

Український інститут громадського здоров'я  
Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

ВІСНИК  
СОЦІАЛЬНОЇ ГІГІЄНИ  
ТА ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ  
ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
*ЩОКВАРТАЛЬНИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ*

4

---

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

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

Київ – Тернопіль  
“Укрмедкнига”  
2006

Свідоцтво про державну реєстрацію серія КВ № 374 від 23.03.99

---

**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*),  
Н.О. Лісовська (*відповід. секретар*), М.Є. Поліщук, А.М.Сердюк, І.М.Солоненко, А.Р.Уваренко,  
А.О.Шелюженко

---

**РЕДАКЦІЙНА РАДА**

---

В.І.Агарков (*Донецьк*), 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*), 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 09.06.99 №1-05/7)

*Рекомендовано до друку Вченою радою  
Українського інституту громадського здоров'я  
(протокол № 52 від 13 вересня 2006 р.)*

**Передплатний індекс – 22867**

**Ювілеї**

Українському інституту громадського здоров'я - десять років.

**Здоров'я і суспільство**

*В.М. Пономаренко, Н.В. Медведовська, Т.К. Кульчицька.* Захворюваність на розлади психіки та поведінки, їх поширеність, ретроспективний і проспективний аналіз.

*Л.А. Чепелевська, Г.І. Баторшина.* Демографічна ситуація в сільській місцевості.

*А.В. Іпатов, О.В. Сергієні, Д.І. Дзевицький, Т.Г. Войтчак.* Первинна інвалідність внаслідок захворювань вен нижніх кінцівок в Україні.

*В.М. Якимець, Г.О. Слабкий, В.В. Якимець.* Визначення потреби ветеранів Великої Вітчизняної війни та прирівняних до них контингентів у соціальній та медичній допомозі.

*К.Є. Прикащикова, Ю.С. Шатоян, Л.Є. Трошчук, А.А. Осьмак, Є.Є. Павловський, Н.Т. Романенко, Г.В. Костюк.* Структура захворюваності чоловіків і жінок, евакуйованих із 30-кілометрової зони внаслідок катастрофи на ЧАЕС, за даними медичного спостереження у віддалений період.

*О.В. Горбенко.* Інформаційно-комунікативні перешкоди у використанні контрацепції та шляхи їх подолання в Україні (за даними наукової літератури).

*О.В. Олексієнко.* Розповсюдженість артеріальної гіпертензії серед сільської молоді Вінницької області.

**Методологічні підходи в системі охорони здоров'я**

*В.В. Маруніч, А.В. Іпатов, О.В. Сергієні, О.А. Дніпрова, Т.Г. Войтчак.* Стандартизація як метод оптимізації діяльності служби медико-соціальної експертизи.

**Організація медичної допомоги**

*В.М. Пономаренко, А.Б. Зіменковський, Б.Я. Николайчук, О.О. Фільц.* Шляхи підвищення якості медичної допомоги: участь пацієнта в лікувальному процесі.

*Г.О. Слабкий, В.В. Бондаренко.* Ситуаційний аналіз розвитку охорони здоров'я на селі.

**Anniversaries**

5 To the Ukrainian institute of public health – ten years.

**Health and society**

7 *V.M. Ponomarenko, N.V. Medvedovskaya, T.K. Kul'chitskaya.* Prevalence and morbidity mental and behavior disorders, retrospective and prospective analysis.

14 *L.A. Chepelevskaya, A.I. Batorshina.* Demographic situation in the rural area.

18 *A.V. Ipatov, H.V. Sergieni, D.I. Dzevitsky, T.G. Voitshak.* Primary handicap due to venous diseases of lower extremities among Ukrainian population.

22 *V.N. Yakimets, G.A. Slabky, V.V. Yakimets.* Determination of requirement in social and medical aid of veterans of Great Patriotic War and equated contingents.

28 *K.E. Prikashchikova, J.S. Shatojan, L.E. Troshchuk, A.A. Osmac, E.E. Pavlovskiy, N.T. Romanenko, G.V. Kostuk.* Illnesses of men and women evacuated from 30-km area around on the chernobyl atomic power station from the data of medical supervision in the distant period.

32 *A.V. Gorbenko.* Information-communicative barriers in use of contraception and a way of their overcoming in Ukraine (according to the scientific literature).

36 *O.V. Oleksienko.* Prevalence of arterial hypertension among village youth of Vinnitsa region.

**Methodological Approaches in the Public Health System**

39 *V.V. Marunitch, A.V. Ipatov, E.V. Sergieni, O.A. Dniprova, T.G. Voitshak.* Standardization as an optimization method of medical and social examination.

**Organisation of Medical Care Provision**

44 *V.M. Ponomarenko, A.B. Zimenkovsky, B.J. Nikolajchuk, O.O. Fildc.* The ways of arising health care quality: patient's participation in cure process.

47 *G.A. Slabky, V.V. Bondarenko.* Situation analysis of public health development in the rural area.

*В.М. Лехан, О.Л. Зюков.* Порівняльна оцінка якості життя онкологічних хворих як індикатора якості медичної допомоги в хірургічних стаціонарах різного типу.

51

*Н.Ю. Кондратюк, С.В. Кравченко, С.М. Кривенко.* Стан розвитку сімейної медицини в Україні.

56

*В.М. Богомаз, В.О. Бурмістенко.* Оцінка безпеки пацієнтів при застосуванні рекофолу в анестезіологічній практиці.

59

*А.І. Побережний, Н.Я. Панчишин, В.Л. Смірнова, Л.М. Романюк.* Проблеми української здравоохорони та шляхи їхнього вирішення.

64

*С.В. Калінчук, М.Р. Баязітов.* Організаційно-методичні аспекти роботи медичної сестри в палаті інтенсивної терапії обласної лікарні.

67

### Економіка охорони здоров'я

*В.І. Агарков, С.В. Грищенко, В.В. Ніколаєнко, О.А. Лихобабіна, Г.К. Северин, І.І. Грищенко.* Макроорганізаційні принципи формування ринкових відносин у громадській охороні здоров'я.

71

*М.В. Шевченко, О.Ф. Гаврилук.* Вивчення залежності між окремими показниками фінансування галузі та тенденціями стану здоров'я населення України.

76

*А.О. Голяченко.* Економічна ефективність медичної реабілітації.

81

### Правове забезпечення охорони здоров'я

*В.М. Пономаренко, В.С. Швецов, С.В. Істомін.* Правовий аудит у системі охорони здоров'я.

85

*Д.В. Варивончик.* Нормативно-правове забезпечення боротьби з виробничою канцерогенною небезпекою та професійною онкологічною патологією в Україні.

88

### Дискусії

*О.П. Педорець, Р.Ю. Хоружа, А.Г. Піляєв.* Реформування вищої медичної освіти, чи все так однозначно?

96

### Історія медицини

*І.Б. Марцінковський.* Хвороба і смерть Б. Хмельницького.

100

*V.N. Lekhan, O.L. Zjukov.* Comparative estimation of oncologic patients' life quality as indicator of medical aid quality in surgical clinics of different types.

*N.Ju. Kondratyuk, S.V. Kravchenko, E.N. Krivenko.* Condition of development of family medicine in Ukraine.

*V.M. Bogomaz, V.A. Burmistenko.* Evaluation of patient safety in case of the rekofol using in the anaesthesiologic practice.

*A. Poberezhnyj, N. Panchyshyn, V. Smirnova, L. Romanyuk.* Problems of the Ukrainian health protection and way of their decision.

*S.V. Kalinchuk, N.R. Bayazitov.* Organisational and methodological aspects of nurse work at the department of intensive therapy in regional hospital.

### Economics of Health Care Provision

*V.I. Agarkov, S.V. Gryshchenko, V.V. Nykolaenko, O.A. Lychobabina, G.K. Severin, E.E. Gryshchenko.* Market relations in public health: macroorganizational principles of forming.

*M.V. Shevchenko, A.F. Gavriljuk.* Studying of dependence between separate indices of financing of branch and tendencies of the Ukrainian population' state of health.

*A. Golyachenko.* Economic efficiency of medical rehabilitation.

### Legal provision of public health

*V.M. Ponomarenko, V.S. Shvetsov, S.V. Estomyn.* Legal audit in the public health system.

*D.V. Varyvonchik.* Regulation and legal provision of the control of work-related cancer danger and occupational cancer pathology in Ukraine.

### Debates

*A.P. Pedorets, R.Ya. Khoruzhaya, A.G. Pilyaev.* Reforming of higher medical education, whether all so is unequivocal?

### History of medicine

*I.B. Martsincovsky.* Disease and death of Bogdan Khmelnytsky.

## УКРАЇНСЬКОМУ ІНСТИТУТУ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я – ДЕСЯТЬ РОКІВ

Десять років тому було створено Український інститут громадського здоров'я, основними напрямками наукової діяльності якого стали проведення наукового аналізу, прогнозування та моніторингу стану здоров'я населення України та факторів, що на нього впливають; обґрунтування потреби населення в медичній допомозі та визначення її фактичних обсягів; дослідження закономірностей розвитку системи профілактики хвороб і формування здорового способу життя; наукове обґрунтування та розробка питань організації і управління, формування і супроводження державних та галузевих програм розвитку охорони здоров'я; наукове обґрунтування розвитку нормативно-правового забезпечення; дослідження економічних проблем, медичного страхування; інформаційне забезпечення системи охорони здоров'я; розробка науково-теоретичних підходів до створення стандартів медичних технологій та впровадження принципів науково-доказової медицини.

За десять років своєї діяльності Інститут став провідною науковою установою МОЗ України, яка розробляє та обґрунтовує шляхи розвитку системи охорони здоров'я країни. Інститут є науковим центром з організації охорони громадського здоров'я який добре знають не тільки в державі, але й далеко за її межами.

Його співробітники тісно співпрацюють як з іншими науковими центрами, так і з органами законодавчої і виконавчої влади, практичною охороною здоров'я, міжнародними організаціями: Комітетом Верховної Ради з питань охорони здоров'я, Кабінетом Міністрів України, Міністерством економіки та з питань Європейської інтеграції України, Міністерством освіти та науки України, Національним медичним університетом ім. О.О. Богомольця, Національною медичною академією післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика; більш ніж 30 профільними науково-дослідними інститутами МОЗ та АМН України та вищими медичними навчальними закладами. Інститут тісно співпрацює з штаб-квартирою ВООЗ у Женеві, Європейським регіональним бюро ВООЗ, є учасником виконання міжнародних проектів та програм, у тому числі проектів Ради Європи, міжнародних проектів ВООЗ „Міста Здоров'я”, „Європа без тютюну”, CINDI, „Здоров'я для всіх”, „Обстеження стану здоров'я населення за допомогою опитувань” (EuroHIS), програми „TACIS” тощо.

Вченими та організаторами охорони здоров'я України високо оцінені дослідження, проведені науковцями інституту. Серед робіт слід відмітити такі:

- вивчення стану здоров'я та якості життя населення України за програмою моніторингу виконання Європейської політики „Здоров'я для всіх” у 21-му сторіччі;

- сучасні тенденції та перспективи оцінки смертності населення України (соціально-економічний та регіональний аспекти);

- наукове супроводження реорганізації первинної медико-санітарної допомоги населенню на засадах загальної лікарської практики/сімейної медицини, включаючи жіноче та дитяче населення;

- наукове обґрунтування напрямків удосконалення економічного механізму управління охороною здоров'я;

- розробка і впровадження телемедичних технологій для поліпшення організації і управління галуззю охорони здоров'я та практичної медицини;

- наукове обґрунтування методології формування та регулювання нормативно-правової бази охорони здоров'я України відповідно до Європейського медичного права.

Наукові здобутки інституту висвітлені більш як у 1200 наукових публікаціях, серед яких 57 монографій, 66 посібників, понад 500 наукових статей та більше 30 методичних рекомендацій.

Інститут проводить значну роботу з підготовки наукових кадрів. Він є базовим закладом, в якому виконуються як кандидатські, так і докторські дисертації. За десятирічний період під керівництвом науковців Інституту виконано 5 докторських та 24 кандидатські дисертації; 24 дисертації, в т.ч. 4 докторські та 20 кандидатських, виконується наразі.

