2001. – 687 с.
5. *Медицина, основанная на доказательствах* / М.В. Авксентьева, П.А. Воробьев, М.В. Сура, В.Б. Герасимов // Основы стандартизации в здравоохранении: Учеб. пособие. – М.: Ньюдиамед, 2002 – 216 с.
6. *Населення України: Демограф. щорічник 1999.* – К., 2000. – 494 с.
7. *Населення України: Демограф. щорічник 2000.* – К., 2001. – 515 с.
8. *Первинна профілактика вродженої і спадкової патології* / О.І. Тимченко., Н.Г. Гойда., О.І. Турос та ін.: Метод. рекомендації. – К., 2001. – 27 с.
9. *Принципи здорового харчування* / І.П. Смирнова, Н.В. Давиденко, І.М. Горбась та ін.: Посіб. для поліпшення якості роботи. – К., 2001. – 29 с.
10. *Самородинова Л.А., Ковчур П.И.* Структура и частота врожденных пороков развития плода в Карелии // Ультразвуковая диагностика в акушерстве, гинекологии и педиатрии. – 2001. – №1. – С. 41–44.
11. *Стрейк Дж.* Последствия превышения рекомендуемой суточной дозы микронутриентов: фолиевой кислоты и селена // Вопр. питания. – 2000. – Т. 69, №3. – С. 50–53.
12. *Тимченко О.І., Брезицька Н.В., Линчак О.В., Горіна О.В.* Профілактична медицина: можливості попередження спонтанного та індукованого мутагенезу // Гігієна населених місць / МОЗ України, АМНУ, ІГМЕ – К., 2002. – Вип. 39. – С. 301–304.
13. *Berry R., Ericson Z. Li. D. et al.* Prevention of neural-tube defects with folic acid in China // N. Engl. J. Med. – 1999. – V. 341, №20. – P. 1485–1490.
14. *Botto L.D., Moore C.A., Khoury M.J. et all.* Neural-Tube Defects // The New Eng. J. Med. – 1992. – V. 341, №20. – P. 1509–1519.
15. *Czeizel A.E., Dudas I.* Prevention of the fist occurrence of neural tube defects by periconceptional vitamin supplementation // The New Eng. J. Med. – 1992. – V. 327, №26. – P. 1832–1835.
16. *Smithells R.V., Nevin N.S., Seller M.J. et all.* Neural-Tube Defects // The New Eng. J. Med. – 1992. – V. 341, №20. – P. 1509–1519.
17. www.adic.org.ua/periodicals/anti/anti-05.htm
18. www.news.bbc.co.uk/hi/english/health/newsid_198000/198052/stm
19. www.vitamin.com.ua/vitamins1.htm
20. *15 years of surveillance of congenital anomalies in Europe, 1980–1994.: EUROCAT Report 7* / Scientific Institute of Public Health – Louis Pasteur. – Brussels, 1997. – 181 p.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА: ФОРТИФИКАЦИЯ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТОЙ В УКРАИНЕ

Т.М. Поканевич, В.В. Елагін, В.А. Галаган, О.И. Тимченко (Киев)

Обсуждены пути применения фолиевой кислоты для профилактики врожденных пороков нервной трубки у новорожденных по Украине. Сделано заключение, что фолиевая кислота – это фармакологический препарат, который применяется индивидуально по указанию врача, в т.ч. для предупреждения некоторых врожденных пороков развития при планированной беременности. Фортификация фолиевой кислотой основных продуктов питания будет игнорировать интересы некоторых групп населения, к которым, в первую очередь, относятся люди старших возрастных групп.

PREVENTIVE MEDICINE: THE FORTIFICATION OF STAPLE FOODS OF THE FOLIC ACID IN UKRAINE

T.M. Pokanevich, V.V. Yelagin, V.O. Galagan, O.I. Timchenko (Kyiv)

The ways of the folic acid implement for the birth defects prevention in Ukraine was discussed. It was concluded that the folic acid is the pharmacological specimen for the individual application by the physician prescription including with the purpose the prevention same birth defects when planned pregnancy. The fortification of staple foods of the folic acid will disregard of interests of some population groups, for example, people of older ages.

УДК 614.1:616-053.1-007-037-084] (477)

В.В. РУДЕНЬ

ПРОГНОЗУВАННЯ СТАНУ ПРОФІЛАКТИКИ ПРИРОДЖЕНИХ ВАД РОЗВИТКУ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ НА ДОВГОСТРОКОВИЙ ПЕРІОД ДО 2010 РОКУ МЕТОДОМ ЕСКПЕРТНОЇ ОЦІНКИ

Львівський державний медичний університет імені Данила Галицького

Останніми роками в наукових дослідженнях та публікаціях, що напряму стосуються питань соціальної медицини чи організації охорони здоров'я, науковцями не досить широко використовується результати методу експертних оцінок [1].

Даний метод, як правило, базується на ерудиції, досвіді, інтуїції, відчутті перспективи та об'єктивності у відповідності до сукупності індивідуальних суб'єктивних думок експертів в поєднанні з наявними відповідними статистичними даними.

Узагальнення думок спеціально відібраних спеціалістів відповідної області медичного за-

безпечення (експертів) має неперевершене значення в питанні вирішення широкого кола проблем управління галуззю і доповнює, як правило, варіанти управлінських рішень, що опрацьовані у відповідності до складних математичних розрахунків з використанням сучасних комп'ютерних технологій, результат яких носить лише поверхневий характер через те, що не відображає при цьому впливу фактору суб'єктивності [2].

З метою усунення даного прогалу, в ході виконання наукового дослідження щодо стану профілактики природженої патології в Україні, нами використаний метод експертних оцінок з

використанням в дослідженні опрацьованої автором “ Карти експертної оцінки стану профілактики природжених вад у населення України на довготривалий прогнозний період 2001 – 2010 роки ”.

Основними вимогами, котрі ставилися в процесі підбору експертів були їх як професійні, так і індивідуальні та соціальні особисті якості. Тому, власне, у питанні підбору експертів ми зробили свій вибір на користь науковців Інституту спадкової патології АМН України, завідувачів та доцентів кафедр педіатрії, акушерства та гінекології, неонатології, медичної генетики, перинатології – як експертів з питання профілактики природженої патології, Львівського державного медичного університету імені Данила Галицького, Івано – Франківської державної медичної академії, Буковинської державної медичної академії та Тернопільської державної медичної академії імені І. Я. Горбачевського.

Групова експертна оцінка отриманих експертних результатів здійснювалася нами за методом Дельфі [3], котрий дозволив зблизити точки зору експертів, тоді як статистична обробка цих даних, з застосуванням комплексу логічних і математико-

статистичних процедур, проводилася на персональному комп’ютері за програмою “Microsoft Excel”, де достовірність отриманих результатів відповідала безпомилковому прогнозу $t=2$.

Аналіз результатів експертної оцінки стану профілактики природжених вад розвитку серед населення України на довгостроковий період на сучасному етапі засвідчує, що всі 100 % респондентів є знайомі з проблемою природжених вад розвитку, тоді як ця проблема 60,0±0,76 % експертів цікавить професійно, а 40,0±0,53 % – як фахівців, проте лише у загальному плані.

Оскільки для 97,14 ± 0,20 % опитаних експертів проблема природжених вад є актуальною у плані значного вирішення проблеми здоров’я нації, тому нами був запропонований експертам набір заходів щодо вирішення даної проблеми на перспективу, а завданням їх було прорангувати їх від “1” до “10” за дієвістю в питанні попередження та подальшого розвитку природжених аномалій.

Аналіз результатів рангування експертами запропонованих нами заходів щодо можливого вирішення проблеми природженої патології в країні відтворюють дані табл. 1.

Таблиця 1. **Результати рангування експертами запропонованих заходів щодо можливого вирішення проблеми природженої патології**

Назва запропонованого заходу щодо можливого вирішення проблеми природженої патології	Ранги пропонованим заходам (за даними експертів)
Наукові дослідження з даної проблеми	V
Санітарно-просвітня робота щодо забезпечення населення основами медико – генетичних знань з питань їх виникнення та подальшого розвитку	I
Навчання питань планування сім’ї серед подружніх пар	II
Дослідження плодів вагітних жінок за програмами селективного скринінгу та технологій пренатальної діагностики	VI
Формування груп ризику серед вагітних, дослідження вагітних за програмами масових скринінгів (біохімічний, ультразвуковий)	III
Дотримання вагітною рекомендацій щодо здорового стилю життя та інших патронажних рекомендацій	IV
Високий професіоналізм дільничної служби (дільничний лікар – терапевт (сімейний лікар), лікар-акушер-гінеколог жіночої кон-сультації)	VII
Ефективна діяльність структурних підрозділів медико - генетичної служби;	VIII
Вирішення проблеми екологічного та санітарно-гігієнічного стану довкілля, з окрема місця праці, відпочинку, помешкання тощо	IX

Загальний стан захворюваності серед населення країни природженими вадами в перспективі на термін до 2010 року, на думку 65,71±0,70% респондентів із числа експертів, буде погіршуватися, тоді як 25,71±1,03% опи-

таних експертів вважають, що змін в стані захворюваності природженою патологією на перспективу не відбудеться, тоді як 8,57±1,14% анкетованих мають надію на покращення в цьому питанні на майбутнє.

Аргументацію думки експертів, котрі висловилися за погіршення в перспективі до 2010 року загального стану захворюваності серед населення країни природженими вадами засвідчують дані рис. 1.

Аналізуючи дані рис. 1, ми є свідомі того, що, при зростанні захворюваності природженими вадами, необхідним, для управлінців системи охорони здоров'я, є розширення мережі структурних підрозділів медико – генетичної служ-

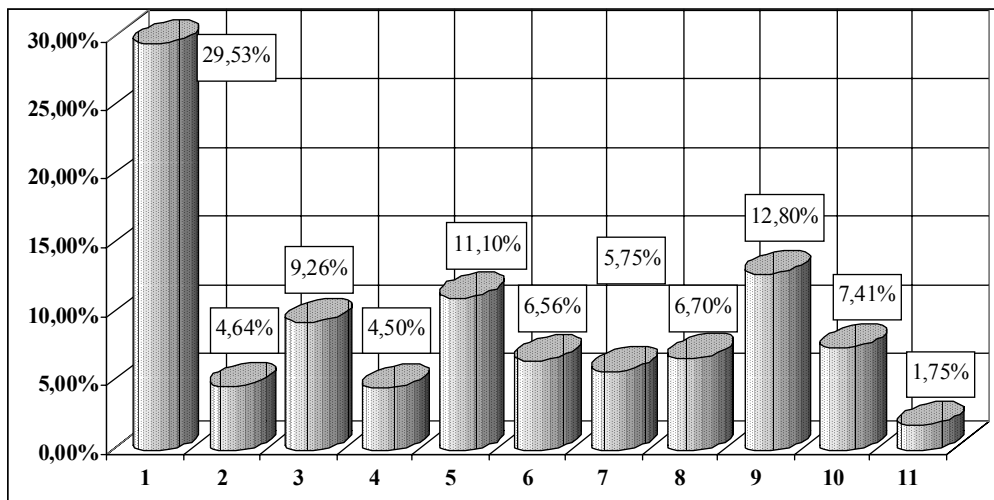


Рис. 1. Аргументація думки експертів (у % до числа опитаних), котрі висловилися за погіршення на період до 2010 року загального стану захворюваності серед населення країни природженими вадами: 1 – держава не приділяють належної уваги здоров'ю населення, 2 – низька мотивація населення до власного здоров'я, 3 – погана екологічна ситуація по причині аварії на ЧАЕС, 4 – не-достатнє вирішення проблеми генетичної патології на рівні ПМСД, 5 – низький рівень підготовки лікарів-генетиків та лікарів-УЗД з питань діагностики природженої патології, 6 – не-достатня обізнаність населення з проблемами генетичної патології, 7 – лікарі недостатньо обізнані з проблемою генетичної патології, 8 – слабка матеріальна база служби медико-генетичного консультування, 9 – недостатньо розвинута мережа медико-генетичної служби, 10 – відсутність належного фінансування в системі охорони здоров'я, 11 – не визначилися з аргументацією.

би та її кадрове забезпечення, котрі повинні успішно працювати на етапі вторинної профілактики генетичної патології. Так би мало бути.

Проте думка експертів в цьому питанні є децю інша. Лише $11,43 \pm 1,12$ % респондентів зазначили, що в період до 2010 року суттєво зросте мережа структурних підрозділів медико – генетичної служби та чисельність кадрів у них, котрі будуть займатися профілактикою природжених вад. Тих же $65,71 \pm 0,70$ % опитаних із числа експертів, стверджують, що мережа структурних підрозділів медико-генетичної служби, так і чисельність кадрів у них зростуть, але не настільки суттєво, хоча $22,86 \pm 1,05$ % анкетованих експертів визнали, як би це не показалось нам парадоксальним, що ні розширення мережі, ні росту числа кадрів в структурних підрозділах служби медико – генетичного консультування на період до 2010 року не відбудеться.

Аналіз прогностичних експертних даних, де експерти, з використанням методу рангування, засвідчують, що проблему природжених аномалій, як негативну на перспективу, можна вирішити у площинах: профілактики і цьому віддається експертами перше рангове місце; розуміння

населенням проблеми природженої патології – друге рангове місце; лікувально – діагностичний – третє рангове місце; розумінні виконавчою владою країни проблем природженої патології – четверте рангове місце; організаційній – п'яте рангове місце; нормативно – правовій – шосте рангове місце; управлінській – сьоме рангове місце.

Структуру новітніх медичних технологій, запровадження яких, на думку експертів, в майбутньому суттєво покращить вирішення проблеми генетичної патології засвідчує рис. 2.

Аналіз даних показує, що експерти в майбутніх новітніх технологіях щодо вирішення проблеми природженої патології перевагу надають не профілактичним, організаційним чи управлінським новаціям, а все – таки лікувально – діагностичним. Це говорить про те, що самим науковцям та викладачам медичних вузів країни треба багато чого зробити у власній думці, щоби перенести акценти в медичному забезпеченні населення з діагностики та лікування захворювань на їх профілактику.

Експертам був запропонований розроблений нами набір статистичних показників модельних

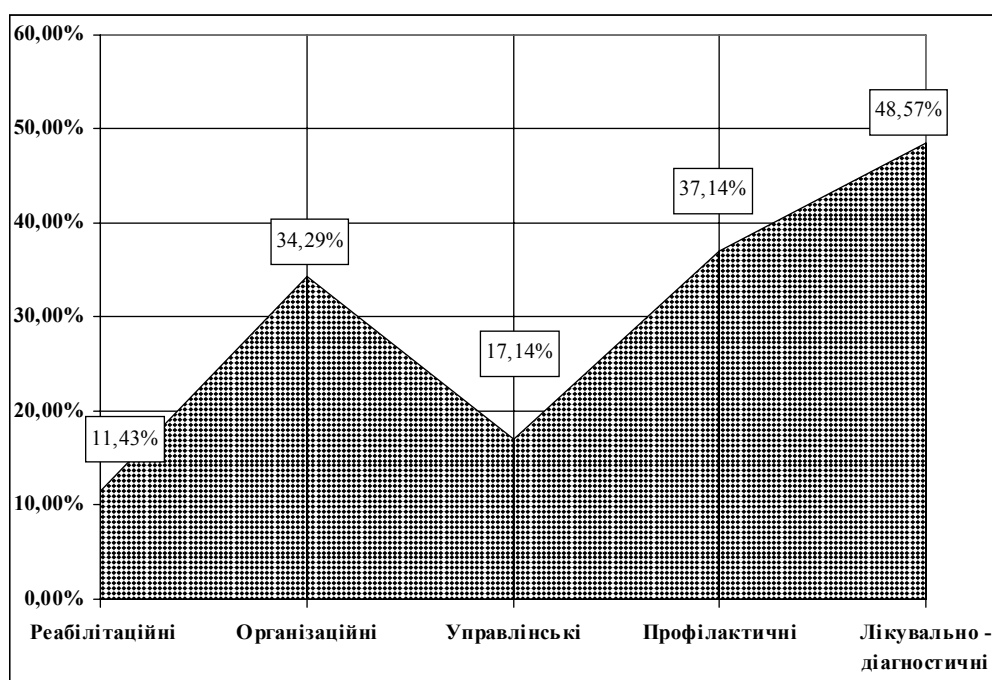


Рис. 2. Думка експертів (у %) про новітні технології, котрі буде запроваджено до 2010 року до практичної охорони здоров'я щодо вирішення проблеми природженої патології

природжених вад розвитку у новонароджених дітей країни за 1995 та 2000 роки та пропонувалося їм висловити свою думку про дану патологію на перспективу до 2010 року. Результати такої роботи експертів засвідчують дані табл. 2.

Аналіз статистичних показників модельних природжених вад розвитку серед новонароджених дітей країни (див. дані табл.2.2), відтворює

тенденцію до їх зростання на перспективу до 2010 року. Тому доречною є думка 94,29± 2,29 % опитаних експертів, котрі вважають, що обласні (міські) управління охорони здоров'я, для зміни тенденції в зростанні захворюваності природженими аномаліями на період від сьогодні до 2010 року повинні постійно здійснювати системне інформаційне забезпечення санітарно-

Таблиця 2. Статистичні показники модельних природжених вад розвитку у новонароджених дітей країни

Найменування патології	За даними офіційної статистики (об.ф. 49/здоров)				За даними експертів	
	1995 рік		2000 рік		2010 рік	
	Абс. дані	На 1000 народжених живими	Абс. дані	На 1000 народжених живими	$(\bar{X} \pm m_x)$	Показник $(\bar{X} \pm m_x)$ на 1000 нар. живими
Природжені аномалії всього, в т.ч.	718,0	23,3	11 885	30,73	18103,60 ± 157,11	36,66 ± 0,27
Аненцефалія	5,0	0,2	1,0	0,0	272,72 ± 0,09	0,12 ± 0,01
Спинно-мозкова кила	35,0	1,1	125,0	0,32	156,78 ± 2,08	0,45 ± 0,01
Розщеплення губи і (або) піднебіння	38,0	1,2	386,0	1,0	388,35 ± 5,07	1,51 ± 0,03
Атрезія стравоходу або трахеоестравохідна нориця	6,0	0,2	75,0	0,19	86,20 ± 1,12	0,65 ± 0,02
Атрезія анусу або прямої кишки	6,0	0,2	52,0	0,13	312,73 ± 28,86	0,26 ± 0,01
Гіпоспадія, епіспадія	48,0	1,5	842,0	2,18	851,56 ± 8,93	2,71 ± 0,04
Полідактія	19,0	0,6	397,0	1,03	418,80 ± 4,92	1,61 ± 0,03
Редукційні вади кінцівки	52,0	1,7	103,0	0,27	123,45 ± 1,66	0,51 ± 0,01
Хвороба Дауна	29,0	0,9	322,0	0,83	386,25 ± 4,81	1,07 ± 0,01

просвітнього характеру населення з питань попередження виникнення та подальшого розвитку природженої патології – як складової первинної профілактики, на первинному рівні медико – санітарного забезпечення.

Для проведення такої роботи серед населення адміністративної території зокрема та країни в цілому, органи управління охорони здоров'я повинні залучити, на одностайну думку експертів, існуючі Центри здоров'я, тоді як 60,00±1,76% респондентів вважають, що до такої роботи доцільно залучати засоби масової інформації, 57,14±1,87% опитаних – засоби наглядної пропаганди (рисунок, фотографії, плакати), 56,41±1,78 % інтерв'юйованих – засоби друкованої пропаганди (буклети, листівки, бюлетені), 37,14±1,56% анкетованих – електронні засоби інформації.

Про перевагу в просвітницькій роботі конкретного виду засобу масової інформації, згідно з даними експертів, щодо оптимізації в функціонуванні системи санітарно – просвітнього забезпечення – як однієї із профілактичних технологій природженої патології, засвідчують дані рис. 3.

Прогностичні тенденції щодо стану захворюваності, смертності та інвалідності серед дітей у віці 0 – 14 років по причині природженої патології на період до 2010 року відтворюють дані табл. 3.

При цьому є доречним зазначити, що, згідно аналізу даних табл. 3, експерти відзначили зростання в стані захворюваності, смертності та інвалідності серед дітей на період до 2010 року по причині природженої патології, що вимагає вже сьогодні опрацювання корегуючих управлінських рішень з даної проблеми, котрі б на перспективу вирішували її у профілактичній площині.

71,43 ± 0,64 % експертів вважають за доцільне, щоби до 2010 року статистичні показники стану природжених вад розвитку (захворюваності, смертності, інвалідності) сприймалися управлінцями органів та закладів охорони здоров'я як один із ведучих параметрів оцінки здоров'я нації, щось на зразок показника малюкової смертності.

Проте 28,57 ± 0,36 % респондентів рахують що така постановка даного питання на перспективу не є доцільною, і обґрунтовують це тим, що дане нововведення до статистичного аналізу здоров'я вперш за все необхідно вивчити (40,00 ± 1,07 %). 34,29 ± 1,11 % анкетованих експертів, від числа тих, хто не бажає за доцільне показники природжених вад розвитку сприймати як один із параметрів оцінки стану здоров'я населення країни, стверджують, що вони не відзеркалюють класичні уявлення про здоров'я, тоді як 16,57 ± 0,49 % респондентів стверджують про невідомий,

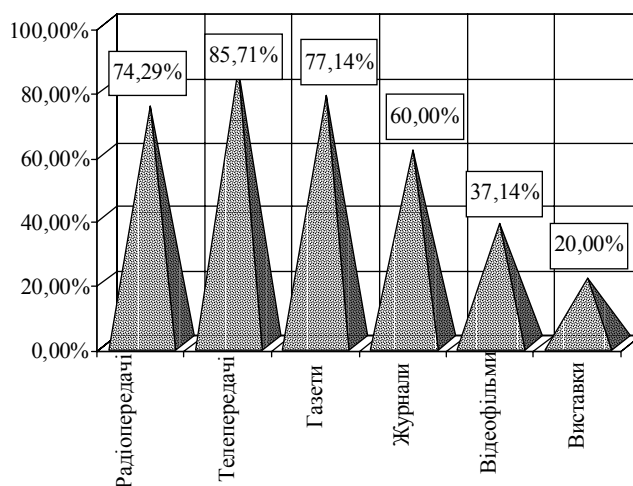


Рис. 3. Види засобів масової інформації (у %), яким надають перевагу експерти у вдосконаленні функціонування системи санітарно – просвітнього забезпечення населення – як однієї із профілактичних технологій щодо природженої патології

на сьогодні, вклад (долю) суспільства у пропоновані показники, а 9,14 ± 0,28 % тих же експертів думають, що цьому заважатиме невизначений внесок медицини у процес формування природженої патології та відповідно і в показники.

Експертам ставилося питання про те, чи є необхідність та потреба на перспективу на факультетах (академії) післядипломної освіти медичних ВНЗ запровадити проведення циклів тематичного удосконалення за тематикою “Природжена патологія та профілактичні технології щодо її попередження”.

Аналіз отриманих результатів констатує, що 94,29 ± 0,29 % експертів рахують за необхідне, щоб на циклах тематичного удосконалення за такою тематикою навчалися сімейні лікарі, у 100,00 % – лікарі акушер – гінекологи, 88,57 ± 0,40 % опитаних висловилися, що таке навчання вкрай необхідне лікарям – педіатрам, 71,47 ± 0,64 % респондентів думають, що такі цикли будуть дуже корисними навіть управлінцям охорони здоров'я різних рівнів.

Не обійшлося в процесі експертування стану природженої патології без оцінки функціонування “Цільової комплексної програми генетичного моніторингу в Україні на 1999 – 2003 роки”, котра введена в дію Указом Президента України 4 лютого 1999 року за № 118/99 і передбачає складання комплексної характеристики генофонду українського народу, створення системи динамічного спостереження за впливом довкілля на здоров'я населення і розроблення системи первинної та вторинної профілактики спадкової та природженої патології.

Таблиця 3. Прогностичні тенденції щодо стану захворюваності, смертності та інвалідності серед дітей у віці 0 – 14 років по причині природженої патології на період до 2010 року

№ з/п	Статистичні показники та нозології	За даними офіційної статистики				За даними експертів	
		1995 рік		2000 рік		2010 рік	
		Абс. дані	Показник на 1000 дітей	Абс. дані	Показник на 1000 дітей	$(\bar{X} \pm m_x)$	Показник $(\bar{X} \pm m_x)$ на 1000 дітей
1.	ЗАХВОРЮВАНІСТЬ ДІТЕЙ У ВІЦІ 0–14 РОКІВ ПРИРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ:						
	1) загальна, в т.ч.	8 160,0	13,6	181856,0	20,61	195494,22±855,39	24,95±0,25
	А) природжені аномалії кровообігу	2109,0	3,5	40325,0	4,57	41257,89±564,73	5,75±0,06
	2) первинна, в т.ч.	2 375,0	4,0	50414,0	5,71	56658,22±682,87	6,71±0,06
	Б) природжені аномалії кровообігу	321,0	0,5	6732,0	0,76	6954±78,27	0,88±0,02
2.	СМЕРТНІСТЬ ВІД ПРИРОДЖЕНИХ ВАД СЕРЕД ДІТЕЙ:						
	1) першого року життя	4 264,0	42,64	1 337,0	34,65	1995,39±50,46	35,75±0,15
	2) у віці 0–14 років	2 913,0	2,7	8 611,0	9,76	8620,78±104,82	11,37±0,25
3.	ІНВАЛІДНІСТЬ ВІД ПРИРОДЖЕНИХ ВАД СЕРЕД ДІТЕЙ:						
	1) загальна, в т.ч.	18 755,0	1,67	28 115,0	2,93	28502,56±312,59	2,83±0,03
	А) хвороба Дауна	2 971,0	0,29	2 428,0	0,25	3203,11±58,39	0,53±0,01
	Б) природжені аномалії кінцівок	4 106,0	0,39	5 573,0	0,58	5692,89±52,97	0,94±0,08
	В) природжена амітрофія	287,0	0,02	194,0	0,12	298,67±12,17	0,51±0,03
	2) первинна, в т.ч.	2 949,0	0,26	3 863,0	0,4	4548,94±44,56	0,84±0,1
	А) хвороба Дауна	197,0	0,01	227,0	0,02	777,22±38,78	0,11±0,01
	Б) природжені аномалії кінцівок	539,0	0,05	636,0	0,07	650,39±8,64	0,07±0,01
	В) природжена амітрофія	33,0	0,0	12,0	0,0	23,72±0,79	0,01±0,01

Тому доволі цікавими є отримані статистичні дані від експертів, котрі лише в 54,29 ± 0,88 % від загального числа опитаних зізналися, що вони знайомі з таким документом і вважають, що його виконання в кінцевому результаті суттєво позначиться на стані вирішення проблеми природженої патології. Однак 45,71±0,67 % респондентів, котрі висловили свою думку про незнання “Цільової комплексної програми генетичного моніторингу в Україні на 1999–2003 роки”, одночасно стверджують, що її виконання не принесе суттєвих зрушень в стані вирішення проблеми природжених аномалій і дають цьому змістовне обґрунтування, про що засвідчують дані рис. 4.

Ми є свідомі того, що експерти із числа науковців є далеко не фахівці в області генетичної патології, але їм за змістом діяльності та вимогами часу є необхідним розуміти сам зміст складної медико – соціальної проблеми, якою виступає в суспільстві захворюваність природженими аномаліями.

Власне нашим останнім бажанням для них було питання: “Чи важко було б Вам, без спеціальних знань з проблеми “Природжені вади”, давати

відповіді на поставлені запитання?”.

Тому і відповідь експертів, на нашу думку, відзеркалює рівень значимості піднятої нами проблеми – 68,57 ± 0,67 % респондентів зізналися, що, без спеціальних знань з пропонованої їм проблеми здоров’я населення країни, відповіді лише на поставлені запитання питання є доволі складно навіть експертам, неговорячи вже про лікарів практичної охорони здоров’я, від яких залежить вирішення даної проблеми.

Дані виконаного наукового дослідження засвідчують, що:

1. Загальний стан захворюваності серед населення країни природженими вадами в перспективі до 2010 року, за результатами експертної оцінки, в цілому буде погіршуватися, про що стверджують 65,71 ± 0,70 % респондентів. Така прогностична тенденція характерна і для модельних природжених аномалій у новонароджених та і для стану захворюваності, смертності та інвалідності серед дітей у віці 0-14 років по причині природженої патології на період до 2010 року.

2. Вирішення проблеми природжених аномалій доцільно здійснювати у профілактичній площині

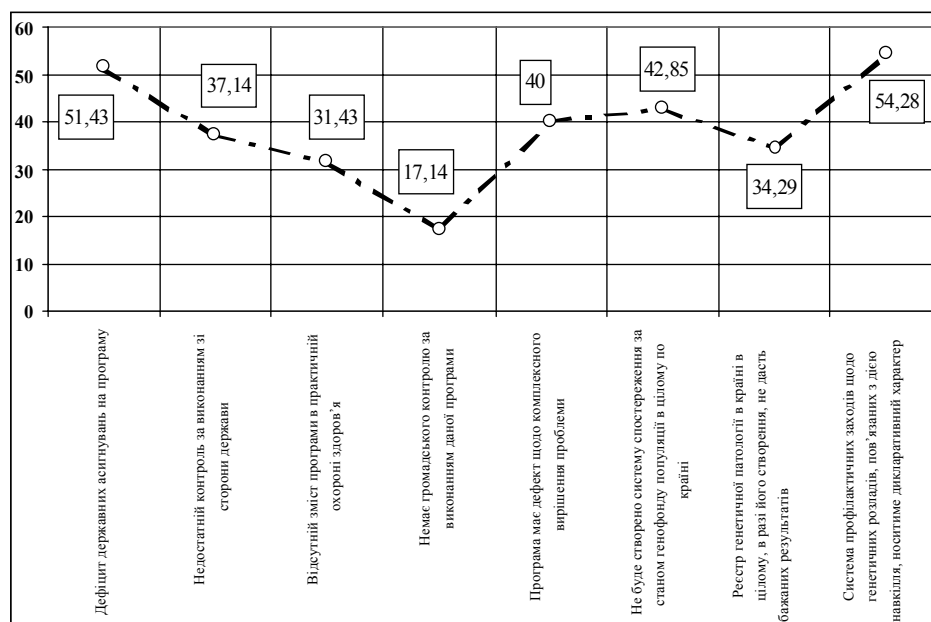


Рис. 4. Думка експертів (у %) про причини, що заважають ефективній реалізації "Цільової комплексної програми генетичного моніторингу в Україні в 1999 – 2003 роках"

шляхом забезпечення населення інформацією про проблему природжених аномалій, чому власне експерти віддають перше та друге рейтингове місце. При цьому органи управління охорони здоров'я на місцях повинні залучити до цієї роботи існуючі Центри здоров'я про що висловилося 100 % експертів, засоби масової інформації ($60,00 \pm 1,76$ %), засоби наглядної пропаганди (рисунок, фотографії, плакати) ($57,14 \pm 1,87$ %), засоби друкованої пропаганди (буклети, листівки, бюлетені) ($56,41 \pm 1,78$ %), електронні засоби інформації ($37,14 \pm 1,56$ %).

3. Для більш ефективного вирішення пробле-

ми природженої патології на одностайну думку експертів є доцільним сформуванню належну увагу з боку медичної громадськості та її активу репродуктивному здоров'ю населення та природженим вадам розвитку. У підтвердження цього $94,29 \pm 0,29$ % експертів рахують за необхідне, щоб на циклах тематичного удосконалення за такою тематикою навчалися сімейні лікарі, у 100 % – лікарі акушер – гінекологи, $88,57 \pm 0,40$ % опитаних висловилися, що таке навчання вкрай необхідне лікарям – педіатрам, $71,47 \pm 0,64$ % респондентів думають, що такі цикли будуть дуже корисними навіть організаторам охорони здоров'я.

Список літератури

1. Бешелев С.Д., Гурвич Ф.Д. Математико-статистические методы экспертных оценок. – М.: Статистика, 1974. – 160 с.
2. Дячишин В.І. Експертна оцінка інформаційно-комунікаційних зв'язків процесу управління лікарським забезпеченням хворих кардіологічного профілю (на прикладі хворих артеріальною гіпертензією) // Вісник Української Академії державного управління при Президентів України. – 1999. – № 4. – С. 385 – 391.
3. Dalkey N. The Delphy Method: on Experimental study of Group Opinion. Rand Meno E M -5888 – P. R, 1969.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ВРОЖДЕННОЙ ПАТОЛОГИИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ НА ДОВГОВРЕМЕННЫЙ ПЕРИОД К 2010 ГОДУ МЕТОДОМ ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ

В.В. Рудень (Львов)

Методом экспертной оценки спрогнозировано состояние профилактики врожденной патологии среди населения Украины на долговременный период к 2010 году.

Исследованием установлено, что общая заболеваемость врожденными аномалиями среди населения будет ухудшаться, о чем высказалось $65,71 \pm 0,70$ % экспертов. Такая же тенденция характерна и для модельной врожденной патологии у новорожденных, а также состояния заболеваемости, смертности и инвалидности среди детей возрастной группы 0-14 лет.

Главной профилактической технологией должна стать санитарно-просветительская работа среди населения в вопросе обеспечения его информацией о проблеме врожденной патологии и путях предупреждения ее возникновения и дальнейшего развития, чему эксперты отдали первое и второе рейтинговое место.

FORECASTING OF CONGENITAL PATHOLOGY PROPHYLAXIS AMONG POPULATION OF UKRAINE FOR DURABLE PERIOD TILL 2010 YEAR BY USING METHOD OF EXPERT APPRAISAL

V. V. Ruden (Lviv)

Congenital pathology prophylaxis among population of Ukraine for durable period till 2010 year is forecasted by method of expert appraisal.

65,71 ± 0,70 % experts consider that general morbidity rate of congenital pathology among population will change to the worse. The same tendency is typical for congenital pathology model of new-borns and also for morbidity, mortality and disability rates in children aged 0 – 14.

Experts raise health education, especially in problems of congenital pathology prophylaxis and ways of its prevention and further development, among population in 1 – 2 rating places and consider it as the main prophylactic technology.

УДК: 616- 053.32: 618.3- 022]-059

ХАМЗЕ ХАЛЕД ХАСАН

ВПЛИВ СОЦІОЕТІОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ НА ПЕРЕДЧАСНЕ НАРОДЖЕННЯ ДІТЕЙ З ВНУТРІШНЬОУТРОБНИМИ ІНФЕКЦІЯМИ

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

Період новонародженості є одним з найбільш важливих критичних періодів людини, так як це період адаптації організму до нових умов існування [1,7,8].

Від неонатального періоду у великій мірі залежить формування здоров'я і в інші періоди життя (1). Смертність в цьому періоді найвища, а питома вага неонатальних втрат складає 47 – 68 % від показника малюкової смертності. Новонароджені діти частіше хворіють, ніж діти інших вікових груп [7,8]. Ще більш висока захворюваність серед недоношених дітей – вона в 4 рази перевищує показники захворюваності у доношених, в 15 разів – показники перинатальної смертності, в 13 разів – мертво народження, в 18 разів – ранньої неонатальної

смертності [8]. За останні роки збільшилась кількість передчасних пологів (6). За даними ряду авторів, на сьогоднішній день кожна 20-а жінка передчасно народжує дитину і не менше 10% цих дітей інфікуються ще в утробі матері (3,6).