Серед дисертантів Інституту відомі організатори охорони здоров'я – В.В. Єлагін, З.М. Парамонов, Ю.А. Хунов, В.Й. Шатило, А.В. Степаненко та ін.

Інститут є навчальною базою медичного інституту Української асоціації народної медицини з підготовки студентів з питань соціальної медицини та економіки охорони здоров'я, інформатики та історії медицини. Протягом трьох років навчалася близько 500 студентів.

Наукові співробітники Українського інституту громадського здоров'я МОЗ України є членами спеціалізованих рад державного медичного університету ім. О.О. Богомольця та Київської медичної академії післядипломної освіти за спеціальністю 14.02.03 "соціальна медицина".

В Інституті працює плеяда видатних вчених із соціальної медицини. Це доктори медичних наук – Л.А. Чепелевська та Г.О. Слабкий, кандидати наук – Г.М. Москалець, О.М. Ціборовський, О.О. Дудіна, Г.В. Курчатова, Н.Т. Кучеренко, Н.В. Медведовська, Т.К. Кульчицька, Н.П. Ярош, В.І. Євсєєв, Т.В. Єльчиць, Г.Й. Близнюк-Ходоровська, провідні та старші наукові співробітники С.Д. Пономаренко, В.С. Швецов, Шевченко М.В., Н.М. Лещук, Ф.Ф. Ринда, молоді науковці І.А. Васянович, Н.Ю. Кондратюк, С.В. Кравченко, Є.М. Кривенко та інші.

Незмінним Директором інституту є його засновник, талановитий організатор охорони здоров'я, вчений, поважна людина, доктор медичних наук, професор Віктор Михайлович Пономаренко, який заслужено визнаний одним із ведучих спеціалістів з соціальної медицини в країні.

І сьогодні Інститут вирішує складні питання розбудови національної системи охорони здоров'я. Розробка найважливіших державних документів у сфері охорони здоров'я проводяться або в стінах Інституту, або за активної участі його співробітників.

**КОЛЕКТИВ ІНСТИТУТУ**

УДК 312.6:616-009-052(477)

*В.М. ПОНОМАРЕНКО, Н.В. МЕДВЕДОВСЬКА, Т.К. КУЛЬЧИЦЬКА*

## ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА РОЗЛАДИ ПСИХІКИ ТА ПОВЕДІНКИ, ЇХ ПОШИРЕНІСТЬ, РЕТРОСПЕКТИВНИЙ І ПРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ

Український інститут громадського здоров'я МОЗ України

ВООЗ стверджує, що психічне здоров'я має надзвичайно важливе значення для благополуччя окремих людей, суспільств і країн. Воно повинно розглядатися як пріоритетний напрям охорони здоров'я і потребує здійснення заходів щодо забезпечення права людей на збереження свого психічного здоров'я [2;4].

Загальна урбанізація, збільшення психоемоційного навантаження через економічні та соціальні чинники призводить до погіршення психічного здоров'я населення, до значних економічних збитків, зниження якості життя та її очікуваної тривалості. Психічні розлади є однією з провідних причин інвалідності населення, відіграють значну роль у зменшенні захисних функцій імунної системи, розвитку певних хвороб і передчасної смерті [3;8].

Вивчення генетичних, біологічних, соціальних, екологічних та інших чинників розкриває їх роль у виникненні розладів психіки та поведінки і вказує на нероздільність психічного та фізичного здоров'я, їх глибокий взаємовплив [1;5;6;9;11]. На психічне здоров'я значною мірою впливає ставлення людини до себе, до інших людей, до життя в цілому та життєвих цілей [5;9]. До чинників ризику належить так зване "психологічне забруднення", тобто сильні емоційні переживання, стреси, у зв'язку з чим велике значення для здоров'я відіграє спосіб життя й установка людини на довге здорове довголіття [3;8].

Заходи щодо скорочення поширеності психічних розладів в Україні, передбачені в Міжгалузевій комплексній програмі "Здоров'я нації" для виконання майже всіма міністерствами та відомствами, МОЗ та АМН України, розраховані на 2002–2011 рр. Моніторинг їх виконання в регіональному аспекті ведеться в Українському інституті громадського здоров'я МОЗ України. У методичному відношенні така єдність та самостійність окремих компонентів, сфер і методів їхнього професійного внеску в рішення загальних проблем психічного здоров'я населення вно-

сять важливі для такої системної акції багатоплановість і різноманітність підходів до вирішення загальної проблеми, відповідальність кожного компонента за ефективність здійснених заходів на різних рівнях охорони здоров'я [7].

Для здійснення стратегії щодо збереження психічного здоров'я важливого значення набуває моніторинг розладів психіки та поведінки, адже з року в рік зростає кількість людей, які потребують соціальної та медичної допомоги.

**Метою роботи** стало проведення ретроспективного та проспективного аналізу з урахуванням регіональних особливостей захворюваності і поширеності розладів психіки та поведінки, в тому числі пов'язаних з алкоголізмом, наркоманією, токсикоманією, а також стану виконання заходів щодо попередження зростання цієї патології у межах Міжгалузевої комплексної програми "Здоров'я нації".

**Об'єкт і методи дослідження.** Об'єктом дослідження є дитяче населення, підлітки, особи працездатного і непрацездатного віку, що страждають на розлади психіки та поведінки.

У роботі використано дані офіційної статистичної звітності Центру медичної статистики МОЗ України та результати моніторингу стану здоров'я і діяльності закладів охорони здоров'я, що здійснюється Українським інститутом громадського здоров'я МОЗ України.

Проведено аналіз структури і рівня захворюваності на розлади психіки та поведінки і їх поширеності у різних групах населення в динаміці п'ятирічного періоду спостереження (2000–2005 рр.) та на перспективу.

Статистичний аналіз ґрунтувався на отриманні відносних і середніх величин з оцінкою достовірності розходжень за величиною коефіцієнта  $t$  (Стьюдента) і прогнозних тенденцій методом екстраполяції лінійного тренду.

**Результати дослідження.** За даними офіційної статистичної звітності, у 2005 р. серед усього



населення України зареєстровано 228,0 тис. звертань (484,0 на 100 тис. населення) з приводу вперше виявлених розладів психіки та поведінки (табл.). Контингенти хворих на цю патологію ста-

новили 2 млн 230 тис. (4733,9 на 100 тис. населення) і 2,7% у структурі всіх зареєстрованих у населення хвороб, тобто кожен третій випадок зі ста виявлених – психічне захворювання.

Таблиця. Рівень захворюваності (з) і поширеності (п) розладів психіки та поведінки серед населення України у період 2000–2005 рр. (на 100 тис. відповідного населення)

Групи населення		Роки			Динаміка змін	
		2000	2004	2005	2005/2004	2005/2000
Усе населення	П	4629,7	4703,6	4733,9	100,64	102,25
	З	492,1	487,0	484,0	99,8	98,35
Діти	П	3238,0	3437,0	3451,0	100,41	106,58
	З	626,0	611,0	617,0	100,98	98,56
Підлітки	П	4244,0	4192,0	4227,0	100,83	99,60
	З	704,0	663,0	623,0	93,97	88,49
Населення працездатного віку	П	5740,1	5683,0	5703,9	100,36	99,37
	З	558,6	540,6	530,4	98,11	94,95
непрацездатного віку	П	3290,5	3362,3	3376,8	100,43	102,62
	З	260,9	303,7	313,7	103,29	120,24

Нами проаналізовано динаміку змін рівня захворюваності на розлади психіки та поведінки і їх поширеності за два п'ятирічні періоди (1994–1999 рр. і 2000–2005 рр.) серед усього насе-

лення України (рис. 1). У перший період захворюваність незначно зросла, за другий – знизилася на 1,6%.

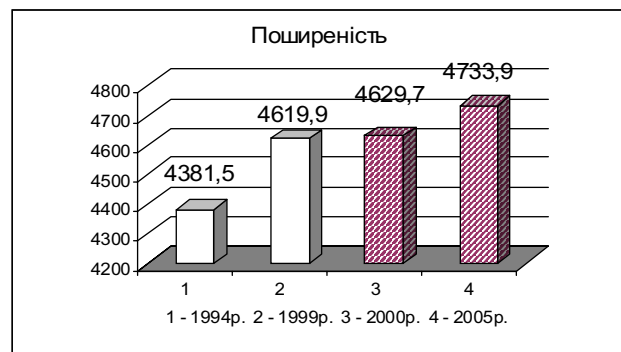
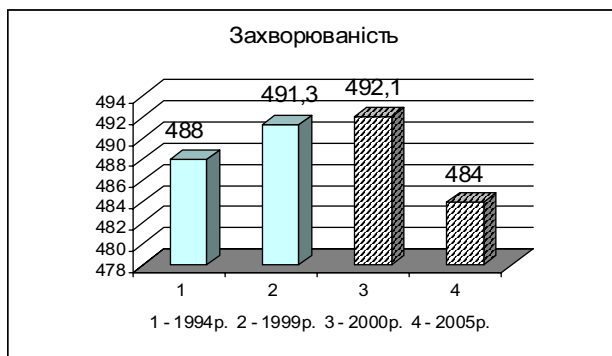


Рис. 1. Динаміка змін захворюваності на розлади психіки та поведінки і їх поширеності серед усього населення України в період 2000–2005 рр. (на 100 тис. населення)

Що стосується контингентів таких хворих (поширеність), то в перший період їх кількість зросла з 4381,5 до 4619,9 на 100 тис. (6,1%), у другий – з 4629,7 до 4733,9 на 100 тис. (2,2%). Отже, спостерігається тенденція до зниження реєстрації вперше виявлених розладів психіки та пове-

дінки серед усього населення України в період 2000–2005 рр.

Це сталося переважно внаслідок зменшення захворюваності на непсихотичні розлади (на 6,3%), тоді як психотичні розлади знизилися у 2005 р. порівняно з 2000 р. на 2,3%, а порівняно з 2004 р. зросли на 1,9% (рис. 2).

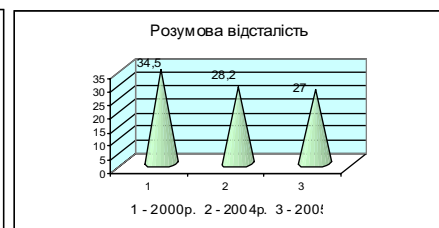
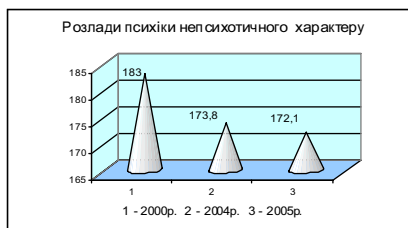
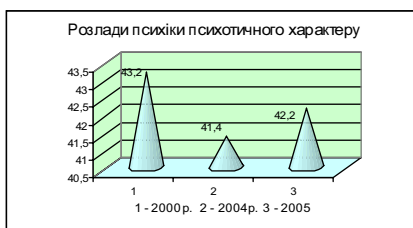


Рис. 2. Динаміка основних складових розладів психіки та поведінки серед усього населення України в період 2000–2005 рр. (на 100 тис. населення)



Захворюваність на розлади психіки та поведінки, особливо на граничні стани, упродовж останніх п'яти років була достовірно ( $p < 0,001$ ) найвищою серед підлітків і у 2005 р. становила 623,0 на 100 тис. підліткового населення. Це зумовлено інтенсивною соціалізацією особистості у цей період, фізіологічною перебудовою організму. Недостатня соціальна адаптація підлітків проявляється передусім високою частотою порушень поведінки від підвищеної конфліктності і делінквентності. Незначно нижчим був рівень захворюваності серед дітей (617,0 на 100 тис.) і осіб працездатного віку – 530,4 на 100 тис. Найнижчим – серед людей непрацездатного віку (313,7 на 100 тис.).

Що стосується поширеності розладів психіки та поведінки, то вони достовірно ( $p < 0,001$ ) частіше порівняно з іншими віковими групами зустрічаються у населення працездатного віку – 5703,9 на 100 тис. Це на 34,9% вище, ніж у підлітків, на 65,3%, ніж у дітей, і на 68,9%, ніж у осіб похилого віку.

Захворюваність на розлади психіки та поведінки у період 2000–2005 рр. зросла найбільше серед населення похилого віку – на 20,2%. Це значною мірою зумовлено зростанням кількості випадків депресії як у нашій країні, так і у світі [8]. Клінічно виражена депресія діагностується у 6–9% пацієнтів похилого віку, серед госпіталізованих цей показник становить 11–45%, а за даними будинків престарілих із сестринським доглядом – 12–25%. Субклінічну депресію виявляють приблизно в 4–15% амбулаторних пацієнтів літнього віку. У неспеціалізованих стаціонарах цей показник дорівнює 18% для осіб, старших 60 років, а серед населення, що про-

живає у звичайних домашніх умовах, – 13–27%. В інших групах населення захворюваність за період 2000–2005 рр. має тенденцію до зниження (у дітей – на 1,4%, у підлітків – на 11,5%, у осіб працездатного віку – на 5,0%); контингенти хворих на розлади психіки та поведінки зросли серед дітей на 6,6%, серед населення працездатного віку – на 2,6%.

Вперше виявлені непсихотичні розлади реєструвалися у 2005 р. з частотою 172,1 на 100 тис., психотичні – у 4,1 разу рідше і становили 42,2 на 100 тис. Контингенти хворих на непсихотичні розлади були достовірно більшими, ніж на психотичні, у 1,9 разу і становили 233,7 на 100 тис. Слід відмітити зниження захворюваності на розумову відсталість у період 2000–2005 рр. – на 21,7%, її поширеності – на 1,7%. У 2005 р. в психоневрологічних закладах перебувало на обліку 1,2 млн осіб, які становили диспансерну і консультативну групи. Вперше в поточному році було взято на облік 113,6 тис. осіб. Розлади психіки та поведінки відіграють важливу негативну роль в інвалідизації населення, особливо дітей. Так, серед захворювань, які зумовлюють інвалідність, ця патологія займає близько 6% і 16% – у дітей.

Нами визначено накопичену (за останні п'ять років) захворюваність на розлади психіки та поведінки у розрізі регіонів і розраховано середню величину по кожній з областей (рис. 3). Як свідчать розрахунки, беззаперечними лідерами щодо високого рівня захворюваності є АР Крим (769,1 на 100 тис.), Луганська (703,0) Житомирська (654,8) Київська (617,5), показники в яких достовірно перевищують пересічні по Україні відповідно на 59,2%, 45,5%, 35,6%, 28,0%.

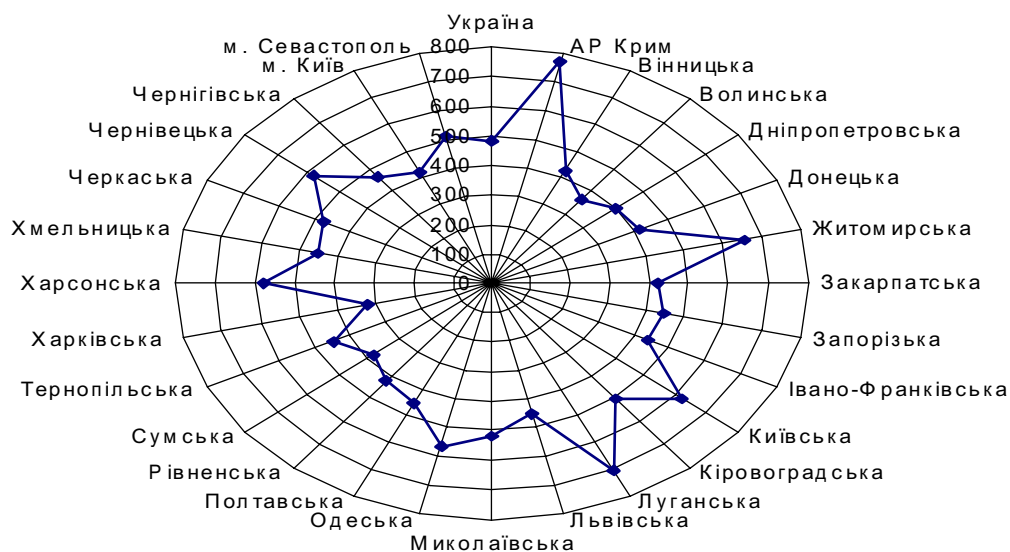


Рис. 3. Регіональні особливості захворюваності на розлади психіки та поведінки серед усього населення України (середні дані за 5 років на 100 тис. населення)

Найнижчі рівні захворюваності за останні п'ять років реєстрували в Сумській (384,6 на 100 тис.), Волинській (365,8), Харківській (324,4) областях. Нами виявлена важлива закономірність, а саме більш низький порівняно з іншими регіонами рівень захворюваності у Західному регіоні.

Що стосується темпу приросту захворюваності в регіональному аспекті, то у період 2000–2005 рр. рівень захворюваності найбільш значно зріс у Рівненській, Житомирській, Тернопільській, Кіровоградській областях (темпи приросту від 23,0 до 13,0%). За цей період у 11 областях рівень

захворюваності знизився найбільш значно у Вінницькій, Закарпатській, Миколаївській, Сумській областях (від 13,0 до 27,0%).

Активно ведеться робота щодо виявлення розладів психіки та поведінки в АР Крим, Херсонській, Луганській, Житомирській, Київській областях. Найбільші групи хворих на розлади психіки та поведінки, які перебувають під диспансерним наглядом, сформовано в Херсонській (4911,5); Хмельницькій (4694,5), Луганській (4678,1) та Дніпропетровській (4460,6 на 100 тис. населення) областях.

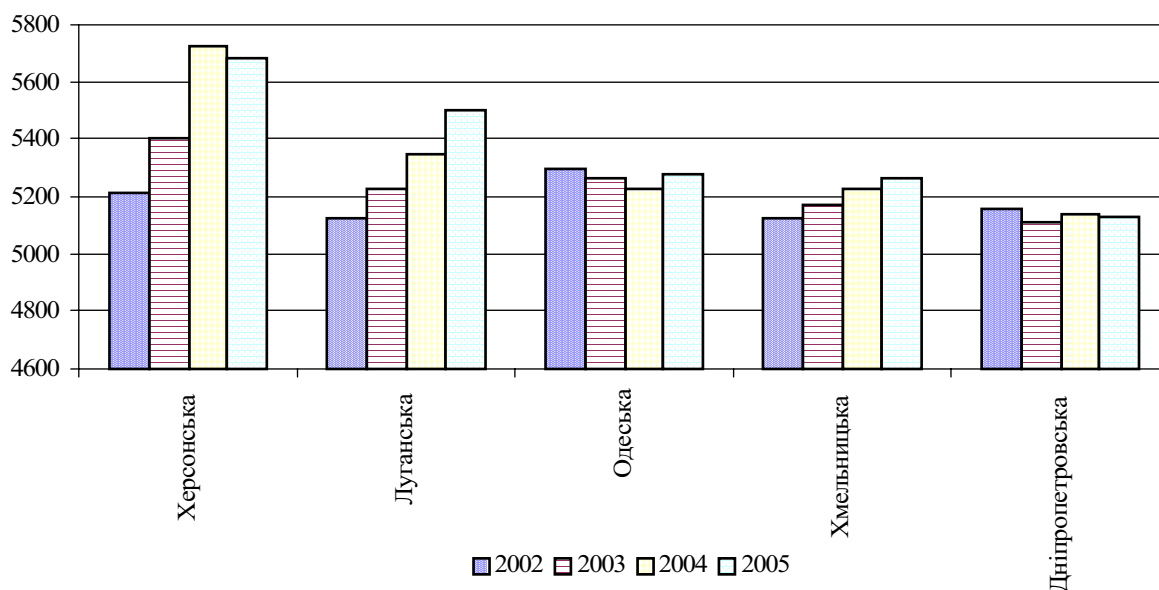


Рис. 4. Поширеність розладів психіки та поведінки в окремих областях за 2002–2005 рр. (на 100 тис.)

При аналізі тенденцій змін (2002–2005 рр.) показників захворюваності, поширеності та груп диспансерного нагляду за діагнозом “розлади психіки та поведінки” в областях з найвищим рівнем поширеності цієї патології за підсумка-

ми 2005 р. виявлено, що в Херсонській області простежується чітка тенденція до зростання поширеності, захворюваності та кількості хворих, які перебувають під диспансерним наглядом (рис. 4;5;6).

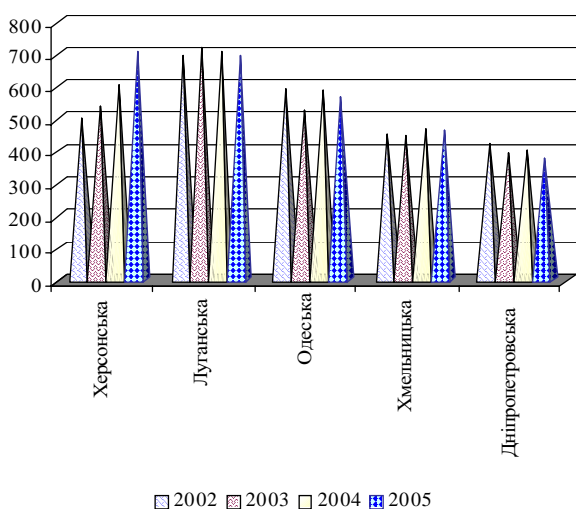


Рис. 5. Захворюваність на розлади психіки та поведінки в окремих областях за 2002–2005 рр. (на 100 тис.)

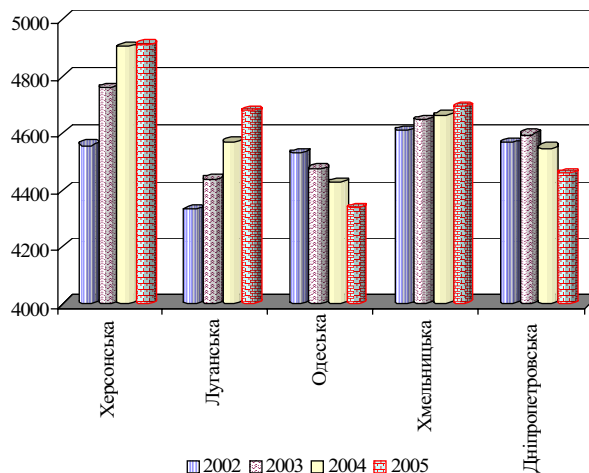


Рис. 6. Кількість осіб, які перебувають під диспансерним наглядом з діагнозом “розлади психіки та поведінки” в окремих областях за 2002–2005 рр. (на 100 тис.)

Подібною, але не настільки гострою, є ситуація в Луганській області, значні коливання показників захворюваності та поширеності з поступовим зменшенням кількості хворих на диспансерному обліку характерні для Одеської та Дніпропетровської областей.

За результатами короткострокового прогнозу захворюваності на розлади психіки та поведінки в регіонах України, зростаючий тренд виявлено в АР Крим, Житомирській, Івано-Франківській, Кіровоградській, Луганській, Одеській, Чернівецькій областях. Прикладом стабільного зростання тренда може стати Одеська область (рис. 7).

При аналізі закономірностей захворюваності на розлади психіки та поведінки серед жителів сільської та міської місцевості встановлено, що рівень захворюваності міських жителів у 2005 р. перевищував показники сільських на 12,1%.

Серед мешканців міст на 100 тис. населення найвищою є захворюваність у дітей (569,6), за ними йдуть підлітки (345,9) і доросле населення (190,9). Серед жителів сільської місцевості розлади психіки та поведінки найчастіше зустрічалися у підлітків (571,9 на 100 тис.), рідше у дітей (376,6) і дорослого населення (169,4) (рис. 8).