Внутрішньоутробні інфекції (ВУІ) у недоношених дітей є на сьогодні однією з найважливіших проблем не тільки неонатології, але і медицини в цілому, маючи величезне соціально – економічне та демографічне значення [2,3].

Недоношені діти відрізняються від доношених незрілістю органів і систем, яка тим більше виражена, чим менший термін гестації [6,8].

Метою роботи було вивчити вплив соціальних, економічних, медичних та інших чинників на

передчасне народження дітей з внутрішньоутробними інфекціями.

Під нашим спостереженням у відділеннях інтенсивної терапії новонароджених та II етапу виходжування недоношених Тернопільської обласної дитячої клінічної лікарні знаходилось 158 передчасно народжених дітей з внутрішньоутробними інфекціями. З них 75 (47,5 %) дівчаток і 83 (52,5 %) хлопчики.

Недоношеність I ступеня була діагностована у 58 (36,7 %) дітей, недоношеність II ступеня – у 53 (33,6 %), недоношеність III ступеня – у 47 (29,7 %). Розподіл дітей за статтю, ступенем недоношеності і віком на момент поступлення в стаціонар представлений в таблиці 1.

Більшість недоношених дітей були від матерів віком від 21 до 25 років (табл. 2).

Таблиця 1. Розподіл дітей за ступенем недоношеності, статтю і віком на час поступлення в стаціонар

Групи	Вік на момент поступлення, дні								Всього	
	1 – 3		4 - 7		8 - 11		12 - 15			
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
I ступінь дівчатка	16	10,13	13	8,23	3	1,90	1	0,63	33	20,89
Хлопчики	12	7,59	11	6,96	1	0,63	1	0,63	25	15,82
II ступінь дівчатка	9	5,06	10	6,33	1	0,63	1	0,63	20	12,66
Хлопчики	13	8,23	15	10,13	3	1,90	1	0,63	33	20,89
III ступінь дівчатка	7	4,43	12	7,59	1	0,63	-	-	20	12,66
Хлопчики	14	8,86	12	7,59	1	0,63	-	-	27	17,09
Всього	70	44,30	74	44,84	10	6,33	4	2,53	158	100,00

Таблиця 2. Вік матерів недоношених дітей

Групи Дітей	Вік матері, роки									
	до 20		21 - 25		26 - 30		31 - 35		старше 35	
	Абс	%	абс	%	Абс	%	абс	%	абс	%
I ступінь (п - 58)	9	16,07	32	57,14	9	16,07	6	10,71	-	-
II ступінь (п - 53)	8	15,39	17	32,69	15	28,84	7	13,46	5	9,62
III ступінь (п - 47)	5	11,36	8	18,18	15	34,09	9	20,45	7	15,90
Всього	22	14,47	57	37,50	39	25,66	22	14,47	12	7,89

Аналіз залежності віку матері від частоти народження глибоко недоношеної дитини з (ВУІ) показав, що найбільш часто таких дітей народжують жінки віком 26-30 років (34,09%), що свідчить про збільшення ризику передчасного народження дитини в матері, старшої 25 років.

На вік старше 25 років припадає 70,44% від всіх випадків народження глибоко недоношених дітей. В цій групі четверо дітей були з двійні, а двоє – з трійні (одна дитина померла).

Спостереження показали, що більш часто передчасно народжували жінки з сільської місцевості (71,71%), ніж з міст (28,29%). Даний факт свідчить про недостатню роботу фельдшерсько – акушерських пунктів та інших медичних закладів в сільській місцевості в плані обліку, спостереження, обстеження та виявлення жінок групи ризику по передчасному народженню дітей та їх інфікуванню.

Аналізуючи акушерський анамнез виявили, що більшість недоношених дітей народились від пер-

ших пологів (65,13 %), меншою була частота народження від других (25,00 %) і наступних пологів. Із збільшенням порядкового номера вагітності зменшувалось число народження дітей.

У всіх жінок, які народили недоношених дітей з внутрішньоутробними інфекціями, спостерігався патологічний перебіг вагітності і пологів (табл. 3.)

Результати дослідження показують, що чинниками високого ризику передчасного народження дітей є екстрагенітальна патологія матері, особливо хронічні захворювання сечовидільної системи. Певне значення мав обтяжений акушерський анамнез, який спостерігався у 55 жінок (36,18 %). Серед даної групи несприятливих чинників найбільш істотне значення мали викидні в анамнезі (51,29 %) і безпліддя (25,99 %).

Більшість матерів обстежуваних дітей мали обтяжений інфекційний анамнез: 92 з них (58,97 %) перенесли вірусну, а 44 (28,21 %) – бактеріальну інфекцію під час вагітності; загроза

Таблиця 3. Особливості перебігу вагітності у матерів залежно від ступеня недоношеності, їх дітей

Несприятливі чинники	Ступінь недоношеності					
	I (n - 56)		II (n - 52)		III (n - 44)	
	abc	%	Аbc	%	abc	%
1	2	3	4	5	6	7
I. Екстрагенітальна патологія:						
1. Захворювання сечовидільної системи	21	37,50	16	30,76	12	27,27
2. Гіпертонічна хвороба	3	5,36	7	13,46	1	2,27
3. Ендокринна патологія	4	7,14	5	9,62	2	4,55
4. Захворювання серцево – судинної системи	3	5,36	3	5,77	1	2,27
5. Захворювання травної системи	4	7,14	7	13,46	2	4,55
6. Захворювання органів дихання	2	3,57	3	5,77	3	6,82
II. Обтяжений акушерський анамнез:						
1. Безпліддя	3	5,36	6	11,54	4	9,09
2. Викидні	2	3,57	9	20,45	12	27,27
3. Аборти	4	7,14	5	9,62	3	6,82
4. Перинатальна смерть дитини	1	1,79	3	5,77	3	6,82
III. Патологія вагітності:						
1. Захворювання під час вагітності:						
а) інфекційні	32	57,14	36	69,23	38	86,36
б) бактеріальні	15	26,79	10	19,23	7	15,91
в) анемія	31	55,36	32	61,53	30	68,18
2. Гестози:						
Ранні	18	32,14	18	34,62	27	61,14
Пізні	12	21,43	11	21,15	5	11,36
3. Пре еклампсія	2	3,57	4	7,69	2	4,55
4. Загроза переривання вагітності	35	62,50	29	55,76	27	61,36
5. Відсутність антенатального спостереження	7	12,50	6	11,54	9	20,45
IV. Соціально – економічні чинники:						
1. Шкідливі звички:						
Куріння	6	10,71	3	5,77	5	11,36
Зловживання алкоголем	7	12,50	5	9,62	3	6,82
Вживання наркотиків	1	1,79	1	1,92	3	6,82
2. Неповна сім'я	5	8,93	4	7,69	5	11,36
3. Незадовільні матеріально-побутові умови	19	32,76	15	28,30	22	46,81

переривання вагітності спостерігалася у 59,62 % матерів.

Відмічено достатньо високу питому вагу жінок, які не знаходились на обліку в жіночій консультації і їм не проводилось обстеження (15,13 %), що ще раз свідчить про неповне охоплення вагітних спостереженням у жіночій консультації або фельшерсько – акушерському пункті. Переважна кількість цих матерів належала до сільських жителів (86, 67 %).

У більшості матерів спостерігалися ускладнення у пологах. Так, серед недоношених дітей з внутрішньоутробними інфекціями достатньо високий процент народження шляхом кесарського

розтину, який з однаковою частотою зустрічався серед дітей з різним ступенем недоношеності. Ймовірно це пов'язано в більшій мірі з тяжкістю стану плода і матері, особливостями її репродуктивної функції.

Відмічено високу питому вагу стрімких пологів, які у дітей з недоношеністю I ступеня зустрічалися у 15 (26,79 %) випадках, у дітей з недоношеністю II ступеня – у 8 (15, 38 %), з недоношеністю III ступеня – у 9 (20,45 %). Брудні навколоплідні води з найбільшою частотою спостерігалися у дітей з недоношеністю I ступеня (30,36 %) і майже II і III ступенів (19, 23 % і 20, 45 % відповідно).

При дослідженні плацент матерів, які народили недоношених дітей з ВУІ, виявили значні патологічні порушення. Найбільш частими серед них були: передчасне відшарування і старіння плаценти, хоріоамніоніт, фетоплацентарна недостатність (ФПН). Більш часто хронічна фетоплацентарна недостатність виявлялась у плацентах матерів, які народили глибоко недоношену дитину. В цій групі

жінок ФПН виявлялось в 2,7 разів частіше, ніж серед жінок, які народили недоношену дитину I ступеня і в 2,4 рази частіше, ніж серед матерів, що народили дитину з недоношеністю II ступеня.

Слід відмітити значний відсоток матерів які жили в незадовільних матеріально – побутових умовах (35,44 %), що також мало вплив на передчасне народження дітей.

Висновки:

1. Таким чином, прослідковується чітка залежність між станом здоров'я матері, її віком, шкідливими звичками, матеріально – побутовими умовами і передчасним народженням дітей.
2. Матері старшого віку (особливо старші 35 років), з хронічною патологією, які перехворіли під час вагітності інфекційним захворюванням, живуть у незадовільних матеріально – побутових умовах, не знаходяться на обліку в жіночій консультації, зловживають алкоголем, курять, вживають наркотики, матері – одиночки є групою високого ризику по передчасному народженню дитини з внутрішньоутробною інфекцією.

Список література

1. Волгина С.Я. Заболеваемость детей до 3 лет, родившихся недоношенными // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2002. – № 4. – С. 14
2. Дехтярев Д.Н., Дехтярева М.В., Ковтун И.Ю. и др. Принципы диагностики внутриутробных вирусных инфекций у новорожденных и тактика ведения детей группы риска // Перинатология сегодня. – 1997. – № 3. – С. 18 – 24.
3. Протоколы диагностики, лечения и профилактики внутриутробных инфекций у новорожденных детей / Министерство здравоохранения Российской Федерации. – 2002. – 95 с.
4. Самохвалова А.В., Грузинцева Н. А., Школьник О.С. Сучасні підходи до діагностики імунологічного статусу новонароджених від матерів з TORCH – інфекціями // Матеріали науково – практичної конференції “Поступ у дихальній підтримці новонароджених: Дихальна підтримка і проблеми неонатальних інфекцій”. – Львів, 2001. – С. 30 – 31.
5. Самсыгина Г.А. Современные проблемы внутриутробных инфекций // Педиатрия. – 1997. – № 5. – С. 34 – 35.
6. Сміян І.С., Павлишин Г.А., Багірян І.О., Стеценко В.В. Синдром дихальних розладів – один з діагностичних критеріїв внутрішньоутробних інфекцій // Матеріали науково – практичної конференції “Поступ у дихальній підтримці новонароджених: Дихальна підтримка і проблеми неонатальних інфекцій”. – Львів, 2001. – С. 51 – 53.
7. Сулима Е. Г. Настоящее и будущее неонатологии Украины // Материалы конференции педиатров Украины “Педиатрия на рубеже XX – XXI столетий. – Днепропетровск, 1996. – С. 132 – 134.
8. Ткаченко С.К. Неонатология – достижения, проблемы, перспективы (актова промова). – Львів, 2001. – 28 с.

СОЦИОЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО РОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ВНУТРИУТРОБНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ.

Хамзе Халед Хасан (г. Тернополь)

Целью работы было изучение влияния социальных, экономических, медицинских и других факторов на преждевременное рождение детей с внутриутробными инфекциями.

Объектом исследования были 158 недоношенных новорожденных детей с внутриутробными инфекциями.

Проведен анализ анамнеза беременности и родов матерей, которые преждевременно родили ребенка.

Обнаружено, что более часто невынашивание беременности наблюдается у сельских жительниц, в неполных семьях и семьях, проживающих в неблагоприятных материально – бытовых условиях. Большую роль сыграли инфекционные заболевания во время беременности, вредные привычки.

Одним из важных мероприятий профилактики преждевременного рождения детей является здоровый способ жизни, своевременный и полный охват беременных женщин диспансерным наблюдением, санация хронических очагов инфекции, улучшение материально – бытовых условий семей.

SOCIAL FACTORS THAT CONTRIBUTE TO PREMATURE LABOR OF NEWBORN BABIES WITH INTRAUTERINE INFECTIONS (I.U.I)

By: Khaled H. Hamzeh- MD, MPH (City of Ternopil/ Ukraine).

The purpose of the research was to study the influence of social, economic and medical factors on prematures with I.U.I.

Object of the study were 158 premature with I.U.I; Analysis of the case history of their mothers during pregnancy and labor was performed.

It was found that the frequency of premature labors is higher among the women from rural areas, single parent, and women of economically deprived families.

It was clearly demonstrated the role of infectious diseases during pregnancy and the bad habits of pregnant (smoking, alcohol, and narcotics).

Also it was clear that the most important measures of prophylaxis of the premature deliveries are the healthy lifestyle, continuous prenatal care of all pregnant women throughout pregnancy, sanitation of all chronic sources of infection, and improvement of the families' economic well- being.

УДК 616. 33/342 – 002. 44 – 02 – 058

О. Я. НИКИТЮК

СОЦІАЛЬНО-МЕДИЧНІ АСПЕКТИ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ В СІЛЬСЬКІЙ МІСЦЕВОСТІ

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

Збереження здоров'я сільського населення є одним із головних напрямків діяльності теперішнього Уряду і Парламенту України. Потреба сільського населення в медичній допомозі щороку зростає, проте її доступність в силу різних причин суттєво зменшується, звідси і зниження середньої тривалості здорового життя та підвищення показників смертності [3, 4]. Досі профілактична концепція медичного забезпечення сільських мешканців повною мірою не спиралась на методи розпізнавання груп підвищеного ризику найважливіших хронічних захворювань, до числа яких відноситься також і виразкова хвороба (ВХ). Широкомасштабних епідеміологічних та соціально – медичних досліджень виразкової хвороби, особливо стосовно сільського населення за останні десять років, по суті, не проведено. Значно скоротились і обсяги медичної профілактики виразкової хвороби та інших хронічних захворювань у сільській місцевості [5]. Тому у вивченні

ВХ з епідеміологічних і соціально – медичних позицій, актуальним залишається питання не лише встановлення факторів ризику цієї хвороби, а й їхньої “ваги “ та взаємообумовленості. Тут приховані великі резерви оптимізації організації і управління медичною допомогою, зокрема прогнозування захворюваності населення, визначення потрібних ресурсів та їхнього найбільш ефективного використання.

Цілі і завдання. Вивчити вплив соціально – медичних факторів, факторів поведінки і життя людини на поширеність ВХ в сільській місцевості на прикладі двох районів Тернопільської області, де частки сільського населення є найвищими.

Визначити потребу хворих виразковою хворобою в різних видах медичної і соціальної допомоги та ступінь цього задоволення.

Обґрунтувати критерії якості і ефективності управління медичною допомогою хворих ВХ в сільській місцевості.

Матеріали і методи дослідження. В дослідженні використано комплекс методів – статистичний, соціологічний, експертизи, епідеміологічний. Методом гніздової вибірки було сформовано статистичну сукупність із 6695 сільських мешканців і на кожного з них заповнена спеціальна статкарта. Зібрані дані були піддані статистичному аналізу з використанням багатofакторних методів [1, 6, 7].

Результати досліджень. Нами було вивчено ранговий розподіл найважливіших факторів виразкової хвороби серед сільських мешканців. Переважаючий вплив належав таким факторам як спадковість, вік, професія, стать, перенесені психічні травми, захворювання органів черевної порожнини, шкідливі звички, передовсім вживання тютюну, режим та характер харчування, матеріальне благополуччя, освіта тощо.

Моделювання факторів, які впливали на захворюваність виразкової хвороби, за допомогою методу головних компонент дало такі результати:

Перша головна компонента складалась із перемінних: спадковість, професія, санітарно – гігієнічний стан житла, вік, стать, професійні шкідливості, психічні травми в анамнезі. Частка

цієї компоненти становила 17, 1 % загальної дисперсії.

Друга головна компонента – вік, перенесені хвороби черевної порожнини, що потребували оперативного втручання, професія, освіта, диспептичний синдром, режим харчування, сон і його характер, шкідливі звички, особливості харчування. На частку цієї компоненти припадало 9, 6 % загальної дисперсії.

Третя головна компонента – вік, стать, спадковість, вживання тютюну, професійні шкідливості, наявність захворювань черевної порожнини в анамнезі. Частка цієї компоненти становила 8, 8 % загальної дисперсії.

Четверта головна компонента – вік, характер харчування, психічні травми в анамнезі, число працівників в сім'ї, стать. На цю компоненту припадало 6, 9 % загальної дисперсії.

П'ята головна компонента – стать, професія, освіта, характер праці, вживання тютюну, харчування (режим), професійні шкідливості. Частка п'ятої компоненти складала 5, 8 % загальної дисперсії (табл. 1).

Інші головні компоненти, на частку яких припадало менше 5, 0 % загальної дисперсії, до уваги не брали. Було вивчено інтеграцію перемінних із головними компонентами (табл. 2).

Таблиця 1. Ранговий розподіл найважливіших факторів ВХ серед сільського населення

Фактори	Ваговий індекс	Однофакторний й дисперсійний аналіз	Дискримантний аналіз
Спадковість	1	1	1
Професія	2	3	3
Вік	6	2	2
Диспептичний синдром	5	5	6
Наявність операцій на органах черевної порожнини	8	6	8
Санітарно-гігієнічна характеристика житла	9	14	10
Часті психоемоційні перевантаження	14	15	17
Освіта	16	9	9
Кількість працівників у сім'ї	17	17	13-14
Вживання тютюну	4	8	7
Професійні шкідливості	13	13	15
Характер і стан їжі	15	10	11
Стать	7	4	5
Режим харчування	12	11	12
Перенесені психічні травми	3	7	4
Сон	11	12	13-14
Вживання алкоголю	10	16	18-19
Характер праці	19	20	20
Порушення жувальної функції	21	18	16
Стосунки в сім'ї та колективі	18	21	21
Харчові отруєння	20	19	18-19

Таблиця 2. Взаємозв'язок основних перемінних ВХ із головними компонентам

Найменування перемінних	Множинна кореляція	Ранг
Спадковість	0,867	1
Вік	0,838	2
Професія	0,811	3
Стать	0,735	4
Диспептичний синдром	0,699	5
Харчування (характер)	0,673	6
Перенесені операції на органах черевної порожнини	0,645	7
Сон	0,572	8
Освіта	0,564	9
Санітарно-гігієнічний стан житла	0,553	10
Число працівників у сім'ї	0,550	11
Вживання алкоголю	0,543	12
Порушення жувальної функції	0,501	13
Часті психо-емоційні перевантаження	0,479	14
Харчові отруєння	0,468	15
Характер праці	0,459	16
Стосунки в сім'ї і колективі	0,431	17

Висновки

Було встановлено вплив окремих факторів на захворюваність ВХ у жителів сільської місцевості і вплив груп цих факторів, при цьому виділено провідні з них і дана їх комплексна оцінка.

Порівняння результатів моделювання з поширеністю ВХ в різних соціальних групах дає змогу зробити також суттєві висновки щодо інтегрованих перемінних, найбільш тісно пов'язаних із головними компонентами, які переважно визначають поширеність ВХ у сільській місцевості:

- біологічні чинники (спадковість, вік, стать, наявність в анамнезі захворювань черевної порожнини)
- професія, характер харчування, освіта, сон
- стан житла, кількість працюючих у сім'ї
- шкідливі звички, передовсім вживання тютюну і алкоголю, психо – емоційні навантаження
- характер праці, стосунки в сім'ї і колективі

• Перспектива

Запропоновано наступні кроки для зниження рівня захворюваності виразковою хворобою серед сільського населення України:

- поширення спеціально розроблених таблиць індивідуального прогнозу щодо виразкової хвороби з метою формування груп підвищеного ризику з наступним проведенням в них цілеспрямованих діагностичних обстежень;
- вивчення оптимальної потреби хворих ВХ, передовсім провідної вікової групи (40 – 59р.), в лікувально-профілактичних заходах на рівні ЦРЛ і сільських лікарських дільниць.

Список літератури

1. Голяченко О. М., Сердюк А.М. Приходський О.О. Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я. Тернопіль – Київ. Вінниця. Джура. 1997р. – 327ст.
2. Польшенко В. 1. Системні проблеми первинної медико – санітарної допомоги на селі. //Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я. – 1999. – №2. – С. 314-323
3. Підаєв А. В. Пріоритетні напрями розвитку охорони здоров'я в Україні. // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я. 2003. – № 1. – с. 1-8.
4. Процек О. Г. , Нагорна А. М. , Грузєва Т. С. , Очеретько О. М. Особливості та тенденції захворюваності сільського населення України// Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я. – 1999. – №2. – С. 20-24.

5. Автореф. дис. канд. мед. наук. , Київ, 1995 Фіц З. Р. Наукове обґрунтування використання системи профілактичних технологій у діяльності лікувально – профілактичних установ сільського району.
6. Kukulka J. , christianson J. B. , moseovice I. S et. al. Communiti – oriented primary care Arch. Fam. Med. – 1994. – Уо1. 3, №6 – Р. 495-501
7. *Recognizing peptic ulcer disease Keys to clinical and laboratory diagnosis*/DY. Graham, Barry J/ ||Voll05|N03|March1999|Postgraduate medicine

СОЦИАЛЬНО – МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ

О. Я. Никитюк (Тернополь)

Изучено влияние социально-медицинских факторов на распространенность язвенной болезни в сельской местности. Главные факторы, которые определяют распространенность – биологические факторы, профессия и профессиональные вредности, наличие в анамнезе психических травм, вредные привычки, нарушение характера и режима питания, уровень образования, состояние жилища и количество работающих в семье.

SOCIAL AND ECONOMICAL FACTORS OF ULCERATIVE DISEASE IN RURAL INHABITANS.

О. Nykytyuk (Тернопил)

It was investigated the effect of following social – medical factors on dissemination ulcerative disease in rural area. The main factors that mean dissemination are biological factors, profession, profession damage, in anamnesis psyhoemotional loading, harmful habits, disturbance of character and regime of nourishment, level of education, living condition and quantity of worcers in family.

МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

УДК 614.2:008.004.12(477)

А.Б. ЗІМЕНКОВСЬКИЙ (Львів)

СИСТЕМНИЙ ПІДХІД ДО ОЦІНКИ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В ПЕРІОД РЕФОРМУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Львівський державний медичний університет ім. Данила Галицького

Поняття “якість” прийшло в систему охорони здоров'я із сфери промислового виробництва в 50-ті роки ХХ сторіччя. Поштовхом для цього стала поява сучасних технологій профілактики, діагностики та лікування. Медичне обслуговування з економічної точки зору поступово стало набу-

вати рис виробництва медичних послуг. Отже результатом цього виробництва є послуги, за допомогою яких досягається основна мета системи охорони здоров'я – збереження життя і досягнення можливо високого рівня здоров'я [9]. Реформування системи охорони здоров'я в

Європі стимулювало ріст зацікавленості у результатах діяльності служб медичної допомоги, особливо якості та розумної адекватності співвідношення вартість/ефективність медичних заходів, а також інновацій в організації та управлінні [21].

Системні науково-практичні дослідження в сферах охорони здоров'я і медичної допомоги, які проводяться в період соціально-економічних реформ, стверджують, що на даному етапі розвитку держави і суспільства в Україні з'явилися проблеми забезпечення населення якісною медичною допомогою, у тому числі і стаціонарною [4].

Про актуальність питання якості медичної допомоги свідчить зокрема те, що Європейське бюро ВООЗ за підтримки МОЗ Німеччини вперше в 2000 році провело робоче засідання, присвячене проблемі результативності медичних послуг, методам визначення результативності, стратегіям щодо підвищення кількості відповідних послуг при лікуванні, діагностуванні, профілактиці захворювань [18]. У 2001 році спеціальний симпозиум експертів ВООЗ був присвячений питанню широкомасштабного запровадження оцінки медичних технологій у різних країнах з різними системами охорони здоров'я [20].

Проблема оцінки якості медичної допомоги увесь час ускладнюється, що пов'язано з розвитком медичних технологій та зміною характеру захворювань. Раніше, коли переважали гострі захворювання, критерії оцінки були простіші і стосувались одужання та смерті. Зростання частоти хронічних хвороб призвело до більш різноманітних ефектів їх лікування, а відтак оцінювати якість медичних послуг стало важче [13].

Отже, термін "якість медичної допомоги" – не новий, однак частіше він не має конкретних ознак [13]. У літературі зустрічаються різноманітні трактування якості медичної допомоги, що, відповідно, дозволяє по-різному формулювати цей термін: якість медичної допомоги (характеристика об'єкту), якість надання медичної допомоги (характеристика процесу), якість медичної послуги (характеристика окремо виділеного специфічного об'єкту), якість медичного обслуговування (характеристика процесу, однак відмінного від "надання допомоги" більшим акцентом у бік хворого), медична ефективність (характеристика складової якості), збереження якості медичної допомоги (характеристика об'єкту і процесу одночасно без будь-якої динаміки – про покращання якості медичної допомоги не йдеться, бажано відсутність погіршення), підтримка якості медичної допомоги (практично попереднє трактування, однак із ще більшим відтінком пасивності). Аналогічно неоднакові, хоча й схожі, терміни зустрічаються й стосовно оцінки якості ме-

дичної допомоги: експертиза, контроль, аудит якості медичної допомоги тощо. Отже при опрацюванні системи забезпечення якості медичної допомоги та її оцінки виникає необхідність чіткого визначення цих понять.

Слід у першу чергу визначити, хто оцінює якість медичної допомоги, а відтак рівень, якість оцінки, її суб'єктивізм та компетентність оцінюючих. Отже якість медичної допомоги може оцінюватись різнорівнево, зокрема спеціалістами-експертами, групами експертів, призначених відповідним уповноваженим органом, організаторами охорони здоров'я – практиками та науковцями, лікарями, що безпосередньо надають медичну допомогу, самими пацієнтами. З іншого боку, такий розподіл споріднений твердженням, що нові підходи до оцінки якості медичної допомоги повинні ґрунтуватись на матеріалах і рекомендаціях ВООЗ, здійснюватись лікарями відповідної кваліфікації та медперсоналом взагалі, характеризуватись оптимальністю використання ресурсів, брати за основу ризик для пацієнтів, зумовлений якістю медичних технологій, базуватись на задоволеності хворих наданою їм медичною допомогою [5,6].

За вищезазначеним принципом та враховуючи наукові публікації, проведено систематизацію критеріїв оцінки якості медичної допомоги, що відповідає сучасним соціально-економічним реаліям реформування охорони здоров'я в Україні. Виділено 8 груп таких критеріїв:

- традиційні (неспецифічні) – частота госпіталізації, кількість ліжко-днів, летальність, динаміка захворюваності [12];
- традиційні (специфічні) – доопераційний ліжко-день, хірургічна активність, післяопераційний ліжко-день, післяопераційні ускладнення, побічна дія фармакотерапії, післяопераційна летальність;
- нетрадиційні – автоматизована модель персоналізованого обліку медичної допомоги, показник толерантності до лікування [7, 8];
- загальні – адекватність та результативність, модель оцінки кінцевих результатів діяльності лікувально-профілактичних закладів, державна акредитація [5, 10, 13];
- експертні – модель експертних оцінок, модель позавідомчої експертизи медичних послуг, модель внутрішньовідомчої експертизи медичних послуг; модель експертизи якості фармакотерапії [2, 3, 17];
- ринково-економічні – маркетингові, економічна ефективність аналіз співвідношення витрат, фармако-економічні, клініко-економічні [1, 5, 11, 13-16];
- ресурсні – науково-технічний рівень допомоги, оптимальне використання ресурсів [5, 13];

- соціально-деонтологічні – задоволеність пацієнтів та оцінка ризику застосування медичних технологій для хворих [5].

При застосуванні до цієї систематизації тріади А. Донабедіана (1976), яка дозволяє оцінити якість медичної допомоги за ресурсами, технологією і результатами, виявляється, що в категорію результативних попадають традиційні неспецифічні та специфічні, загальні критерії оцінки якості медичної допомоги [19]. Однак слід зазначити, що ресурсні та соціально-деонтологічні критерії наведеної систематизації не вкладаються однозначно в тріаду. Адже науково-технічний рівень допомоги та наявність ресурсів – це ресурсна категорія, в той час, як найбільш ефективно використання ресурсів – це уже категорія, що належить до результатів. У цьому ж плані задоволеність, результат, натомість, оцінка ризику застосування медичних технологій для пацієнтів є технологічною категорією. Водночас, навіть оцінюючи результат існуючого ризику, неможливо застосувати тріаду А. Донабедіана, оскільки не передбачається кінцева якісна характеристика процесу.

Враховуючи все вищенаведене, слід зазначити наступне. Існує необхідність стандартизації та

єдиного тлумачення термінології, пов'язаної з якістю медичної допомоги та оцінкою якості медичної допомоги. Оцінка якості медичної допомоги багаторівнева і залежить від того, хто уповноважений її здійснювати. Отже її показники можуть бути об'єктивними, статистичними чи кількісними, та суб'єктивними, віртуальними чи уявними. Критерії оцінки якості медичної допомоги потрібно систематизувати і адаптувати до нових ринково-економічних відносин в Україні. Доцільно створити банк даних цих показників, постійно його поповнювати, систематизувати та максимально можливо оцінювати їх достовірність за принципами доказової медицини. На виконання рекомендацій ВООЗ щодо ініціювання в Європейському регіоні реалізації програм безперервного підвищення якості медичної допомоги одним із перспективних завдань слід передбачити опрацювання і запровадження в Україні Державної програми забезпечення якісного надання медичної допомоги населенню, яка сприятиме контролю за якістю медичної допомоги за рахунок комплексного, інтегрованого і динамічного підходу до вирішення існуючих проблем.

Список літератури

1. Артюхов А.С. Возможности использования медико-экономических стандартов для оценки результатов деятельности учреждений здравоохранения в современных условиях // Рос. мед. журн. – 1999. – №1. – С. 18–19.
2. Василюшин Р.И. Экспертні оцінки якості і медичні стандарти – головний важіль реформування охорони здоров'я сьогодні // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2001. – №1. – С. 29–33.
3. Гурдус В.О. О возможностях системы обязательного медицинского страхования // Мед. помощь. – 1999. – №6. – С. 4–7.
4. Дейкун М.П. Наукове обґрунтування деяких напрямків розвитку медичної допомоги на сучасному етапі соціально-економічних реформ // Лік. справа / Врачеб. дело. – 1999. – №6. – С. 131–134.
5. Дудіна О.О., Курчатова Г.В., Мазур Т.М. Методичні аспекти оцінки якості первинної медико-санітарної допомоги дитячому населенню м. Києва // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2001. – №2. – С. 52–54.
6. Задачи по достижению здоровья для всех. Европейская политика здравоохранения. – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 1991. – 322 с.
7. Кулаков В.И. Совершенствование финансирования федеральных учреждений здравоохранения и оптимизация использования ресурсов в свете стратегического развития медицинской науки и практики // Экономика здравоохранения. – 2002. – №3. – С. 8–10.
8. Линденбратен А.Л., Третьяков А.Л., Роговина А.Г. К оценке влияния качества медицинской помощи на состояние здоровья пациентов // Пробл. соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 1999. – №3. – С. 31–33.
9. Мильникова И.С., Кричагин В.И., Индейкин Е.И. Стандарты медицинской помощи. – М.: Прицельс, 1993. – 94 с.
10. А.М. Нагорна, А.В. Степаненко, В.В. Кальниш та ін. Особливості інформаційної підтримки процесу державної акредитації закладів охорони здоров'я в Україні // Лік. справа / Врачеб. дело. – 2000. – №1. – С. 101–105.
11. Пономарева Г.А., Успенская И.В. Социальный статус пациентов больницы, их затраты на лечение и удовлетворенность медицинской помощью // Экономика здравоохранения. – 1999. – №5–6(38). – С. 21–24.
12. Пономаренко В.М., Грузева Т.С., Зіменковський А.Б. Створення державної системи стандартизації в охороні здоров'я – актуальне завдання сьогодні // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2002. – №3. – С. 5–10.
13. Рудень В.В. Страхова медицина і медичне страхування: Навч. посібник. – Львів: Обл. книж. друк., 1999. – 304 с.
14. Тогунов И.А. Проблемы удовлетворения спроса на медицинские услуги // Пробл. соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2000. – №4. – С. 18–19.

15. Финченко Е.А., Степанов В.В. Некоторые аспекты расходов на здравоохранение и ОМС // Экономика здравоохранения. – 2002. – №4. – С. 22–24.
16. Шипова В.М., Щепин В.О. Экономическая оценка стандартов оказания медицинской помощи // Пробл. соц. гигиены и история медицины. – 1998. – №6. – С. 27–30.
17. Батурин В.А., Булгакова Т.Я., Исаева Т.И. Экспертиза качества фармакотерапии в системе обязательного медицинского страхования и др. // Медицина труда и пром. экология. – 1999. – №12. – С. 37–39.
18. *Appropriateness in health care services.* – Copenhagen: Reg. Off. Eur., 2000. – 27 p.
19. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care // Mibank Memorial Fund quat. – 1976. – Vol. 44. – P. 166–206.
20. *Institutionalization of health technology assessment.* – Copenhagen: WHO Reg. Off. Eur., 2001. – 24 p.
21. *Reshaping health systems towards health outcomes.* – Copenhagen: Reg. Off. Eur., 1999. – 37 p.

СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ПЕРИОД СОВРЕМЕННОГО РЕФОРМИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УКРАИНЕ

А.Б.Зименковский (Львов)

Отображены элементы системного подхода к оценке качества медицинской помощи в период современного реформирования здравоохранения в Украине. Показана необходимость стандартизации и единого толкования терминологии, связанной с оценкой качества медицинской помощи. Критерии оценки качества медицинской помощи проанализированы, систематизированы и адаптированы с позиций новых социально-экономических отношений в Украине.

SYSTEMATIC APPROACH TOWARDS EVALUATION OF MEDICAL AID QUALITY WITHIN THE PUBLIC HEALTH SECTOR REFORMATION PROCESS IN UKRAINE

A.B.Zimenkovsky (Lviv)

Some elements of systemic approach to the evaluation of medical aid quality while public health reforming process in Ukraine are laid down. The necessity of standardization and uniformity of terminology to be coherent with evaluation of medical aid quality has been grounded. The number of criteria for evaluation of medical aid quality have been analyzed, systematized and adapted to social and economic relations in Ukraine.

УДК 614.212:614.1

Л.М. РОМАНЮК, Н.Є. ФЕДЧИШИН, Ю.П. ДЗЬОРДЗЬО, Г.І. МАКСИМ'ЯК

МЕДИКО-СТАТИСТИЧНА ІНФОРМАЦІЯ В УПРАВЛІННІ АМБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧНОЮ ДОПОМОГОЮ

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

Амбулаторно-поліклінічна ланка була і залишається провідною в системі медичної допомоги населенню України. Сьогодні в умовах вагшого скорочення ліжкового фонду і разом з ним обсягів дороговартісного стаціонарного лікуван-

ня, на фоні соціально-економічного напруження у суспільстві і загального зубожіння населення, значення амбулаторно-поліклінічної служби ще більше зростає як у відношенні лікувально-діагностичного процесу, так і для забезпечення по-

вноцінного відбору на госпіталізацію. Тому систематичний аналіз доступності, обсягу та якості даного виду медичної допомоги стає важливою умовою управлінського процесу.