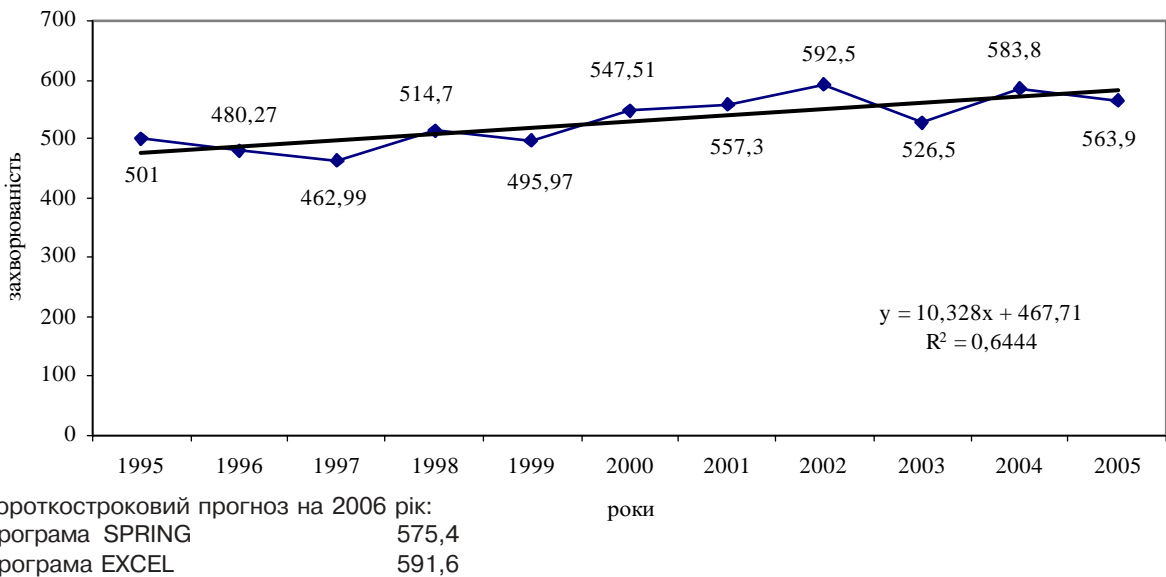


Рис. 7. Графічні результати розрахунку та зростаючий тренд прогнозу захворюваності на розлади психіки та поведінки в Одеській області

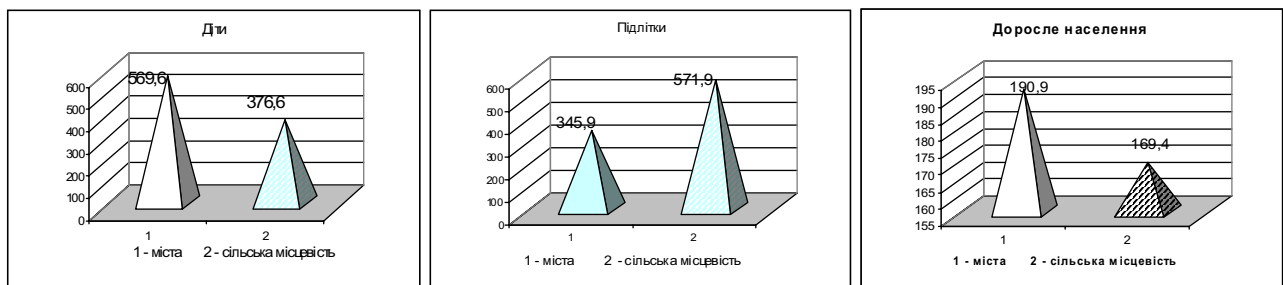


Рис. 8. Структура захворюваності на розлади психіки та поведінки у різних вікових групах жителів міської та сільської місцевості (на 100 тис. відповідного населення)

Що стосується регіональних особливостей, то у міських жителів на 100 тис. населення за рівнем захворюваності переважають Житомирська (438,0), Чернігівська (411,9) і Київська області (392,9) у сільських – Житомирська (358,3), Київська (299,3), Івано-Франківська (290,1), Херсонська (290,7).

Чоловіки захворюють на розлади психіки та поведінки значно частіше за жінок. У 2005 р. це перевищення становило 1,5 разу. Контингенти хворих також вищі серед чоловіків (чоловіки – 3153,6 на 100 тис., жінки – 1964,1 на 100 тис.).

Значну частку серед цієї патології становлять розлади психіки та поведінки внаслідок алкоголізму, наркоманії, токсикоманії. Ця проблема є актуальною не лише в Україні, а й в усьому світі. За даними ВООЗ, нині у світі понад 140 млн осіб страждають від алкогольної залежності і 400 млн зловживають алкоголем, тому боротьба зі зловживанням спиртними напоями має бути не лише в площині медичного втручання, але й соціального впливу.

В Україні офіційно лише в 2005 р. вперше зареєстровано 64,0 тис. випадків розладів пси-

хіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин (або 135,7 на 100 тис.), що вище, ніж п'ять років тому, на 5,7%. Кількість усіх звертань у цьому ж році становила 738 тис. випадків (або 1567,0 на 100 тис.). Серед окремих адміністративних територій високі рівні захворюваності зареєстровано у Київській (249,3), Хмельницькій (178,7), Житомирській (173,6) областях, м. Севастополі (209,0); поширеності – в Херсонській (1974,9), Луганській (1886,8), Одеській (1876,0), Дніпропетровській (1806,5) областях.

Основу структури наркологічної патології складають хронічний алкоголізм, гострі алкогольні психози, наркоманія та токсикоманія.

Якщо у період 1997–2002 рр. захворюваність на хронічний алкоголізм знизилася на 16,5%, то у період 2000–2005 рр. вона зросла на 19,1%. Сільські мешканці страждають на цю недугу частіше за міських (103,8 на 100 тис. проти 92,2). Рівень поширеності хронічного алкоголізму за останні роки незначно знизився і становить 1344,9 на 100 тис. Вперше виявлені хронічні алкогольні синдроми у 2005 р. найчастіше реєструвалися у Київській (233,8 на 100 тис.), Хмельницькій (161,5) областях, що вище, ніж в середньому по Україні, відповідно у 2,4 і 1,6 рази. Контингенти хворих на хронічні алкогольні синдроми найвищі у Хмельницькій (1726,9), Херсонській (1693,5), Чернігівській (1676,4), Луганській областях (1626,0), при середньому рівні в Україні – 1345,0 на 100 тис. населення.

Зростає і захворюваність на алкогольні психози: за останні п'ять років – на 13,0%, за останній рік – на 2,0%. Звертає на себе увагу значне перевищення рівня захворюваності і поширеності порівняно з пересічним в Україні у Донецькій області (відповідно у 2,2 і 2,1 рази), Луганській області (відповідно 1,9 і 1,9 рази), м. Севастополі (відповідно 1,7 і 1,9 рази).

Зловживання алкоголем є причиною серйозних порушень стану здоров'я населення, включаючи нещасні випадки, серцево-судинні захворювання, хвороби печінки тощо. Ця шкідлива звичка викликає низку соціальних проблем, у тому числі злочинність, жорстокість, розпад сім'ї, відставання у навчанні, проблеми на роботі, самогубства тощо. Зловживання алкоголем є основною причиною смертності, яку можна попередити.

Актуальною проблемою для більшості країн світу стала наркоманія. В Україні кількість вперше виявлених розладів психіки та поведінки у зв'язку з наркотичними речовинами має тенденцію до зниження за останні п'ять років на 40,7%. Водночас, контингенти таких хворих зросли зі 150,0 на 100 тис. у 2000 р. до 179,0 у 2005 р. Найвищою є поширеність наркоманії у Дніпропетровській (387,2), Одеській (314,0), Запорізькій (296,7 на 100 тис.) областях. Рівень захворюваності на токсикоманію за останні п'ять років коливався у межах 1,2–1,6 на 100 тис. Поширеність токсикоманії у цей період зросла з 3,8 до 7,6 на 100 тис.

Наркоманія вражає головним чином молодь. Середній вік, в якому відбувається перша спроба вживання наркотиків, знижується. Ця хвороба дуже важко лікується, є причиною передчасної смерті, високої інвалідизації населення, скоєння суїцидів і протиправних вчинків. Лікування таких хворих здійснюється в окремих відділеннях у структурі існуючих наркологічних закладів. Створюються релігійні реабілітаційні центри з надання допомоги наркологічним хворим та їхнім родичам стосовно соціальної реабілітації. МОЗ України розроблено Концепцію державної політики України щодо алкоголю та наркотиків, спрямовану на створення цілісної системи з подолання алкогольної і наркотичної залежності та зменшення негативних її наслідків.

### Висновки

Таким чином, у нашій країні здійснюється ряд заходів щодо збереження психічного здоров'я, спрямованих на: своєчасну діагностику патологічних станів та їх лікування; дотримання правил взяття на диспансерний облік та поліпшення диспансерного нагляду; активне впровадження стаціонарів вдома та денних стаціонарів при поліклініках для лікування хворих з межевою патологією; збільшення кількості відвідувань хворих вдома; поліпшення якості соціально-правової допомоги хворим тощо.

За роки виконання Міжгалузевої комплексної програми “Здоров'я нації” на 2002–2011 роки отримано вагомий результат комплексного міжгалузевого підходу до вирішення цієї проблеми. Так, з метою забезпечення надання належної медико-психологічної допомоги дітям та підліткам з граничними психічними розладами Міністерством освіти та науки України видано накази:

- від 07.07.2004 р. №569/38 “Про затвердження Положення про центральну та республіканську (АР Крим), обласні, Київську та Севастопольську міські, районні (міські) психолого-медико-педагогічні консультації”;
- від 17.08.2004 р. №661 “Про організацію діяльності регіональних психолого-медико-педагогічних консультацій”;

– від 12.05.2004 р. №386 “Про виконання рішення колегії Міністерства освіти і науки України з питання “Про стан і перспективи розвитку психологічної служби системи освіти України”.

Для надання медико-психологічної допомоги дітям і підліткам з граничними психічними розладами в областях працюють центри медико-соціальної реабілітації цього контингенту населення, мережа центрів сімейного консультування та психотерапевтичної корекції. У більшості областей функціонують стаціонари та відділення для дітей з граничними психічними розладами.

Дитячі поліклініки забезпечені психіатрами в усіх областях, але відсоток закладів, в штаті яких є психіатр, різний: від 2,9% у Вінницькій до 100% у Волинській та Тернопільській областях.

З метою превенції суїцидів у регіонах створено: у Вінницькій області – Центр кризових станів на базі обласної психоневрологічної лікарні, в Івано-Франківській області – Кризовий центр громадської опіки “Солідарність” при організації “Карітас”, також існують центри в Житомирській, Луганській, Миколаївській, Рівненській, Тернопільській, Харківській, Чернівецькій областях. За браком коштів такі центри не створено у Волинській, Запорізькій, Кіровоградській, Закарпатській, Полтавській, Херсонській, Хмельницькій, Черкаській областях [10].

Міністерством внутрішніх справ України запроваджено сучасні методи профілактики суспільно небезпечних дій хворих на розлади психіки та поведінки. Дільничними інспекторами міліції постійно проводиться профілактична робота з психічно хворими особами, які становлять суспільну небезпеку. Основні зусилля при цьому направляються з їхнього боку на недопущення протиправних дій. З метою вдосконалення профілактичної роботи з психічно хворими, що становлять небезпеку для оточуючих, до ГУМВС, УМВС направлено вказівки щодо організації роботи із зазначеною категорією осіб і налагодження взаємодії з працівниками закладів охорони здоров'я. У цьому році працівниками міліції до закладів охорони здоров'я направлено 301 повідомлення щодо необхідності медичного обстеження осіб, які створюють соціальну небезпеку. Якщо виникає необхідність, медичним працівникам надається допомога в примусовій госпіталізації таких осіб.

За рахунок активного впровадження сучасних медичних технологій, заходів соціальної адаптації та трудової реабілітації можна очікувати поліпшення якості життя хворих на розлади психіки та поведінки, їхнє здоров'я, зниження показників інвалідизації населення працездатного віку.

За результатами проведеного комплексного вивчення стану цієї проблеми в регіонах України ми переконалися в необхідності міжсекторального підходу до вирішення цієї складної проблеми, з обов'язковим урахуванням існуючих значних регіональних особливостей. Станом на 2006 р. залишається багато проблемних питань щодо зростання захворюваності на розлади психіки та поведінки, їх поширеності в Херсонській, Хмельницькій, Луганській, Одеській та Дніпропетровській областях.

### Список літератури

1. Вівський А.М. Наркотичні проблеми з позиції соціальної оцінки, підходи до вирішення // Охорона здоров'я України. – 2002. – №1(4). – С. 56–60.
2. Гарнець О. Створення механізму реалізації права людини на психічне здоров'я // Матеріали нац. конф. “50-річчя загальної декларації прав людини” Київ, 1–18 грудня 1998 р. – К., 1998. – С. 159–160.
3. Джлгерст Г. Дж. Депрессия у пожилых людей // Рос. мед. журнал. – 2006. – Т.10, №1. – С. 10–20.
4. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. – ВОЗ 2001. – 215 с.
5. Максимиллан Л. Мир наших эмоций: Пер. с англ. – Заокский: Христианская служба семьи и здоровья, 2001. – 160 с.
6. Нагорна А.М. Соціально-економічні детермінанти здоров'я населення України // Журнал АМН України. – 2003. – Т.9, №2. – С. 325–345.
7. Овчаров В.К. Методологический и организационные подходы к развитию социально-гигиенического мониторинга здоровья населения // Пробл. соц. гигиены, здравоохран. и истории медицины. – 2002. – №5. – С. 26–29.
8. Панорама охорони здоров'я населення України / А.В. Підаєв, О.Ф. Возіанов, В.Ф. Москаленко, В.М. Пономаренко та ін. – К.: Здоров'я, 2003. – 396 с.
9. Співакова Т. Взаємозв'язок фізичного і психічного здоров'я // Здоров'я киян. – 2004. – №3. – С.5.
10. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію. 2005 рік. – К., 2006. – 226 с.
11. Heim C., Newport D., Heit S. Et al. Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in child-hood // Journey of the American Medical Association. – 2000. – Vol. 284, №5. – P. 592–597.



## ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАССТРОЙСТВАМИ ПСИХИКИ И ПОВЕДЕНИЯ, ИХ РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ И ПРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ

*В.М. Пономаренко, Н.В. Медведовская, Т.К. Кульчицкая (Киев)*

В статье детально проанализированы основные показатели заболеваемости расстройствами психики и поведения и их распространенности в разных поло-возрастных группах населения Украины, а также региональные особенности роста этой заболеваемости для обоснования мер по сохранению психического здоровья в целом по Украине. Представлены комплексные меры по предотвращению роста этой заболеваемости, предусмотренные для выполнения в Межотраслевой комплексной программе "Здоровье нации".

## PREVALENCE AND MORBIDITY MENTAL AND BEHAVIOR DISORDERS, RETROSPECTIVE AND PROSPECTIVE ANALYSIS

*V.M. Ponomarenko, N.V. Medvedovskaya, T.K. Kul'chitskaya (Kiev)*

The main indices of morbidity and prevalence mental and behavior disorders among different age and sex groups of Ukrainian population are analyzed in the article in details. Regional rise peculiarities of the morbidity for grounding measures prevention mental health among Ukrainian population are described. Complex measures in prevention of the morbidity rise are given and implemented in Intersectoral Comprehensive program "Nation's Health".

УДК 314.18(1–22)

*Л.А. ЧЕПЕЛЕВСЬКА, Г.І. БАТОРШИНА*

## ДЕМОГРАФІЧНА СИТУАЦІЯ В СІЛЬСЬКІЙ МІСЦЕВОСТІ

Український інститут громадського здоров'я МОЗ України

Кількість сільського населення за період 1999–2005 рр. зменшилась на 944,5 тис. осіб і становила на початок 2005 р. 15 млн 271 тис. осіб. Зменшення чисельності населення на 80% відбувалось за рахунок природного убутку [1;3;5].

**Метою дослідження** стало виявлення особливостей медико-демографічної ситуації в сільській місцевості по регіонах України.

**Методи дослідження:** медичної та математичної статистики, демографічного аналізу [2;4].

### **Результати дослідження.**

Певною специфікою характеризується динаміка чисельності населення за статтю в сільській місцевості. Спостерігається така ситуація: швидше знижується чисельність жінок, ніж чоловіків, що пояснюється передусім більш інтенсивним порівняно з чоловіками міграційним відтоком сільських жінок у міста України та за її межі.

У 2005 р. частка населення у віці 60 років і старших становила в Україні 20,8%, у сільській місцевості – 25,2% (табл. 1). Цей показник свідчить про дуже високий рівень демографічної старості. Наймолодшими на сучасному етапі залишаються чоловіки міських поселень – се-

редній рівень демографічної старості, хоча в цілому їм характерний високий рівень постаріння. Жіноча частина населення України має дуже високий рівень постаріння (понад 18%). Найбільш старим є жіноче населення сільської місцевості, 30,9% якого сягає 60 років і старші.

Найбільш істотним є постаріння сільського населення Чернігівської області: частка жінок у віці 60 років і старших тут досягає 46,1%.

Вищий рівень постаріння населення в селах порівняно з містами зумовлює більше демографічне навантаження у сільського населення. На початку 2005 р. на кожну тисячу населення у працездатному віці припадало 669 осіб непрацездатного віку, у тому числі серед чоловіків – 517 осіб, а серед жінок – 825 осіб. „Навантаження” працездатних непрацездатними в селах порівняно з міським населенням нині в 1,5 разу вище.

Абсолютне скорочення чисельності всього населення та сільського зокрема обумовлено насамперед розвитком основних складових демографічної ситуації: зниженням народжуваності і зростанням смертності (табл. 2).

Таблиця 1. Віковий склад сільського населення України на початок 1999 р. і 2005 р.\*, %

Вік, років	1999	2005	2005 у % до 1999
Обидві статі			
0–14	19,6	17,1	87,2
15–59	54,8	57,7	105,3
60 і старші	25,6	25,2	98,4
Чоловіки			
0–14	21,7	18,8	86,6
15–59	59,2	62,6	105,7
60 і старші	19,0	18,6	97,9
Жінки			
0–14	17,8	15,6	87,6
15–59	51,0	53,5	104,9
60 і старші	31,2	30,9	99,0

\*Дані Держкомстату України

Таблиця 2. Природний рух сільського населення України за період 1999–2004 рр.\*, ‰

Роки	Народжуваність	Смертність	Природний приріст
1999	9,3	18,5	-9,2
2000	9,2	18,8	-9,6
2001	8,7	18,6	-9,9
2002	9,0	19,1	-10,1
2003	9,1	19,6	-10,5
2004	9,3	19,6	-10,3
2004 у % до 1999	100,0	105,9	103,8

\*Дані Держкомстату України

Після катастрофічного спаду народжуваності в Україні у 1989–2001 рр. вже три останні роки поспіль спостерігається підвищення її рівня. Так, у 2004 р. кількість народжень порівняно з критичним 2001 р. збільшилась у селах на 3,6 тис.

У сільській місцевості спостерігається більш висока порівняно з міськими поселеннями частка народжень, які припадають на наймолодший (до 19 років) дітородний вік (10,7% у містах і 16,6% у сільській місцевості).

Рівень загального показника народжуваності в регіонах України розподіляється від найменшого в Північно-Східному (6,6‰) до найвищого в Західному (11,4‰). У Південно-Східному і Центральному регіонах він дорівнює відповідно 8,1 та 8,2‰, в Південному – 9,9‰ (табл. 3).

Найбільше рівень народжуваності зріс за 1999–2004 рр. в АР Крим (на 18,8%), м. Севастополі (на 46,9%), Київській (на 12,6%) та Одеській (8,8%) областях.

Сучасна ситуація щодо смертності населення України залишається вельми критичною. Зафіксований у 2004 р. рівень смертності є одним із найвищих у Європі. Утримання високого загального рівня смертності поряд з низькою народжуваністю надалі поглиблює процеси депопуляції.

Через глибоку соціально-економічну кризу в державі режим смертності населення зазнав серйозних деформацій, внаслідок чого навіть в умовах сьогоденної відносно стабілізації економіки динаміка смертності залишається нестабільною, а її рівень – досить високим (табл. 4).

У містах загальний рівень смертності зростає переважно внаслідок демографічного старіння, а в сільській місцевості він утримується на високому рівні в результаті інтенсивного вимирання демографічно дуже старого населення. Це підтверджується особливостями повікової динаміки розбіжностей у смертності населення, залежно від типу поселення. Поряд зі скороченням перевищення смертності сільського населення дитячого і працездатного віку спостерігається тенденція до зростання перевищення смертності старших контингентів у сільській місцевості над відповідними контингентами в містах.

У 2004 р. рівень смертності немовлят у сільській місцевості перевищував відповідний показник у міських поселеннях як для обох статей в цілому, так і серед хлопчиків і дівчаток зокрема. Слід зазначити, що для обох статей і для хлопчиків це зафіксовано вперше у 1999 р., а у дівчаток така ситуація спостерігається вже три роки поспіль (табл. 5).



Таблиця 3. Динаміка загальних коефіцієнтів народжуваності серед сільського населення в Україні в 1999, 2003 і 2004 роках, на 1000 населення\*

Адміністративна територія	1999	2003	2004	2004 у % до 1999
Україна	9,3	9,1	9,3	100,0
АР Крим	8,0	9,4	9,5	118,8
Вінницька	8,9	8,1	8,2	92,0
Волинська	12,2	12,1	12,4	101,6
Дніпропетровська	8,5	8,7	8,9	104,7
Донецька	7,7	7,9	7,9	102,6
Житомирська	9,5	9,1	9,4	98,9
Закарпатська	11,6	11,8	12,4	106,9
Запорізька	8,1	8,7	8,7	107,4
Івано-Франківська	10,9	10,1	10,7	98,2
Київська	7,1	7,5	8,0	112,6
Кіровоградська	8,9	8,5	8,5	95,5
Луганська	6,8	7,4	6,9	101,5
Львівська	10,1	10,0	10,3	102,0
Миколаївська	9,5	9,8	9,1	95,8
Одеська	10,2	10,7	11,1	108,8
Полтавська	7,2	7,1	6,8	94,4
Рівненська	14,0	13,2	13,5	96,4
Сумська	7,2	6,7	6,6	91,7
Тернопільська	10,1	8,8	9,3	92,1
Харківська	7,5	7,6	7,8	104,0
Херсонська	10,1	9,9	9,4	93,3
Хмельницька	9,0	8,0	8,1	90,0
Черкаська	8,2	7,3	7,2	87,8
Чернівецька	11,8	10,7	11,3	95,8
Чернігівська	6,6	6,5	6,4	97,0
м. Севастополь	6,4	8,3	9,4	146,9

\*Дані Держкомстату України

Таблиця 4. Динаміка загальних показників смертності серед сільського населення України у 1999–2004 рр.\*

Роки	Кількість померлих	
	тисяч чоловік	на 1000 населення
1999	299	18,5
2000	301	18,8
2001	296	18,6
2002	301	19,1
2003	305	19,6
2004	301	19,6
2004 у % до 2003	98,7	100,0
2004 у % до 1999	100,7	105,9

\*Дані Держкомстату України

Таблиця 5. Смертність немовлят серед сільського населення за статтю в Україні у 1999–2004 рр. (на 1000 народжених живими)\*

Роки	Обидві статі		Хлопчики		Дівчатка	
	міські поселення	сільська місцевість	міські поселення	сільська місцевість	міські поселення	сільська місцевість
1999	13,1	12,5	15,1	14,2	10,9	10,6
2000	12,0	11,9	14,0	13,7	9,8	9,9
2001	11,3	11,3	12,6	13,0	10,0	9,4
2002	10,3	10,3	12,3	11,8	8,1	8,7
2003	9,6	9,5	11,1	10,8	8,0	8,1
2004	9,2	10,9	10,3	11,5	7,9	8,6

\*Дані Держкомстату України

Після короткочасного зростання середньої очікуваної тривалості життя (СОТЖ) у 1996–1998 рр. у 1999 р. відбулося її скорочення на 0,3 року порівняно з 1998 р. (у чоловіків – на 0,5 року, а в жінок – на 0,1 року). З 2000 р., якщо не брати до уваги незначні кон'юнктурні

коливання, СОТЖ зберігається на одному рівні. По суті відбувається процес стагнації СОТЖ протягом 2000–2004 рр. (табл. 6).