Основою статистичного аналізу діяльності амбулаторно – поліклінічних закладів довгий час слугували проміжні статистичні облікові форми, що ґрунтувались на "Медичній карті амбулаторного хворого" (ф. 025/о). Процес їхнього вдосконалення виявився найбільш складним. Облікові статистичні документи мали, з одного боку, визначити здоров'я пацієнта, з іншого – оцінити роботу амбулаторій і поліклінік.

З початку 50-х років було введено статистичний талон для реєстрації заключних (остаточних) діагнозів. Він заповнювався на кожну хворобу, і містив дані про вік, стать хворого, його професію, джерело встановлення діагнозу – за даними звертальності чи профілактичного огляду та характер хвороби – первинний або повторний. На підставі зібраних талонів можна було обчислити первинну та загальну захворюваність всього населення за необхідним переліком переліком хвороб.

Однак талони не давали змоги визначити контингенти хворих. Це можна було зробити лише після копійної алфавітизації талонів, тобто зведення усіх талонів, заповнених на одну і ту ж особу. Окрім того, хоча талони давали змогу визначити вікову, статеву і навіть професійну характеристики захворюваності, практично зробити це було неможливо, оскільки медичні заклади не мали вікового, статевого і професійного складу населення.

Контингенти хворих та здорових стало можливо визначити після введення "Контрольної карти диспансерного хворого" (ф. 030/о), але лише з окремих фахів. Річ у тім, що один і той же хворий міг стояти на диспансерному обліку у декількох фахівців. З деяких фахів (онкологія, фтизіатрія, шкірні та венеричні хвороби) цей облік намагались зробити повним. Сьогодні ситуація ще більш ускладнилась через тотальне скорочення системи диспансеризації населення.

Найменш досконалим виглядав облік профілактичних оглядів. Спочатку заповнювались списки осіб, що підлягали періодичним або цільовим оглядам, потім була запропонована карта профілактичного огляду, яка практично мала бути заповнена на кожного мешканця, оскільки за програмою щорічної диспансеризації вся людність в тій чи іншій мірі підлягала її різним підпрограмам.

Недоліком системи реєстрації захворювань та діяльності амбулаторій і поліклінік була передовсім оця низка медичних документів, що неминуче вело до повторень, збільшення обсягу письмової роботи, утруднення аналізу.

Введення з 1989 року єдиного документу "Талона амбулаторного пацієнта" (ф. 025-7/о-89), було, безперечно, прогресивним явищем. Але деякі вади залишились. Досвід показав, що ці вади з допомогою єдиного документу усунути неможливо. Потрібен ще один документ, що реєструє віковий, статевий, професійний та соціальний склад людності. Тільки тоді ми зможемо не лише фіксувати хвороби і причини смерті, а й визначити причини їхнього поширення, поглиблено вивчати і аналізувати соціальну обумовленість здоров'я.

Суттєвим недоліком існуючої системи медико-статистичної інформації загалом, і для амбулаторно – поліклінічної ланки зокрема, є орієнтація виключно на суцільний метод збору статистичного матеріалу. Відомо, що пересічно на кожного мешканця щороку реєструється одне захворювання. П'ята частина населення госпіталізується у стаціонари, близько половини жителів знаходяться на диспансерному обліку. У підсумку – це мільйони і мільйони облікових документів, обробити та глибоко проаналізувати їх просто неможливо. Тому, з метою економії часу та коштів, необхідно орієнтуватись на переважно вибіркового метод збору та аналізу статистичних документів, дотримуючись науково обґрунтованих законів щодо визначення обсягу вибірки і забезпечення достовірності даних.

Управлінському персоналу лікувально-профілактичних закладів необхідно систематично аналізувати наступні показники.

1. Показники, що характеризують доступність амбулаторно-поліклінічної допомоги.

$$1.1 \quad \frac{\text{Число відвідувань лікарів, що приходить ся на 1 мешканця}}{\text{Число відвідувань лікарів включаючи профілактичні + число відвідувань лікарями вдома}} = \frac{\text{Середньорічна чисельність населення}}{\text{Середньорічна чисельність населення}}$$

Показник необхідно диференціювати для мешканців міста і села, по певних лікарських спеціальностях, а також визначити його для середнього медичного персоналу.

$$1.2 \quad \frac{\text{Забезпечення амбулаторно - поліклінічною допомогою}}{\text{Загальне число відвідувань в зміну}} = \frac{\text{Середньорічна чисельність населення}}{\text{Середньорічна чисельність населення}} \cdot 10000$$

$$1.3 \quad \frac{\text{Частка лікарів (середнього медичного персоналу), що працює в поліклініці і}}{\text{Число посад (штатних або зайнятих), що працює в поліклініці і (амбулаторії)}} = \frac{\text{Число посад (штатних або зайнятих) в цілому закладі}}{\text{Число посад (штатних або зайнятих) в цілому закладі}} \cdot 100$$

Показник можна розраховувати для кожного лікарського або середнього медичного фаху.

2. Показники, що характеризують рівень організації роботи амбулаторно – поліклінічних закладів.

Ця група показників повинна займати одне із провідних місць у процесі управління даною ланкою охорони здоров'я.

$$2.1 \quad \text{Навантаження лікарів} = \frac{\text{Кількість зареєстрованих відвідувань} + \text{число викликів}}{\text{Число зайнятих ставок лікарів що ведуть прийом у поліклініці}}$$

Показник характеризує навантаження лікарів в цілому по поліклініці (амбулаторії), він недостатньо інформативний і може використовуватись для аналізу лише в динаміці. Доцільніше користуватись показником виконання функції лікарської посади шляхом співставлення фактичного навантаження з нормативним.

$$2.2 \quad \frac{\text{Функція лікарської посади}}{\text{Фактичне навантаження лікар}} = \frac{\text{Фактичне навантаження лікар}}{\text{Нормативне навантаження лікар}} \cdot 100$$

За останні роки в Україні намітилась тенденція до інтенсивного зниження цього показника, тобто, по переважній більшості спеціальностей функція лікарської посади не виконується в належному об'ємі.

Використовуючи нормативи функції лікарської посади та нормативи відвідувань в розрізі спеціальностей можна обчислити необхідну кількість ставок лікарів для забезпечення діяльності поліклініки.

$$2.3 \quad \text{Необхідна кількість терапевтів} = \frac{\text{Число відвідувань терапевта на 1 мешканця рік} \times \text{середньорічну чисельність населення}}{\text{Нормативна функція лікарської посади для терапевта}}$$

$$2.4 \quad \text{Число відвідувань на 1 захворювання} = \frac{\text{Число відвідувань поліклініки з приводу захворювань}}{\text{Число всіх зареєстрованих захворювань в поліклініці}}$$

Показник досить інформативний з точки зору його аналізу в динаміці, його ріст буде свідчити про збільшення числа хворих, які починають і закінчують в амбулаторних умовах.

$$2.5 \quad \frac{\text{Структура відвідувань у поліклініці}}{\text{Число відвідувань терапевтів (спеціалітів)}} = \frac{\text{Число відвідувань терапевтів (спеціалітів)}}{\text{Загальне число відвідувань}} \cdot 100$$

Пересічно в поліклініках реєструється 40% відвідувань терапевтів і 60% – інших спеціалістів.

$$2.6 \quad \frac{\text{Частка відвідувань поліклініки з приводу захворювань}}{\text{Число відвідувань з приводу зхвороб}} = \frac{\text{Число відвідувань з приводу зхвороб}}{\text{Загальне число відвідувань}} \cdot 100$$

Показник можна обчислити як в цілому по поліклініці, так і в розрізі окремих спеціальностей. Наприклад, для терапевта він становить 60%, хірурга – 70-80%, акушер – гінеколога – 30-40%.

3. Показники, що характеризують профілактичну роботу поліклініки.

$$3.1 \quad \frac{\text{Частота профілактичних оглядів}}{\text{Число осіб, оглянутих профілактично}} = \frac{\text{Число осіб, оглянутих профілактично}}{\text{Середньорічна чисельність населення}} \cdot 1000$$

$$3.2 \quad \frac{\text{Повнота охоплення профілактичними оглядами}}{\text{Число осіб, що підлягали оглядам}} = \frac{\text{Число осіб оглянутих профілактично}}{\text{Число осіб, що підлягали оглядам}} \cdot 100$$

Показник доцільно визначати для певних контингентів, що підлягають оглядам.

$$3.3 \quad \frac{\text{Рівень диспансеризації}}{\text{Число осіб, що стоять на диспансерному обліку}} = \frac{\text{Число осіб, що стоять на диспансерному обліку}}{\text{Середньорічна чисельність населення}} \cdot 1000$$

Необхідно також аналізувати показники, що характеризують охоплення хворих диспансерним наглядом, структуру хворих, що знаходяться на диспансерному обліку, показники активності та ефективності диспансеризації.

Оцінку якості лікування в амбулаторно-поліклінічних закладах слід проводити шляхом експертних оцінок на предмет його відповідності існуючим стандартам.

Таким чином, систематичний глибокий аналіз наведених показників є основою забезпечення оптимізації та ефективності управління амбулаторно-поліклінічною допомогою на сучасному етапі.

Список літератури

1. Голяченко О.М., Сердюк А.М., Приходський О.О. Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я. – Тернопіль – Київ – Вінниця: Джура, 1997. – 328 с.
2. Основні показники стану здоров'я населення та ресурсів охорони здоров'я України. – Київ: МОЗ України, 2000-2002 рр.

МЕДИКО – СТАТИСТИЧЕСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ В УПРАВЛЕНИИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ

Л.Н. Романюк, Н.Е. Федчишин, Ю.П. Дзьодзьо, Г.И. Максимьяк (Тернополь)

В статье проанализированы основные показатели деятельности амбулаторно-поликлинической службы, необходимы руководителям лечебно-профилактических учреждений для обеспечения оптимизации и эффективности управления медицинской помощью на базовом уровне.

MEDICOSTATISTIC INFORMATION IN THE MANAGEMENT OF AMBULANT-POLICLINIC AID

L.N. Romanyuk, N.E. Fedchyshyn, Y.P. Dzyurdzyo, G.I. Maximyak (Ternopil)

In this article main indexes of activity of ambulant-policlinic service are analysed. Managers of medical-prophylactic establishments need these indexes for ensuring optimisation and effectiveness of medical care management on the base level.

ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

УДК 616-006-093.75.008

Д.Д. ДЯЧУК (Херсон)

ОРГАНІЗАЦІЙНІ ПІДХОДИ ДО НАДАННЯ ПАЛІАТИВНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ІНКУРАБЕЛЬНИМ ОНКОЛОГІЧНИМ ХВОРИМ

Управління охорони здоров'я держадміністрації Херсонської області

На сучасному етапі соціально-економічного розвитку суспільства актуальними є питання удосконалення медико-соціальної допомоги онкологічним хворим, у тому числі із несприятливим прогнозом. Підвищена увага до цього питання пов'язана з ростом онкологічних захворювань, зокрема у IV стадії, з високим рівнем смертності, а також із загальним постарінням населення, яке потребує не тільки медичної, але й соціальної допомоги. Державні заходи щодо формування мережі лікувально-профілактичних заходів для надання медико-соціальної допомоги особам похилого віку, симптоматичного лікування онкологічних хворих у термінальній стадії, передбачені у міжгалузевій комплексній програмі "Здоров'я нації на 2002-2011 роки", затверд-

женій постановою Кабінету Міністрів України від 10 січня 2002 р. №14 [7].

За оцінкою ВООЗ, біля 75% хворих на рак різних локалізацій потребують паліативної допомоги, яка суттєво відрізняється від традиційного (радикального) лікування. Особливого значення набуває паліативна допомога безнадійно хворим, яка повинна, перш за все, поліпшити якість їх життя [8–10].

На сьогодні в Україні надання допомоги інкурабельним хворим не регламентовано нормативними документами як на національному, так і на регіональних рівнях, що негативно відбивається на якості медичної допомоги цій категорії пацієнтів, передусім в останній період їх життя [5]. Існуюча протягом десятиріч точка зору, що

кінцевою метою медичної допомоги є забезпечення повного одужання пацієнта або тривалої ремісії, досі не переглянута щодо інкурабельних хворих. На практиці частково забезпечується лише один із компонентів паліативної допомоги – симптоматичне лікування, переважно протибольова терапія. Крім того, допомога термінальним хворим надається у медичних закладах різних рівнів і спеціалістами, які не мають достатнього досвіду у паліативній медицині та в догляді за такими хворими. Існуючі підходи до вибору лікувальної тактики ведення інкурабельних хворих та місця надання допомоги часто несуть відбиток традиційних схем і форм, які склалися у системі охорони здоров'я. Розв'язання проблеми потребує створення науково обгрунтованої системи паліативної допомоги в Україні, що дозволить раціонально перерозподілити наявні ресурси, забезпечити їх ефективне використання та високу якість медичної допомоги онкологічним хворим. Пріоритетними напрямками такої роботи, в першу чергу, є обгрунтування форм організації паліативної допомоги, розробка і затвердження стандартів діяльності структурних підрозділів системи паліативної допомоги; визначення регіональних потреб в анальгетичних та ад'ювантних лікарських препаратах, медичних виробках і засобах догляду за тяжкохворими, інструментальному та технічному забезпеченні [9–11]. В Україні подібні дослідження не проводились.

Метою проведеного дослідження було визначення “наборів” заходів паліативної медичної допомоги та організаційних форм обслуговування інкурабельних онкологічних хворих у термінальній стадії.

Матеріали та методи. Дослідження проводилось у декілька етапів. На першому етапі було вивчено фактичні обсяги і склад медичної допомоги (медикаментозна терапія, інструментальні та хірургічні втручання, маніпуляції сестринського догляду за хворими), що надавалась інкурабельним онкологічним хворим в останній рік життя у медичних закладах різного типу: стаціонарах, які спеціалізуються на наданні допомоги онкологічним хворим (обласний онкодиспансер, обласна клінічна лікарня); стаціонарах загальнопрофілю; спеціалізованих закладах, що надають допомогу інкурабельним хворим – госпісах; амбулаторно-поліклінічних установах, які обслуговують хворих вдома [4]. Відповідно до основної мети паліативної допомоги – поліпшення якості життя, зменшення виразності симптомів і зведення до мінімуму ризику розвитку побічних ефектів лікування – призначення лікарських засобів та хірургічних втручання інкурабельним онкологічним хворим має бути раціональним та адекватним, тобто:

а) відповідати потребам пацієнта в останній період його життя;

б) бути ефективним та малотравматичним;

в) фармпрепарати повинні сполучатись між собою та з функціональним станом органів і систем організму хворого.

Тому на другому етапі дослідження була проведена експертна оцінка адекватності (надмірності, дефіциту) структури, обсягу та місця надання медичної допомоги онкологічним хворим у термінальній період їх життя. Експертами виступили фахівці-онкологи вищої та першої категорії (коефіцієнт конкордації $W=0,52$).

На третьому етапі дослідження, спираючись на висновки експертів щодо адекватної допомоги, з використанням математичних методів (кластерного і факторного аналізу), було визначено основні набори лікувальних засобів та втручання паліативної допомоги інкурабельним онкологічним хворим у термінальному періоді [1]. Обробка результатів дослідження проведена за допомогою статистичного пакета SPSS for Windows 10.0 [2].

Лікарські препарати згруповані з урахуванням рекомендацій М.Д.Машковського [6].

Проаналізовано 598 карт експертної оцінки паліативної допомоги інкурабельним онкологічним хворим, зокрема 162 (27,1 %) карти хворих, що лікувались у спеціалізованих онкологічних стаціонарах, 94 (15,7 %) – пацієнтів загальносоматичних стаціонарів, 96 (16,1%) – госпіталізованих у госпіси; 246 (41,1 %) карт хворих, які отримували допомогу у термінальній період життя вдома та обслуговувались амбулаторно-поліклінічними закладами.

Серед термінальних онкологічних хворих було 302 (50,5 %) чоловіків і 296 (49,5 %) жінок; середній вік – $62,2 \pm 13,6$ (у) років; найчастіше пухлини локалізувалися у трахеї, бронхах, легенях (18,1 % хворих), шлунку (13,2 %), жіночих статевих органах (11,2 %), молочній залозі (11,2 %), кишечнику (10 %), лімфоїдних та кровотворних тканинах (7 %), підшлунковій залозі (6 %). Більше $\frac{1}{3}$ досліджених хворих, які в останній період свого життя отримували допомогу у стаціонарах, мали поширений онкологічний процес з метастазами у кісткову тканину та інші органи; кожний третій (35,5 %) мав одне чи декілька супутніх захворювань серцево-судинної системи; 8,0 % – захворювання органів дихання; 6,5 % – хвороби шлунково-кишкового тракту. Основне захворювання ускладнювалось інтоксикацією у 44,6 % хворих, кахексією – у 33,2 %, анемією – у 23,3 %, асцитом – у 10,2 %, причому майже у половини хворих (47,2 %) спостерігалось 2 і більше ускладнень. 61,1 % пацієнтів стаціонарів та 85,0 % інкурабельних хворих, що обслуговувались вдома, мали виражений больовий синдром.

Результати та їх обговорення. Аналіз фактичних обсягів і складу наданої медичної допомоги онкологічним хворим IV клінічної групи у термінальний період їх життя показав, що тільки 52,8 % хворих, які лікувались у стаціонарах різного профілю, отримали адекватну паліативну допомогу, у тому числі 67,3 % пацієнтів спеціалізованих закладів, 40,4 % хворих стаціонарів загального профілю і 40,6 % госпіталізованих у госпіси (за даними експертної оцінки). Допомога, що надавалась амбулаторно-поліклінічними закладами пацієнтам вдома, у 93,1 % випадків визнана адекватною.

Аналіз застосування лікарських засобів при лікуванні онкологічних хворих показав, що у стаціонарах різного профілю розповсюджена поліпрагмація: 5,4 препаратів на одного хворого у спеціалізованих стаціонарах, по 6,7 засобів – у загальносоматичних стаціонарах і госпісі при коливаннях від 1 до 14 препаратів.

Надмірність фармакотерапії визначена експертами у 41,5 % пацієнтів стаціонарів, зокрема проведення антибактеріальної терапії – у 19,0 % хворих; паліативної хіміотерапії – у 5,1 %; інфузійної і дезінтоксикаційної терапії – у 12,2 % і 13,1 %; призначення гепатотропних засобів і препаратів, що стимулюють метаболічні процеси, – у 9,8 % випадків; застосування кровозамінників – у 7,4 % і 5,1 % хворих; імуномодуляторів – у 4,0 % пацієнтів. Експерти вважають, що призначення більшості з цих препаратів не задовольняє потреби інкурабельних хворих, не відповідає їхньому функціональному стану або є неефективним. Водночас, спостерігається дефіцит призначення лікарських засобів у 7,1 % хворих стаціонарів, у тому числі анальгетиків, кардіотропних, сечогінних, відхаркувальних засобів, інфузійної терапії.

Серед оперативних втручань та маніпуляцій визнано недоцільним або не задовольняючим потреби онкологічних хворих проведення у половині випадків холецистектомії, інтубації трахеї, фіброгастродуеноскопії; ендобронхіального введення ліків. Проте, на думку експертів, 6 (1,7 %) госпіталізованих хворих потребували виконання пункції плеври та перикарда, 5 (1,4 %) – лапароцентеза, 1 хворий – ушивання виразки.

Інкурабельні онкологічні хворі, які отримували паліативну допомогу вдома, потребували додаткових призначень анальгетиків у 5 (2,0 %) випадках, седативних препаратів та стимуляторів перистальтики – у 3 (1,2 %), резекції шлунку – у 2 (0,8 %), лапароцентеза – у 2 (0,8 %), проведення пункції плеври і нефректомії – у 2 (0,8 %).

Важливою проблемою фармакотерапії у тяжких хворих є зменшення травматичності шляхів введення ліків, тобто перевага ентерального шля-

ху над парентеральним. На думку експертів, в 33,8 % випадків ін'єкційні форми препаратів, які призначались госпіталізованим, і в 19,7 % випадків засоби, що використовувались для лікування хворих вдома, можливо замінити на пероральні форми.

Результати проведеного дослідження стали підставою для формування основних "наборів" паліативної медичної допомоги, яку потребують інкурабельні онкологічні хворі у термінальний період їх життя.

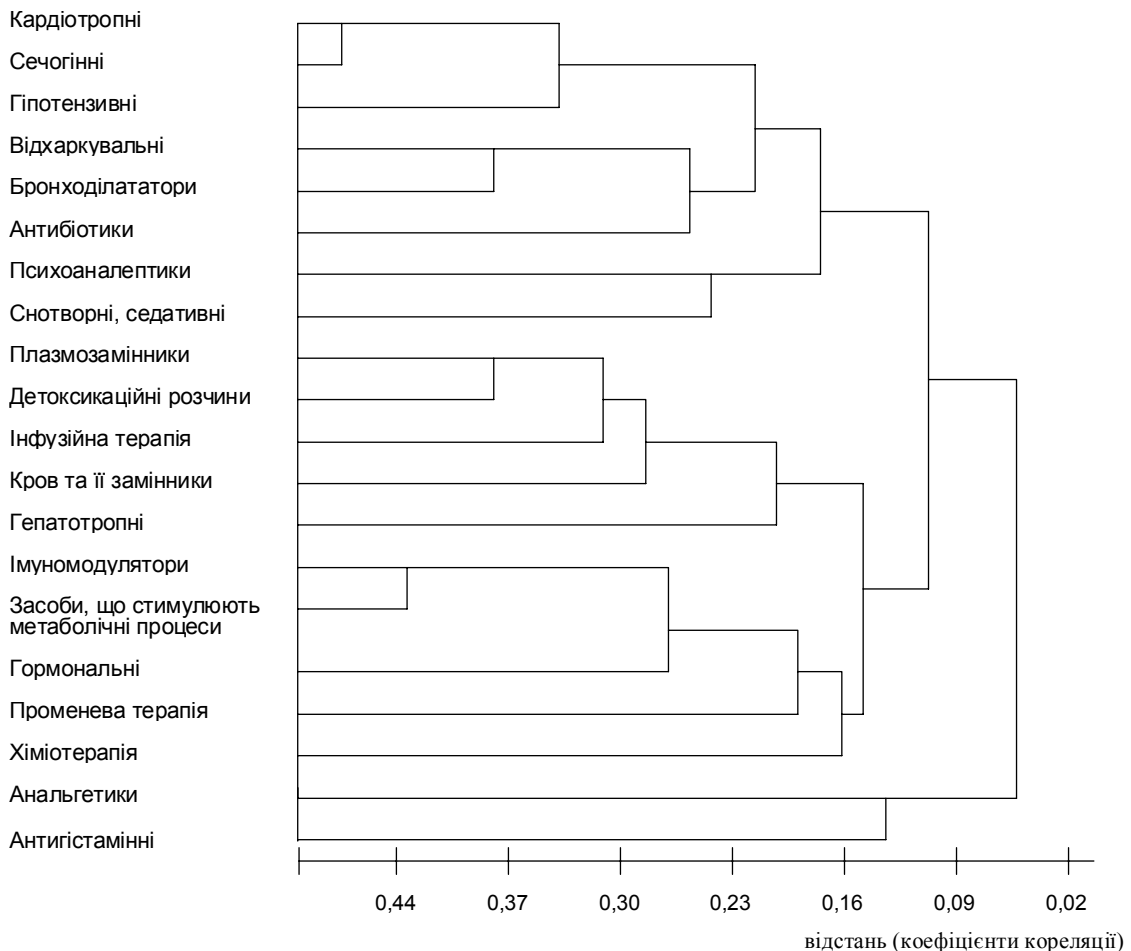
Для визначення основних сполучень лікувальної терапії застосовані методи математичної класифікації, на основі яких із великої кількості адекватних терапевтичних засобів було виділено 20 груп фармпрепаратів і лікувальних заходів, що найчастіше призначаються онкологічним хворим. Класифікація проводилась у два етапи. На першому методом ієрархічної кластеризації (Tree clustering) було побудовано дендрограми, що дозволило описати всю сукупність хворих за групами адекватної фармакотерапії. Об'єднання у групи проводилось за допомогою методу "міжгрупової відстані" (Between-group Linkage) з використанням коефіцієнту кореляції (Pearson correlation) як метрики. Візуальний аналіз дендрограм дозволив встановити, що біля вершини дерева найчастіше знаходиться 4–5 кластерів, а біля основи – 19 груп (рис. 1).

На другому етапі класифікації були одержані структури кластерів та їх членів. Розподіл об'єктів на кластери проведено за допомогою факторного аналізу методом головних компонент (Principal Component) з обертанням за алгоритмом максимізації дисперсії (Varimax with Kaiser Normalization). Структура кластера (фактора) відображала ті лікувальні заходи, які виконують схожі функції.

У результаті проведеного аналізу виявлено п'ять головних кластерів, що визначають загальну дисперсію на 67,6 %.

Перший кластер сформувала група анальгетичних препаратів із факторним навантаженням (ФН)=0,97. Для ліквідації больового синдрому, який спостерігається у 70–90 % хворих у стадії генералізації онкологічного процесу, найчастіше застосовується раціональна анальгетична терапія з поетапним (ступінчастим) переходом лікарських засобів від анальгетиків-антипіретиків і нестероїдних протизапальних препаратів до призначення наркотичних анальгетиків – опіатів [13]. Як допоміжна терапія для зменшення дози препаратів, посилення анальгетичної дії, збільшення ступеня терплячості болю застосовуються психотропні, антигістамінні, протисудорожні та інші препарати [12, 13]. Тому до складу першого кластеру, крім анальгетиків, увійшла

Рис. 1. Дендрограма кластеризації основних лікувальних засобів у інкурабельних онкологічних хворих.

Лікувальні засоби

група антигістамінних (ФН=0,16) та психотропних препаратів (ФН=0,21). Враховуючи основний напрямок дії складових компонентів, кластер було названо “знеболювальним”.

Другий кластер склали 5 компонентів, основним призначенням яких є вплив на основне джерело болю – пухлину та компенсаторні заходи щодо зменшення побічних ефектів від нього: гормональні (зокрема, кортикостероїди) (ФН=0,62), хіміотерапія (ФН=0,31), променева терапія (ФН=0,22), засоби, що стимулюють метаболічні процеси (ФН=0,60), імуномодулятори (ФН=0,53). Цей кластер був визначений як “antineoplastичний або протипухлинний”. Паліативна хіміо-, гормоно- та променева терапія призначається як ад’ювантна терапія у боротьбі з болем для зменшення компресії пухлини на периферичні нервові структури та судини; профілактики прогресування онкопроцесу; зняття больового синдрому, передусім при метастазах пухлин у кістки скелету; при появі сталості до наркотиків або їх побічних ефектів [3, 12]. Для поліпшення обмінних процесів, прискорення регенерації тканин, профілактики пригнічення іму-

нітету та кровотворення при проведенні antineoplastичної терапії часто застосовуються препарати, що корегують процеси імунітету (імуномодулятори) та метаболізму [6, 12].

Наступний кластер включає 5 груп фармакологічних препаратів: інфузійна терапія (ФН=0,92), дезінтоксикаційні (ФН=0,76) і плазмозамінюючі розчини (ФН =0,62), кров та її замінники (ФН=0,57), гепатотропні препарати (ФН=0,26). Основне призначення лікарських засобів цього кластеру – детоксикаційна терапія, що і визначило його назву – “детоксикаційний”. Враховуючи той факт, що майже у половини хворих перебіг основного захворювання ускладнюється інтоксикацією, у кожного третього – кахексією, у кожного четвертого – анемією, застосування дезінтоксикаційних (наприклад, гемодезу), крово- і плазмозамінюючих розчинів, а також препаратів, що регулюють водно-сольову та кислотно-основну рівновагу, в онкологічних хворих IV клінічної групи є адекватним [9, 12, 13].

Четвертий кластер утворили 2 компоненти, що визначають групи фармакологічних засобів,

які діють на центральну нервову систему: препарати, що мають заспокійливу дію (снодійні, седативні, транквілізатори тощо) – ФН = 0,31 та психоаналептики (антидепресанти, ноотропні препарати та ін.) – ФН = 0,28. Враховуючи основну функцію препаратів, що входять до кластеру, його названо “коригуючий психоемоційний статус”. Порушення в психоемоційній сфері спостерігаються у переважній кількості хворих з локально розповсюдженими і генералізованими злоякісними пухлинами, причинами яких можуть бути метастази у головний мозок, астенизація та інтоксикація, больовий синдром, прояви хронічного або наслідки гострого емоційного стресу, супутні судинні захворювання мозку, невротичні стани. Корекція вказаних порушень психофармакологічними засобами у сполученні із психотерапією, будучи суворо диференційованою, може поліпшити стан хворого не тільки у психоемоційному, але й в соматичному плані [9, 13].

До структури п'ятого кластеру увійшли фармпрепарати симптоматичної терапії, спрямованої на ліквідацію або пом'якшення тяжких симптомів

як основного, так і супутніх захворювань та ускладнень. До них належать задишка, диспепсичні розлади, набряки, патологічні випоти, серцева та легенева недостатність, перитоніт, підвищений тиск тощо. Цей кластер поєднав 6 основних груп препаратів, у тому числі кардіотропні (ФН=0,79), сечогінні (ФН=0,85) та гіпотензивні засоби (ФН=0,46), основною функцією яких є підтримка серцево-судинної діяльності, боротьба з набряками і підвищеним артеріальним тиском; бронходилататори (ФН=0,48) та відхаркувальні препарати (ФН=0,37), які призначаються при бронхоспазмах різної етіології, порушенні дихання, задишці; антибактеріальні препарати (ФН=0,42). Комплекс був названий “симптоматичний”.

Таким чином, в результаті кластерного і факторного аналізу виділено 5 основних наборів паліативної фармакотерапії, які названо відповідно до переважної дії лікувальних компонентів, що входять до їх складу. Набори, необхідні інкурабельним онкологічним хворим в останній період життя, та частота їх використання представлені на рис. 2.

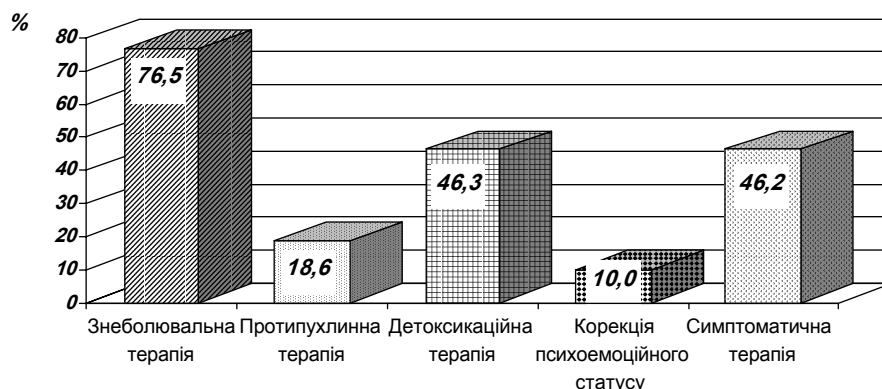


Рис. 2. Частота використання основних наборів лікувальної терапії у термінальних онкологічних хворих (за експертними оцінками)

При безуспішній консервативній терапії больового синдрому та ускладнень основного і супутніх захворювань у рамках паліативної допомоги інкурабельним онкологічним хворим використовуються інвазивні та хірургічні методи лікування, не пов'язані з видаленням пухлини: регіонарна анестезія, розвантажувальні операції при пухлинній непрохідності порожнистих органів та судин, декомпресійні та дегідративні втручання, лікування ран тощо [12, 13].

З використанням методів кластерного і факторного аналізу було виділено 4 основних кластери хірургічних втручань та операцій, сума дисперсій яких складає 53,3 % загальної дисперсії всіх маніпуляцій.

До першого кластеру увійшли хірургічні маніпуляції, пов'язані з видаленням рідини із організму хворих при випотах у серозні порожнини:

плевральні (ФН=0,55) та перикардні (ФН=0,53) пункції, у тому числі із внутрішньоплевральним введенням хіміопрепаратів; лапароцентез (ФН=0,29). Кластер було названо “розвантажувальні пункції”. Виконання маніпуляцій такого типу потребували 12,0% інкурабельних онкологічних хворих.

Окремий кластер визначили операції формування гастро-, колоно-, епіцисто-, трахеостом (ФН=0,65), частота виконання яких становила 4,0 %. Цей кластер було визначено як “формування стом”.

Третій кластер сформували маніпуляції та втручання з лікування ускладнених ран (ФН=0,48), які проводились у 6,2 % хворих. Кластер було названо “лікування ускладнених ран”.

Серед спеціальних методів знеболювання у лікуванні онкологічних хворих з вираженим бо-

льовим синдромом використовуються різні види блокад (місцеві, провідникові, гангліонарні). Ці заходи сформували самостійний кластер із факторним навантаженням $FN = 0,32$ та обумовили його назву “регіонарна анестезія”.

У наш час паліативна допомога інкурабельним онкологічним хворим може надаватися у медичних закладах різного рівня у стаціонарах (спеціалізовані онкологічні диспансери, загальносоматичні лікарні, госпіси), амбулаторно-поліклінічних закладах (кабінети протибольової терапії, денні стаціонари), патронажними службами вдома. Реалії сьогодення диктують необхідність структурної реорганізації лікарняного сектора за рівнем інтенсивності медичного обслуговування з метою раціонального використання ресурсів, надання кваліфікованої, адекватної, якісної допомоги термінальним хворим.

За висновками експертів, організаційна форма надання медичної допомоги була визнана адекватною для 33,5% госпіталізованих онкологічних хворих та 72,8% пацієнтів, які знаходились в останній період життя вдома. Більшість пацієнтів IV клінічної групи, госпіталізованих у стаціонари, потребували проведення фармакотерапії згідно із запропонованими комплексами, переважно “знеболювальної”, “детоксикаційної”, “симптоматичної”, лікування ускладнених ран, проведення регіонарної анестезії, маніпуляцій сестринського нагляду. Тому 76,9% госпіталізованих хворих цієї категорії могли б одержувати адекватну допомогу у спеціалізованих закладах – госпісах, у тому числі 72,4% тільки у госпісах, а 4,5% – з виконанням частки маніпуляцій (торако- і лапароцентез) або у стаціонарах загального профілю, або за допомогою залучених спеціалістів-хірургів. Серед інших термінальних хворих 15,3% потребували госпіталізації у загальносоматичні стаціонари для виконання паліативних втручань (ектомії, накладення стом, ла-

пароцентезу); 3,4% – у спеціалізовані онкологічні стаціонари (проведення паліативної променевої терапії, шунтування тощо); 4,3% пацієнтів – лікування у домашніх умовах (проведення тільки “знеболювальної” або “симптоматичної” терапії).

З числа хворих, що знаходились вдома та одержували допомогу амбулаторно, 18,3 % потребували виконання детоксикаційних заходів, хіміотерапії, розвантажувальних пункцій, тому адекватним місцем надання медичної допомоги для них визначено госпіс; для 8,9 % хворих – або стаціонар загального профілю (1,2 %), або поєднання перебування вдома (4,1 %) чи у госпісі (3,7 %) з виконанням окремих втручань у загальносоматичному стаціонарі.

Таким чином, проблема поліпшення якості життя інкурабельних онкологічних хворих поряд з традиційною протибольовою терапією повинна використовувати цілий комплекс сучасних методів паліативної допомоги, заснованої на детоксикації, корекції психоемоційного статусу і негативних наслідків медикаментозного лікування, симптоматичної терапії ускладнень основного і супутніх захворювань, хірургічних втручань паліативного характеру (виконання пункцій, формування стом, лікування ран, проведення регіонарної анестезії) та маніпуляцій сестринського нагляду. Основними організаційними формами надання медичної допомоги онкологічним хворим IV клінічної групи у термінальному періоді є домашні умови перебування з обслуговуванням відповідними службами та спеціалізовані заклади сестринського нагляду – госпіси.

Отримані результати сприятимуть розвитку системи паліативної допомоги в Україні, обґрунтуванню потреб онкологічних служб у лікарських препаратах, медичному інструментарії та засобах нагляду за інкурабельними онкологічними хворими у термінальний період їх життя.

Список літератури

1. Балагуш П. Факторный анализ с обобщениями. – М.: Финансы и статистика, 1989. – 248 с.
2. Боровиков В.П., Боровиков И.П. STATISTICA. Статистический анализ и обработка данных в среде WINDOWS. – М.: Информационно-издательский дом “Филин”, 1997. – 608 с.
3. Доказательная медицина. Ежегодный справочник: Пер. с англ. / П.В. Безменов, Г.Ф. Дворцин, В.В. Деньгин и др. – М.: Медиа Сфера, 2002. – 1400 с.
4. Дячук Д.Д. Паліативна медична допомога інкурабельним онкологічним хворим у медичних закладах різного профілю // Мед. перспективи. – 2002. – Т. VII, №4. – С. 124–127.
5. Крюков С.А. Сучасні проблеми державного управління у галузі надання медико-соціальної допомоги безнадійно хворим // Вісн. Укр. Академії держ. управління при Президенті України. – 2001. – №2, Ч. 2. – С. 186–192.
6. Машковский М.Д. Лекарственные средства: В 2 т. Т. 1, 2. – М.: ООО “Издательство Новая Волна”, 2000. – 540 с., 608 с.
7. Міжгалузева комплексна програма “Здоров’я нації” на 2002–2011 роки. – К.: ОФ, 2002. – 88 с.
8. Обезболивание при раке и паллиативное лечение: Пер. с англ. ВОЗ. – М.: Медицина, 1992. – 76 с.
9. Организация паллиативной помощи инкурабельным онкологическим больным с хроническим болевым синдромом / Г.А. Новиков, Н.А. Осипова, В.В. Старинский и др. // Рос. онколог. журн. – 1996. – №2. – С. 54–59.

10. Поляков И.В., Зеленская Т.М., Липтуга М.Е. Распределение ресурсов для оказания медицинской помощи онкологическим больным в ХОСПИСе // Рос. онколог. журн. – 2000. – №2. – С. 30–32.
11. Состояние паллиативной помощи онкологическим больным Российской Федерации на рубеже столетий / Г.А. Новиков, В.И. Чиссов, Н.А. Осипова и др. // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2001. – №2–3. – С. 6–8.
12. Срочная медицинская помощь в онкологии: Пер. с англ. / Под ред. Дж. У. Ярбро, Р.С. Борнштейна. – М.: Медицина, 1985. – 400 с.
13. Хроническая боль – проблема паллиативной помощи в онкологии / Г.А. Новиков, Н.А. Осипова, М.А. Вайсман и др.: Тез. доп Рос. науч. конф. “Клинические и теоретические аспекты боли”. – М., 2001. – С. 96–97.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ОКАЗАНИЮ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ИНКУРАБЕЛЬНЫМ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ

Д.Д. Дячук (Херсон)

Проведена экспертная оценка адекватности объемов, структуры и организационной формы оказания медицинской помощи онкологическим больным в терминальном периоде. Методами кластерного и факторного анализа выделены основные наборы медикаментозной и хирургической паллиативной помощи, используемые при лечении инкурабельных больных IV клинической группы. Определены адекватные формы организации паллиативной медицинской помощи этой категории больных.

PALLIATIVE MEDICAL CARE ORGANIZATIONAL APPROACHES IN UNCURABLE CANCER PATIENTS

D.D.Dyachuk (Kherson)

Expert assessment of adequacy of volumes, structure and organizational forms of terminal cancer patients' palliative care have been made. The main sets of medication therapy and surgical palliative care, which are used during the treatment of incurable cancer patients of the IV clinical group, are determined by the cluster and factor analysis. The adequate forms of palliative care organization are determined in patients of this group.

ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

УДК 614.876 (038)

Г.Г. РОЩІН, М.М. КОРНІЄНКО, В.О. ВОЛОШИН, С.О. ГУР'ЄВ, М.М. МИХАЙЛОВСЬКИЙ
(Київ)

ПРАВОВЕ ТА НОРМАТИВНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РЕАГУВАННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА НАДЗВИЧАЙНІ СИТУАЦІЇ ТЕХНОГЕННОГО ТА ПРИРОДНОГО ХАРАКТЕРУ

Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф

Важливим надбанням цивілізації є існуюча в кожній державі система охорони здоров'я її населення. Функції й можливості цієї системи різні в кожній країні, вони залежать від її економічного та політичного розвитку, менталітету населення, соціального стану різних верств суспільства.

У нашій державі, відповідно до статті 16 Закону України "Основи законодавства України про охорону здоров'я" №2801-ХП від 19 листопада 1992 р., "безпосередню охорону здоров'я населення забезпечують санітарно-профілактичні, лікувально-профілактичні, фізкультурно-оздоровчі, санаторно-курортні, аптечні, науково-методичні та інші заклади охорони здоров'я" [7].

Мережа закладів охорони здоров'я розрахована на ефективну роботу за повсякденних умов. Обсяг профілактичної та лікувально-діагностичної роботи при цьому зумовлений середньостатистичними значеннями захворюваності населення.

У другій половині минулого століття в усьому світі відмічалась тенденція до збільшення кількості аварій, катастроф техногенного характеру і зростання негативних наслідків при стихійних лихах. Це зумовлює більш важкі медико-санітарні наслідки техногенних та природних надзвичайних ситуацій. В залежності від масштабів наслідків та необхідних для їх ліквідації сил і засобів, нормативними документами (постановою Кабінету Міністрів України "Про порядок класифікації надзвичайних ситуацій" від 15 травня 1998 року №1099 та "Класифікатором надзвичайних ситуацій в Україні", затвердженим 24 грудня 1998 року Міністром із питань надзвичайних ситуацій та у справах захисту населення від наслідків Чорнобильської катастрофи) визначаються рівні надзвичайних ситуацій (далі НС): загальнодержавний, регіональний, місцевий та об'єктовий [7]. При значних НС техногенного і природного характеру існуюча мережа лікувальних закладів без спеціальних організаційних заходів і зовнішньої допомоги медичними силами, медикаментами й іншими засобами не здатна вчасно надати адекватну екстрену медичну допомогу в районі лиха великій кількості постраждалих.

Для надання екстреної медичної допомоги постраждалим від НС у державі постановою Кабінету Міністрів України "Про створення державної служби медицини катастроф" від 14 квітня 1997 року №343 була утворена Державна служба медицини катастроф (далі – ДСМК) на базі існуючих медичних закладів у межах виділених на їх утримання коштів [1]. До складу ДСМК ввійшли спеціально визначені для ліквідації медико-санітарних наслідків НС медичні сили та лікувальні заклади Міністерства охорони здоров'я, Міністерства з питань надзвичайних ситуацій та у справах захисту населення від наслідків Чорнобильської катастрофи, Міністерства оборони, Міністерства внутрішніх справ, Міністерства транспорту України, систем охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, областей України, міст Києва та Севастополя.

Основними завданнями ДСМК, згідно Положення про ДСМК, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 11 липня 2001 року №827, визначено: надання безоплатної медичної допомоги на догоспітальному та госпітальному етапах постраждалим від НС, рятувальникам та особам, які беруть участь у ліквідації наслідків НС; ліквідацію медико-санітарних наслідків НС; організацію взаємодії медичних сил, засобів та лікувальних закладів у сфері медичного захисту населення у разі виникнення НС; прогнозування медико-санітарних наслідків НС та розробку рекомендацій щодо здійснення заходів з метою зниження негативного впливу таких ситуацій; створення і раціональне використання резерву матеріально-технічних ресурсів для здійснення заходів ДСМК; участь у підготовці та атестації медичних формувань та їх особового складу; проведення науково-дослідних робіт, пов'язаних з удосконаленням форм і методів організації надання екстреної медичної допомоги у разі виникнення НС тощо.

Тобто ДСМК, власне, вирішує в повному обсязі всі медичні аспекти функціонування державної системи запобігання і реагування на аварії, катастрофи та інші НС.

Керівництво ДСМК покладено на Міністерство охорони здоров'я України.

Організаційно ДСМК будується на двох рівнях – центральному та територіальному. На центральному рівні ДСМК організована в системі МОЗ України, а на територіальному – в системі МОЗ Автономної Республіки Крим, управлінь охорони здоров'я областей, міст Києва та Севастополя.

До формувань і закладів Служби центрального та територіального рівня належать: медичні та спеціалізовані бригади постійної готовності першої та другої черги, мобільні госпіталі, загони, лікарні швидкої медичної допомоги, більшість багатопрофільних лікарень, які працюють в ургентному режимі.

Склад формувань і закладів ДСМК центрального рівня визначено за поданням територіальних органів охорони здоров'я: 571 медична бригада першої черги готовності (бригади швидкої допомоги), 190 спеціалізованих бригад другої черги готовності, 14659 ліжок ліжко-фонду на базі медичних закладів центрального та місцевого підпорядкування [7].

Разом з тим в ліквідації медико-санітарних наслідків НС різних рівнів у першу чергу приймають участь усі без винятку заклади охорони здоров'я, що розміщені в районі НС та поблизу до цього району. Сили й засоби ДСМК залучаються тільки в тих випадках, коли через масштаби наслідків НС інфраструктура закладів охоро-

ни здоров'я в районі НС нездатна самостійно ліквідувати медико-санітарні наслідки НС.

Реагування кожного закладу охорони здоров'я на НС має бути адекватним характеру і рівню НС. Правову основу заходів щодо реагування на НС забезпечують вимоги Конституції України, законів України "Основи законодавства України про охорону здоров'я" від 19 листопада 1992 року №2801-ХП, "Про Цивільну оборону України" від 3 лютого 1993 року №2974-ХІІ із змінами, внесеними Законом України від 24 березня 1999 року №555-ХІV, "Про захист населення і територій від наслідків надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру" від 8 червня 2000 року №1809-ІІІ та "Про аварійно-рятувальні служби" від 14 грудня 1999 року №1281-ХІV [1].

Слід відмітити, що закон України "Про Цивільну оборону України" від 3 лютого 1993 року № 2974-ХІІ із змінами, внесеними 24 березня 1999 року №555-ХІV, і "Про захист населення і територій від наслідків надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру" від 8 червня 2000 року №1809-Ш, які власне є головними в концептуальному плані ліквідації наслідків НС, виходять із дещо неузгоджених концепцій щодо самої системи реагування і медичного захисту населення при НС, ролі в цій системі кожного закладу. У зв'язку з цим і сьогодні ще є проблеми в правовому та нормативному забезпеченні розбудови медичної служби цивільної оборони. В даній роботі реалізується концепція, відображена в Законі України "Про захист населення і територій від наслідків надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру" від 8 червня 2000 року № 1809-Ш та у відповідних йому, наведених нижче нормативних актах [3]. Нормативне забезпечення реагування медичних закладів на НС визначають постанови Кабінету Міністрів України "Про затвердження Плану реагування на надзвичайні ситуації державного рівня" від 16 листопада 2001 року №1567, "Про утворення державної служби медицини катастроф" від 14 квітня 1997 року №343, "Про єдину державну систему запобігання і реагування на надзвичайні ситуації техногенного та природного характеру" від 3 серпня 1998 року №1198, "Про затвердження Програми запобігання та реагування на надзвичайні ситуації техногенного і природного характеру на 2000-2005 роки" від 22 серпня 2000 року №1313 тощо; накази МОЗ України "Про затвердження Регламенту подання інформації в функціональній підсистемі Міністерства охорони здоров'я України в межах Урядової інформаційно-аналітичної системи з питань надзвичайних ситуацій" від 3.09.2000 №189, "Про визначення у складі державної служби медици-

ни катастроф медичних сил, засобів і лікувальних закладів" від 20.11.1997 № 334, "Про затвердження номенклатури резервів лікарських засобів, виробів медичного призначення та медичного обладнання для запобігання та ліквідації медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій техногенного і природного характеру" від 10.08.2001 № 331, "Про затвердження Регламенту реагування закладів охорони здоров'я на виникнення надзвичайних ситуацій природного та техногенного характеру" від 26.12.2002 № 493 [1,5,7]. Довідкова інформація та рекомендації щодо окремих питань реагування закладів на НС містяться в посібниках та методичних рекомендаціях [2, 6, 7].

Про необхідність планування заходів щодо діяльності за умов НС кожним закладом, установою, об'єктом, у тому числі і охорони здоров'я, зазначається в ст. 25 Закону України "Про захист населення і територій від наслідків надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру" від 8 червня 2000 року № 1809-Ш.

Згідно вимог керівних документів, усі заклади охорони здоров'я складають плани, що передбачають реагування на надзвичайні ситуації природного та техногенного характеру, і повинні враховувати вид, структуру та реальні можливості закладу охорони здоров'я, географічні, природні, техногенні особливості території, яку обслуговує заклад охорони здоров'я, конкретні завдання органу охорони здоров'я або відомства, до сфери управління яких належить даний заклад [7]. Плани включають заходи організаційного, лікувального, матеріально-технічного та транспортного забезпечення медичного захисту населення. Вони узгоджуються з комісіями з питань техногенно-екологічної безпеки та НС регіональних органів виконавчої влади, відповідно до постанови Кабінету Міністрів "Про затвердження Плану реагування на надзвичайні ситуації державного рівня" України від 16 листопада 2001 року № 1567, та затверджуються органом охорони здоров'я, до сфери управління якого належить даний заклад.

Усі заклади охорони здоров'я умовно можна поділити на 3 категорії: заклади ДСМК центрального та територіального рівня, заклади санітарно-епідеміологічної служби та заклади, що не ввійшли в перші дві категорії (останні складають більшість закладів охорони здоров'я).

Для органів управління та закладів ДСМК форми планів та рекомендації щодо організації планування приведені в методичних рекомендаціях МОЗ України [6].

Щодо порядку складання, форми, обсягу, змісту і навіть назв планів закладів охорони здоров'я, які не віднесені до складу ДСМК, не все

вирішується однозначно. Так, наприклад, ст. 4 діючого Положення про Цивільну оборону України називає ці плани "планами розвитку й удосконалення Цивільної оборони" чи "планами Цивільної оборони", розділ П Плану реагування на НС державного рівня – "планами реагування", ст. 27 Положення про єдину державну систему запобігання і реагування на надзвичайні ситуації техногенного та природного характеру, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 3 серпня 1998 року № 1198, "планом реагування на загрозу виникнення НС". Конкретних нормотворчих і методичних документів щодо планування закладами охорони здоров'я всієї сукупності питань, які враховують вимоги Закону України "Про захист населення і територій від наслідків надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру" від 8 червня 2000 року № 1809-III (чи "Про Цивільну оборону України" від 3 лютого 1993 року № 2974-XII із змінами, внесеними Законом України від 24 березня 1999 року № 555-XIV) поки ще не розроблено.

Аналіз досвіду організації медичної допомоги постраждалим внаслідок надзвичайних ситуацій в Україні (у тому числі внаслідок авіаційної катастрофи з літаком СУ-27, яка сталась 27 липня 2002 року на аеродромі Скнилів, м. Львів, у ході проведення авіаційного спортивного свята) і в інших державах (наприклад, при наданні медичної допомоги звільненим заручникам у м. Москві 26.09.2002 р.) свідчить, що питання реагування медичних закладів на виникнення надзвичайних ситуацій потребують детальної регламентації. Вважаючи на це, Президент України дав Доручення Кабінету Міністрів України від 25 вересня 2002 року №480/29626-01 організувати розробку та затвердити "Регламент реагування закладів охорони здоров'я на виникнення надзвичайних ситуацій" (далі Регламент). Регламент був розроблений фахівцями УНПЦ ЕМД та МК і введений у дію наказом МОЗ України від 26.12.2002 № 493 [5].

Регламент, базуючись на діючій правовій та нормативній базі, конкретизує організацію основних обов'язкових заходів щодо реагування різних категорій закладів охорони здоров'я на НС усіх передбачених нормативними документами рівнів. Так, конкретизуються порядок введення в закладах передбачених законодавством режимів підвищеної готовності та надзвичайної ситуації, склад і порядок розгортання об'єднаних ешелонованих угруповань медичних сил і засобів, порядок використання матеріально-технічних резервів та особливостей інформаційного забезпечення закладів охорони здоров'я за умов НС.

Регламентом передбачено, що при НС усіх рівнів (державного, регіонального, місцевого та

об'єктового) у разі необхідності режими підвищеної готовності та надзвичайної ситуації вводяться:

- в закладах ДСМК центрального рівня – Міністром охорони здоров'я України;
- в закладах ДСМК територіального рівня – керівниками МОЗ Автономної Республіки Крим, управлінь охорони здоров'я обласних, Севастопольської міської держадміністрацій, Головного управління охорони здоров'я та медичного забезпечення Київської міської держадміністрації;
- в закладах охорони здоров'я, які не входять до складу ДСМК і розташовані в районі надзвичайної ситуації (незалежно від їх підпорядкування), – керівником місцевого органу виконавчої влади, на території якої виникла НС;
- в закладах охорони здоров'я, які не входять до складу ДСМК і не розташовані в районі надзвичайної ситуації, але їх ліжковий фонд, фахівці чи формування будуть використовуватись для ліквідації її наслідків за рішенням Керівника ліквідації НС, призначеного Урядовою комісією з ліквідації надзвичайної ситуації, – керівниками МОЗ Автономної Республіки Крим, управлінь охорони здоров'я обласних, Севастопольської міської держадміністрацій, Головного управління охорони здоров'я та медичного забезпечення Київської міської держадміністрації, головними державними санітарними лікарями Автономної Республіки Крим, областей, міст Києва та Севастополя та міністерств і відомств (останніми – стосовно закладів санітарно-епідеміологічної служби).

При введенні в закладі охорони здоров'я режиму підвищеної готовності чи режиму надзвичайної ситуації керівником закладу (у разі його відсутності особою, що його замінює) негайно вводиться в дію план реагування закладу на відповідну надзвичайну ситуацію природного та техногенного характеру. При цьому обов'язково дотримуються нормативів часу переведення закладів, їх підрозділів та формувань, що визначені документами [2, 4, 5, 6].

Згідно з Планом реагування на НС державного рівня, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 16 листопада 2001 року №1567, для ліквідації НС державного рівня утворюється об'єднане ешелоноване угруповання медичних сил і засобів, що складається з 3-х ешелонів [1, 7].

До складу медичних сил і засобів першого ешелону (з терміном готовності до 40 хвилин) входять:

- оперативні групи та чергові формування ДСМК центрального рівня, у тому числі установи та заклади державної санітарно-епідеміологічної служби;

– сили, засоби та лікувально-профілактичні заклади (у тому числі державної санітарно-епідеміологічної служби) ДСМК адміністративної території, на якій виникла НС.

До складу медичних сил і засобів другого ешелону (з терміном готовності до 2 годин) входять:

– сили, засоби та заклади (у тому числі державної санітарно-епідеміологічної служби) ДСМК центрального рівня, розміщені на адміністративній території, де виникла НС;

– заклади охорони здоров'я (у тому числі санітарно-епідеміологічні) у районі НС, які не входять до складу ДСМК.

До складу медичних сил і засобів третього ешелону (з терміном готовності понад 2 години) належать: мобільний госпіталь МНС та заклади охорони здоров'я (незалежно від їх підпорядкування), які не входять до складу ДСМК і не розташовані в районі НС.

При введенні режиму НС державного рівня керівник (в разі його відсутності особа, що його замінює) головного закладу ДСМК центрального рівня – Українського НПЦ екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, а при введенні режиму НС регіонального рівня керівник відповідного територіального центру екстреної медичної допомоги протягом 30 хвилин у робочий час і 1 години 30 хвилин у неробочий час відправляють до району надзвичайної ситуації оперативну групу ДСМК центрального та регіонального рівнів відповідно. Склад оперативних груп, спосіб їх переміщення до району НС та оснащення, засоби зв'язку передбачаються затвердженими Планами реагування НС техногенного і природного характеру в залежності від виду надзвичайної ситуації та прогнозованих або наявних санітарних втрат. Оперативні групи діють відповідно до вимог Планів реагування на НС та Положень про оперативні групи ДСМК.

Враховуючи особливий юридичний статус мобільного госпіталю МНС України, в Регламенті передбачена досить складна процедура прийняття рішення про його відправлення до району НС і запропонований норматив (не пізніше 6 годин з моменту отримання рішення Міністра МНС України) для зборів особового складу і фактичної відправки госпіталю [5].

При реагуванні закладів охорони здоров'я на виникнення НС використання матеріально-технічних резервів здійснюється відповідно до вимог постанови Кабінету Міністрів України від 29 березня 2001 року № 308 “Про порядок створення і використання матеріальних резервів для запобігання, ліквідації надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру та їх наслідків” таким чином:

– державний резерв залучається для ліквідації наслідків НС за рішенням Кабінету Міністрів України;

– відомчий резерв залучається для ліквідації наслідків НС за рішенням Міністра охорони здоров'я України;

– регіональний резерв залучається для ліквідації наслідків НС за рішенням Кабінету Міністрів Автономної Республіки Крим, обласних, Севастопольської та Київської міських державних адміністрацій.

Резерви закладів охорони здоров'я (місцеві та регіональні) залучаються для ліквідації наслідків НС за рішенням керівників закладів.

Оперативні резерви формувань ДСМК залучаються для ліквідації наслідків надзвичайної ситуації за рішенням керівників закладів відповідно до планів реагування [1, 7].

Інформаційне забезпечення закладів охорони здоров'я щодо медичного захисту населення і медико-санітарних наслідків НС природного та техногенного характеру здійснюється у межах підсистеми МОЗ Урядової інформаційно-аналітичної системи з питань надзвичайних ситуацій згідно з наказом МОЗ України “Про затвердження Регламенту подання інформації в функціональній підсистемі Міністерства охорони здоров'я України в межах Урядової інформаційно-аналітичної системи з питань надзвичайних ситуацій” від 03.08.2000 №189 [2].

Таким чином, існує достатня правова база для створення діючої системи реагування всіх закладів охорони здоров'я на НС.

Разом з тим, відомча нормативна і методична база, що регламентує планування закладами охорони здоров'я заходів з реагування на НС, потребує удосконалення та уніфікації. Для розробки відповідної нормативної і методичної бази необхідні погоджені рішення МНС України та МОЗ України щодо організації планування, форм планів реагування медичних закладів на НС.

Для розбудови діючої системи реагування закладів охорони здоров'я на НС необхідно повністю виконати вимоги Програми розвитку ДСМК на 2002–2005 роки, затвердженої постановою Кабінету Міністрів України від 15 лютого 2002 року №174, щодо вчасного фінансування всіх її заходів та реально створити в медичних закладах матеріальні резерви, передбачені постановою Кабінету Міністрів України “Про порядок створення і використання матеріальних резервів для запобігання, ліквідації надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру та їх наслідків” від 29 березня 2001 року №308 і наказом МОЗ України “Про затвердження номенклатури резервів лікарських засобів, виробів

медичного призначення та медичного обладнання для запобігання та ліквідації медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій техногенного і природного характеру” від 10.08.2001 №331.

Список літератури

1. Законодавство України про надзвичайні ситуації. Збірник нормативних актів // Бюлетень законодавства і юридичної практики України. – 2002. – №12. – 414 с.
2. Картиш А.П., Рошчін Г.Г., Волошин В.О. та ін. Організація роботи інформаційно-аналітичної системи МОЗ України з питань надзвичайних ситуацій (Практичний посібник) / МОЗ України, УНПЦ ЕМД та МК, КМАПО ім. П.Л. Шупика. – К., 2002. – 102 с.
3. Москаленко В.Ф., Волошин В.О., Рошчін Г.Г. та ін. Основні положення концепції організації надання екстреної медичної допомоги населенню України за умов надзвичайних ситуацій // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. №4. – 2000. – С. 71–75.
4. Москаленко В.Ф., Рошчін Г.Г., Волошин В.О. та ін. Правова, нормативна та директивна база розбудови та функціонування державної служби медицини катастроф України // Проблеми військової охорони здоров'я: Зб. наук. пр. Укр. військ.-мед. академії. – К., 2000. – Вип. 7. – С. 262–271.
5. Наказ МОЗ України від 26.12.2002 р. №493 “Про затвердження Регламенту реагування закладів охорони здоров'я на виникнення надзвичайних ситуацій природного та техногенного характеру”.
6. Рошчін Г.Г., Волошин В.О., Градун Ю.Г. та ін. Планування медико-санітарного забезпечення населення адміністративної території в надзвичайних ситуаціях. Методичні рекомендації / МОЗ України, УНПЦ ЕМД та МК. – К., 2000. – 96 с.
7. Рошчін Г.Г., Волошин В.О., Рогач І.М. та ін. Правові основи Державної служби медицини катастроф України / МОЗ України, Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф. – К., 2002. – 242 с.

ПРАВОВОЕ И НОРМАТИВНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ РЕАГИРОВАНИЯ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ЧРЕЗВЫЧАЙНЫЕ СИТУАЦИИ ТЕХНОГЕННОГО И ПРИРОДНОГО ХАРАКТЕРА

Г.Г. Рошчін, М.М. Корниенко, В.А. Волошин, С.Е. Гурьев, Н.Н. Михайловский (Киев)

Изложены результаты научного обоснования проблем правового и нормативного обеспечения реагирования учреждений здравоохранения на чрезвычайные ситуации техногенного и природного характера. Приведены требования действующих правовых и нормативных актов к планированию и созданию единой системы реагирования учреждений здравоохранения на чрезвычайные ситуации техногенного и природного характера.

LAW-BASED AND NORMATIVE SUPPORT OF PUBLIC HEALTH INSTITUTIONS RESPONSE TO TECHNOGENIC AND NATURAL-CAUSED EXTREME SITUATIONS

G.G. Rostchin, M.M. Kornienko, V.O. Voloshin, S.O. Guriev, M.M. Mikhailovskiy (Kyiv)

The scientific grounding of legal support of the Public Health System response to extreme technogenic and natural-caused extreme situations in Ukraine has been provided.

The demands of legal documents and normative acts now in force for planning and formation of uniformed response system to any extremity technogenic's or natural-caused extreme situation and disaster have been also outlined.

УДК 614.23:353

Н.В. МЕДВЕДОВСЬКА, Ю.А. ХУНОВ (Луганськ)

ОСНОВНІ ТЕНДЕНЦІЇ КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ТА ВИЗНАЧЕННЯ ЙОГО ПРОГНОЗНОЇ ПОТРЕБИ В РЕГІОНАЛЬНІЙ СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Управління охорони здоров'я Луганської обласної державної адміністрації

Важливою складовою програми соціально-економічних перетворень в Україні є реформа вітчизняної системи охорони здоров'я. Вона спрямована на докорінне поліпшення якості роботи медичних установ, задоволення потреб населення у доступній медичній допомозі. Досягнення цієї мети передбачає наукове обґрунтування і вирішення проблем кадрового забезпечення.

Вдосконалення кадрової політики в охороні здоров'я є одним з основних напрямів Концепції розвитку охорони здоров'я населення України. У ній підкреслено, що реформування кадрової політики повинне бути спрямоване на удосконалення системи кадрового забезпечення галузі з урахуванням сучасних соціально-економічних умов та реальних потреб [5].

Медичні кадри є найбільш цінною, значущою частиною ресурсів охорони здоров'я. Вони забезпечують результативність і ефективність діяльності як усієї системи охорони здоров'я в цілому, так і окремих її об'єктів і структур. Тому кадрова політика є одним з пріоритетів в управлінні і розвитку охорони здоров'я.

В Основах політики досягнення здоров'я для всіх у Європейському регіоні ВООЗ вказується, що розвиток кадрових ресурсів для охорони здоров'я є одним із стратегічних завдань. Зокрема до 2010 р. держави-члени ВООЗ повинні досягти того, щоб усі працівники охорони здоров'я та інших суміжних секторів суспільства набули необхідних знань, навичок і вмінь у питаннях захисту охорони здоров'я. Обов'язковою передумовою успішного розвитку кадрових ресурсів є наявність систем планування, які б дозволяли забезпечити необхідну кількість і різноманітність представників медичних професій з урахуванням сучасних і майбутніх потреб медико-санітарних служб [4].

Важливість кадрової складової у процесі оптимізації медичної допомоги населенню підкреслена у постанові Верховної Ради України від 28 листопада 2002 р. № 276-IV "Про інформацію

Кабінету Міністрів України про стан справ у вітчизняній системі охорони здоров'я [7]. Серед першочергових завдань галузі відзначено забезпечення ефективного прогнозування та перспективного планування підготовки необхідної для держави кількості медичних кадрів у вищих медичних навчальних закладах III та IV рівнів акредитації.

Формування стратегічних позицій, спрямованих на збалансований розвиток кадрових ресурсів, – одне з найважливіших завдань сучасної охорони здоров'я. Широкий спектр питань, які вирішуються у процесі побудови кадрової політики, неоднозначність підходів, різноманітність використання методичних прийомів сприяють формуванню гнучкої управлінської позиції. Все це дозволяє адекватно реагувати на зміни в соціально-економічній ситуації, стані здоров'я населення та враховувати регіональну специфіку потреби у різних видах медичної допомоги.

Емпіричні підходи до планування призводять до хибних рішень, у зв'язку з чим досягнення цілей кадрового забезпечення можливе лише при використанні науково-обґрунтованих підходів із застосуванням відповідних методів цілеспрямованого дослідження.

Аналіз кадрового забезпечення охорони здоров'я на рівні держави відображено у ряді наукових публікацій і аналітичних матеріалів МОЗ України [2, 3, 6, 8]. Матеріали досліджень свідчать про існування певного дисбалансу у розвитку кадрових ресурсів стосовно і якісних, і кількісних характеристик. Кадрові проблеми в окремих регіонах країни мають свої особливості і вимагають поглибленого вивчення для обґрунтування шляхів їх вирішення, що обумовлює актуальність дослідження.

В Україні досягнуто високого рівня забезпеченості працівниками охорони здоров'я. Забезпеченість практикуючими лікарями відповідає середньоєвропейському рівню. Ведеться підготовка медичних кадрів за новими спеціальнос-

тями. Разом з тим багато кадрових проблем залишаються невирішеними. Вони пов'язані із забезпеченням спеціалістами закладів охорони здоров'я первинної ланки, особливо на селі; укомплектуванням служб, де існує найбільший дефіцит; ефективним прогнозуванням та перспективним плануванням підготовки необхідної кількості медичних кадрів та їх розподілу; закріпленням на робочому місці спеціалістів, які навчалися за бюджетні кошти; підвищенням якості атестації медичних працівників, ліцензуванням та акредитацією установ охорони здоров'я.

Особливої актуальності проблема кадрового забезпечення охорони здоров'я набуває у контексті формування регіональної політики, яка повинна ґрунтуватися на державних пріоритетах та особливостях регіональної потреби у лікарях та молодих спеціалістах.

Нами проаналізовані дані про стан кадрового забезпечення охорони здоров'я в Луганській області в динаміці п'ятирічного періоду. Визначено відмінності в забезпеченні населення окремих територій медичними працівниками різних спеціальностей. Досліджено рівні кваліфікації лікарів та молодших спеціалістів з медичною освітою, стан підвищення кваліфікації та результати атестації.

У цілому забезпеченість населення області лікарями становить 41,1 на 10 тис. населення, що є близьким до середнього показника в Україні. При врахуванні зубних лікарів рівень забезпеченості дорівнює 42,1 на 10 тис.

Виявлені суттєві відмінності у забезпеченні закладів охорони здоров'я лікарськими кадрами. Так, в обласному центрі на 10 тис. населення у 2000 р. припадало 53 лікарів, у м. Алчевськ – 40,7, м. Стаханов – 37,3, м. Сіверськ-дононець – 35,4. Тоді як у Попаснянському районі забезпеченість лікарями складала 16,1, Троїцькому – 18,5, Антрацитівському – 19,2, Перевальському – 19,7 на 10 тис.

У цілому забезпеченість міського населення області лікарями становила 38,1; сільського – 22,8 на 10 тис., тобто показники відрізнялися в 1,7 рази. Особливо недостатній рівень забезпеченості виявлено у віддалених сільських районах, де показники були в 2 рази нижчими від середніх в області.

Протягом п'ятирічного періоду спостерігалася тенденція до скорочення чисельності лікарів і зменшення забезпеченості ними населення, темп якого становив 16,1%. Скорочення відбувалося майже на всіх адміністративних територіях області.

Особливістю забезпеченості населення області лікарями у 2000 р. була висока насиченість невропатологами (9,8), судмедекспертами (7,7), терапевтами (6,1), педіатрами (3,54), рентгено-

логами (0,91), психіатрами (0,89), травматологами-ортопедами (0,89), лікарями-лаборантами (0,88), інфекціоністами (0,69), онкологами (0,35 на 10 тис.). Середньообласні показники забезпеченості вказаними спеціалістами перевищували загальнодержавні на 4,7%-84,2%.

Разом з тим заклади охорони здоров'я області мали значно нижчу від середньої в державі забезпеченість психотерапевтами (на 16,7%), ревматологами (на 20,0%), лікарями швидкої допомоги (на 20,7%), стоматологами (на 22,3%), ендоскопістами (на 27,8%), алергологами (на 33,3%), пульмонологами (на 35,7%), фізіотерапевтами (на 36,1%), гематологами (на 44,4%), УЗІ-діагностами (на 53,3%), нейрохірургами (на 53,8%), серцево-судинними хірургами (на 60,0%), торакальними хірургами (на 66,8%), проктологами (на 75,0%).

Відомо, що важливим показником забезпеченості медичними кадрами практичної охорони здоров'я є укомплектованість штатних посад у лікувально-профілактичних закладах. Показник укомплектованості лікарями становив у Луганській області в 1995 р. 76,9%. За п'ятирічний період вона зросла на 10,7% і досягла 85,1%. Відмінності цього показника у сільській і міській місцевості не виявлено. Порівняно з укомплектованістю штатів лікувально-профілактичних закладів в Україні у цілому регіональний показник є близьким до середньодержавного (86,1%).

Проблемними є питання укомплектованості посад лікарів фізичними особами у Троїцькому (68,7%), Перевальському (74,3%) районах, містах Лисичанськ (72,4%), Красний Луч (74,8%), Антрацит (75,7%).

Серед окремих спеціальностей укомплектованість зайнятих посад хірургів фізичними особами складає 76,7%, фтизіатрів – 82,7%, ортопедів-травматологів – 83,3%, педіатрів – 85,8%, психіатрів-наркологів – 89,2%, терапевтів – 90,2%, акушерів-гінекологів – 91,3%.

Коефіцієнт сумісництва лікарів у Луганській області становив у 1995 р. 1,4; у 2000 р. – 1,2. За окремими спеціальностями високий коефіцієнт сумісництва виявлено серед лікарів-лаборантів (3,0), лікарів ЛФК (1,8), кардіоревматологів дитячих (1,4), анестезіологів-ревматологів (1,4), хірургів (1,3), нейрохірургів (1,3).