Сучасна тривалість життя та її структурні характеристики в Україні мають доволі відчутні регіональні відмінності (табл.7).

Таблиця 6. Середня очікувана тривалість життя серед сільського населення в Україні у 1999–2004 рр., роки\*

Роки	Чоловіки	Жінки
1999	62,1	73,4
2000	61,8	73,5
2001	61,8	73,5
2002	61,6	73,5
2003	61,6	73,4
2004	61,6	73,4
2004 у % до 2003	100,0	100,0
2004 у % до 1999	99,2	100,0

\*Дані Держкомстату України

Таблиця 7. Середня очікувана тривалість життя серед сільського населення в областях України у 2004 р.\*

Адміністративна територія	Обидві статі	Чоловіки	Жінки
Україна	67,2	61,6	73,4
АР Крим	67,4	62,2	72,9
Вінницька	69,7	64,7	74,7
Волинська	68,0	62,4	74,2
Дніпропетровська	65,4	59,9	71,7
Донецька	66,5	60,8	73,2
Житомирська	65,6	59,5	72,7
Закарпатська	69,2	65,0	73,6
Запорізька	64,8	58,9	71,6
Івано-Франківська	69,9	64,7	75,3
Київська	65,7	59,6	72,9
Кіровоградська	65,8	59,8	72,1
Луганська	66,4	60,8	72,9
Львівська	69,7	64,4	75,7
Миколаївська	64,8	59,2	71,1
Одеська	64,4	59,5	69,8
Полтавська	66,8	61,0	73,6
Рівненська	68,1	62,8	74,0
Сумська	66,4	60,3	73,5
Тернопільська	70,2	64,8	75,9
Харківська	66,8	61,2	73,2
Херсонська	65,4	59,5	72,0
Хмельницька	68,0	62,4	74,3
Черкаська	67,2	61,5	73,2
Чернівецька	70,2	65,4	75,1
Чернігівська	65,5	58,7	73,7

\*Дані Держкомстату України

Відносно благополучна ситуація щодо тривалості життя зберігається в західних областях України. Тут поряд з найвищими показниками СОТЖ спостерігаються стосовно цього менші відмінності між чоловіками і жінками, міським та сільським населенням. Для зазначеного регіону

характерним є вищий рівень дожиття до похилого віку.

Таким чином, медико-демографічна ситуація в сільській місцевості України залишається вкрай негативною. Необхідно здійснювати широкомасштабні державні заходи щодо виходу села з цієї кризи.

### Список літератури

1. *Населення України, 2004 рік* // Демографічний щорічник / Відповідальна за випуск Стельмах Л.М. – К., 2005. – 408 с.
2. *Населення України, 1999* / Державний комітет статистики України. – К., 2000. – 493 с.
3. *Національна доповідь про стан навколишнього природного середовища в Україні у 2001 році* / Вид-во Раєвського. – К., 2003. – 184 с.
4. *Результати діяльності галузі охорони здоров'я України у 2003–2004 роках*. – К., 2005. – 157 с.
5. *Стан здоров'я населення України та результати діяльності закладів охорони здоров'я, 2002 р.* – К., 2003. – 492 с.

### ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

Л.А. Чепелевская, А.И. Баторшина (Киев)

Представлен анализ медико-демографической ситуации в сельской местности по материалам официальной статистики в период 1999–2004 гг. по показателям численности, возрастной структуры, рождаемости, смертности, средней ожидаемой продолжительности жизни в регионах Украины.

### DEMOGRAPHIC SITUATION IN THE RURAL AREA

L.A. Chepelevskaya, A.I. Batorshina (Kiev)

Analysis of medico-demographic situation in the rural area according to official statistical returns in 1999–2004 are presented by indices of quantity, age structure, birth rate, mortality, average life expectancy in regions of Ukraine.

УДК 616-036.86:616.147-007.64(477)

*А.В. ПАТОВ, О.В. СЕРГІЄНІ, Д.І. ДЗЕВИЦЬКИЙ, Т.Г. ВОЙТЧАК*

## ПЕРВИННА ІНВАЛІДНІСТЬ ВНАСЛІДОК ЗАХВОРЮВАНЬ ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК В УКРАЇНІ

Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності

Значна поширеність захворювань вен нижніх кінцівок призводить до важких соціально-економічних наслідків, які передусім пов'язані з високою частотою венозних виразок у осіб працездатного віку [7]. Так, за даними, у Великій Британії лише вартість лікування венозних виразок сягає витрат на лікування захворювань, що пов'язані з палінням [8]. На жаль, в Україні подібні дослідження не проводились.

Відомо, що поширеність хронічної венозної недостатності нижніх кінцівок (ХВН) серед осіб працездатного віку в Європі та Північній Америці становить не менш 25%, що відповідає такому поняттю, як епідемія [3]. За даними дослідження RELIEF, ознаки ХВН зустрічаються у 25–50% дорослого населення Європи, а важкі форми захворювання з трофічними розладами спостерігаються у 15% хворих [6]. Даних про поширеність захворювань вен нижніх кінцівок та

захворюваність на венозну патологію в Україні практично нема, а результати досліджень вкрай суперечливі та датовані ще часами колишнього СРСР [2].

У літературі останніх років достатньо уваги приділяється розробці сучасних способів і технологій лікування захворювань вен нижніх кінцівок, але ми знайшли лише поодинокі дані про епідеміологічні показники інвалідності внаслідок захворювань вен нижніх кінцівок, які стосуються лише окремих регіонів колишнього СРСР [1;4;5].

**Метою дослідження** було визначення сучасних епідеміологічних даних про структуру первинної інвалідності внаслідок захворювань вен нижніх кінцівок та встановлення причин інвалідації хворих внаслідок зазначеної патології.

**Матеріали та методи дослідження.** Проведене дослідження базується на результатах суцільного спостереження за спеціально розроб-

леною формою кількості вперше визнаних інвалідами внаслідок захворювань вен нижніх кінцівок у 2005 р. за даними всіх центрів медико-соціальної експертизи областей України, м. Києва і Севастополя. Згідно з МКХ-10, основними захворюваннями, які спричиняли інвалідизацію хворих внаслідок захворювань вен нижніх кінцівок, були: запальні захворювання вен нижніх кінцівок, венозні тромбози та емболії, варикозна хвороба (ВХ) та інші уточнені ураження вен нижніх кінцівок. За допомогою методів математичної статистики була проведена обробка отриманих даних із визначенням інтенсивних та екстенсивних показників.

**Результати та їх обговорення.** В нозологічній структурі інвалідності дорослого населення в Україні хвороби системи кровообігу посідають перше місце. Причому хвороби периферичних судин займають третє місце після ішемічної хвороби серця та цереброваскулярних захворювань. Але у статистичній звітності МСЕК за формою №14 “Звіт про причини інвалідності, показання до медичної і соціально-трудової ре-

абілітації” наводяться лише сукупні дані про інвалідність внаслідок хвороб периферичних судин, до яких не включено післятромбофлебітичний синдром. Тому ці дані не можуть бути підставою для планування проведення реабілітаційних заходів інвалідам внаслідок захворювань вен нижніх кінцівок.

Протягом 2005 р. в Україні вперше визнано інвалідами внаслідок захворювань вен нижніх кінцівок 1636 осіб, що становить 3,0% від первинної інвалідності внаслідок хвороб системи кровообігу. Серед вперше визнаних інвалідами особи працездатного віку становили більшість – 1453 (88,8%). Водночас, питома вага осіб працездатного віку в структурі первинної інвалідності внаслідок хвороб системи кровообігу становить 56,7%, що підкреслює актуальність проблеми та велику медико-соціальну значущість інвалідності внаслідок захворювань вен нижніх кінцівок.

Структура первинної інвалідності внаслідок захворювань вен нижніх кінцівок за окремими нозологічними формами, віком, групами інвалідності наведена у таблицях 1, 2.

Таблиця 1. Вікова структура первинної інвалідності внаслідок захворювань вен нижніх кінцівок

Нозологічні форми		Вікова група						
		усього	до 20 років	20–29 років	30–39 років	40–49 років	50–59 (чол.) 50–54 (жін.) роки	пенсійний вік
Запальні захворювання вен та венозні тромбози й емболії	абс. чис.	215		10	26	69	83	27
	%	100		4,7	12,1	32,1	38,6	12,5
Варикозна хвороба	абс. чис.	403		10	56	139	145	53
	%	100		2,5	13,9	34,5	36,0	13,1
Інші уточнені ураження вен	абс. чис.	1018	4	23	125	385	378	103
	%	100	0,4	2,3	12,3	37,8	37,1	10,1
Усього	абс. чис.	1636	4	43	207	593	606	183
	%	100	0,2	2,6	12,7	36,2	37,0	11,2

Таблиця 2. Розподіл хворих за причинами та тяжкістю інвалідності

Нозологічні форми		Група інвалідності			
		усього	I	II	III
Запальні захворювання вен та венозні тромбози й емболії	абс. чис.	215	10	65	140
	%	100	4,7	30,2	65,1
Варикозна хвороба	абс. чис.	403	4	92	307
	%	100	1,0	22,8	76,2
Інші уточнені ураження вен	абс. чис.	1018	27	238	753
	%	100	2,6	23,4	74,0
Усього	абс. чис.	1636	41	395	1200
	%	100	2,5	24,1	73,4

При первинному огляді внаслідок запальних захворювань вен нижніх кінцівок та венозних тромбозів та емболій інвалідами визнано 215 осіб, що становило 13,1% від інвалідності внаслідок захворювань вен нижніх кінцівок. Переважно більшість серед визнаних інвалідами склали особи працездатного віку (87,4%). Чоловіків було

124 (57,7%), жінок – 91 (42,3%). Перша група інвалідності встановлена 10 особам (4,7%), інвалідами другої групи визнані 65 (30,2%) осіб, третьої – 140 (65,1%) осіб.

Варикозна хвороба нижніх кінцівок стала причиною первинної інвалідизації 403 осіб, що становило 24,6 % від первинної інвалідності внаслідок

ідок захворювань вен нижніх кінцівок. У працездатному віці були 350 (86,8%) осіб. Чоловіків було 168 (41,7%), жінок – 235 (58,3%). Перша група інвалідності встановлена 4 (1,0%) особам, інвалідами другої групи визнані 92 (22,8%) особи, третьої – 307 (76,2%) осіб.

Інші уточнені ураження вен нижніх кінцівок призвели до інвалідизації 1018 осіб, що складає 62,3 % первинної інвалідності внаслідок захворювань вен нижніх кінцівок. Питома вага осіб працездатного віку при цій патології була найвищою у сукупності – 89,9% (915 осіб). Чоловіків було 17 (58,6%), жінок – 12 (41,4%). Інвалідами першої групи визнані 27 осіб (2,7%), другої – 238 (23,3%), третьої – 753 (74,0%) особи.

Аналіз статевої структури первинної інвалідності внаслідок захворювань вен нижніх кінцівок дав змогу визначити, що, незважаючи на незначну перевагу кількості жінок (51,4%), рівень первинної інвалідності серед чоловіків на 17,5% вищий – 0,47 випадку на 10 тис. чоловіків з числа дорослого населення проти 0,40 випадку в жінок.

Серед первинних інвалідів більшість (63,3%) становили міські мешканці, але показники первинної інвалідності на 10 тис. сільського населення виявилися на 25% вищими, ніж міського: 0,50 проти 0,40 випадку, що свідчить про недостатність реабілітаційних заходів сільським мешканцям із захворюваннями вен нижніх кінцівок.

У розподілі за тяжкістю інвалідності найбільша питома вага встановлення тяжкої інвалідності (I та II груп) виявлена при запальних захворюваннях вен  $34,9 \pm 3,2\%$ , ніж при ВХ –  $23,8 \pm 2,1\%$ , або інших уточнених захворюваннях вен –  $26,0 \pm 1,4\%$  ( $p < 0,05$ ).