Активний процес спеціалізації у цілому відповідає сучасним тенденціям розвитку охорони здоров'я. Разом з тим він свідчить про необхідність знання науково-обґрунтованої позиції, потреби галузі у відповідних спеціалістах, яка формується поширеністю хвороб серед населення, рівним розвитком і диференціацією організаційних технологій лікувально-діагностичного процесу за ступенем інтенсивності.

Необхідність оптимального розвитку галузі вимагає адекватного використання лікарського персоналу, у тому числі вузьких спеціалістів, в амбулаторно-поліклінічних закладах.

Населення області забезпечене лікарями, які ведуть прийом в поліклініці, на рівні 20,1 на 10 тис. При цьому у містах показник забезпеченості цією категорією лікарів перевищує аналогічний показник у сільських районах в 1,6 рази. Міське населення найкраще забезпечене лікарями в Луганську (25,0) та великих промислових центрах, таких як Лисичанськ, Красnodон, Первомайськ, Сіверськодонець, де рівень забезпеченості перевищує 22 лікаря на 10 тис. Проведений нами аналіз виявив низьку забезпеченість лікарями, які працюють у поліклінічних закладах, у Біловодському, Слов'янсько-сербському та Старобільському районах, де показник коливався у межах 10,0–11,6 лікарів на 10 тис. На цих територіях відвідуваність населенням лікарів була нижчою, ніж в середньому по області в 1,3–1,7 рази.

У той же час на територіях з високою забезпеченістю лікарями відвідуваність значно перевищувала середні показники. Це свідчить про залежність доступності медичної допомоги від забезпеченості лікарськими кадрами і вимагає розробки заходів щодо поліпшення кадрового забезпечення окремих районів області.

За десятирічний період відбулись істотні зміни в загальній кількості штатних посад лікарів у поліклінічних закладах – вона скоротилась на 689 одиниць, а укомплектованість посад лишилась на рівні 96%. У структурі штатів поліклінічної допомоги збільшилась кількість посад вузьких спеціалістів: пульмонологів, кардіологів, ендокринологів, невропатологів, окулістів, отоларингологів, урологів та інших фахівців. Такі тенденції змін в поліклінічній ланці медичної допомоги дають підстави стверджувати, що пріоритетний розвиток отримувала вторинна медична допомога.

У Луганській області первинну медико-санітарну допомогу міському і сільському населенню на засадах загальної лікарської практики/сімейної медицини станом на 01.01.2002 р. надають в 22 закладах охорони здоров'я, де введено 22,25 ставок сімейних лікарів, які займають 23 фізичні особи. Їхніми помічниками працюють 49 середніх медичних працівників. Співвідношення лікарів і середніх медичних працівників становить 1:2,13.

За даними моніторингу, медичним обслуговуванням на засадах сімейної медицини охоплено 46235 осіб, що становить 1,8% населення області. Вони зробили до своїх лікарів понад 191 тис. відвідувань, тобто 4,1 відвідування на 1 прикріпленого жителя.

Сімейна медицина більш активно впроваджується в сільській місцевості, оскільки лікарі

сільських амбулаторій та дільничних лікарень за родом їх діяльності зобов'язані надавати медичну допомогу всьому населенню, незалежно від статі і віку, при всіх найбільш поширених захворюваннях і травмах.

Впровадження сімейної медицини випереджаючими темпами здійснюється в Новоайдарському і Троїцькому районах, де на засадах сімейної медицини працюють по 4 сільських лікаря, в Старобільському районі (3 сімейних лікаря), 2 сімейних лікаря працюють в селах Сватівського району, по 1 лікарю у Лутугінському і Кремінському районах. Якщо за станом на 01.07.2001р. в сільській місцевості області сімейні лікарі працювали в 6 закладах, у тому числі в 5 сільських амбулаторіях (з 60 наявних) і 1 дільничній лікарні (з 19 наявних), то на 01.01.2002р. число таких закладів збільшилось до 15, тобто втричі. Тепер сімейні лікарі працюють в 11 сільських амбулаторіях, 3 дільничних лікарнях і на 1 сільській дільниці, приписаній до районної лікарні.

У цілому в області сімейну медицину впроваджено у 14,8% всіх закладів, що надають ПМСД сільському населенню. Сімейні лікарі становлять 10,6% лікарів, що працюють на сільських лікарських дільницях. Частка прикріплених до сімейних лікарів досягла 9,3% усього сільського населення області.

Лікарями укомплектовано усі 15 сільських лікарських дільниць (по 1 лікарю на дільницю), з них 2 лікаря атестовано за I категорією, 6 – за II категорією, а 7 ще не атестовано за фахом "Загальна практика/сімейна медицина".

Поруч із сімейними лікарями на сільських дільницях працюють 37 середніх медичних працівників (медсестер і акушерок), співвідношення між якими становить 1:2,47.

На трьох лікарських дільницях чисельність населення відповідає нормативу МОЗ України (1100-1200 осіб дорослого і дитячого населення на 1 сімейного лікаря). В інших 11 випадках лікарські дільниці підлягають розукрупненню.

Вирішення проблем сімейної медицини у Луганській області та її кадрового забезпечення визначено одним з основних напрямів розвитку регіональної системи охорони здоров'я, що відображено у заходах регіональних програм розвитку охорони здоров'я.

Протягом ряду років на території України при позитивній динаміці збільшення чисельності медичних працівників спостерігалось скорочення кадрів середньої ланки. Щорічний убуток в період 1995-2000 рр. складав 1,3 на 10 тис.

В установах охорони здоров'я області працює понад 24 тис. осіб середнього медичного персоналу. Рівень забезпеченості середніми медичними працівниками складає 89,8 на 10 тис.

У містах забезпеченість в 1,3 рази вища, ніж у районах. Серед окремих адміністративних територій низькі рівні забезпеченості виявлено в Попаснянському (46,2), Краснодарському (51,2), Перевальському (58,3 на 10 тис.) районах. Разом з тим у містах Алчевськ та Лисичанськ кількість зайнятих посад середнього медичного персоналу перевищує 100, у містах Ровеньки та Сіверськодонець – 90. Порівняння показників забезпеченості закладів охорони здоров'я середнім медичним персоналом в регіоні та у державі в цілому свідчить про значно нижчі їх рівні в області (98,2 на 10 тис.).

Важливим показником у характеристиці використання кадрового потенціалу галузі є співвідношення лікарів і середніх спеціалістів. У 2000 р. в цілому в державі він становив 1:2,4. У Луганській області це співвідношення складає 1:2,48, що є близьким до середньодержавного.

Тенденція до зростання дефіциту середнього медичного персоналу є характерною сьогодні для більшості країн світу. При цьому аналогічний показник у розвинених країнах є значно вищим від українського. Так у США вказане співвідношення складає 1:2,8; у Фінляндії – 1:4,3; в Норвегії – 1:4,7.

Процес зниження забезпеченості населення молодшими спеціалістами з медичною освітою породжує ряд негативних явищ. Зокрема у лікарській діяльності збільшується частка тих видів послуг, які повинні надавати медичні сестри. Відбувається зниження ролі середнього медичного персоналу, функції якого зводяться лише до обслуговування лікаря. Часто його робота носить технічний непрофесійний характер. Тому в регіональну систему охорони здоров'я впроваджуватимуться заходи щодо розвитку медсестринства, поліпшення забезпеченості молодшими спеціалістами з медичною освітою та розширення їх функцій.

Невід'ємною частиною роботи з кадрами охорони здоров'я протягом всієї їх професійної діяльності є підвищення кваліфікації, перепідготовка та атестація. Потенційні можливості медичних кадрів, їх кваліфікаційні характеристики у великій мірі визначають якість медичного обслуговування.

В Україні вищу кваліфікацію має 60,8% лікарів. Серед них вищу категорію у 2000 р. отримали 26,5%, першу – 41,5%, другу – 32,0%, за даними дослідження, проведеного у Луганській області, кваліфікаційні категорії мали 67,0%. Розподіл атестованих за групами наступний: вища категорія – 46,2%, перша – 34,5%, друга – 19,3%. Найбільша питома вага атестованих лікарів була у великих промислових центрах, зокрема в Луганську (70,8%), Свердловську (72,8%), Алчевсь-

ку (73,1%), Краснодарі (73,1%), Ровеньках (74,7%). У той же час більше половини лікарів не мали кваліфікаційні категорії у Троїцькому, Новоайдарському, Антрацитівському районах.

У процесі дослідження було виявлено пряму кореляційну залежність між кваліфікаційною категорією спеціалістів і стажем роботи за спеціальністю. Рівень кваліфікації, як критерій діяльності, впливає на якість послуг і результативність медичної допомоги.

Виявлення дефіциту лікарів за спеціальностями дозволило сформулювати першочергові заходи щодо його зменшення. Так протягом 2000-2002 рр. забезпеченість лікарями швидкої допомоги збільшено на 2,8%, стоматологами – на 5,7%, лікарями-ревматологами – на 12,5%, у тому числі дитячими – на 33,3%, нейрохірургами – на 16,7%, гематологами – на 20%, УЗІ-діагностами – на 21,4%, ендоскопістами – на 23,1%, проктологами – удвічі. Це дозволило у 2002 р. значно поліпшити укомплектованість вказаних служб і скоротило розрив між регіональними та загальнодержавними показниками забезпеченості.

Подальше вдосконалення регіональної кадрової політики здійснюється на основі науково обґрунтованого прогнозу. З цією метою розроблено методичку прогнозування потреби в медичних кадрах на довгострокову перспективу, яка врахувала усі аспекти, що її визначають [1,9,10].

Методика розрахунків потреби в кадрах полягає у таких методологічних особливостях:

- використання демографічних показників як таких, що формують потрібні обсяги надання медичної допомоги і, таким чином, потребу в чисельності медичних працівників;
- використання особливих методів і прийомів обробки та аналізу інформації з математичної статистики;
- застосування показників ефективності праці, запозичених з економіки інших галузей господарства.

Економічні прогнози, до яких можна віднести і прогнози по кадровому забезпеченню, є комплексними розробками, які потребують використання цілої системи методів, моделей та заходів. Однак, треба зауважити, що, по-перше, ці методи не замінюють людський елемент в прогнозуванні, а належним чином формують та підсилюють його при виконанні допоміжних функцій в процесі прийняття рішень. По-друге, ці методи можна визначити як окремі, велика кількість яких заснована на математичній формалізації фактичних процесів, що фіксує лише частину процесу прогнозування.

Схема виконання прогнозних розрахунків загальної потреби в медичних кадрах включає:

розрахунки обсягів надання медичної допомоги населенню в ретроспективному та перспективному періодах; розрахунки питомих показників навантаження на одного лікаря (спроможність лікаря у наданні певних обсягів медичної допомоги; в еквівалентах) у попередньому періоді та прогноз їх на перспективу; розрахунки потреби в загальній чисельності лікарів на перспективний період; розробка концепції співвідношення чисельності середнього медичного персоналу до чисельності лікарів; розрахунки потреби в їх загальній чисельності.

Перевага такого підходу базується на тому факті, що біологічні чинники, зокрема стать і вік людини, є вагомими показниками, які визначають стан здоров'я. Вони належать до таких показників, які можна подати в цифровому вигляді та застосувати у кількісних розрахунках.

Обсяги медичної допомоги населенню області, які є базою розрахунків відповідної потреби в медичних працівниках, розраховуються шляхом множення відповідної за роками чисельності населення на еквівалент в ідентичних вимірах і структурах.

Це можна відобразити в наступному формалізованому вигляді:

$$\text{ОМД}_{t,i} = \text{Ч}_{t,i} \cdot \text{ЕО}_j$$

де: t – ретроспективний чи прогнозний рік розрахунку;

i – країна в цілому чи її регіон;

j – відповідна статеві-вікова група населення;

ОМД – обсяг медичної допомоги (тис. од.; в ЕО);

Ч – чисельність населення (тис. мешканців);

ЕО – еквівалент надання медичної допомоги відповідній статеві-віковій групі населення.

Центральне місце в системі показників, які обумовлюють потребу в медичних кадрах, займають еквівалентні одиниці надання медичної допомоги населенню в розрізі вікової та статеві його структур.

Еквівалент є інтегрованим показником стану здоров'я населення, характеризує можливу відносну величину захворюваності однієї особи i , таким чином, встановлює рівень необхідних обсягів надання медичної допомоги в залежності від віку та статі людини. Чисельність населення регіону за статеві-віковими групами, її прогнозні оцінки, необхідні обсяги надання медичної допомоги в еквівалентних одиницях для кожної групи населення, показники навантаження лікарів дають можливість визначити загальну потребу в медичних кадрах та у розрізі окремих спеціальностей. Розроблені методологічні підходи та технологія розрахунків викладені у відповідних методологічних рекомендаціях.

Переваги наведених методичних положень дозволяють досить обґрунтовано та максимально спрощено визначити потребу в медичних кадрах,

провести розрахунки потреби в кадрах окремо для міських поселень та сільської місцевості. Достатня прозорість і спрощеність розрахунків дають можливість використовувати методику фахівцями без спеціальної підготовки. Використання стандартизованих форм розрахунків для усіх аспектів прогнозування потреби дозволяє вести цю роботу в моніторинговому режимі.

Отже, результати дослідження свідчать, що поряд з високим рівнем забезпеченості населення Луганської області працівниками охорони здоров'я існує низка кадрових проблем. Вони стосуються значних внутрішньорегіональних розбіжностей у забезпеченні лікарями та середнім медичним персоналом закладів охорони здоров'я, диспропорцій у кадровому потенціалі загальнолікарських та спеціалізованих служб, у співвідношенні лікарів і середніх медичних працівників.

Вимагають вирішення питання закріплення медичних кадрів на селі, підготовки та забезпечення робочими місцями лікарів загальної практики/ сімейної медицини тощо. Все це обумовлює необхідність обґрунтування регіональної політики щодо кадрового забезпечення охорони здоров'я, яка повинна включати потребу в медичних кадрах на перспективу. Розробка методики визначення прогнозованої потреби у лікарях і молодших спеціалістах з медичною освітою здійснювалася з урахуванням особливостей статеві-вікової структури населення області як одного із суттєвих чинників формування потреби в обсягах медичного обслуговування.

Першочерговим завданням визначено укомплектування штатних посад медичних працівників на територіях, де встановлено їх найбільший дефіцит. Вирішення проблеми кадрового забезпечення передбачається шляхом застосування цільового набору студентів, пріоритетного розподілу випускників медичних закладів та впровадження методів матеріального стимулювання для закріплення кадрів на цих територіях.

Пріоритетом кадрового забезпечення залишатимуться сільська охорона здоров'я, материнство і дитинство, розвиток сестринства. Значно підвищить можливості оперативного реагування на зміни кадрової складової на території області запровадження регіонального моніторингу кадрового забезпечення. Ширше застосовуватимуться методи матеріального стимулювання праці медичного персоналу, підвищення зацікавленості в її результатах.

Впровадження протягом 2001–2002 рр. в регіональну систему охорони здоров'я заходів, спрямованих на поліпшення кадрового забезпечення, дозволило підвищити якість медичного обслуговування населення і економічну рентабельність діяльності медичних працівників.

Список літератури

1. Галкин Р.А. и др. Методика определения дифференцированных объемов медицинской помощи и финансирования отдельных территорий области с учетом уровня здоровья населения // Экономика здравоохранения. – 2001. – №3. – С.
2. Ефимова И.А., Камаев И.А., Поздеева Т.В. та ін. Актуальные вопросы кадрового обеспечения здравоохранения // Пробл. соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2003. – №2. – С.25-27.
3. Євсєєв В.І., Мельник Ю.В., Волинкін І.І. Аналіз кадрового забезпечення галузі // Стан здоров'я населення України та діяльність медичної галузі (2001 р.) (Щорічна доповідь). – С. 201–210.
4. Здоровье 21. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе. Европейская серия «Здоровья для всех», №6. – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 1999. – 310 с.
5. Концепція розвитку охорони здоров'я населення України. – Одеса, 2001. – 29 с.
6. Основні підсумки роботи галузі охорони здоров'я за 2001 рік. – К., 2002. – 128 с.
7. Постанова Верховної Ради України від 28 листопада 2002 р. №276-IV «Про інформацію Кабінету Міністрів України про стан справ у вітчизняній системі охорони здоров'я» // Відомості Верховної Ради України. – 2002. – №52. – С. 1124–1125.
8. Преображенская В.С., Зарубина А.В. Основные тенденции кадрового обеспечения в системе регионального здравоохранения // Пробл. социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2002. – №2. – С. 30–32.
9. Прогнозування і розробка програм (методичні рекомендації) / За ред. Бесєдіна В.Ф. – К., НДЕІ-2000, 486 с.
10. Шипова В.М. Основы нормирования труда в здравоохранении (учебное пособие) / Под ред. акад. О.П. Щепина. – М.: Грант, 1998. – 320 с.

ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ КАДРОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ И ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЕГО ПРОГНОЗНОЙ ПОТРЕБНОСТИ В РЕГИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Ю.А. Хунов (Луганск)

Освещена роль кадрового потенциала здравоохранения в организации качественного медицинского обслуживания населения. Проанализирована обеспеченность врачами и младшими специалистами с медицинским образованием жителей Луганской области. Выявлены особенности территориального распределения медицинских кадров, исследованы их квалификационные характеристики, проблемы кадрового обеспечения отдельных служб, соотношение врачей и среднего медицинского персонала. Обоснована методика прогноза потребности в работниках здравоохранения.

MAIN TENDENCIES IN STAFF PROVISION AND DETERMINATION OF ITS PROGNOSTICATION DEMANDS IN REGIONAL PUBLIC HEALTH SYSTEM

Yu.A. Khunov (Kyiv)

The role of staff potential in public health system is described in relation to medical care of the population. The provision of the population of Lugansk district with physicians and junior medical specialist has been analyzed.

There were revealed peculiarities of territorial distribution of medical specialists, their qualification characteristics were studied and problems on provision of some services as well as the relationship of physicians and mid-level medical personnel. The method supporting to prognosticate demands in health specialists was grounded.

УДК 614.2:368.06.003 (477)

В.М. ПОНОМАРЕНКО, М.В. ШЕВЧЕНКО (Київ)

СУЧАСНІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ І ФУНКЦІОНУВАННЯ ЛІКАРНЯНИХ КАС В УКРАЇНІ

Український інститут громадського здоров'я

Стратегічним напрямком покращання фінансового стану охорони здоров'я є впровадження багатоканальності фінансування галузі. Основний шлях його реалізації – впровадження системи загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування, розширення джерел позабюджетного фінансування одночасно з поступовим збільшенням державних асигнувань, створення керованого ринку платних медичних послуг. Важливим є також широке залучення коштів територіальних громад та окремих осіб через лікарняні каси, які вже створені у більшості областей України.

Вітчизняна історія медичного страхування, детально висвітлена у працях Єрмілова В.С. (1997, 2002 р.), Пущина С.Г. (1994 р.), Перетяки О.Л. (1995 р.), Гришина В.В. (1997) та інших дослідників показує, що страхова медицина формувалася на основі лікарняних кас, які були організовані при промислових підприємствах. Метою їх створення було і є залучення коштів населення на добровільній основі для забезпечення членів лікарняних кас медикаментами при наданні амбулаторно-поліклінічної допомоги, лікуванні в умовах стаціонару, для проведення діагностичних обстежень. Першою на території Російської імперії вважається лікарняна каса, створена при фабриці "ПХ Розенканц і К^о" у 1859 р. в м. Рига. Робота лікарняних кас була побудована значною мірою, особливо в 1917-1919 рр., на засадах самоврядування і самодіяльності застрахованих. Це дало їм змогу еволюційно розвиватись, об'єднуватись у міцні загальноміські каси і вступати у спілки кас для кваліфікованого вирішення нагальних питань в органах влади.

Аналогічний розвиток страхової справи від лікарняних кас до системи медичного страхування відбувався і в деяких європейських країнах (Німеччина, Бельгія, Швейцарія та ін.). Наприклад, у Німеччині вже з 1883 р. існувало страхування на випадок хвороби, з 1884 р. – страхування від нещасних випадків, а пенсійне страхування, включаючи інвалідів, бере початок з 1889 р.

Реалії життя – недостатнє фінансування охорони здоров'я, повільні темпи реформування галузі щодо запровадження багатоканального фінансування, і насамперед, соціального медичного страхування, проблеми залучення додаткових коштів на потреби медичного обслуговування населення – сприяли відновленню роботи лікарняних кас в Україні. Запровадження солідарних форм залучення коштів населення на колективній основі дає позитивний результат, що підтверджує досвідом Житомирської, Кіровоградської, Миколаївської, Львівської обласної. Водночас, за наявності розрізної інформації стосовно дослідження даної проблеми, нами зроблена спроба проаналізувати сучасний стан розвитку і функціонування лікарняних кас на рівні держави.

В Миколаївській області було створено одну із перших лікарняних кас при Вознесенській центральній районній лікарні у 1997 році за рішенням сесії міської ради на основі ретельно вивченого вітчизняного і зарубіжного досвіду, з урахуванням місцевих та регіональних умов (кадрове забезпечення, наявність фінансово спроможних промислових підприємств, стан мережі лікувально-профілактичних закладів, готовність місцевих органів влади і населення до змін в наданні медичної допомоги, фінансова спроможність населення), знайшло можливість застосувати деякі елементи страхової медицини. Юридичною базою для створення лікарняних кас стали положення Основ законодавства України про охорону здоров'я, що передбачають участь громадськості в забезпеченні медичного обслуговування, та Закон України від 16 червня 1992 р. №2460-12 "Про об'єднання громадян", що регулює створення громадських організацій і порядок накопичення коштів різного походження (членські внески, благодійність, спонсорство) [2]. Її членами стали працівники ВО "Возко", швейної фабрики, м'ясокомбінату. Тоді ж було затверджено й положення про лікарняну касу, у якому визначено, хто може бути членом каси, порядок користування нею, розмір відрахувань від зарплат

та пенсій. Внески складають 5%, тобто пенсіонер платить 2 гривні, працюючий – 5, підприємець та службовець – від 12 до 15 гривень на місяць. Членство передбачалося як індивідуальне (конкретної особи), так і колективне (благодійні внески підприємств або сплата членських внесків підприємством за своїх працівників).

Для поточного керівництва касою було обрано правління, а для контролю за її діяльністю – наглядову раду, склад якої затверджено на сесії міськради. Членами ради обрано міського голову та його заступників, Головного лікаря району, депутатів міськради, представників трудових колективів і громадськості міста. За час існування лікарняної каси її членами стали працівники 160 підприємств, установ та організацій м. Вознесенька, абонементами користується понад 27 тис. осіб.

Завдяки лікарняній касі вознесенські медики мають можливість не тільки на належному рівні надавати громадянам ургентну допомогу, але й проводити планове лікування та оздоровчі заходи. Залучені кошти використовуються для забезпечення медикаментозного і діагностичного обслуговування хворих в умовах лікарняного стаціонару, денного стаціонару поліклініки, стаціонару вдома, консультацій і діагностики в умовах амбулаторного лікування, якісної роботи станції швидкої допомоги, а також лікування та протезування зубів (крім протезів з дорогоцінних матеріалів та наплення) [4].

Завдяки залученню додаткових коштів, через лікарняну касу вдалося підвищити рівень медичного обслуговування населення, ефективність використання ліжкового фонду ЦРЛ, збільшити кількість відвідувань поліклініки жителями міста. Якщо, скажімо, в 1996 р. цей показник становив 7,7 разу на рік на одного мешканця, то в 1999 р. – вже 8,7. Середня тривалість лікування хворого в 1996 р. була 16 днів, в 1999 – 13,1 дня [5].

З метою поширення досвіду м. Вознесенька, Головою обласної державної адміністрації було видано відповідне розпорядження щодо створення подібних структур у містах та районах Миколаївської області. Практично всі каси області мають статус громадських організацій, вони зареєстровані в управліннях юстиції і мають поточні рахунки в банках. Обов'язкові умови створення кас - добровільність, рівноправність її членів, самоврядування, гласність і прозорість. На початок 2000 р. лікарняні каси були створені в усіх районах області, кількість їх членів становила 60 тис. осіб. Протягом 2001 р. лікарняні каси поповнилися 11 тис. членів. На поточні рахунки кас з моменту їх заснування надійшло майже 6,5 млн грн, у тому числі у 2001 р. – 2,5 млн грн. З числа членів кас пройшли лікування 42

тис. осіб, у тому числі 15050 – у 2001 р. На це було витрачено 5,5 млн грн, тобто якщо витрати на лікування одного мешканця у 2001 р. за рахунок бюджетних коштів становили 1,92 грн, то на одного члена лікарняної каси за рахунок її коштів – 42,63 грн [6].

Лікарняна каса, створена при Гоцанській центральній районній лікарні у Рівненській області, також має статус громадської благодійної організації. Її засновниками стали колективи дослідного господарства “Тучинське”, ВАТ “Гоцанський завод продтоварів” та Центральна районна лікарня. Внески за працівників ці підприємства відраховують із власних прибутків. Внески до каси, у тому числі спонсорські, не оподатковуються. Лікарняною касою гарантується усім її членам фінансування надання високоякісних медичних послуг, зокрема швидкої медичної допомоги, стаціонарного лікування (в разі потреби і за межами району), діагностичне обстеження та профілактичне забезпечення. З державною аптекою укладено угоду про відпуск ліків членам лікарняної каси зі знижкою на 15%. На рахунок каси надійшло 23 тис. грн, з яких 2,5 тис. грн використано на лікування 60 хворих. Щомісячний індивідуальний внесок до лікарняної каси коливається в межах 3 – 8 грн. Якщо до лікарняної каси вступає вся родина, сума внесків зменшується на 20%. Багатодітні сім'ї платять лише за двох дітей, решта набуває членства безкоштовно. Кожен член лікарняної каси протягом року може розраховувати на надання медичної допомоги на суму від 300 до 500 грн [7].

У березні 2000 р. в Кіровоградському районі була створена перша в області лікарняна каса на базі Кіровоградської центральної районної лікарні (включена до єдиного Державного реєстру підприємств та організацій України), метою якої стало залучення коштів населення для забезпечення членів каси медикаментами при лікуванні, насамперед, в умовах стаціонару, в денному стаціонарі та стаціонарах вдома, при наданні невідкладної та амбулаторно-поліклінічної допомоги, для проведення діагностичних обстежень [1]. Діяльність лікарняної каси ґрунтується на законах України від 16 вересня 1997 №531/97 “Про благодійництво та благодійні організації” та від 16 червня 1992 № 2460-12 “Про об'єднання громадян” [3,2]. Членами лікарняної каси можуть стати фізичні особи, які досягли 18 років і постійно проживають в м. Кіровограді і на території Кіровоградського району. Діти до 18 років та учнівська молодь до 23 років користуються правом членства в лікарняній касі за умови членства одного з батьків. Порядок сплати і розмір щомісячних членських внесків затверджено Статутом лікарняної каси. Так, працююче населення

сплачує 5% від розміру заробітної плати без вирахування обов'язкових платежів, але не менше 0,15 (2,55 грн) та не більше 0,9 (15,3 грн) неоподаткованого мінімуму доходів громадян; пенсіонери – 5% від розміру нарахованої пенсії; фізичні особи-суб'єкти підприємницької діяльності – 0,9 неоподаткованого мінімуму доходів громадян (15,3 грн); безробітні, які отримують допомогу по безробіттю, – 5% від розміру допомоги по безробіттю, але не менше 0,15 (2,55 грн) неоподаткованого мінімуму доходів громадян; особи, які перебувають у відпустці у зв'язку з пологами і по догляду за дитиною, безробітні, які не отримують допомоги по безробіттю, особи, які не мають постійного доходу – 0,15 (2,55 грн) неоподаткованого мінімуму доходів громадян. Таким чином, мінімальний членський внесок складає 2,25 грн, максимальний – 15,3 грн. Крім того, при вступі до лікарняної каси сплачується вступний внесок в розмірі щомісячного для відповідної категорії. Органи управління лікарняної каси – правління, Наглядова Рада, адміністративно-виконавчий орган на чолі з головним лікарем-експертом – затверджено Статутом лікарняної каси.

Членами лікарняної каси стали 11704 особи, з яких працюючі – 72389 осіб або 61,8% загальної чисельності, пенсіонери – 3424 (29,3%), інші категорії населення – 1042 (8,9%). В основному кошти каси спрямовуються на придбання медикаментів. Питома вага цих витрат становила протягом поточного року 95%, а витрати на утримання каси та ведення справ лише 5%, хоча, згідно з чинним законодавством, витрати на утримання апарату управління благодійної організації можуть становити 20% від загальної кількості надходження благодійних внесків. Члени лікарняної каси у випадку захворювання забезпечуються ліками, у разі оперативних втручань – виробами медичного призначення, а також при наданні амбулаторно-поліклінічної допомоги. У виняткових випадках членам каси надається грошова допомога.

Однак існує низка негативних моментів в роботі Кіровоградської лікарняної каси, а саме: Статутом та іншими документами не регламентована система взаємовідносин між касою та Кіровоградською центральною районною лікарнею, не укладено угоди про співпрацю чи спільну діяльність; існує відмінність між величиною вступного внеску (для осіб, які вступають до лікарняної каси після березня 2000 року, вступний внесок сплачується у розмірі суми щомісячних внесків за весь період існування каси), чим нівелюється доступність в користуванні послугами каси; не регламентована межа витрат на лікування одного члена лікарняної каси; основні витрати каси по-

в'язані з придбанням медикаментів для її членів; закупівля лікарських засобів та виробів медичного призначення проводиться без проведення маркетингових досліджень фармацевтичного ринку, переважно в одного постачальника.

На загальних зборах Житомирської обласної лікарні 27 червня 2000 р. створено благодійну організацію "Лікарняна каса Житомирської області", засновниками якої стали Житомирська обласна організація товариства Червоного Хреста України, обласний комітет профспілки працівників охорони здоров'я, Асоціація медичних сестер.

Лікарняна каса Житомирської області є благодійною неприбутковою організацією, що створена на засадах добровільної участі, рівноправності її учасників, самоуправління, законності та гласності. Діяльність каси ґрунтується на Законі України від 16 вересня 1997 р. №531/97 "Про благодійництво та благодійні організації" і базується на зваженому підході до організації лікарняних кас. Лікарняною касою відпрацьовано механізми забезпечення лікувально-діагностичного процесу її членів, укладено угоди про спільну діяльність з районними, міськими ТМО та обласними лікувально-профілактичними закладами щодо забезпечення членів лікарняної каси медикаментами, реактивами та іншими санітарно-технічними засобами.

Метою створення лікарняної каси є залучення коштів населення для забезпечення її членів медикаментами при наданні медичної допомоги в умовах стаціонарного лікування, в денному стаціонарі та стаціонарах вдома, при наданні амбулаторно-поліклінічної допомоги, для проведення діагностичних обстежень тощо. Створення організаційної структури у вигляді єдиної обласної лікарняної каси дозволяє забезпечити її членів усіма рівнями надання медичної допомоги. Членами каси можуть стати особи віком від 18 років, які постійно проживають в Житомирській області. Діти до 18 років користуються правом членства в лікарняній касі за умови членства одного з батьків.

Розмір вступних і членських внесків затверджено вищим органом управління – Загальними зборами. Щомісячні внески сплачуються її членами в розмірі 3–5 грн (працюючі – 5 грн, пенсіонери і непрацюючі – 3–4 грн, діти – 2 грн). Розмір вступного внеску складає 3 грн, але користування касою можливе після сплати членських внесків протягом 3 місяців. Межа витрат на лікування одного члена не встановлена. При лікуванні тяжко хворих лікарняна каса має можливість і витрачає до 1000 і більше гривень.

У 2001 р. загальні витрати лікарняної каси становили 84,95% від отриманих благодійних

внесків, з яких на закупівлю лікарських засобів витрачено 835,7 тис. грн або 73,9% від загальної суми внесків, а на утримання апарату каси та ведення справ – 11,4%. Це засвідчує наявність досить суттєвої підтримки лікувального процесу і сприяє задоволенню потреби пацієнтів у лікарських засобах.

У березні 2000 р. у м. Комсомольську Полтавської області була створена благодійна членська організація “Міська лікарняна каса” (МЛК), засновниками якої стали ВАТ “Полтавський гірничозбагачувальний комбінат”, “Промсантехніка”, “Комсомольський хлібозавод”, ЗТП “МАГ”, ДП “Комсомольськстальмонтаж” та телерадіокомпанія “ГОК”.

Згідно з положенням, членами лікарняної каси також можуть бути установи та організації незалежно від форм власності, громадяни України, іноземці та особи без громадянства. Непрацюючі громадяни приймаються за наявності в організації не менше 5000 працюючих. Правом членства в МЛК користуються і діти до 18 років за умови членства хоча б одного з батьків. Для вступу до МЛК достатньо внести вступний та членський благодійні внески. Розміри їх такі: вступний внесок – 3 грн, щомісячний членський благодійний внесок для працюючих громадян – 4 % від розміру нарахованої заробітної платні (але не більше 15 гривень), для непрацюючих пенсіонерів – 4% від пенсії, для підприємств та організацій – по 12 гривень за кожного працюючого, для підприємців – 15 гривень. Підприємства мають право сплачувати внески за своїх працівників. Прийнято благодійні програми, а саме: “Медичне забезпечення членів МЛК”, “Профілактика”, “Стоматологія”, якими передбачається забезпечення кожного її члена під час лікування в стаціонарі Центральної міської лікарні та денному стаціонарі поліклініки всіма видами допомоги.

Таким чином, аналіз створення і функціонування лікарняних кас в Україні на сучасному етапі реформування охорони здоров'я засвідчує:

1. Основною метою створення лікарняних кас є нагальна потреба пошуку додаткових джерел фінансування і залучення позабюджетних коштів для надання медичної допомоги населенню, у тому числі придбання медикаментів.
2. Лікарняні каси створюються як самостійні благодійні організації або громадські об'єднання, згідно з вищезазначеними законами України [2,3]. При цьому органи управління охорони здоров'я фактично не мають реального впливу на практичну діяльність лікарняних кас.
3. Рішення про створення та затвердження статутів і положень лікарняних кас, згідно з чинним законодавством, в більшості випадків

приймалися загальними зборами, з'їздами або конференціями засновників. Однак в окремих лікарняних касах установчі документи затверджені рішенням міських і районних рад або державних адміністрацій (наприклад, у Кіровоградському районі Донецької, Могилів-Подільському районі Вінницької областей), що суперечить чинному законодавству.

4. На сьогодні в Україні лікарняні каси функціонують у 19 областях (для порівняння: у 1999 р. – лише у 5), загальна їх кількість становить 103 проти 5 у 1999 р.
5. На початок поточного року членами лікарняних кас стали близько 265 тис. осіб, що майже в 7 разів більше, ніж у 1999 р. Найбільша кількість членів лікарняних кас налічується в Миколаївській (59,0 тис. осіб), Житомирській (48,4 тис. осіб), Кіровоградській (39,9 тис. осіб) областях. Однак на фоні позитивної загальної тенденції зростання кількості членів лікарняних кас в окремих регіонах України вони поступово припиняють свою діяльність в зв'язку з недостатністю і спорадичністю надходжень коштів (Хмельницька область).
6. Аналіз структури членів лікарняних кас за категоріями населення свідчить, що понад 71% (188 тис. осіб) становлять працюючі, біля 20% (54,8 тис. осіб) – пенсіонери, 3,3% (8,7 тис. осіб) – діти, 5% (13,3 тис. осіб) – інші категорії населення.
7. Розмір вступних і щомісячних внесків лікарняними касами встановлюється самостійно і, як правило, окремо для працюючих і непрацюючих. Середній розмір внесків становить 5-7 грн, мінімальний – 2 грн, максимальний – 15 грн.
8. Підприємства, установи та організації сплачують членські внески до лікарняних кас за своїх працюючих лише в деяких регіонах України (Вінницька, Донецька, Житомирська, Миколаївська, Одеська, Полтавська, Сумська, Харківська, Черкаська, Чернігівська області). Питома вага коштів, залучених від підприємств, установ та організацій на початок 2002 р. становила 8,3% (330,5 тис. грн) від загального обсягу акумульованих коштів.
9. З початку поточного року обсяг витрат лікарняних кас в цілому по Україні становив близько 3,6 млн грн або майже 90% від загального обсягу акумульованих коштів. Структура цих витрат наступна: 2,6 млн грн (73,7%) використано для придбання медикаментів, 60,7 тис. грн (1,7%) – на придбання виробів медичного призначення, 492,1 тис. грн (13,9%) – на придбання медичного обладнання, 290,3 тис. грн (8,2%) – на придбання медичної апаратури, на ведення справ та утримання кас – 87,8 тис. грн (2,5%). Витрати на придбання

медикаментів в середньому по Україні в розрахунку на одного члена становили 48,3 грн.

10. Більшість лікарняних кас самостійно закуповують медикаменти і забезпечують своїх членів (Вінницька, Київська, Хмельницька, Чернівецька, Черкаська області). Окремі лікарняні каси укладають договори із закладами охорони здоров'я, які встановлюють порядок часткового покриття витрат на лікування шляхом надання допомоги лікувально-профілактичним закладам у вигляді медикаментів та витратних матеріалів, оплати фармацевтичним установам, ап-

текам вартості медикаментів, надання додаткових медичних послуг членам лікарняних кас.

У перспективі створення і функціонування лікарняних кас в регіонах України може стати засобом самозахисту громадян на випадок хвороби на солідарній основі та певним чином сприятиме зняттю соціальної напруги. В умовах недостатнього бюджетного фінансування така форма залучення додаткових коштів є одним із можливих заходів поліпшення медикаментозного забезпечення лікувального процесу в закладах охорони здоров'я.

Список літератури

1. *Бондаренко В.* Наші здобутки – результат напруженої роботи // Ваше здоров'я. – 21 верес. 2001 р. – №38(612). – С. 4.
2. *Закон України* від 16 червня 1992 р. №2460-12 “Про об'єднання громадян” // Відом. Верховної Ради. – 1992. – № 34. – С. 504.
3. *Закон України* від 16 вересня 1997 р. №531/97 “Про благодійництво та благодійні організації” // Там же. – 1997. – №46. – С.292.
4. *Колесник А.* Лікарняні каси: вигода очевидна // Ваше здоров'я. – 29 черв. 2001 р. – №25–26(599–600). – С. 5.
5. *Колесник А.* Лікарняні каси на Миколаївщині // Там же. – 17 листоп. 2000 р. – №84(562). – С. 2.
6. *Мичко Н.* До лікарняної каси агітувати не доводиться // Там же. – 5 квіт. 2002 р. – 13(639). – С. 4.
7. *Шишкін В.* Про можливі джерела позабюджетного фінансування сільської медицини // Там же. – С.4

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ И ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ БОЛЬНИЧНЫХ КАСС В УКРАИНЕ

В.М.Пономаренко, М.В.Шевченко (Киев)

Рассматриваются современные аспекты развития и функционирования больничных касс в Украине. Освещаются отдельные технологии, правовые и финансовые аспекты их деятельности, дана характеристика работы касс в различных регионах. Сделаны выводы относительно позитивных результатов деятельности больничных касс в Украине.

MODERN ASPECTS IN DEVELOPMENT AND FUNCTIONING OF HOSPITAL FUNDS IN UKRAINE

V.M.Ponomarenko, M.V. Shevchenko (Kyiv)

The modern aspects of development and functioning of hospital funds in Ukraine are considered in the article. The characteristic of hospital funds functioning in different regions of Ukraine is given. Some technologies of their functioning, legal and financial aspects of activity have been examined. The conclusions have been made as to positive results of hospital funds activity.

УДК 614.2.003.1:006.25(158)

І. ВАРДИНЕЦЬ, Г. ГОЛЯЧЕНКО (Тернопіль)

ШЛЯХИ ПОКРАЩЕННЯ ЕКОНОМІЧНОГО СТАНУ СИСТЕМИ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

Є два основних шляхи залучення додаткових коштів на охорону здоров'я: забезпечення багатоканальності її фінансування та пошуку шляхів більш ефективного використання наявних коштів. Забезпечення багатоканальності фінансування ми вбачаємо в наступному: створення фондів здравоохорони. Прикладом може служити районний благодійний фонд, який очолює керівник економічно сильного господарства району. На рахунок фонду акумулюються кошти, різні матеріальні цінності, в тому числі цукор і зерно.

При Тернопільській ЦРЛ у кінці 1999 року було створено підсобне господарство. Основною підставою для цього мало бути забезпечення хворих лікарні власними продуктами харчування.

Працюючих у підсобному господарстві у 2000 р. нараховувалось 12 осіб, у 2001р. – 17, у 2002 р. – 26. За цей час була придбана сільськогосподарська техніка на загальну суму більше 80 тис. грн.

Підсобне господарство поділяється на два підрозділи: тваринництво й рослинництво. Маємо сотні голів великої рогатої худоби та свиней, є птиця. Загальна площа сільгосп угідь, яку орендуємо у селян, складає 350 гектарів. Прибутки від підсобного господарства за три роки склали більше півмільона гривень, з яких майже 140 тис. виплачено орендарям.

Підсобне господарство забезпечує лікарню крупами, молочними продуктами, яйцями, м'ясом, овочами.

Завдяки дбалому керівництву, старанному відношенню працівників до своєї роботи підсобне господарство Тернопільської ЦРЛ невпинно розвивається, покращується родючість орендованих земель, збільшується врожайність культур, росте кількість поголів'я.

Наступними джерелами позабюджетних коштів є компенсація видатків лікувальних закладів через ресурсні позови; укладання прямих угод із підприємствами, організаціями; особиста покупля громадянами медичних послуг зверх гарантованого рівня медичної допомоги; добровільне медичне страхування; добровільні пожертви; ство-

рення при медичних закладах лікарняних кас, що також можуть організовуватися на принципах благодійних фондів і оплачувати медичну допомогу також понад гарантований державою рівень.

Шляхи ефективного використання наявних коштів ми бачимо такі.

Створення бюджетних аптек, як відділень центральних районних лікарень. Аптека закуповує медикаменти оптом безпосередньо у виробників, забезпечує пільгові категорії населення медикаментами без усіляких націнок, сама виготовляє стерильні розчини і безкоштовно роздає їх лікувальним закладам району. Економія коштів на медикаменти складає не менше 25%.

Структурна реорганізація галузі із запровадженням сімейної медицини. Ця реорганізація має сенс лишень у тому разі, якщо вона супроводжується збільшенням обсягу медичної допомоги на рівні сімейного лікаря до 90% і відповідного скорочення числа вузьких фахівців. Економія складає до 20% коштів на охорону здоров'я.

Реструктуризація стаціонарної допомоги за принципом інтенсивності лікування: ліжка для реанімації та інтенсивного лікування (20%), медико-соціальні ліжка (15), ліжка для відновлювального лікування (45%), ліжка для хворих із хронічною патологією (20%). Останні два види ліжок, або 65% усього ліжкового фонду організуються у вигляді денних стаціонарів, або стаціонарів вдома. Це вдвічі скорочує витрати на стаціонарну допомогу, яка, як відомо, забирає до 70% усіх витрат на медицину.

Виведення з експлуатації недосконалих та старих будівель та споруд.

Реорганізація швидкої допомоги таким чином, щоб невідкладна допомога надавалась не відділеннями швидкої допомоги, а поліклініками й амбулаторіями. Це дає значний економічний ефект.

Перехід з централізованого опалення на автономне, встановлення лічильників для обліку води, газу, теплової та електричної енергії, модернізація загороджувальних конструкцій, вікон та дверей.

Реорганізація роботи молодшого медичного персоналу. Суть реорганізації полягає в тому, щоб замість молодшого персоналу в кожному відділенні створити дві бригади для всієї лікарні, які працюють почергово. Це дає змогу на третину скоротити чисельність цього персоналу.

Зменшення необґрунтованих амбулаторних відвідувань (такими тепер є не менше 50% цих відвідувань). Впровадження програм телефонного консультування хворих.

Зменшення так званої невмотивованої госпіталізації хворих (тепер її частка складає не менше 20%).

Зниження термінів перебування у стаціонарі (не менше 30% хворих мають завищені терміни лікування в стаціонарі).

Ліквідація необґрунтованого дублювання обстежень хворих (таке дублювання тепер відмічено майже у половини хворих).

Призначення дешевших і більш ефективних ліків (перевагу віддавати українським виробникам) замість дорогих та імпортованих.

Для реалізації цих шляхів більш ефективного використання наявних коштів назріли дві організаційні новації:

В центральній районній лікарні ми створили комісію для впровадження в практику раціоналізаторських пропозицій. Наука дає щороку сотні таких пропозицій. Завдання комісії – їх знаходити і ретельно вивчати й упроваджувати в життя. За рахунок досягнутого економічного ефекту членів комісії матеріально стимулюємо.

Прийшла пора повернутися до управлінської схеми, яка існувала у вітчизняній медицині сто років тому, а тепер існує в багатьох країнах світу. Ідеться про те, щоб охороною здоров'я району чи великої міської лікарні управляли двоє працівників: менеджер, який займається забезпеченням економічної ефективності діяльності системи. Цей менеджер – не теперішній заступник головного лікаря чи економіст, а автономна фігура і головний лікар, який несе відповідальність за постановку і якість лікувального процесу.

ШЛЯХИ ПОКРАЩЕННЯ ЕКОНОМІЧНОГО СТАНУ СИСТЕМИ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

I. Вардинець, Г. Голяченко (*Тернопіль*)

Наводяться варіанти залучення позабюджетних коштів на медичну допомогу і більш ефективного використання коштів бюджету.

TRAJECTORIES OF IMPROVEMENT OF AN ECONOMIC STATUS OF A MEDICAL SYSTEM

I. Vardinez, G. Holyachenko (*Ternopil*)

The versions of engaging of extra – budgetary agents on medical service and more effective utilization of agents of the budget are resulted.

Л.П.КАЧАНОВА (Київ, Умань)

РЕГІОНАЛЬНИЙ ДОСВІД ВПРОВАДЖЕННЯ МІЖНАРОДНОГО ПРОЕКТУ “ЄВРОПЕЙСЬКА МЕРЕЖА ШКІЛ СПРИЯННЯ ЗДОРОВ'Ю”

Уманська міська санітарно-епідеміологічна станція,
Український інститут громадського здоров'я

Інтеграція є магістральним напрямом сучасного розвитку. Вхідження до європейських структур стало стратегічною метою України. Цей процес передбачає глибокі якісні перетворення в усіх сферах діяльності суспільства для утвердження сучасних європейських стандартів якості життя [1, 7].

Обов'язковою умовою якості життя населення є добрий стан здоров'я, збереження і зміцнення якого проголошено стратегічним напрямом державної політики в охороні здоров'я [8]. Важливе значення у поліпшенні здоров'я населення має профілактичний напрям. Він реалізується шляхом впровадження основ здорового способу життя (ЗСЖ), валеологічного виховання, реалізації низки державних цільових програм та комплексних заходів, а також міжнародних проектів [6]. Досягнення цілей профілактичних програм, у тому числі тих, що виконуються у рамках міжнародних проектів, пов'язано з багатьма чинниками, важливими з яких є стратегічне бачення та планування, визначення пріоритетних проблем, формування етапів і конкретних завдань, їх кадрові, матеріально-технічні, фінансові та інформаційне забезпечення, моніторинг і оцінка ходу реалізації, міжсекторальне співробітництво [5].

Аналіз наукової літератури з питань реалізації профілактичних програм на регіональному рівні в галузі охорони здоров'я свідчить про недостатність висвітлення проблеми і необхідність її подальшого вивчення.

Концепцією розвитку охорони здоров'я населення України та Міжгалузевою комплексною програмою “Здоров'я нації” на 2002-2011 рр. визначено комплекс заходів з реалізації стратегії державної політики в галузі охорони здоров'я [4, 8]. Розвиток національної мережі Шкіл сприяння здоров'ю (ШСЗ) поряд з такими важливими міжнародними проектами як “Міста Здоров'я”, CINDI, “Європа без тютюну”, “Молодь за здоров'я” тощо є обов'язковим для виконання

як на державному, так і на регіональному рівнях.

Враховуючи важливість утвердження здорового способу життя серед підростаючого покоління, в Україні з 1995 р. здійснюється впровадження міжнародного проекту “Європейська мережа шкіл сприяння здоров'ю” (ЄМШСЗ), який започатковано Європейським регіональним бюро ВООЗ, Європейською Комісією та Радою Європи в 1992 р. Цей процес регламентувався спільним наказом Міністерства охорони здоров'я України та Міністерства освіти України і здійснювався відповідно до завдань Національної програми “Діти України” [3].

Перспективною ідеєю проекту ЄМШСЗ (Проект) є визначення того, що кожен освітянський заклад, як складова частина суспільства, повинен стати школою здоров'я. Концепція Проекту передбачає всебічний підхід до вирішення проблеми здоров'я всього колективу навчального закладу в усіх аспектах його повсякденного життя (діяльності). Створення відповідного соціального та фізичного середовища, переорієнтація навчально-виховного процесу для цілеспрямованої роботи з формування свідомості та ЗСЖ має на меті збереження та зміцнення здоров'я школярів і вчителів. Сприяння здоров'ю в освітянському закладі визначається пріоритетним напрямом усього навчально-виховного процесу та всієї діяльності закладу у цілому [2].

Для досягнення поставленої мети в процес потрібно включитися усім представникам шкільного колективу і, перш за все, педагогам. До вирішення цієї проблеми необхідно також залучати медичну службу, місцеву владу, громадські організації та батьків. Стратегічно важливим напрямом впровадження Проекту в кожній країні є успішна партнерська робота між міністерствами охорони здоров'я та освіти [10].

Проект ґрунтується на моделі здоров'я, яка включає фізичний, психічний, духовний, соціальний та екологічний аспекти. Він передбачає ши-

рокий спектр впливу на здоров'я учнів і враховує їхні ціннісні орієнтації. Для реалізації Проекту є необхідною активна діяльність медичних кадрів не лише при організації і проведенні медичних оглядів та профілактичних заходів, але й інтегративна участь їх з колективом освітнього закладу у формуванні валеологічного світогляду учнів, пропаганді гігієнічних знань, проведенні оздоровчих заходів, моніторингу фізичного та психічного здоров'я учнів і вчителів, моніторингу сприяння здоров'ю власне навчально-виховного процесу та навколишнього середовища. Особлива увага приділяється активній участі школярів як в оволодінні основами ЗСЖ та його пропаганді, так і в оздоровчих програмах різних напрямів. Самооцінка і зростаючий самоконтроль визначаються як головна засада формування доброго здоров'я учнів.

Основними завданнями ШСЗ є:

- активне сприяння формуванню свідомості щодо ЗСЖ, прищеплення учням переконання у їх спроможності позитивно впливати на життя школи;
- розвиток приязних стосунків між учнями, а також між ними та персоналом школи у повсякденному житті, висвітлення перед персоналом і учнями соціальних завдань школи, які пов'язані із збереженням та зміцненням здоров'я, формуванням валеологічного світогляду;
- створення творчих стимулів для всіх учнів та персоналу школи щодо ЗСЖ шляхом різноманітних форм заохочення;
- формування сприятливих для здоров'я умов шкільного середовища тощо.

Нову сторінку у розвитку Проекту відкрила Перша конференція ЄМШСЗ “Школа активного зміцнення здоров'я – внесок у справу освіти, охорони здоров'я та демократії”, яка відбулася у травні 1997 р. в Греції [9]. У резолюції конференції наголошується на необхідності активної дії урядів з формування відповідної політики, включаючи законодавчі акти та механізми їх реалізації, спрямованої на втілення концепції ШСЗ в усіх країнах Європи.

Для реалізації принципів Проекту, визначених на конференції, у 1998 р. Міністерство охорони здоров'я та Міністерство освіти України затвердили спільний наказ №206/272 “Про подальше впровадження міжнародного проекту “Європейська мережа шкіл сприяння здоров'ю в Україні”. Ним визначено доцільність подальшого розвитку мережі ШСЗ в Україні, удосконалення системи навчання здоров'ю дітей та підлітків, формування у них ЗСЖ; сформовано центри підтримки міжнародного проекту ЄМШСЗ. Затверджено перелік 24 закладів освіти України як ШСЗ міжнародного рівня та склад Національної координаційної ради Проекту.

Наступні заходи щодо розвитку Проекту в Україні регламентовані спільними наказами МОЗ та МОН України від 29.04.2002 р. №157/281 “Про подальший розвиток міжнародного проекту ЄМШСЗ в Україні” та від 17.07.2002 р. № 412/254-адм “Про організацію та проведення Всеукраїнського конкурсу-захисту сучасної моделі навчального закладу – Школи сприяння здоров'ю у 2002-2003 рр.” [8]. Останнім документом затверджено основні вимоги щодо організації діяльності навчального закладу – “Школи сприяння здоров'ю”, які стосуються типів шкіл, організації, прав та обов'язків учасників оздоровчо-освітнього процесу, схеми управління школами та їх матеріально-технічної бази, міжнародних зв'язків. Визначені також критерії діяльності ШСЗ – організаційно-педагогічні умови, науково-методичне забезпечення; заходи щодо популяризації здорового способу життя, культури здоров'я, оздоровчого процесу навчального закладу; показники для оцінки ефективності діяльності шкіл.

Аналіз реалізації Проекту свідчить, що процес створення міжгалузевих координаційних рад в регіонах, містах та районах, визначення відповідних координаторів та центрів підтримки Проекту йде повільно. Певні труднощі виникають щодо партнерської міжгалузевої співпраці управлінь освіти та охорони здоров'я з питань створення мереж ШСЗ в регіонах.

Українська мережа ШСЗ нараховує більше тисячі закладів освіти в різних регіонах України. Це загальноосвітні і спеціалізовані школи, гімназії, ліцеї, дошкільні заклади, навчально-виховні комплекси, оздоровчо-екологічні і навчально-реабілітаційні центри. Мережа закладів розташована на територіях міст Києва, Харкова, Донецька, Дніпропетровська, Запоріжжя, Одеси, Ужгорода, Івано-Франківська, Тернополя, Ялти; у Закарпатській, Вінницькій, Волинській, Дніпропетровській, Київській, Кіровоградській, Львівській, Одеській, Миколаївській, Сумській, Полтавській, Харківській, Херсонській, Хмельницькій, Черкаській, Чернігівській областях. Триває процес залучення нових навчально-виховних закладів в різних регіонах України до національної мережі ШСЗ.

У Черкаській області активно ведеться впровадження в діяльність освітніх закладів принципів ШСЗ.

Згідно з Національною програмою „Діти України” та на виконання спільного наказу Міністерства охорони здоров'я та Міністерства освіти України від 07.02.95 № 25/31 “Про прилучення до міжнародного проекту “Європейська мережа шкіл сприяння здоров'ю” в м. Умані Черкаської області з 1999 року розпочала цю роботу загальноосвітня школа №10. Було видано накази міських відділів освіти та охорони здоров'я “Про

участь в міжнародному проекті “Європейська мережа шкіл сприяння здоров’ю”. В 2001 р. прийнято рішення виконавчого комітету Уманської міської ради, яким створено міську координаційну раду та затверджено положення про неї, передбачено поширення досвіду серед закладів освіти міста. Видано постанову Головного державного санітарного лікаря міста про організацію санепіднагляду за впровадженням проекту.

Залучено громадськість, товариство Червоного Хреста України, раду промисловців і підприємців, міську організацію Співки жінок України, батьківський комітет школи. Ряд організацій стали спонсорами впровадження проекту: фірма Інжпроект -2, ВАТ „Уманьавтодор”, підприємство електричних мереж.

Проведено ряд організаційних заходів, зокрема затверджено “Положення про школу” та концепцію еколого-валеологічного напрямку; розроблено заходи з впровадження проекту, плани роботи координаційної ради, яка щоквартально проводить засідання. В школі створено комплексну систему управління здоров’ям, об’єктом уваги якої є здоров’я учнів. Блоком наукового регулювання є Уманський педагогічний університет та Дніпропетровський обласний інститут післядипломної педагогічної освіти, бібліотеки Центру здоров’я та школи, в яких створено інформаційну базу даних про діяльність шкіл здоров’я в Україні, РФ та інших країнах, підготовлено огляд літератури щодо впровадження оздоровчих технологій в школах.

При формуванні системи управління були враховані системно-компонентний, функціональний, структурний, інтегративний, комунікаційний та історичний аспекти системного підходу.

Система пройшла ряд етапів формування. На етапі прийняття рішення було проведено збір інформації про діяльність шкіл здоров’я, шкіл сприяння здоров’ю, аналіз цієї інформації, показників здоров’я та захворюваності школярів, відповідності “шкільного середовища” санітарно-гігієнічним вимогам.

В ході аналізу було виявлено, що серед оздоровчих технологій найчастіше впроваджуються заходи з підвищення фізичної активності, масаж, голкорексфлексотерапія, вживання фіточаїв та вітамінних препаратів, створюються медичні служби школи.

Проведений аналіз матеріально-технічної бази показав, що школа збудована за типовим проектом, розташована в селітебній зоні садибної забудови.

Територія школи впорядкована, відсоток озеленення склав 60%. Озеленення проведено спорадично без врахування гігієнічних властивостей насаджень. Таким же чином проведено озеле-

нення класних кімнат. Відсоток недостатньої освітленості становив 73%, 50% меблів не відповідали зросту учнів. Водозабезпечення, каналізування, опалення – централізоване. Відсутня припливно-витяжна вентиляція.

В 3,4% проб повітря вміст CO₂ перевищував ГДК, виявлено бактеріальне забруднення повітря в 5,6% класних кімнат.

Організація навчально-виховного режиму не відповідала гігієнічним вимогам.

Провідною патологією в учнів були порушення кістково-м’язової системи, міопія, хвороби серцево-судинної системи та шлунково-кишкового тракту. Успішність в середньому становила – 3,8 балу. Охоплено харчуванням було лише 43% учнів.

Проведені соціологічні дослідження серед вчителів та батьків виявили ряд соціальних факторів, які впливають на стан здоров’я учнів: матеріальне становище сім’ї, побутові умови, рівень освіти батьків, наявність шкідливих звичок у них; готовність до впровадження проекту.

На етапі планування реалізації рішення розроблено заходи з впровадження проекту “Європейська мережа шкіл сприяння здоров’ю”, які включили поліпшення матеріально-технічної бази школи, озеленення території і класних кімнат, благоустрій зон рекреації, приведення у відповідність до гігієнічних вимог навчально-виховного процесу, харчування, гігієнічного виховання учнів, батьків, вчителів, створення медичної служби в школі, запровадження інваріативного курсу “валеологія” та фахову підготовку вчителів з цього предмету.

Враховуючи інтегральний, системний та комплексний підходи до вирішення даної проблеми, в систему управління включено відділ освіти, відділ охорони здоров’я та його підрозділи, школа, дитяча поліклініка та підлітковий кабінет міської поліклініки, стоматологічна поліклініка, центр здоров’я, міська санепідстанція. Створено медичну службу в школі: виділено по 0,5 ставки лікаря-педіатра та лікаря-стоматолога, 1 ставка медичної сестри.

Щорічно проводяться поглиблені медичні огляди школярів. Відповідно до наказу по відділі охорони здоров’я в огляді приймають участь кардіолог, невролог, фтизіатр, психолог, проводяться лабораторні та інструментальні обстеження. На кожного учня заведено паспорти здоров’я, розробляються заходи оздоровлення та корекції факторів ризику.

В школі функціонують тренажерний зал, масажний кабінет та фітобар, стоматологічний кабінет. Придбано вітафони, кварц, озонатори, магні-30.

Розроблено та впроваджено ряд оздоровчих технологій в навчально-виховний процес: дифе-

ренційовані фізкультурхвилинки для різних вікових груп та для різних уроків, введено додатковий урок фізкультури та ЛФК для підготовчої і спеціальної груп, інваріативний курс валеології, запроваджено масаж, споживання фіточаїв, вітамінних препаратів, елементи арома- та музикотерапії, насичення повітря класних кімнат озоном, проведення коригуючої гімнастики для органу зору, вправи для профілактики плоскостопості, встановлено стоячі парті.

Враховуючи вагомий вплив шкільного середовища на здоров'я дітей, значна увага приділяється матеріально-технічній базі школи, покращанню природного та штучного освітлення, оснащенню меблями відповідно до зросту учнів, придбанню друкованої продукції, яка відповідає СанПіНу.

Режим роботи школи, розклад уроків, учбове навантаження погоджені з державною санітарно-епідеміологічною службою. Проводиться робота з приведення у відповідність до гігієнічних вимог розкладу уроків.

Фахівцями санепідстанції запроваджено моніторинг нагляду за санітарно-гігієнічним та протіепідемічним станом у школі, станом фізичного розвитку учнів, здоров'я, захворюваності та оздоровчими процесами. Всі інноваційні технології навчально-виховного процесу відповідно до вимог Закону України "Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя" пройшли державну санітарно-епідеміологічну експертизу.

Значна увага в школі приділяється формуванню здорового способу життя. Спільно з центром здоров'я в школі функціонують кіно- та відеолекторії для учнів різних вікових груп, проводяться уроки, дні, свята, олімпіади та спартакіади здоров'я, конкурси, вечори запитань і відповідей, засідання "круглих столів". Традиційними в школі, як і в місті, стали пропагандистські місячники, присвячені актуальним проблемам охорони здоров'я: профілактиці тютюнокуріння, наркоманії, вживання алкоголю, ВІЛ/СНІДу, туберкульозу, застудних захворювань, травм та отруєнь, психічному здоров'ю. До Всесвітнього дня здоров'я в школі проводяться загальноміські заходи.

В школі з числа учнів створена волонтерська група пропагандистів здорового способу життя, агітаційна бригада, яка здійснює просвітницьку роботу з цих питань серед однолітків.

На святі останнього дзвінка відзначаються класи та учні-переможці конкурсу "За здоровий спосіб життя".

Працюють лекторії для батьків. Педагогічний колектив проходить гігієнічне навчання, в програму якого включені питання здорового способу життя, впровадження оздоровчих технологій в навчально-виховний процес. Досвід роботи

школи висвітлюється в засобах масової інформації, радіопередачах прес-центру "Медицина" та "Віснику санепідслужби". Проведено ряд соціологічних досліджень серед учнів, батьків, вчителів, які підтвердили формування свідомості щодо забезпечення здоров'я, ефективність запровадження оздоровчих технологій в школі, дали позитивну оцінку впровадження експерименту.

Постійно проводиться доорганізація системи на підставі показників аналізу впровадження проекту та контроль реалізації заходів.

Особлива увага в школі приділяється аналізу ефективності впроваджених інновацій. Визначено основні критерії ефективності; показники захворюваності з ТВП учнів та вчителів, показники поглиблених медоглядів; відсотки учнів віднесених до I та II груп здоров'я, виявлених порушень органів зору, постави, захворювань органів дихання, серцево-судинної та нервової систем, шлунково-кишкового тракту, успішність учнів, показники санепіднагляду.

Дані питання розглядаються на засіданнях медико-педагогічної ради, рішення якої затверджуються наказом по школі.

За роки впровадження проекту (1999–2002) відмічається зменшення соматичної, інфекційної та паразитарної захворюваності. Показники потреби в санації ротової порожнини зменшились на 12%, кількість виявлених при поглиблених медичних оглядах порушень постави та випадків плоскостопості – на 7%, захворювань серцево-судинної системи – на 8,3%, захворювань шлунково-кишкового тракту на 8%, знизилась частка міопії в структурі захворювань.

Залишився незмінним відсоток дітей, які мають хронічні хвороби. Покращилась успішність, середній бал якої становив за 1 семестр 2003 р. – 7,8.

Серед показників санепіднагляду істотне покращання мають рівні освітленості, які відповідають вимогам в усіх класних кімнатах, показники бактеріальної забрудненості повітря, не виявлено перевищень вмісту CO₂, рівня шумового навантаження, напруженості електромагнітного поля, не висіваються БГКП та патогенна мікрофлора із гігієнічних змивів, не виявлено інвазованості об'єктів довкілля. Відсоток виявлених порушень санітарно-гігієнічних та протіепідемічних вимог зменшився з 19,7 до 10,2%.

Охоплено гарячим харчуванням 52% учнів школи, в цілому по місту цей показник становить 12%.

Застосована система організації діяльності навчальних закладів за проектом "Європейська мережа шкіл сприяння здоров'ю" відповідає стратегічним цілям збереження і зміцнення здоров'я нації, дала можливість отримати реальні пози-

тивні результати. Зберігається принцип наступності у формуванні здорового способу життя, розвитку здібностей і схильностей дітей, становленні їх як особистостей. Це сприяє зміцненню здоров’я учнів, виробленню активної життєвої позиції.

Позитивний досвід впровадження принципів мережі ШСЗ в закладах освіти м. Умані дає підстави рекомендувати розвивати його в інших

освітніх закладах міста та області. Впровадження проекту “Мережа шкіл сприяння здоров’я” в Умані є одним із заходів Міжгалузевої комплексної програми “Здоров’я нації”. Діяльність шкіл сприяння здоров’ю повинна стати складовою частиною планів соціально-економічного розвитку територій. Однією з головних умов їх функціонування повинно бути створення комплексної системи оздоровлення.

Список літератури

1. Герасимчук Т. Україна на шляху до об’єднаної Європи: Державне правління в умовах інтеграції України в Європейський Союз // Матеріали. наук.-практ. конф. за міжнар. участю, Київ, трав. 2002 р., – К.: Вид-во УАДУ, 2002. – С. 36–38.
2. *Европейская сеть школ “укрепления здоров’я”*. Совместный проект ВОЗ/ЕС/КЕС. – Denmark. – 6 с.
3. Жаліло Л., Солоненко І., Кунгурцев О. та ін. Європейська стратегія з охорони здоров’я: проблеми впровадження в Україні. // Матеріали наук.-практ. конф. за міжнар. участю, Київ, трав. 2002 р., – К.: Вид-во УАДУ, 2002. – С. 178–180.
4. Міжгалузева комплексна програма “Здоров’я нації” на 2002–2011 рр. – К., 2002. – 88 с.
5. Михайлова Ю.В. Научные основы стратегического планирования в здравоохранении // Экономика здравоохранения. – 2002. – №3. – С. 48–52.
6. Основні нормативно-правові акти з питань охорони здоров’я, які прийнято протягом 1991–2002 рр. – К.: ОВ, 2002. – 24 с.
7. Послання Президента України до Верховної Ради України “Європейський вибір. Концептуальні засади стратегії економічного та соціального розвитку України на 2002–2011 роки” // Урядовий кур’єр. – 2002. – 4 черв. – №100. – С. 5–12.
8. Указ Президента України від 7 грудня 2000 р. №1313/2000 “Про Концепцію розвитку охорони здоров’я населення України” // Офіц. вісн. України. – 2000.– №49, Ч. 1. – ст. 2116.
9. *Health Promoting School – an investment in education, health and democracy. Case study book.* // First Conference of the European Network of Health Promoting Schools, Greece, 1–5 may 1997. – Copenhagen, Denmark, 1997. – 17 р.
10. Movchunuk V. News from Ukraine one of the recent members of the network // The European Network of Health Promoting Schools: WHO /EC/ EC. Network News. – 1996. – second edition. – P. 3–4.

РЕГИОНАЛЬНЫЙ ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ МЕЖДУНАРОДНОГО ПРОЕКТА “ЕВРОПЕЙСКАЯ СЕТЬ ШКОЛ СОДЕЙСТВИЯ ЗДОРОВЬЮ”

Л.П. Качанова (Київ, Умань)

В статье раскрыты основные этапы внедрения проекта ВОЗ «Европейская сеть школ содействия здоровью» в Украине. Освещен опыт деятельности общеобразовательных учреждений г. Умани за принципами школ содействия здоровью.

EXPERIENCE GAINED DURING INTRODUCTION OF THE INTERNATIONAL PROJECT “HEALTH PROMOTING SCHOOLS”

L.P. Kachanova (Kyiv, Uman)

The main stages of the WHO “Health Promoting Schools” Project introduction within Ukrainian general education schools network have been outlined. Experience obtained during the Project implementation at a regional level, namely in Uman town (a district center in Cherkasy province), have been also presented along with such schools performances and attainments.

УДК 614.23:316.728(477)

Є.М. ЗАХАРЧЕНКО, Ю.Н. ГОРДОН, М.В. ВЛАСОВА, Е.О. ПІДЛУБНА (Одеса)

СОЦІАЛЬНО-ГІГІЄНИЧНЕ ВИВЧЕННЯ СПОСОБУ ЖИТТЯ ЛІКАРІВ

Правління Української Асоціації лікарів

Система охорони здоров'я населення сьогодні розглядається як комплекс державних, громадських та індивідуальних заходів. При цьому індивідуальні заходи, які полягають в додержанні здорового способу життя, по своєму значенню вчені ставлять на перше місце, вважаючи, що успіх залежить від них на 49–53%.

Обов'язок лікарів сприяти охороні, збереженню та зміцненню здоров'я людей, пропагувати здоровий спосіб життя, у тому числі і власним прикладом, закріплено законодавчо в ст. 78 Основ законодавства України про охорону здоров'я.

В процесі формування у населення здорового способу життя лікар повинен не тільки якнайповніше та яскравіше розкривати зміст і значення цього поняття, але й прагнути до більш повної співпраці з пацієнтами в питаннях збереження та зміцнення здоров'я.

Особливістю соціальної ролі лікаря в цій ситуації є те, що він сприймається пацієнтом як взірець, адже лікар, як ніхто інший, володіє спеціальними знаннями щодо збереження здоров'я та профілактики захворювань. Його спосіб життя як відображення внутрішнього переконання може і повинен сприяти формуванню здоров'я, почуття високої відповідальності за своє здоров'я у його пацієнтів. Без особистого прикладу пропаганда здорового способу життя не буде достатньо переконливою. А тому пасивна позиція лікаря щодо свого здоров'я суперечить вимогам активної позиції його в профілактичній діяльності.

У зв'язку з цим ми поставили перед собою мету вивчити соціально-гігієнічні аспекти способу життя лікарів.

Основну увагу ми приділили тютюнокурінню, оскільки воно визнане більшістю спеціалістів та Європейським регіональним бюро ВООЗ убивцею №1. З курінням пов'язують виникнення таких серйозних захворювань, як рак легенів та трахеї, обструктивних неспецифічних захворювань системи дихання, хвороб системи кровообігу, ендартеріїту; підвищення частоти ускладнень

вагітності та смерті плода; народження у жінок, що палять, ослаблених дітей з високим ризиком крововиливів в шлуночки мозку та синдромом раптової смерті інфантів; ранню менопаузу та імпотенцію; погіршення фізичного розвитку, самопочуття та працездатності; раннє старіння шкіри тощо.