Інтенсивні показники первинної інвалідності внаслідок захворювань вен нижніх кінцівок по окремих адміністративних територіях значно відрізнялись і склали 0,20–1,50 на 10 тис. дорослого населення (в середньому 0,43) та 0,27–2,10 на 10 тис. населення працездатного віку (в середньому 0,61). Тобто рівень первинної інвалідності населення працездатного віку на 41,9% перевищує аналогічний показник серед дорослого населення в Україні. Така тенденція відзначалася по всіх адміністративних територіях. Як свідчать наведені результати, на структуру первинної інвалідності по адміністративних територіях впливають місцеві умови: рівень соціально-економічного розвитку, поширеність захворювань, стан надання медичної допомоги населенню, умови праці, екологічні фактори тощо.

Таким чином, результати дослідження свідчать, що первинна інвалідність внаслідок захворювань вен нижніх кінцівок в Україні має суттєві відмінності залежно від нозологічних форм захворювань вен. Ці розбіжності стосувались як віку настання інвалідності, статевого складу, так і тяжкості інвалідності.

### Висновки

1. Вперше встановлені показники первинної інвалідності внаслідок захворювань вен нижніх кінцівок, особливості розподілу первинних інвалідів за віком, статтю, тяжкістю інвалідності свідчать про актуальність цієї проблеми в Україні.
2. Первинна інвалідність внаслідок захворювань вен нижніх кінцівок характеризується надзвичайно високими показниками інвалідизації хворих у працездатному віці (88,8%).
3. У структурі первинної інвалідності внаслідок захворювань вен нижніх кінцівок переважну більшість становлять хворі, захворювання яких призводять до інвалідизації внаслідок хронічної венозної недостатності нижніх кінцівок (87,0%), причому найбільшу питому вагу має післятромбофлебітичний синдром (62,3%).
4. До найбільш тяжкої первинної інвалідності призводять запальні та тромботичні захворювання вен.
5. Дані моніторингу показників первинної інвалідності можуть слугувати інформаційною базою для планування проведення заходів медичної реабілітації інвалідам внаслідок захворювань вен нижніх кінцівок.

### Список літератури

1. Астраскас И.С. Заболевания сосудов нижних конечностей как причина инвалидности рабочих и служащих в г. Вильнюсе // Республиканская научно-практическая конференция по вопросам диагностики, клиники, лечения, экспертизы трудоспособности и социально-трудовой реабилитации при сердечно-сосудистых заболеваниях: Тезисы и материалы. – Рига, 1968. – С. 15–17.
2. Дрюк Н.Ф., Чернуха Л.М. К вопросу о номенклатуре и классификации хронических заболеваний вен нижних конечностей // Серце і судини. – 2003. – №3. – С. 8–13.
3. Золотухин И.А. 14-й всемирный конгресс международного союза флебологов. – Флебологическая (Россия). – 2002. – №14. – С. 2–3.

4. Прокопышин М.В. Реабилитация инвалидов вследствие ПТФС // Острая патология магистральных сосудов: Тезисы докладов II Республиканской научной конференции, 19–20 декабря 1983, Ивано-Франковск. – К., 1983. – 143 с.

5. Пузин С.Н., Лук'янов А.Н., Ковшарь Ю.А. Некоторые особенности социально-гигиенической характеристики первичной инвалидности, основные принципы медико-социальной экспертизы и медико-социальной реабилитации при посттромбофлебитической болезни нижних конечностей // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2001. – №3. – С. 3–8.

6. Jantet J. RELIEF study: first consolidated European data. – *Angiology*. – 2000. – №51. – P. 31–37.

7. Messmer K. Микроциркуляция и хроническая венозная недостаточность нижних конечностей. – Медикография. – 2000. – №3. – С. 3–4.

8. Wilson E. Prevention and treatment of leg ulcers. – *Health Trends*. – 1989. – №21. – P. 98.

#### **ПЕРВИЧНАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ ВСЛЕДСТВИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В УКРАИНЕ**

А.В. Ипатов, Е.В. Сергиени, Д.И. Дзевитский, Т.Г. Войтчак (Днепропетровск)

Впервые на основании результатов анализа сплошного наблюдения определены показатели первичной инвалидности вследствие заболеваний вен нижних конечностей в Украине. Эти показатели свидетельствуют об актуальности этой проблемы вследствие чрезвычайно высоких показателей инвалидизации больных работоспособного возраста (88,8%). В структуре первичной инвалидности вследствие заболеваний вен нижних конечностей подавляющее большинство составляют больные, заболевания которых приводят к инвалидизации вследствие хронической венозной недостаточности нижних конечностей (87,0%), при этом наибольший удельный вес имеет посттромбофлебитический синдром (62,3%). К наиболее тяжелой первичной инвалидности приводят воспалительные и тромботические заболевания вен.

#### **PRIMARY HANDICAP DUE TO VENOUS DISEASES OF LOWER EXTREMITIES AMONG UKRAINIAN POPULATION**

A.V. Ipatov, H.V. Sergieni, D.I. Dzevitsky, T.G. Voitchak (Dnepropetrovsk)

The indexes of primary handicap due to venue diseases of lower extremities among Ukrainian population are determined on the basis of results of continuous supervision analysis. These indexes are evidence of problem urgency in consequence of extreme high handicap indices among patients of employment age (88.8%). In the structure of primary handicap due to venue diseases of lower extremities the overwhelming majority consist from the patients with diseases lead to handicap due to chronic venous insufficiency of the lower extremities (87.0%), thus the greatest proportion has post thrombophlebitic syndrome (62.3%). Venue inflammation and trombophlebitis lead to the heaviest cases of primary handicap.



УДК 364.444:355.292

*В.М. ЯКИМЕЦЬ, Г.О. СЛАБКИЙ, В.В. ЯКИМЕЦЬ*

## ВИЗНАЧЕННЯ ПОТРЕБИ ВЕТЕРАНІВ ВЕЛИКОЇ ВІТЧИЗНЯНОЇ ВІЙНИ ТА ПРИРІВНЯНИХ ДО НИХ КОНТИНГЕНТІВ У СОЦІАЛЬНІЙ ТА МЕДИЧНІЙ ДОПОМОЗІ

Лікарня відновного лікування МВС України

Український інститут громадського здоров'я МОЗ України

Лікарня УВС в Рівненській області

Збереження здоров'я населення старших вікових груп має важливе суспільно-політичне значення, оскільки від його рівня залежать ступінь участі осіб похилого віку у виробничій, суспільно-політичній діяльності, витрати на охорону здоров'я і соціальне забезпечення.

Уся система профілактичних, лікувальних оздоровчих заходів, спрямованих на зміцнення здоров'я населення старших вікових груп, має забезпечити їх можливість перебування у звичайних умовах побуту з продовженням періоду працездатності, збереженням рухливості, здатності до самообслуговування.

Зрушення у віковому складі населення служить однією з причин структури захворюваності. У сучасній медичній практиці переважають хвороби, викликані хронічними процесами, які виникають у людей у другій половині життя. Особи старших вікових груп мають, як правило, не тільки хронічну, але й множинну патологію: 4–5, а то і більше хвороб, мало пов'язаних між собою [1].

За даними аналізу медико-демографічної ситуації, постаріння населення на Україні та тенденція погіршення здоров'я осіб похилого віку за останні роки потребує пошуку шляхів удосконалення системи організації і лікувально-профілактичної допомоги цієї категорії населення.

Необхідність широкого запровадження різних організаційних форм забезпечення соціально мало захищеного населення, в свою чергу, потребує поєднання соціальної допомоги з наданням медичних послуг [2].

Медико-реабілітаційна допомога самотнім, людям похилого віку та непрацездатним громадянам, з нашої точки зору, має здійснюватись у двох напрямках:

1. Стимулювання самовдосконалення і само-реабілітації.

2. Система медико-реабілітаційних заходів, які здійснюються медичними соціальними службами та громадськими організаціями.

Стимулювання самовдосконалення і самореабілітації включає передусім виявлення осіб старших вікових груп, які цікавляться раціональним способом життя, ведуть здоровий спосіб життя, займаються спортом або займались раніше. Розробка системи заходів спрямування на стимулювання та максимальне збільшення частки осіб у структурі населення старших вікових груп.

Система медико-реабілітаційних заходів, які здійснюються медичними працівниками різних медичних служб, соціальними службами, а також громадськими організаціями (Червоний Хрест, різні громадські інвалідні об'єднання та інші) мають працювати з тим контингентом, стан здоров'я яких потребує серйозної медико-реабілітаційної корекції, а здатність самостійного життя в побуті значно обмежена. Такі особи потребують тимчасової чи постійної медико-соціальної допомоги.

**Метою дослідження** є вивчення структури та здатності населення старших вікових груп до фізичного самовдосконалення та самореабілітації, а також вивчення потреби людей похилого віку в різних видах медико-соціальної допомоги.

**Об'єкт і методи досліджень.** У своєму дослідженні ми користувались анкетною з визначення соціально-гігієнічних умов життя людей пенсійного віку, розробленою Інститутом геронтології. Нами опитано 400 осіб, з них: 300 учасників війни і 100 – становила контрольна група. Розподіл респондентів за віковими групами наведено на рисунку.



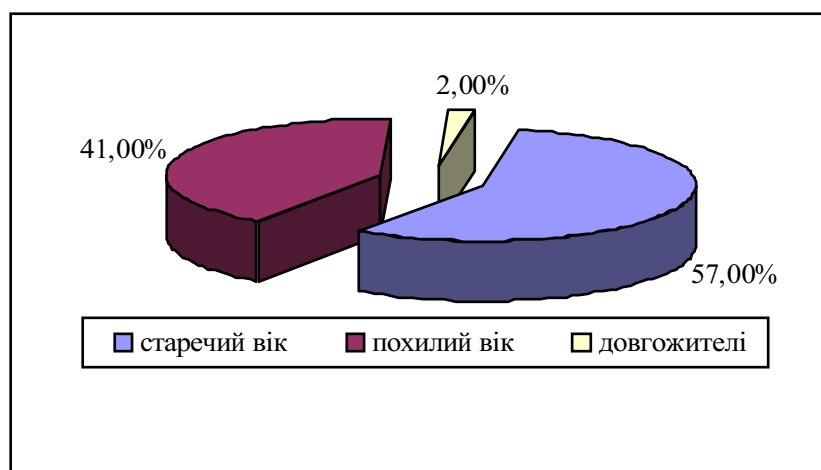


Рис. Розподіл опитаних учасників війни за віковими групами (%)

Як видно з наведених на рисунку даних, учасники війни за віковими групами розподілились таким чином: 171 (57,0%) – старечий вік; 123 (41,0%) – похилий вік; 2,0% – довгожителі. Отже, найбільше учасників війни належить до двох вікових груп: похилий і старечий, що підтверджує загальну тенденцію розподілу за віковими категоріями серед цієї групи населення.

При опитуванні вивчені такі питання: інтерес до раціонального способу життя з метою поліп-

шення здоров'я; потреба в соціально-побутовій допомозі; становлення до активних видів відпочинку; вивчення рівня соціальної активності (спілкування з родичами, близькими, знайомими).

**Результати дослідження та їх обговорення.** На першому етапі дослідження вивчався рівень цікавості ветеранів війни та осіб контрольної групи до раціонального способу життя (табл. 1).