Незважаючи на такий серйозний реєстр втрат від тютюнокуріння, частота цієї небезпечної для здоров'я звички не тільки висока, але й має тенденцію до зростання.

За даними Європейського регіонального бюро ВООЗ, в західних країнах регіону курять 34% дорослих чоловіків, 20% жінок і 26% підлітків. У східних країнах 47, 21, і 29% відповідно. В Україні частка осіб, які курять, складає біля 60% чоловіків, 19% жінок і 29% підлітків [2, 5, 6].

Наведені відомості акцентують нашу увагу на соціальній ролі лікаря в цій ситуації та на проблемі здорового способу життя в його професійній підготовці і діяльності.

Для опитування лікарів нами була розроблена анкета з 27 питань, які були згруповані в 7 блоків: паспортні дані (стать, вік, спеціальність), шкідливі звички (паління та вживання алкогольних напоїв), заняття фізичною культурою і спортом, використання вільного часу, самооцінка свого здоров'я та маси тіла; індивідуальна реакція на стрес.

Названі блоки було сформовано відповідно до загальноновизнаних гігієнічних норм здорового способу життя.

З використанням цієї анкети опитано 394 лікарів, у тому числі 164 спеціалістів хірургічного профілю, 100 – терапевтичного і 120 – стоматологічного. Вибіркова сукупність формувалась методом випадкового відбору. Серед респондентів було 54,5% осіб чоловічої і 45,5% жіночої статі.

Із загальної кількості опитаних нами чоловіків палять 61,4% і палили раніше ще 12,7%. Серед опитаних лікарів жіночої статі палять 26,2% і ще 13,4% палили раніше.

За кількістю випалюваних сигарет відповіді розподілились так: 19,0% випалюють більше 20 сигарет за добу, 50,0% – 10-20 сигарет, 25,1% – 4-9 сигарет і 5,9% – 1-3 сигарети.

Наші дані про частоту паління та кількість випалених за добу сигарет значно перевищують відомості інших авторів щодо осіб без медичної освіти, що суперечить принципу профілактики в роботі лікарів і підкреслює надзвичайну серйозність цієї проблеми [1, 3, 5,7].

Водночас усі наші респонденти абсолютно переконані, що паління є чинником ризику онкозахворювань, хвороб системи кровообігу, виразкової хвороби, ендартеріїту тощо. Але тільки 25,0% опитаних намагались відмовитись від куріння, а покинули курити лише 17,1%. Тобто знання та переконання більшості з них не переросли в мотивацію збереження здоров'я.

Мотивом відмови від куріння були названі: усвідомлення шкідливості цієї звички (50% випадків відмови), захворювання (26%), незрозумілий внутрішній мотив (12,0%), негативний вплив куріння на зовнішній вигляд (8,0%), прохання рідних (4,0%).

На ці ж мотиви вказує і В.П. Втюрін зі співавторами [1]. Це підтверджує їх не випадковість і звертає увагу на те, що найбільш вагомим мотивом є шкідливість куріння, досягнення усвідомлення якого і повинно стати головною метою пропаганди та формування здорового способу життя.

На бажання значного числа курців відмовитись від куріння (від 38,5% осіб у віці 20–39 років до 59,2% у віці 50–59 років), а також на труднощі досягнення цієї мети вказують І.П. Смірнова та О.О. Кваша [6]. Значна кількість наших респондентів, котрі хотіли позбавитись цієї звички, також не змогла зробити цього.

Зважаючи на те, що нікотин є речовиною, яка викликає залежність, ключ до вирішення проблеми треба шукати в площині профілактики. У зв'язку з цим дуже важливо знати, як починається куріння і що є його причиною.

Нами встановлено, що 26,3% респондентів почали курити в школі, але основна маса (54,8%) – під час навчання в медичному вузі, а 19,2% – після одержання диплому, тобто в період високої інформованості про шкідливість цієї звички.

Слід підкреслити, що в момент початку куріння в шкільні та студентські роки більшість опитаних (89,1%) знали про його шкідливість.

Найчастіше причиною початку тютюнокуріння було наслідування друзів (13,0% випадків; при цьому однаково часто в осіб чоловічої і жіночої статі) та наслідування дорослих (12,3% – тільки в осіб чоловічої статі).

На стрес вказують 16,4% опитаних, але жінки в 2 рази частіше, ніж чоловіки (25,9% проти 12,3%).

Для створення іміджу почали курити 7% чоловіків і 14,8% жінок.

Але 47,6% опитаних не змогли назвати причини, що можна розцінювати швидше за все як вплив компанії, тобто свого роду наслідування.

Наслідування і куріння “за компанію” як основний усвідомлений мотив називають і інші автори [1]. Це, а також залежність частоти куріння від рівня освіти, на перший план у виховній роботі з молоддю висуває заходи щодо підвищення загальної культури [4, 9]. У цивілізованому суспільстві куріння давно розглядають як стереотип поведінки, характерний для певних соціально-економічних умов і соціальних шарів [9].

Найбільш ефективними заходами боротьби з курінням більшість наших респондентів вважають самоусвідомлення (81,5%), санітарну освіту – 18,4%, державні стратегії – 15,2%, позицію близьких – 10, 4%.

Однак висновок про вирішальну роль самоусвідомлення в боротьбі з курінням логічно не узгоджується зі способом життя наших респондентів, оскільки вони краще, ніж інші контингенти населення, інформовані про шкідливість цієї звички.

Загострення проблеми тютюнокуріння висуває її за рамки особистої сфери індивіду і надає їй суспільного значення. Боротьба з курінням розглядається на сучасному етапі як складова оздоровлення нації [6]. А тому профілактичну роботу не можна зводити тільки до гігієнічного виховання; вона повинна включати також заходи суспільного та державного регулювання, впровадження стратегій вибору і економічних важелів, так ще незвичних для нас [9].

Для вивчення споживання спиртних напоїв ми використали методіку, рекомендовану Ю.П. Лісіциним та М.Я. Копитом [3]. Як показали результати анкетування, в цьому питанні панує цілком інтелігентне благополуччя: 49,0% респондентів споживають спиртне тільки в святкові дні, але не частіше 1 разу на місяць; 45,9% – 2-3 рази на місяць, і лише 5,0% – кілька разів на тиждень.

За самооцінкою респондентів, надмірну масу тіла мають 24,6%, дефіцит маси тіла – 10,9% і нормальну масу – 64,5%. Дефіцит маси тіла частіше виявлено у тих, котрі курять, що співпадає з даними В.А. Шаповалової та В.В. Воякова, які вбачають в цьому порушення відновних процесів в організмі курців [8].

Певний інтерес становить також співставлення загального стану здоров'я тих, хто курить, і

некурців. Зважаючи на професію наших респондентів, ми зупинились на методиці самооцінки. Половина опитаних оцінили своє здоров'я як задовільне, 46,7% – як хороше та відмінне і 3,3% – як незадовільне. Однак, слід підкреслити, що незадовільний стан здоров'я в 4 рази частіше констатують курці; а відмінний – в 2,5 рази частіше ті, хто не курить.

А як же ставляться лікарі до зміцнення свого здоров'я, зокрема до фізичної культури?

Регулярно займаються спортом лише 6,8% опитаних, а щоденною ранковою гімнастикою – 13,7%. Навіть ранкову гімнастику ніколи не роблять 40,6%. Решта опитаних інколи бігають, інколи займаються ранковою гімнастикою чи на спортивних снарядах.

Звертає на себе увагу те, що особи з підвищеною масою тіла та з її дефіцитом ніколи не займаються оздоровчою фізичною культурою.

У дослідженні Г.З.Козупіци 88,0% медичних працівників основною причиною невикористання оздоровчої фізкультури називають брак часу [4].

Виділивши групу осіб (46,2% від загальної кількості опитаних), котрі вказують на наявність у них вільного часу, ми встановили, що фактор вільного часу не впливає на заняття фізичною культурою і спортом. Так, в даній групі не займаються навіть ранковою гімнастикою 36,3% осіб, регулярно займаються тільки 15,9%, а решта – тільки інколи.

Більшість опитаних у вільний час займаються побутовими справами (39,0%), дивляться телевізор і читають – 35,2%, 18,7% – відсипаються або працюють на дачі, решта – ходять на полювання, риболовлю, в гості, у театр.

Отже, фізична культура та спорт не стали для наших респондентів ні звичним, ні бажаним заняттям.

Одним з елементів самозберігаючої поведінки є сон. Однак 15,2% опитаних сплять менше 6 годин на добу, 39,5% – 7 годин і тільки 12,7% – 8 годин і більше.

На стан здоров'я впливає поведінка людей під час і після негативних емоційних навантажень. Опитування показало, що в стресових ситуаціях 26,4% наших респондентів замикаються в собі, така ж кількість намагається вивговоритись, 11,9% – курять, 11,9% – проявляють агресію, 7,3% – випивають і тільки 14,7% – зверта-

ються до автотренінгу, а 10,4% – до музики, літератури, сну.

Отже, більше половини опитаних своєю поведінкою посилюють шкідливий вплив стресу: куріння, агресія, алкоголь, пригнічення емоцій.

Сумарний розподіл усіх чинників ризику серед наших респондентів показав, що:

- поведінкові чинники ризику, які вивчалися, мають 72,0% лікарів;
- у 12,0% лікарів спостерігається комбінація двох та більше чинників ризику;
- у 31,0% лікарів відсутня психологічна мотивація додержання медико-гігієнічних норм здорового способу життя.

Таким чином, спосіб життя та ціннісні орієнтації більшості лікарів у питаннях охорони здоров'я слід визнати неадекватними рівню їх освіти.

Пасивна позиція щодо власного здоров'я шкідлива подібним ставленням і до здоров'я інших людей та, зрозуміло, суперечить вимогам активної профілактичної позиції лікаря.

Гострота соціальної проблеми куріння підвищує соціально-гігієнічну вагу способу життя лікарів і робить його необхідною умовою формування професійного статусу лікаря.

- У зв'язку з цим виникла нагальна потреба:
- вивчення рівня загальної культури, санітарної грамотності та способу життя абітурієнтів медичних вузів;
 - розробки заходів щодо формування високої культури, престижу здоров'я, здорового способу життя студентів в період навчання в медичному вузі; особливої уваги заслуговує ця робота на першому курсі;
 - включення в учбові програми всіх профілактичних та клінічних дисциплін вивчення змісту та значення способу життя в справі збереження та зміцнення здоров'я;
 - впровадження заборонних та примусових заходів боротьби з тютюнокурінням медичних працівників та викладачів шкіл і вузів;
 - формування і впровадження стратегій вибору при прийомі на роботу та вузи.

Виховання лікарів-профілактиків, що володіють сучасним менталітетом здорової нації і можуть бути еталоном для наслідування, створить базу для перенесення акцентів з лікування на профілактику, на збереження і зміцнення здоров'я.

Список літератури

1. Втюрин В.П., Поляков К.Л., Стародубцев В.Е. О курении врачей и мерах борьбы с ним // Сов. здравоохранение, 1989. – №7. – С. 24–26.

2. Кальченко Е.И., Киянов В.И., Сафонов В.Л. Медико-гигиенические аспекты образа жизни врачей // Сов. здравоохранение, 1987. – №6. – С. 37–39.
3. Козупица Г.С. Проблемы здорового образа жизни в профессиональной подготовке врача // Пробл. соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2002. – №2. – С. 39–41.
4. Смірнова Г.П., Кваша О.О. Боротьба з тютюнопалінням як складова оздоровлення нації (науковий огляд) // Охорона здоров'я України. – 2001. – №3. – С. 48–51.
5. Топчилов С.А., Ежова Н.Н., Чураков А.А., Чурьянов В.Н. Изучение отношения врачей к своему здоровью // Здравоохранение Рос. Федерация, 1985. – №12. – С. 28–31.
6. Шаповалова В.А., Вояков В.В. Зв'язок фізичного стану студентів медичного вузу з тютюнопалінням // Інформаційне забезпечення охорони здоров'я в єдиному медичному просторі столиці держави: Матеріали наук.-практ. конф. – К., 1998. – С. 185–188.
7. Diderichsen F., Lindberg G. Better Health-But Not for All: the Swedish Public Health Report. 1987 // Int. J. Health Serv. – 1989. – Vol. 19, №2. – P. 221–255.

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ОБРАЗА ЖИЗНИ ВРАЧЕЙ

Е.М. Захарченко, Ю.Н. Гордон, М.В. Власова, Э.О. Подлубная (Одесса)

Подчеркивается, что здоровый образ жизни врача является необходимым условием формирования его профессионального статуса, залогом убедительности и эффективности санитарной пропаганды, а также сотрудничества с населением в вопросах сохранения и укрепления здоровья.

Анкетным методом получены данные об основных компонентах образа жизни 394 врачей.

Сделан вывод, что образ жизни большинства врачей неадекватен уровню их образования.

Рекомендуется продиктованный серьезностью проблемы комплекс мероприятий по воспитанию врача – профилактика, включая не только воспитательные и образовательные мероприятия, но и государственные стратегии выбора.

SOCIO-HYGIENIC STUDY OF DOCTORS LIFE STYLE

Е.М. Zakharchenko, U.N. Gordon, M.V. Vlasova, E.A. Podlubnaya (Odessa)

It is underlined that the healthy life style is an obligatory condition of a doctor's professional status. It is also the guarantee of convincingness and effectiveness of his/her sanitary propaganda and collaboration with the people on preservation one's own health and its strengthening.

According by to the data received by questionnaire method there were presented basic components of 394 doctors life style.

It was concluded that their life style was not adequate to their educational background.

Thus, the complex of different measures on physicians' prophylactics training is recommended. These measures are dictated by a gravity of the problem and must include not only educational and training but also the state strategies for prevention of selected diseases.

УДК 614.2.93(477)

О.О. ГАРНЕЦЬ, В.М. СОРОКА, О.М. ЦІБОРОВСЬКИЙ, В.О. КУШНІР (Київ)

СТАНОВЛЕННЯ ЗЕМСЬКОЇ МЕДИЦИНИ НА ПРАВОБЕРЕЖНІЙ УКРАЇНІ

Український інститут громадського здоров'я

У 2004 році виповнюється 140 років від запровадження однієї з найважливіших реформ Російської імперії другої половини XIX століття – земської реформи 1864 р. Вагомим її результатом була поява земської медицини, громадської за своїм характером, яка об'єднувала діяльність медиків і представників зацікавлених прошарків суспільства, спрямовану на покращання медичного обслуговування, боротьбу з епідемічними захворюваннями, зниження і попередження надзвичайно високої захворюваності і смертності, підвищення рівня здоров'я населення, і яка не тільки доповнювала діяльність державних установ, але й заступала їх.

Через політичні умови земська реформа на Правобережній Україні (Київська, Волинська і Подільська губернії) була проведена лише у 1904 році. Причому правобережні губернії України були тим регіоном, де земська медицина існувала протягом дуже короткого часу: з 1904 р. при "скороченому", а з 1911 р. – при нормальному земському устрої, який був перерваний Першою світовою війною. Саме тому процес становлення і розвитку земської медицини залишається недостатньо проаналізованим і висвітленим в історичній літературі. Головним джерелом інформації про земську медицину є тогочасні публікації земств. Земства, переважно губернські, друкували звіти своїх закладів і організацій, праці губернських з'їздів лікарів, журнали земських зборів, медико-санітарні хроніки, огляди епідемій тощо. Однак весь цей фактичний і цифровий матеріал дуже строкатий, потребує зваженого підходу. Крім того, публікації виходили невеликим накладом, тобто є малодоступними для широкого використання.

Аналіз щорічних звітів Управління головного лікарського інспектора, яке існувало в системі МВС, про стан народного здоров'я і організацію лікарської допомоги дає уявлення про медичну допомогу в доземський період та динаміку її обсягів в означеному регіоні при запровадженні земства. Недоліком цих звітів є те, що офіційна статистика давала загальні відомості,

які були арифметичною сумою показників державної, земської, міської, відомчої, приватної медицини.

Узагальнюючих нарисів, які б з'ясовували устрій, характер, особливості і обсяги земської медицини правобережних губерній, не було. Всі видання із земської медицини обходили увагою зазначений регіон, оскільки власне земств там не існувало. Спробу заповнити цю прогалину зробив у своїй праці "Очерки земского врачебно-санитарного дела" З. Френкель, організатор відділу земської медицини на Дрезденській гігієнічній виставці 1911 р. [10].

До 50-річчя земства з'явилася праця Б.Веселовського "История земства за сорок лет", що містила розділ, присвячений земській медицині. Автор першим серед професійних істориків зробив спробу дати аналіз заходів земств у медицині [1].

Важливою віхою у вивченні зазначеної проблеми стала робота, виконана С.М. Ігумновим. Вона присвячена головним чином становленню медичної допомоги в 6 губерніях Лівобережної України, де земські установи існували від початку реформи і пережили усі стадії розвитку. Три губернії Південно-Західного краю – Київська, Волинська і Подільська, які не брали участі у виробленні типу і характеру земської медицини, прийнявши їх уже в готовому вигляді, – включені окремим розділом в кінці книги у вигляді показників стану медичної допомоги [5].

Українська історіографія земської медицини незначна. Її становлення лише розпочинається, хоч результати діяльності українських земств були вагомими, ніж в інших губерніях Російської імперії. Деякі роботи радянського періоду стосувалися історії розвитку земської медицини в окремих губерніях, зокрема С. Геника, С. Кагана, І. Хороша, С. Гарагаш'яна, Л. Лекарева та ін. [2, 3, 7, 8, 11]. Деяку інформацію містять книга С. Кагана про О.В. Корчака-Чепурківського та наукове дослідження О. Грандо про С. Ігумнова [4, 6].

У цілому історія земської медицини в Україні розроблялася лише фрагментарно. Комплексне

вивчення і введення у науковий обіг дасть можливість з'ясувати особливості виникнення, становлення та розвитку земської медицини в Україні, оцінити її позитивний досвід. Висвітлення розвитку земської медицини на історичному прикладі правобережних губерній показує можливість швидкого і водночас ефективного впровадження вже напрацьованих принципів земської медицини у наш час .

На відміну від Лівобережжя та Півдня України, де згідно з Положенням 1864 р. активно розвивалися органи місцевого самоврядування, на Правобережній Україні, або, як тоді називалося офіційно, Південно-Західному краї, тривалий час дія земської реформи не поширювалася. Причини цього крилися у політичній площині. Згідно закону про земства, вибори до земських зборів проходили по трьом куріям відповідно до майнового цензу. Таким чином, більшість серед гласних належала представникам перших двох курій – великим землевласникам та володарям нерухомого майна у містах. На теренах Правобережної України більшість серед тих, кого вважали тоді культурною частиною населення, з часів розподілів Польщі складала поляки, які негативно ставились до російської адміністрації. Царський уряд боявся, що виборні посади земських установ у правобережних губерніях України будуть захоплені ними і використані для пропаганди сепаратистських поглядів.

На той час, коли на Лівобережжі та Півдні України функціонувала земська медицина, медичну допомогу населенню Правобережжя офіційні звіти змальовували таким чином.

Так у 1877 р. медичний персонал Волинської губернії складався з 37 лікарів на службі і 109 приватних (або як тоді їх називали – “вільнопрактикуючих”), з 78 фельдшерів на службі і 30 приватних. Один лікар приходився на 13 082 населення і один фельдшер на 17 686 осіб. В губернії було 24 повитухи на службі і 15 приватних, один дантист, 54 так звані вільні аптеки. Всіх лікарень у губернії в 1877 р. нараховувалось 29, з них лише 12 були підзвітні Приказу громадського піклування, а інші – громадським організаціям та приватні.

Спеціальної установи для божевільних у губернії не було, такі хворі розміщувалися у житомирських “богоугодних” закладах.

Медичною допомогою користувалося 27 778 осіб, з них лікарняною допомогою лікарень різних відомств – 8 538, інші – амбулаторною допомогою у лікарів, переважно приватних [14].

У Київській губернії в цей рік з усіх 221 лікаря на службі перебувало 54. Функціонувало 82 аптеки, включаючи і аптечні відділення. У безпосередньому віданні лікарського управління МВС у

губернії знаходилося 18 лікарняних закладів (з них 12 з двома відділеннями). Це зокрема лікарня цісаревича Олександра, будинок для божевільних, 9 повітових, 2 окружні, 3 тюремні лікарні, 9 тюремних відділень при повітових лікарнях та лікарняний околдок для арештантських рот цивільного відомства у м. Києві. Окрім цих у губернії нараховувалося 53 приватні лікарні і 20 лікарень інших відомств, у тому числі 6 громадських єврейських, 15 економічних у поміщицьких маєтках і 32 лікарні при цукрових заводах.

У лікарнях лікарського управління медичною допомогою користувалося 11 369 осіб. Смертність складала 6,2%. У лікарнях інших відомств медичною допомогою користувалося 38 504 особи (смертність 2,2%). Допомогою приватних лікарів користувалося 51 593 особи (смертність 6,2%) [14].

З Подільської губернії повідомлялося, що у 1877 р. на службі перебувало 42 лікаря, 114 фельдшерів та 21 повитуха. Приватно працювало 76 лікарів і 30 фельдшерів. Існувало також 70 аптек, у тому числі 2 філіальні і 1 сільська. Міських лікарень нараховувалося 12. Лікарня у м. Кам'янці була з відділеннями для пологів та для божевільних, розміщувалася у казенній будівлі.

Лікарні у повітових містах розташовувалися у найманих будинках. Також було 12 тюремних лікарень при міських в'язницях, 4 громадські єврейські лікарні, що утримувалися на “коробочний збір” (збір пожертвувань з різних верств населення). Діяло 38 приватних лікарень при фабриках і заводах, що утримувалися за рахунок власників. Окрім того було 5 лікарень при учбових закладах духовного відомства та 1 сільська лікарня в м. Мурафі Ямпільського повіту [13].

Аналізуючи ці дані, можна зробити висновок, що медичну допомогу населенню з того досить значного, на перший погляд, медичного персоналу, що знаходився у губерніях, надавала за державний кошт досить невелика кількість лікарів (від 25% до 54 %) і то певна частина з них працювала у відомчих закладах і обслуговувала переважно специфічний контингент хворих.

Ті лікарі, що займалися обслуговуванням населення, працювали здебільшого при казенних лікарнях, які знаходилися, за поодинокими винятками, в повітових та губернських містах. Якщо населення міст та містечок іще могло звертатися до місцевих лікарень, то мешканці віддалених сіл були позбавлені медичної допомоги практично зовсім, оскільки сільських лікарських дільниць як таких не існувало і на прийом до лікаря доводилося їхати у повітове чи губернське місто. Таким чином, про загальнодоступність

медичної допомоги не могло бути мови. Крім того, вона була платною, що ще більше відштовхувало населення від офіційної медицини.

Казенна медицина не користувалася значною повагою населення. Більшість хворих лікувалася у відомчих медичних закладах та у приватних лікарів.

Стан медичної допомоги населенню на Правобережжі різко контрастував з іншими українськими губерніями, де відбувався активний розвиток земської медицини, проходило будівництво сільської лікарської дільничної мережі. У перше десятиріччя земської реформи в кожній з них щорічно відкривалося в середньому по 2 лікарській дільниці, невпинно зменшувався їх радіус та кількість обслуговуваного населення. На перший погляд, на одного земського лікаря приходилося населення значно більше, ніж в неземських медичних установах, наприклад, у Волинській губернії. Але це населення мало доступну медичну допомогу, тут була реальна кількість мешканців, які обслуговувалися одним конкретним лікарем.

Протягом десятиліття у земських губерніях кількість лікарських дільниць збільшилася у два рази, а в Київській, Волинській, Подільській стан медичного обслуговування залишався майже без змін. Успіхи земської реформи спонукали представників громадськості цих губерній підняти

клопотання перед місцевою та вищою адміністрацією про поширення земського устрою на зазначені території. Однак наляканий революційними подіями уряд у будь-якій ініціативі вбачав підступи антидержавних сил. На лист з пропозицією Волинського губернатора про організацію земських установ у Південно-Західному краї на ім'я Генерал-губернатора О.В. Дрентельна з Києва було дано чітке роз'яснення: "... у Північно-Західному краї земські заклади не введені через політичні особливості краю. Створення повітових зборів, а також повітових управ у тому вигляді, в якому вони представлені на 1 січня 1864 року, за політичними міркуваннями не можливе. Ніякі самостійні дії місцевих повітових земських закладів, до складу яких увійде багато осіб польського походження, при утрудненому нагляді за ними з боку губернської адміністрації недопустимі" [16].

Не бажаючи передати облаштування місцевого життя представникам населення, уряд намагався вирішувати ці питання адміністративно, шляхом видання окремих законодавчих актів. 24 квітня 1887 р. року вийшло "Высочайше утвержденное Мнение Государственного Совета" про перетворення медичної частини у Київській, Подільській та Волинській губерніях. Ним передбачалося ввести новий штат медичного персоналу на додаток до існуючого (табл. 1).

Таблиця 1. Штати медперсоналу, введені законом від 24 квітня 1887 р.

Штати	Губернії		
	Київська	Подільська	Волинська
Лікарів для відряджень	1	1	1
Дільничних сільських лікарів	26	24	24
Медичних фельдшерів: вищого окладу	100	75	94
Медичних фельдшерів нижчого окладу	100	75	94
Повитух	36	36	36

Такий законодавчий акт хоч і покращив стан медичного обслуговування населення правобережних губерній, але не міг зрівняти його з земським. Останні завдяки місцевій ініціативі із року в рік розвивалися – невпинно збільшувалася мережа лікарських дільниць, зростав рівень їх оснащення, з'являлися нові напрями діяльності.

При казенному підході медичні заклади діяли з року в рік майже на одних і тих же кошторисах, яких було достатньо лише на платню персоналу, оренду приміщення та життєво необхідні медикаменти. При такій ситуації медичний персонал просто відбував службу і здебільшого особливо не переймався покращанням здоров'я та санітарного стану населення.

На початку ХХ ст. уряд В.К. Плеве під впливом успіхів земського господарства зважився

на поширення земських засад на ряд губерній [9]. 2 квітня 1903 р. Микола II підписав "Положення про управління земським господарством в губерніях Віленській, Вітебській, Волинській, Гродненській, Київській, Ковенській, Мінській, Могильовській, Подільській", яке вводилося в дію з 1 квітня 1904 р. [15].

Нове Положення, відразу прозване в опозиційних колах "куцим", скасовувало Прикази громадського піклування і передавало медичні заклади особливим губернським та повітовим комітетам. Розпорядчими функціями володіли лише губернські комітети. Повітові ж ніяких самостійних дій і рішень проявляти не мали права і скликалися лише для підготовки питань до сесій губернських комітетів. Виконавчі функції належали управам у справах земського госпо-

дарства. "Куцість" полягала в тому, що на відміну від староземських губерній, де губернські і повітові комітети були виборними, у губерніях, яких стосувалося Положення від 2 квітня 1903 р., виборів фактично не було. Губернські комітети склалися з керівників губернських урядових закладів, губернського, повітових предводителів дворянства, міського голови губернського міста, голови управи у справах місцевого господарства та двох гласних від кожного повіту під головуванням губернатора. Гласні призначалися міністром внутрішніх справ з місцевих землевласників, які володіли майновим і, так би мовити, політичним цензом, встановленим головним чином проти польського впливу. Цей список складався губернатором за узгодженням з місцевими предводителями дворянства у подвійній кількості кандидатів проти кількості гласних. Кількість так званих гласних за клопотанням комітету могла бути збільшена міністром до 5, як це і було у Київській губернії. У середньому в губернських комітетах нараховувалося 80-100 гласних. Повітові комітети склалися під головуванням повітових предводителів дворянства з управляючих повітовими урядовими установами, міського голови чи старости, голови управи у справах місцевого господарства та гласних губернських комітетів по цьому по-

віту.

Губернські комітети почали свою діяльність у 1904 році. В них було зосереджено керування всіма медичними справами по повітах. Приступивши до поліпшення та розвитку медичної справи і намагаючись наздогнати земські губернії, вони копіювали їх порядки.

Одним з пріоритетних напрямів діяльності новостворених земських установ була розбудова сільської лікувальної мережі. Остання в правобережних губерніях була обумовлена ще Приказом громадського піклування і своєрідно створеними формами місцевого самоврядування.

Зокрема у Київській губернії земському управлінню в 1904 р. було передано 11 міських та 43 сільські лікарські дільниці (усі – лікарняні) з 743 ліжками (476 у сільських та 267 у міських дільницях) і 74 самостійні фельдшерські пункти. З переданих 54 лікарських дільниць лише 19 (10 міських та 9 сільських) розміщувалися у власних будівлях, інші у найманих або у безкоштовно наданих для користування. При перерахунку на сільське населення і територію це складало: одна лікарня на 829 кв. верст і 78 тис. населення та одне ліжко на 62 кв. версти і 5700 осіб [15].

(Продовження у наступному номері журналу)

Список літератури

1. Веселовский Б.Б. История земства за 40 лет. – СПб., 1909. – Т. 1. – 434 с.
2. Гарагашьян А.А. К изучению истории здравоохранения Прикарпатья // Теория и организация здравоохранения, гигиена населенных мест, гигиена труда. – Ивано-Франковск, 1963. – С. 63–66.
3. Генык С.Н. Из истории здравоохранения Калушского уезда 1873–1918 гг. // К истории медицины на Украине (на материалах западных областей, Закарпатья и Буковины). – Львов, 1961. – 102 с.
4. Грандо А.А. Из истории развития общественной медицины на Украине // Очерки истории медицинской науки и здравоохранения на Украине. – К, 1954. – С. 130–149.
5. Игумнов С.Н. Очерк развития земской медицины в губерниях, вошедших в состав УССР в Бессарабии и Крыму. – К., 1940. – 156 с.
6. Каган С.С. Видатний санітарний діяч України – академік АН УРСР О.В. Корчак-Чепурківський. – К, 1965. – 81 с.
7. Каган С.С. К столетию земской медицины на Украине // Очерки истории русской общественной медицины. – М., 1965. – С. 82–92.
8. Лекарев Л.Г. Земская санитария в дореволюционной Подолии. // Материалы к истории гигиены и санитарии на Украине. – К., 1962. – Т. 2. – С. 57–73.
9. Полное собрание Законов Российской Империи. – СПб., 1905. – Собрание III. – Т. 23. – С. 335–353.
10. Френкель З.Г. Очерки земского врачебно-санитарного дела. – СПб., 1913. – 336 с.
11. Хорош И.Д. К столетию земской медицины // Врачеб. дело, 1964. – №9. – С. 96–104.
12. Центральний державний історичний архів України у м. Києві. – Ф. 442. – Оп. 57. – Од. Зб. 183. – Арк. 179.
13. Там же. – Оп. 535. – Од. Зб. 324. – Арк. 8.
14. Там же. – Ф. 442. – Оп. 539. – Од. Зб. 219. – Арк. 42.
15. Там же. – Ф. 442. – Оп. 626. – Од. Зб. 20. – Арк. 112.
16. Там же. – Ф. 442. – Оп. 656. – Од. Зб. 132. – Арк. 127.

СТАНОВЛЕННЯ ЗЕМСКОЇ МЕДИЦИНИ НА ПРАВОБЕРЕЖНОЇ УКРАЇНІ

О.О. Гарнец, В.М. Сорока, О.М. Циборовский (Київ)

Показана історія розвитку земської медицини на Правобережній Україні. Приводяться дані об об'ємах медичної допомоги в указаному регіоні в кінці ХІХ в. і процеси, які відбувалися там паралельно з функціонуванням земської медицини на Левобережній Україні. Освітлено і проаналізовано характерні особливості впровадження земської медицини на Правобережній Україні. Її становлення проілюстровано в динаміці основних показників на початку введення земських порядків (1904 г.) і останні роки перед Першою світовою війною (1912–1913 гг.).

DEVELOPMENT OF “ZEMSKA MEDICINE” IN THE DNIPER RIGHT BANK TERRITORY OF UKRAINE

О.О. Harnets, V.M. Soroka, O.M. Tsiborovsky (Kyiv)

“Zemstvo” means a special form of rural community self-management and self-sufficient infrastructure adapted to internal conditions of the former Russian Empire in 1860–1917. The article devoted to the history of “zemska medicine” development in Ukrainian western part of its national territory (right side) divided by the Dnieper river. Some data on the range and volume of medical aid delivery within “zemska medicine” facilities’ structure and its progressive trend in this region are presented comparatively with those data in the left part of Ukraine where “zemska medicine” has been also introduced. Some specific characteristics of “zemska medicine” in its development in the western part of Ukraine are given as well as a number of performance indices for 1904–1913 up to the beginning of the 1-st World War.

УДК 614.2: 371.13

Д.В. ТИНТЮК, Є.М. ЗАХАРЧЕНКО, С.А. БАТЕЧКО, Е.О. ПІДЛУБНА (Одеса–Кишинів)

**ВИКЛАДАННЯ СОЦІАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ОРГАНІЗАЦІЇ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В ОДЕСЬКОМУ ДЕРЖАВНОМУ
МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ В ОСТАННЮ
ЧЕТВЕРТЬ ХХ СТОЛІТТЯ
(до 80-річчя кафедри)**

Одеська благодійна організація “Муніципальна лікарняна каса”

Виконання завдань держави в сфері охорони здоров'я завжди вимагало підготовки лікарів – організаторів медичної допомоги, які глибоко розуміють проблеми охорони здоров'я. Це повинна забезпечити кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я (СМ та ООЗ).

Специфіка викладання соціальної медицини полягає в постійних динамічних змінах змісту, форми та методів викладання в залежності від напрямків розвитку галузі в різні періоди життя

суспільства. Підручники та методичні матеріали дуже швидко морально старіють, тому робота із забезпечення навчального процесу була одним з найсерйозніших напрямків діяльності кафедри.

Крім того, методичною роботою забезпечувалась також профілізація викладання на різних факультетах: лікувальному та педіатричному – з 30-х років до 1997 р., стоматологічному – з 1959 р., методичному – з 1992 р., медсестринсь-

кому – з 1999 р. На кожному з факультетів – своя учбова програма та свій бюджет часу на вивчення СМ та ООЗ.

До 1992 року уніфікація та якість викладання дисципліни на профільних кафедрах вузів країни підтримувалась наявністю єдиного підручника. Але і тоді актуалізація матеріалу, відображення регіональних проблем охорони здоров'я забезпечувались кафедрою. За період з 1963 по 1976 рр. ці елементи, поряд з поглибленням та деталізацією програмних питань, висвітлювались в текстах лекцій професора Чорноброва П.Н., який очолював кафедру. Банк його лекцій зберігається на кафедрі. На жаль, після 1976 р. ця практика була втрачена аж до 90-х років.

На практичних заняттях в цей період користувались розмноженими машинописним способом методичними розробками, які щорічно переглядались. Кращим методистом була канд. мед. наук, ст. наук. співроб. А.В. Вережникова.

У 70–80-ті рр. в інституті почалось масове навчання студентів з країн Азії, Африки тощо. Учбові плани не передбачали профілізацію викладання іноземним студентам, але турбота про якість їх підготовки диктувала необхідність перебудови викладання. Проблема була вирішена впровадженням в навчальний процес з 1980 р. курсової роботи про стан здоров'я населення та організацію охорони здоров'я в своїй країні.

Слід відзначити, що тоді більшість іноземних студентів навчались у нас після закінчення університетів у Франції, Англії та інших державах, що дозволяло їм бачити відмінності в організації медичної допомоги цих країн та СРСР, а також виставляти свої вимоги до змісту навчання.

Збудити їх інтерес до вивчення дисципліни можна було тільки шляхом адаптації програмного матеріалу до умов їхньої діяльності в своїй країні [5].

Курсова робота якраз і передбачала використання соціально-гігієнічних методів для оцінки стану здоров'я населення своєї країни, визначення основних чинників здоров'я, а також співставлення потреб населення в медичній допомозі зі станом її організації.

Виявлені таким чином проблеми примушували замислитись над тенденціями та бажаними шляхами розвитку національної служби охорони здоров'я.

Виконання курсової роботи вело до усвідомлення ідей сформованої в 1976–1980 рр. міжнародної доктрини в охороні здоров'я: охорона здоров'я – це суттєва складова соціально-економічного розвитку країни, а уряди усіх держав несуть відповідальність за здоров'я своїх громадян.

З метою виявлення позитивного досвіду організації медичної допомоги в інших країнах,

в 1980 р. була впроваджена курсова робота для студентів, які проходили ознайомчу практику в соціалістичних державах [6]. Кращі курсові роботи використовувались для проведення змістовних учбових студентських конференцій, що містили важливі виховні елементи не тільки для студентів, а й викладачів, котрі одержували інформацію для роздумів над проблемами національної охорони здоров'я.

Так, на початку 80-х років стало очевидним, що екстенсивний розвиток системи охорони здоров'я не дає очікуваного поліпшення здоров'я населення. Загальнодоступна медична допомога і зростання забезпеченості населення лікарями прийшли до протиріччя з якістю медичної допомоги. Система виявилась інертною до впровадження новітніх технологій.

Переважання в охороні здоров'я клінічних напрямків та інтересів лікарів-клініцистів вело до поступового відходу від профілактичного принципу та втрати правової відповідальності усіх структур за забезпечення надання медичної допомоги і охорони здоров'я не тільки хворих, але й здорових верств населення.

Історично в Росії недорозвинена правова свідомість компенсувалась мораллю. Але в цей період наростали деформації моралі, знижувався професійний рівень фахівців, що призводило до зниження якості медичної допомоги та нарікань з боку населення.

Все це свідчило про низьку ефективність управління галуззю, що в умовах такої великої динамічної системи, якою стала система охорони здоров'я в країні, неминуче вело до величезних втрат. Ці втрати були особливо помітні при співставленні з системами охорони здоров'я економічно розвинених країн.

Таким чином, серед основних проблем охорони здоров'я на перший план вийшло управління галуззю, зокрема одна з його головних функцій – планування. Знання цих питань стало обов'язковим елементом підготовки лікаря. А тому для підсилення відповідних розділів підручника кафедра розробила і в 1981 р. впровадила в навчальний процес методичні рекомендації «Управление здравоохранением и его рационализация», а в 1983 р. – «Применение нормативного и аналитического метода в планировании амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи» [1,8]. В них висвітлювалась сутність і необхідність системного підходу в управлінні галуззю та важливість державного, міжвідомчого підходу до вирішення вузлових питань, пов'язаних з охороною здоров'я населення, що мало велике значення для розробки та реалізації регіональних програм.

Типовими недоліками цих програм було те, що в їх основі не лежало науково обґрунтоване

планування, а також був відсутній організаційно-функціональний розподіл сфер впливу та відповідальності за здоров'я населення між медичними працівниками та органами місцевої влади.

На жаль, ці питання актуальні і сьогодні.

Турбота про якість медичної допомоги диктувала необхідність якісної підготовки фахівців, тому у 80-ті роки підвищились вимоги до практичних навичок випускників, а також до формування їх як ініціативних особистостей. Особливі надії покладались на самостійну роботу студентів (СРС). На кафедрі СРС була підпорядкована ідеї поглибленого вивчення студентами документації, організації та аналізу роботи закладів охорони здоров'я. Ця ідея реалізувалась шляхом впровадження в 1990 р. курсових робіт з вивчення якості та ефективності диспансеризації дітей першого року життя та хворих, що стоять на диспансерному обліку. Така методика організації СРС відповідала вимогам педагогіки до формування мети навчання: адекватність соціальному замовленню, репродуктивність, визначеність, діагностичність та наявність елементу творчості.

Вибір тематики курсових робіт був не випадковим. Одним з проявів деформації профілактичного напрямку в охороні здоров'я є диспансеризація. Акцент робився на диспансеризації хворих, що стояли на обліку. Тобто кошти вкладались в „поїзд, який поїхав”. Конкретним же методом впровадження профілактичного напрямку в практику охорони здоров'я є диспансеризація здорових осіб і, в першу чергу, соціально важливих контингентів та осіб груп ризику.

Для самостійної поглибленої підготовки студентів та організаторів охорони здоров'я з питань соціальної профілактики і організації диспансеризації контингентів здорових осіб кафедра розробила і впровадила в 1989 р. методичні рекомендації: «Организационные подходы к совершенствованию диспансеризации рабочих промышленных предприятий» та інформаційний листок «Качество диспансеризации детей первого года жизни» [3,4].

Акцент було зроблено на соціальну профілактику та необхідність співпраці в цій області медичних працівників, адміністрації та профспілкової організації промислового підприємства, а також на категоричній вимозі щодо завершеності диспансеризації.

Чіткий розподіл функцій цих суб'єктів, відповідна організація медичного огляду, додаткового обстеження, лікування, реабілітації, аналізу роботи підняли авторитет МСЧ підприємства, де ми впровадили методичні рекомендації, і зробили цікавими і змістовними заняття студентів.

Щодо диспансеризації дітей першого року життя, крім питань організації, якості та уніфі-

кації обстежень, зверталась увага на необхідність створення реєстрів сімей високого ризику, важливість та організацію допоміжних патронажів, моніторингу здоров'я дітей груп ризику, а також на значення реабілітації після будь-якого захворювання.

Одним з важливих показників громадського здоров'я є смертність. Аналіз смертності на певній території дає можливість виявити найважливіші її причини та розробити на цій підставі медико-організаційні заходи щодо поліпшення здоров'я населення. Але якщо облікові документи на кожен випадок смерті оформляються невірно, то показники смертності не будуть відображати справжню картину.

Виявивши численні помилки реєстрації смертності на території області, кафедра стала ініціатором розробки та впровадження на міжкафедральному рівні (кафедри СМ та ООЗ, патологічної анатомії, пропедевтики внутрішніх хвороб та судової медицини) методичних рекомендацій з оформлення лікарського свідоцтва про смерть для відпрацювання практичних навичок (Д.В. Тинтюк, Є.М. Захарченко). Ці рекомендації використовували у своїй практиці також обласний та міський відділи охорони здоров'я, лікувально-профілактичні заклади охорони здоров'я інших областей.

З метою реорганізації первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) в Україні в 90-ті роки була започаткована підготовка сімейних лікарів.

Сім'я – це область, де дуже тісно переплітаються медицина і суспільство. І якщо захворювання – це відхилення від нормальних процесів в організмі, то нездоров'я, неблагополуччя – це відхилення соціальне. Сімейний ризик захворювання перевищує популяційний. Тому сімейному лікарю конче потрібно більше уваги приділяти психосоціальним та культурним чинникам, які роблять людину уразливою та призводять до захворювань чи ускладнюють лікування.

Це змусило переглянути методику викладання на кафедрі медико-соціальних аспектів здоров'я населення, змісту індивідуального рівня профілактики і розробити та впровадити в навчальний процес методичні рекомендації «Семейные факторы здоровья» [2].

Але підготовка сімейних лікарів потребує більш глибокої перебудови викладання соціальної медицини як за змістом, так і за організацією навчання, що повинно стати темою спеціального обговорення.

Все жорсткіші вимоги до підготовки спеціалістів, введення в учбові програми нових дисциплін та нової інформації з кожної дисципліни, вступають у суперечність з обмеженими термінами навчання. Усунути, або бодай пом'якшити,

цю суперечність можна шляхом інтеграції викладання та інтенсифікації усіх ланок учбового процесу.

Значний обсяг учбової програми з дисципліни та дефіцит часу примусили кафедру розробити «Межкафедральную програму преподавания вопросов профилактики и организации первичной медико-санитарной помощи населению», яка з 1990 р. знаходилась під контролем проректора з навчальної роботи професора Дмитрієва Б.І. [11].

Усі елементи профілактичної медицини було розподілено між теоретичними і клінічними дисциплінами за принципом найбільшої органічності та включено у відповідні робочі програми і методичні розробки лекцій та практичних занять.

При інтеграції викладання з клінічними дисциплінами соціальна медицина залишає за собою важливу і нелегку роль каталізатора: забезпечення медико-соціального підходу до хворого. Соціальний підхід повинен сформувати сприйняття людини як єдиного цілого з її життєвим середовищем і стати стилем мислення лікаря.

У 90-ті роки особливу увагу стали приділяти формуванню практичних навичок та умінь, а також організації системи контролю знань, зокрема тестам. Відповідно до цих вимог кафедра впровадила ситуаційні задачі для СРС, індивідуальну аудиторну роботу з обліковими документами та звітами закладів охорони здоров'я, три письмові контрольні роботи (із загальної статистики, статистики здоров'я та організації охорони здоров'я). Ситуаційні задачі стали обов'язковим елементом іспиту.

Для підвищення якості, ефективності викладання та забезпечення вимог часу щодо формування практичних навичок, кафедра в 1992 р. видала «Методические рекомендации к практическим занятиям по социальной медицине и организации здравоохранения», де представлені: обґрунтована мета кожного заняття, навчально-цільові задачі, питання для самопідготовки, перелік практичних умінь та навичок, ситуаційні задачі для усіх факультетів, графі логічної структури, література. У вигляді додатків наведені витяги з наказів Міністерства охорони здоров'я, необхідні для вивчення окремих тем [10].

Ця робота кафедри, поряд з доробком кафедри СГ та ООЗ Київського медичного університету, лягла в основу розробки під керівництвом професора Вороненка Ю.В. «Посібника з соціальної медицини та організації охорони здоров'я».

У 1992 р. кафедра вперше підготувала набір тестів для програмованого контролю знань з усіх тем практичних занять і постійно удосконалюва-

ла їх. З 1997 р. в учбовий процес включено два рубіжних тестових контролі (зі статистики та організації охорони здоров'я), а також заключний тестовий контроль, а в 1999 р. тестування стало обов'язковим елементом іспиту з дисципліни.

З 1992 р., коли почали викладати організацію національної охорони здоров'я та поглибили викладання питань здоров'я населення України, в умовах відсутності українського підручника була відновлена практика створення банку текстів лекцій (професор Колоденко В.О., доцент Захарченко Є.М.).

В епоху НТП та соціальних перетворень зростає роль людського чинника. Тому однією з вимог до підготовки спеціалістів є формування їх соціальної зрілості та життєвої позиції. З огляду на це особлива увага в навчальному процесі приділялася вихованню студентів. Крім того, в 70–80-ті рр. викладачі кафедри були кураторами студентських груп. А в 1992 р. на міжнародній конференції з управління якістю підготовки спеціалістів кафедра поділилася накопиченим досвідом виховної роботи [9].

Крім навчання студентів, кафедра з 70-х років займалась післядипломною підготовкою клінічних ординаторів за 50-годинною програмою, а в 70–80-ті роки активно працювала в школі організаторів охорони здоров'я при обласному відділі охорони здоров'я. Основне навантаження цієї роботи несли доценти кафедри Є.М. Захарченко та А.Г. Кравченко.

Сучасний зміст в дисципліну, необхідність переміщення акцентів у викладанні принесло введення нових предметів: основи права (1978–1988 рр.), АСУ (1988–1993 рр.), економіка охорони здоров'я (1991–1993 рр.). Включення цих дисциплін в учбові плани відображало вимоги до управління охороною здоров'я на відповідному етапі розвитку галузі і тому було доцільним, але вони вводились без затверджених учбових програм і підручників. Ці обставини, а також новизна дисциплін вимагали напруженої праці колективу кафедри. І він добре впорався з цими неординарними завданнями: в перший рік викладання кожної дисципліни були розроблені робочі програми, тематичні плани та методичні розробки практичних занять, а також створені банки текстів і лекцій (С.А Химченко – з основи права, доцент М.М. Осипова – з економіки ОЗ, С.А. Батечко – з АСУ).

Маючи серйозні методичні напрацювання з економіки охорони здоров'я, кафедра взяла участь в розробці типової навчальної програми з цієї дисципліни в МОЗ України.

Враховуючи актуальність підготовки спеціалістів з питань технології управління і маючи досвід викладання названих наукових дисциплін,

в 1990 р. на нараді завідувачів кафедр СМ та ООЗ в м. Рязані, а також в 1994 р. на конференції «Актуальные проблемы социальной медицины и организации здравоохранения и пути их дальнейшего развития в Украине» нами була висловлена думка про доцільність розробки єдиної програми викладання СМ, ООЗ, економіки ОЗ, основ права, соціальної психології та АСУ [7]. Але реалізація цього важливого напрямку в підвищенні якості та ефективності викладання загальмувалась, тому що курси основ права та економіки ОЗ були передані на інші кафедри, а невдовзі ліквідовано курс АСУ.

У 1999 р. шляхом об'єднання кафедра була перейменована на кафедру загальної гігієни, соціальної медицини та організації охорони здоров'я. Ці дисципліни завжди доповнювали одна одну. Соціальна медицина навіть зародилася в лоні гігієнічних наук. Але за 75 років вона виросла в самостійну, значну за обсягом дисципліну. На відміну від інших дисциплін, вона займає особливе місце в суспільстві, відрізняється своїми методами та складними зв'язками з суспільно-економічними умовами, дуже непроста по структурі свого предмету вивчення та комплексу проблем, які стоять перед нею на сучасному етапі.

На сьогодні нас не може задовольняти проста констатація впливу різних чинників на здоров'я. Треба переходити до точного вимірювання зв'язків і на цій основі визначати саногенні та патогенні зони, створювати соціальні портрети територій, прогнозувати процеси формування здоров'я, будувати об'єктивні та узгоджені з менталітетом нації медико-організаційні доктрини конкретних служб.

Не цілком задовольняють нас також існуючі критерії оцінки і характеристики здоров'я. Ця проблема потребує нових, нетрадиційних підходів. Наприклад, для наукового обґрунтування змісту диспансеризації, оздоровлення окремих осіб, необхідно мати методіку визначення ресурсів здоров'я, потенціалу здоров'я тощо.

Методом вибору стратегічних шляхів розвитку галузі та організаційних форм методичної допомоги повинні стати математичні моделі, а не емпіричні болючі експерименти на системі охорони здоров'я.

Названі та інші задачі можуть бути вирішені тільки в разі створення наукової школи на основі об'єднання соціальної медицини з менеджментом, економікою охорони здоров'я, основами права, соціологією, соціальною психологією, інформатикою, кібернетикою тощо, які формують методологію та технологію управління, забезпечують системний підхід, функціонально-вартісний аналіз складних проблем і моделювання.

Такий підхід спроможний підняти на більш високий рівень виховну роботу на кафедрі, досягти продиктованих вимогами суспільства виховання лікаря сімейної практики, лікаря-профілактика, здатного керувати ситуацією із забезпечення громадського здоров'я.

У серпні 2000 року від кафедри були відокремлені дисципліни загальна гігієна та екологія, а кафедру соціальної медицини та організації охорони здоров'я було об'єднано з кафедрою економіки охорони здоров'я та курсом основи права. Таким чином, створені об'єктивні умови для розробки та впровадження в учбовий процес єдиної програми викладання цих дисциплін та створення наукової школи з технології управління охороною здоров'я.

Розвиток цієї ідеї буде залежати від кадрового потенціалу кафедри, на якому за останні 25 років не кращим чином позначилась плінність кадрів, пов'язана з низькою заробітною платнею, високими вимогами та нелегкими умовами праці, а також часті зміни завідувачів.

За роки існування кафедри нею завідували: до 1976 р. професор Чорнобров П.Н., з 1976 по 1978 рр. доцент Кравченко А.Г., з 1978 по 1985 рр. доктор медичних наук Міцкевич О.І., з 1985 по 1989 рр. доцент Кравченко А.Г., з 1989 по 1994 рр. професор Тинтюк Д.В., з 1994 по 2000 рр. професор Колоденко О.В., з вересня 2000 р. доктор медичних наук Журавель В.І.

Незмінно працювали на кафедрі тільки доценти Кравченко А.Г. та Захарченко Є.М.

Удосконалення викладання СМ і ООЗ в останні роки гальмується недостатньою матеріально-технічною базою, посиленням педагогічного навантаження, а також низьким рівнем забезпеченості допоміжним персоналом, що є відображенням загальної соціально-економічної кризи в країні.

Список літератури

1. Захарченко Е.М., Гордон Ю.Н., Леоненко И.Н. Управление здравоохранением и его рационализация: Метод. рекомендации. – К.: РМК МЗ УССР, 1981 – 56 с.
2. Захарченко Е.М., Козаченко О.В., Ратовский И.И. Семейные факторы здоровья. – Одесса, 1993. – 56 с.
3. Захарченко Е.М., Кравченко А.Г., Мухаровская Л.И. и др. Качество диспансеризации детей первого года жизни. Информационный листок № 89-0002 – Одесса: РГАСНТИ, 1989. – 7 с.

4. Захарченко Е.М., Леликов А.И., Кушнир В.И. Организационные подходы к совершенствованию диспансеризации рабочих промышленных предприятий. – Одесса: РМК МЗ УССР, 1989 – 37 с.
5. Захарченко Е.М. Методические рекомендации к курсовой работе по социальной гигиене и организации здравоохранения для иностранных студентов. – К.: РМК МЗ УССР, 1983 – 12 с.
6. Захарченко Е.М. Методические рекомендации к курсовой работе по социальной гигиене и организации здравоохранения для студентов, проходящих ознакомительную практику в социалистических странах. – К.: РМК МЗ УССР, 1983 – 12 с.
7. Захарченко Е.М. О задачах социальной медицины на современном этапе // Актуальные проблемы социальной медицины, организации здравоохранения и пути их дальнейшего развития в Украине. – Днепропетровск, 1994. – С. 22–24.
8. Захарченко Е.М., Степула В.В. Применение нормативного и аналитического метода в планировании амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи. – Одесса: ОМИ, 1983 – 51 с.
9. Захарченко Е.М., Тинтюк Д.В. Формирование социального мышления и общечеловеческих ценностных ориентаций у студентов-медиков // Управление качеством подготовки специалистов: международный опыт, современные проблемы и перспективы: Материалы конф., 19–21 нояб. 1992 г. – Одесса, 1992. – С. 219–222.
10. Методические рекомендации к практическим занятиям по социальной гигиене и организации здравоохранения / Под. ред. Д.В. Тинтюка и Е.М. Захарченко. – Одесса: РМК МЗ УССР, 1992 – 247 с.
11. Тинтюк Д.В., Захарченко Е.М. и др. Межкафедральная программа преподавания вопросов профилактики и организации медико-социальной помощи населению. Одесса: ОМИ, 1990. – 13 с.

ПРЕПОДАВАНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ОДЕССКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ В ПОСЛЕДНЮЮ ЧЕТВЕРТЬ XX ВЕКА (К 80-ЛЕТИЮ КАФЕДРЫ)

Д.В. Тинтюк, Е.М. Захарченко, С.А. Батечко, Э.А. Подлубная (Одесса – Кишинев)

Авторы делятся опытом творческого подхода к преподаванию дисциплины с целью удовлетворения запросов времени к подготовке специалистов.

Высказывается мнение о целесообразности разработки единой интегрированной программы преподавания социальной медицины, организации и экономики здравоохранения, основ менеджмента и права, информатики, социологии и социальной психологии с целью создания современной методологии и технологии управления охраной здоровья.

TEACHING SOCIAL MEDICINE AND HEALTH ORGANIZATION IN ODESSA STATE MEDICAL ACADEMY IN THE LAST QUARTER OF THE 20TH CENTURY (TO 80TH ANNIVERSARY OF THE DEPARTMENT)

D.V. Tyntyuk, E.M. Zakharchenko, S.A. Batechko, E.A. Podlubnaya (Odessa)

Authors share their experiences of creative approach to teaching this discipline for the purpose to satisfy modern demands to training specialists.

There is one opinion being expressed here as to the expediency of working out the common integrated teaching program in social medicine, organization and economy of Public Health System (PHS), management principles and law, information systems, sociology and social psychology with the purpose to create modern methodologies and technologies of PHS management.

УДК 614.3:285.13

В.В. ГАПОНЮК

МЕДИЦИНА І РЕЛІГІЯ

Бережани, Тернопільська обл.

Луї Пастер писав: “Чим більше я займаюсь вивченням природи, тим більше зупиняюсь в благовійному дивуванні перед ділами Творця. Я молюсь під час роботи в своїх лабораторіях”. Знаменитий вчений-фізик Ньютон був великим богословом, що написав ‘Тлумачення Книги Нового Заповіту’. Математик Паскаль написав працю “Думки про релігію”.

Віруючими християнами були Фарадей, Ом, Кулон, Ампер, Вольт, Томпсон, Олівер, Лодке. Ч. Дарвін у книзі “Походження людини і статевий відбір” писав: “Необхідно відзначити, що походження ідеї Бога не має нічого спільного з питанням про саме буття Бога Творця, питання, на яке величніші уми людства давали ствердну відповідь ...Я ніколи не був атеїстом в сенсі заперечення Творця. В першу клітину повинен був вдихнути життя Творець”. М.І. Пирогов: “Мені потрібний був абстрактний недосяжний високий ідеал віри, і, взявши Євангеліє, якого я раніше ніколи не читав, а мені було вже 36 років від роду, я осягнув для себе цей ідеал.... Віра у Вищий Розум, як джерело життя, як вселенний розум не суперечить науковим переконанням. Якби я захотів не визнати існування Бога, то не зміг би цього зробити, не втративши глузду”.

Святитель Лука (Войно-Ясенецький) вказує, що на своєму життєвому шляху нам зустрічаються два типи людей: одні в ім'я науки заперечують релігію, інші в ім'я релігії недовіркою відносяться до науки. Зустрічаються і такі, котрі зуміли знайти гармонію між цими двома потребами людського розуму. А чи не складає така гармонія тієї норми, до якої повинна прагнути людина? Позаяк обидві потреби сягають кореннями в надра релігії. Чи суперечить наука релігії? Наука – є система досягнутих знань про досліджувані нами явища дійсності. Наукова діяльність постійна, вона є процес творення істини шляхом досвіду і абстракції. Цей процес динамічний, він проходить через запитання, пошуки, сумніви, передбачення.

Наприкінці минулого століття філософія відійшла від унітарного сприйняття матерії і на

той же рівень поставила Вищий Розум Творця. Однак наукові дослідження як були, так і залишились на матеріалістичних засадах.

Релігія – це відношення до абсолютного, ми називаємо його Богом, Релігія – це спілкування, возз'єднання з Богом. Прийнято розрізняти внутріхристиянський досвід, накладений на підґрунтя християнського знання, і загальнолюдський релігійно-моральний досвід. Перший опирається на Божественне одкровення, другий – на людський розум. Обидва види повинні узгоджуватись і взаємодоповнювати один одного. У підсумку – утворення синтезу Одкровення і Розуму на основі досвіду.

Хворий, хто є з вас, хай прикличе просвітерів Церкви і нехай помоляться над ним. Злостраждає хто з вас, нехай молиться....! молитва віри зцілить хворого....молиться один за одного, щоб зцілитися: багато може посиленна молитва праведного. Соб. посл. Апост. Якова гл. 5.

Спокута – відновлення союзу Людини з Богом, розірване в результаті гріхопадіння з вини людини, як подолання відчуженості і примирення між ними. Гріх тут розуміється як злочин, провинна перед Богом, своїм гріхом людина образила Бога, викликала його гнів.

За даними Всеросійського онкологічного центру імені Блохіна, дочки, матері яких хворіли на рак молочної залози, хворіють цією хворобою на 17 років раніше. Основною причиною даного захворювання є ендокринні порушення, зумовлені багаторазовими абортами. Останній, за християнськими канонами, є смертним гріхом вбивства. Сексуальна активність таких жінок вимагає вживання контрацептивних засобів, що також є гріхом.

Флемінг в промові при отриманні Нобелівської премії за відкриття пеніциліну сказав: “Тут зараз вшановують мене за відкриття пеніциліну, тоді як належить славити і дякувати Богу, позаяк тільки за Його помислом і вказівкам я звернув увагу на антибіотичну дію плісняви(плісені) в природі і отримав те, що може послужити для всіх”...

Література

1. Вейник В.Й. Почему я верю в Бога. Издательство Белорусского Экзархата, 2000.- 336 с.
2. Житие. страдание й полное описание чудес святого великомученика и целителя Пантелеймона. Трифонов Печенгский монастырь, Новая книга, Ковчег, 2001.-480с.
3. Новый завет Господа нашего Иисуса Христа. Свято-Успенская Почаевская Лавра, 2000.- 1216с.
4. Овчинников М.Б. Кто поможет православному справиться с болезнью. Москва: Фаворь, 2002.-384 с.
5. Православный лечебник в наставлениях священника й сонетах практикующего врача. Молитвослов в помощь болящим: Издательство Владимирской епархии. Русская миссия, 2002.-320 с.
6. Святитель Лука (Войно-Яснецкий). Наука й религия. Дух, душа й тело. Троицкое слово. Феникс. 2001.-320 с.
7. Священник Сергей Филимонов. Церковь, больница, больной. Москва: Общество святителя Василия Великого, 2001.- 390 с.
8. Чи лікує молитва? // Людина і світ.- 2002.- № 500.- С. 17-20.
9. Неверович В.К. Происхождение болезни й их причины. Москва: Руський хронограф, 2002.- 121с.
10. Панков Георгій. П.С. Светлов і богословська помилка на рубежі XIX-XX ст. // Людина і світ.- 2002.- №№7-9.- С. 34-39.

МЕДИЦИНА І РЕЛІГІЯ

В.В. Гапонюк (*Бережанська ЦРЛ*)

Пропонується розглянути проблему, яку раніше ніхто не вважав за потрібне піддавати науковому дослідженню. Вказується на необхідність проведення досліджень в медицині з позицій ідеалістичного світогляду і поєднання Божественного одкровення та людського розуму на основі досвіду. Розглядаються конкретні шляхи реалізації і практична значимість таких досліджень.

MEDICINE AND RELIGION

V.V. Haponiuk (*Berezhany of Ternopil Region*)

It is proposed to consider the problem which nobody has ever thought to subject to the scientific discovery. The necessity of discoveries in medicine from the positions of the idealistic world outlook and combination of the Gods truth manifest and human intellect basing on the experience is pointed. Concrete ways of realization and practical importance of such discoveries are being considered.

ДО ВІДОМА АВТОРІВ!

**Редакція журналу “Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров’я України” за-
прошує Вас до активної співпраці!**

Журнал належить до Переліку наукових видань, в яких можуть публікуватися основні результати дисертаційних робіт (розділ “Медичні науки”) ВАК України.

Тематична спрямованість журналу: питання державної політики охорони здоров’я; теоретичні основи охорони здоров’я; концептуальні основи реформування галузі; питання профілактики в охороні здоров’я; медико-демографічні та медико-соціологічні дослідження; вивчення та прогнозування здоров’я населення, розробка моделей управління здоров’ям; медичні проблеми здорового способу життя; організація охорони здоров’я населення; питання управління охороною здоров’я; економіка охорони здоров’я, страхова медицина; нормативне, правове, кадрове, інформаційне, матеріально-технічне, фінансове забезпечення системи охорони здоров’я; сучасні медичні технології; проблеми підготовки медичних кадрів та організація післядипломної освіти;

організація санітарно-епідеміологічної служби; комплексна інформація системи охорони здоров’я, її правове, інформаційне, програмне і технічне забезпечення; організація наукових досліджень у системі охорони здоров’я та впровадження нововведень; питання історії медицини, медичної етики та деонтології; проблеми організації наукової медичної інформації; організація охорони здоров’я та управління нею в екстремальних умовах; міжнародний досвід з організації охорони здоров’я;

міжнародне співробітництво з питань охорони здоров’я тощо.

До редакції (за адресою: Київ-54, вул. О.Гончара, 65) 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:

• Матеріал має супроводжуватись офіційним направленням від установи, в якій він був виконаний, з візою керівництва (наукового керівника), завіреною круглою печаткою установи, та **гарантійним листом про оплату із розрахунку 60 ум.од. за 1 авторський аркуш (40 000 знаків), оплата здійснюється установою або автором. Якщо матеріал не має гарантійного листа, він не розглядається, автору не повертається, а передається на розгляд лише після погашення заборгованості.**

• На останній сторінці статті мають бути власноручні підписи всіх авторів, прізвище, ім’я та по батькові, поштова адреса, номери телефонів (службовий, домашній) автора, з яким редакція буде спілкуватися.

• Авторський текстовий оригінал має складатися з трьох примірників українською мовою:

- тексту (обсяг оригінальних статей, у тому числі рисунків, літератури, реферату, не більше ніж 8 с., оглядів літератури, лекцій, проблемних статей - не більше ніж 12 с., коротких повідомлень, рецензій - не більше ніж 7 с.);

- списку літератури (якщо в статті є посилання, не більше ніж 20 літературних джерел, в оглядах - не більше ніж 50);

- таблиць;

- рисунків (не більше ніж 4) і підписів до них;

- рефератів українською, російською та англійською мовами обсягом не більше 1/3-1/2 с.

• Статті набираються на комп’ютері (в програмі Word 7.0, шрифтом 14 пунктів і не більше ніж 32 рядки на сторінці, зберігаються у форматі *.rtf), подаються роздруковані з дискетою. Ілюстрації (діаграми, графіки, схеми) будуються в програмах Word 6.0/7.0 або Excel 6.0/7.0 та у вигляді окремих файлів разом із текстовим файлом подаються на дискеті. Як виняток, авторський оригінал може бути надрукований на друкарській машинці (обсяг не більше ніж 12 с.) через 2 інтервали на одній сторінці аркуша формату А4 (210x297 мм), відступаючи від лівого краю 35 мм, правого - 10 мм, згори і знизу - по 25 мм (28-30 рядків на сторінці, 60-65 знаків, враховуючи пропуски, на рядку).

• На першій сторінці зазначаються: шифр УДК ліворуч, ініціали та прізвища авторів, місто в дужках, назва статті, назва установи, де працюють автори.

• Список літератури подається зразу ж за текстом. Автори згадуються за абеткою - спочатку праці вітчизняних авторів, а також іноземних, опублікованих російською чи українською мовою, далі іноземних

авторів, а також вітчизняних, опублікованих іноземною мовою. Всі джерела повинні бути пронумеровані та мати не більше ніж 5-7-річну давність. Посилання в тексті позначаються цифрами у квадратних дужках, мають відповідати нумерації у списку літератури. В бібліографічному описі книги потрібно зазначити прізвища та ініціали авторів, її назву (якщо чотири і більше авторів - назву книги, а потім за похилою лінією ініціали і прізвища всіх авторів або, якщо більше чотирьох, трьох авторів і слова "та ін."), місто, видавництво, рік видання, загальну кількість сторінок; статті - прізвище та ініціали авторів, назву періодичного видання (журналу, збірника наукових праць), рік, номер (том, випуск) і сторінки (початкова й остання);

автореферату дисертації - прізвище та ініціали автора, назву автореферату, далі із заголовної літери після двох крапок вказують, на здобуття якого ступеня захищається дисертація і в якій галузі науки, місто та рік видання, загальну кількість сторінок. Скорочення слів і їх поєднань приводять згідно з ДСТУ 3582-97 "Скорочення слів в українській мові у бібліографічному описі. Загальні вимоги та правила".

- Кількість ілюстрацій (рисунок, схеми, діаграми) має бути мінімальною. Таблиці і рисунки вміщують у текст статті відразу після першого посилання на них. У підписі до рисунка наводять його назву, 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 надаються зробленими у редакторі формул Microsoft Equation 3.0. Як виняток, формули вписують темними чорнилами і розмічають усі елементи (латинські літери - синім олівцем, грецькі - червоним, великі і малі букви, подібні за написанням букви і цифри).

- Позначки різних мір, одиниці фізичних величин, результати клінічних і лабораторних досліджень слід наводити відповідно до Міжнародної системи одиниць (СИ), медичні терміни - згідно з Міжнародною анатомічною та Міжнародною гістологічною номенклатурами, назви захворювань - за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду, лікарські засоби - за Державною Фармакопеею (X, XI). Назви фірм і апаратів треба давати в оригінальній транскрипції.

- Скорочення у тексті слів, імен, термінів (крім загальновідомих) не допускається. Аббревіатура розшифровується після першого згадування і залишається незмінною протягом усього тексту.

- У рефератах потрібно вказати назву статті, ініціали та прізвище автора (авторів), місто в дужках, зазначити мету, об'єкт, методи дослідження, результати і висновки.

- Відповідальність за вірогідність та оригінальність поданих матеріалів (фактів, цитат, прізвищ, імен, результатів досліджень тощо) покладається на авторів. Статті, оформлені без дотримання правил, не розглядаються і не повертаються авторам.

- Редакція забезпечує рецензування статей, виконує спеціальне та літературне редагування, залишає за собою право скорочувати обсяг статей. Відмова авторам в опублікуванні статей може бути без пояснення її причини і не вважатиметься негативним висновком стосовно наукової та практичної значущості роботи.

- Вартість розміщення реклами на сторінках журналу:

- кольорова на клейці:

- двостороння - 300 ум.од.;

- одностороння - 170 ум.од.;

- чорно-біла на аркушах формату А4 - 100 ум.од.;

- рекламні статті - 150 у.о. за 1 авт. арк.

- Зміст усіх випусків журналу, тези надрукованих статей українською, російською та англійською мовами, розділ "До відома авторів" та умови передплати розміщені на сервері Українського інституту громадського здоров'я за адресами:

http: www.uact.cit-ua.net/uiph

http: www.uact.kharkov.com/uiph.

- Придбати журнал Ви зможете за передплатою та в роздріб. Вартість передплати за один номер юридичними та фізичними особами 12 грн. 50 коп. Бажаючим його придбати потрібно звертатися за тел. (0352) 22-80-09.

Адреса редакції: 01601, м.Київ

вул.О.Гончара, 65

Український інститут громадського здоров'я

тел. (044) 216-81-51, 216-71-49

Адреса редакції

01601, м. Київ, вул. Димитрова 5, корп. 10-а (7 поверх)
телефон (044) 216-81-51, 216-85-54, факс (044) 216-71-00 E-mail: health@uiph.kiev.ua

Адреса видавництва

46001, м.Тернопіль, майдан Волі, 1
Видавництво “Укрмедкнига” Тернопільської державної медичної академії ім. І.Я. Горбачевського
телефон (0352) 22-44-92, 22-47-73? 22-14-64
Розрахунковий рахунок видавництва № 35307312101 в Нац. банку м. Тернополя МФО 338415
Код ЄДРПОУ 23587539 для зарахування Тернопільській медичній академії на рахунок 07060223000067/1
для журналу “Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров’я України”

Редактори	<i>О.В. Шумило</i>
Художнє оформлення	<i>Н.М. Лещук</i>
Коректор	<i>О.В. Шумило</i>
Технічний редактор	<i>С.Т. Демчишин</i>
Комп’ютерний набір	<i>Н.М. Лещук, О.В. Шумило</i>
Комп’ютерна верстка	<i>І.Т. Петрикович</i>
Перекладачі	<i>І.Д. Блізнюк-Ходоровський, Л.А. Яновська</i>