Таблиця 1. Інтерес до раціонального способу життя ветеранів війни та осіб контрольної групи

Ставлення до раціонального способу життя	Група											
	похилий вік			старечий вік			довгожителі			контрольна		
	чоловіки	жінки	усього	чоловіки	жінки	усього	чоловіки	жінки	усього	чоловіки	жінки	усього
Цікавлюсь	58 (65,9%)	19 (54,3%)	77 (62,6%)	69 (58,0%)	21 (40,4%)	90 (52,6%)	-	-	-	27 (60,0%)	38 (69,1%)	65 (65,0%)
Не цікавлюсь	10 (34,1%)	16 (45,7%)	46 (37,4%)	43 (36,1%)	20 (38,5%)	63 (36,8%)	2 (100%)	4 (100%)	6 (100%)	15 (33,3%)	16 (29,1%)	31 (31,0%)
Не відповіли	-	-	-	7 (5,9%)	11 (21,1%)	18 (10,6%)	-	-	-	3 (6,7%)	1 (1,8%)	4 (4,0%)
Усього	88 (100%)	35 (100%)	123 (100%)	119 (100%)	52 (100%)	171 (100%)	2 (100%)	4 (100%)	6 (100%)	45 (100%)	55 (100%)	100 (100%)

Як видно з даних табл. 1, рівень інтересу до активного способу життя з віком знижується: 62,6% – похилого віку, 52,6% – старечого, серед довгожителів таких осіб не має; в контрольній групі цей показник дещо вищий, ніж в учасників війни, – 65,0%. Причому цей показник серед

учасників війни у всіх вікових групах вищий серед чоловіків, а в контрольній групі – серед жінок. Це пояснюється тим, що з віком соціальна активність людей знижується. Однак соціальна активність жінок – учасниць війни знижується значно швидше за тих, які не брали участі у війні.

У табл. 2 наведені результати дослідження про ведення активного способу життя з метою поліпшення здоров'я. Вивчення проводилось за такими критеріями: ведуть чи не ведуть активний

спосіб життя, якщо ведуть, то який: ранкова гімнастика, біг, ходьба, спорт, ігри, мисливство, риболовля та інші активні види відпочинку, праця в саду, на городі.

Таблиця 2. Ведення активного способу життя з метою поліпшення здоров'я

Види активного способу життя	Група											
	похилий вік			старечий вік			довгожителі			контрольна		
	чоловіки	жінки	усього	чоловіки	жінки	усього	чоловіки	жінки	всього	чоловіки	жінки	усього
Не займаюсь	52 (59,0%)	23 (65,7%)	75 (61,0%)	73 (61,3%)	27 (51,9%)	100 (58,5%)	2 (100%)	4 (100%)	6 (100%)	19 (19,0%)	26 (26,0%)	45 (45,0%)
Ранкова гімнастика	12 (13,6%)	3 (8,6%)	15 (12,2%)	14 (11,8%)	7 (13,5%)	21 (12,3%)	0	0	0	6 (6,0%)	2 (2,0%)	8 (8,0%)
Біг, ходьба	1 (1,1%)	0	1 (0,8%)	0	0	0	0	0	0	1 (1,0%)	0	1 (1,0%)
Спорт, ігри, мисливство, риболовля тощо	15 (17,0%)	4 (11,4%)	19 (15,4%)	5 (4,2%)	1 (1,9%)	6 (3,5%)	0	0	0	6 (6,0%)	2 (2,0%)	8 (8,0%)
Праця в саду, городі	21 (23,9%)	5 (14,3%)	26 (21,1%)	20 (16,8%)	7 (13,5%)	27 (15,9%)	0	0	0	17 (17,0%)	28 (28,0%)	45 (45,0%)
Не відповіли	-	-	-	7 (5,9%)	10 (19,2%)	17 (9,9%)	-	-	-	-	-	-

З наведених даних видно, що кількість тих, що не займаються активним видом відпочинку чи спорту, з віком зменшується: 61,0% – похилого віку, 58,5% – старечого; тих, що не відповіли на питання – 9,9%; довгожителів – 100% і 45,0% осіб контрольної групи.

При аналізі даного показника за статевими ознаками видно, що в похилому віці переважають жінки, в старечому – чоловіки; серед довгожителів цей показник вирівнюється, в контрольній групі домінують жінки.

Жінки, не обтяжені війною, з віком зберігають більшу активність. Серед осіб, які ведуть активний спосіб життя, у всіх вікових групах переважають ті, що займаються працею в саду і на городі: 21,1% – похилого віку, 15,9% – старечого віку та 45,0% – контрольної групи. Спортивні ігри, риболовля, гриби та інше – 21,1% похилого віку; 3,5% – старечого, але ранковою гімнастикою в похилому віці займаються 12,9%, а в старечому – 12,3%. У контрольній групі ці два показники рівні. Звертає на себе увагу те, що активний спосіб життя учасники війни та особи контрольної групи ведуть набагато менше, ніж задекларували цікавість до нього. Серед тих, хто веде активний спосіб життя, переважає праця в саду та на городі і зовсім незначна частина осіб займається спортивною ходьбою та бігом. У табл. 3 наведені дані, які відображають ставлення до активних видів відпочинку в минулому. Вивчення проводилось за такими параметрами: займався регулярно, нерегулярно, не займався.

З даних таблиці 3 видно, що тих, хто регулярно займався спортом, серед довгожителів та осіб похилого віку немає. В старечому віці таких осіб 5,8%, в контрольній групі – 4,0%. Серед тих, що займались нерегулярно, 20,3% похилого віку – переважають жінки; 13,5% старечого віку – переважають чоловіки; 16,6% довгожителів – переважають чоловіки; 1,8% контрольної групи – переважають жінки. Звертає на себе увагу та обставина, що у всіх вікових групах значно переважають ті особи, які не займались активним видом відпочинку в минулому або ті, що не відповіли на питання. Слід зазначити, що приблизно рівна кількість осіб, що вела активний спосіб життя в минулому, веде його і тепер, виняток становлять особи контрольної групи, респонденти групи довгожителів. У цій групі на зазначені процеси нашаровуються вікові зміни в організмі.

Нами проведено вивчення потреби ветеранів війни та респондентів контрольної групи в різних видах соціально-медичної допомоги. Для дослідження відібрано 300 ветеранів війни та 100 чоловік, які не брали участі у війні, але приблизно рівні з ними за віком. Для опитування використовувалась анкета, в яку були закладені питання по цілому ряду медико-соціальних послуг, а також окремою групою виділені респонденти, які медико-соціальної допомоги не потребують взагалі, та і ті, що відмовились дати відповідь (табл. 4).

Таблиця 3. Ставлення до активних видів відпочинку в минулому

Ставлення до активних видів відпочинку	Група											
	похилий вік			старечий вік			довгожителі			контрольна		
	чоловіки	жінки	усього	чоловіки	жінки	усього	чоловіки	жінки	усього	чоловіки	жінки	усього
Займався регулярно	-	-	-	8 (6,7%)	2 (3,8%)	10 (5,8%)	-	-	-	3 (6,7%)	1 (1,8%)	4 (4,0%)
Не регулярно	16 (18,2%)	9 (25,7%)	25 (20,3%)	18 (15,1%)	5 (9,6%)	23 (13,5%)	1 (50,0%)	-	1 (16,6%)	7 (15,6%)	11 (20,0%)	18 (18,0%)
Не займався	13 (14,8%)	9 (25,7%)	22 (17,9%)	17 (14,3%)	8 (15,4%)	25 (14,6%)	1 (50,0%)	3 (75,0%)	4 (66,8%)	18 (40,0%)	19 (34,5%)	37 (37,0%)
Не відповіли	59 (67,0%)	17 (48,6%)	76 (61,8%)	76 (63,9%)	37 (71,2%)	113 (66,1%)	-	1 (25,0%)	1 (16,6%)	17 (37,7%)	24 (46,7%)	41 (41,0%)
Усього	88 (100%)	35 (100%)	123 (100%)	119 (100%)	52 (100%)	171 (100%)	2 (100%)	4 (100%)	6 (100%)	45 (100%)	55 (100%)	100 (100%)

Як бачимо з наведених даних в табл. 4, соціально-медичної допомоги не потребують взагалі 22,8% ветеранів війни в похилому віці; 32,7% – в старечому; 16,7% – серед довгожителів; 31,0% респондентів контрольної групи.

Аналізуючи одержані дані, можна зробити висновок, що участь у війні тут суттєвого значення не має. Це результат вікових особливостей кожного індивідуума, наявність нашарованих на вік хвороб, здатність до адаптації в навколишньому середовищі та рівень спілкування з оточенням.

Слід зазначити, що з віком чоловіки потребують менше сторонньої допомоги, ніж жінки серед учасників війни, в контрольній групі навпаки. Звертає на себе увагу та обставина, що потребують допомоги, пов'язаної з обмеженістю в руховій активності, з віком значно більше жінки. Це такі послуги, як доставка продуктів, ліків, прання білизни, прибирання та ремонт квартири.

Що стосується респондентів контрольної групи, то картина має зовсім зворотній характер. У контрольній групі жінки значно активніші, потреби в сторонній допомозі в побуті (допомога під час їжі, постійний догляд; додаткові засоби пересування, допомога в особистій гігієні) залежить не від віку та участі у війні, а від нашарування на віковий ценз різних хвороб, котрі обмежують активність індивідуума. Потребують такої допомоги в середньому 1,0–4,0% респондентів.

У різних видах медичних послуг мають потреби респонденти 10,0–26,0% у похилому віці; 16,0–20,0% – у старечому віці; 30,0–50,0% – довгожителів та 9,0–21,0% осіб контрольної групи. Крім того, звертає на себе увагу, що серед ветеранів війни потреба в окулярах зменшується з віком, потребують протезування слуху переважно чоловіки у всіх вікових групах ветерани війни і в контрольній групі. Потреба в протезуванні зубів серед ветеранів війни з віком зростає і коливається від 22,0 до 33,0%, приблизно такий самий рівень потреби і в контрольній групі. Аналізуючи потребу в поміщенні в будинок-інтернат, слід зазначити, що з віком ця потреба зростає з 0,6% в старечому віці та в 33,3% серед довгожителів, в контрольній групі цей показник дорівнює 1,0%. Звертає на себе увагу потреба в різних видах соціальної допомоги, які не конкретизовані в таблиці або просто узагальнені респондентами – це представляє інші види соціально-побутової допомоги. В похилому віці цей показник дорівнює 22,8%; у старечому – 2,3%; серед довгожителів – 83,3%; в контрольній групі – 45,0%. Наведені дані свідчать про те, що потреба в різних видах соціально-медичної допомоги з віком зростає, потребують її як чоловіки, так і жінки. Кожна людина похилого віку має свою конкретну потребу, яка не залежить від участі у воєнних діях.

Таблиця 4. Потреба в соціально-медичній допомозі

Вид допомоги	Група											
	похилий вік			старечий			довгожителі			контрольна		
	чоловіки	жінки	усього	чоловіки	жінки	усього	чоловіки	жінки	усього	чоловіки	жінки	усього
Доставка продуктів з магазину	9 (10,2%)	4 (11,4%)	13 (10,6%)	21 (17,6%)	10 (19,2%)	31 (18,1%)	0	1 (25,0%)	1 (1,7%)	1 (2,2%)	2 (3,6%)	3
Доставка гарячої їжі	7 (8,0%)	1 (2,9%)	8 (6,5%)	14 (11,8%)	8 (15,4%)	12 (1,3%)	0	1 (25,0%)	1 (1,7%)	1 (2,2%)	2 (3,6%)	3
Прання білизни	8 (9,1%)	5 (14,3%)	13 (10,6%)	23 (19,3%)	11 (21,2%)	34 (19,9%)	1 (50,0%)	2 (50,0%)	3 (50,0%)	6 (13,3%)	5 (9,1%)	11
Доставка ліків	10 (11,4%)	3 (8,6%)	13 (10,6%)	30 (25,2%)	10 (19,2%)	40 (23,4%)	0	1 (25,0%)	1 (1,7%)	6 (13,3%)	4 (7,3%)	10
Прибирання, ремонт квартири	17 (19,3%)	11 (31,4%)	31 (15,2%)	33 (27,7%)	17 (32,7%)	50 (29,2%)	1 (50,0%)	2 (50,0%)	3 (50,0%)	9 (20,0%)	10 (1,8%)	19
Допомога в особистій гігієні	3 (3,4%)	2 (5,7%)	5 (4,1%)	5 (4,2%)	2 (3,8%)	7 (4,1%)	1 (50,0%)	0	1 (1,7%)	3 (6,6%)	1 (1,8%)	4
Відвідування лікаря	14 (15,9%)	13 (37,1%)	27 (22,0%)	21 (17,6%)	7 (13,5%)	28 (16,4%)	1 (50,0%)	2 (50,0%)	3 (50,0%)	4 (8,8%)	5 (9,1%)	9
Протезування зубів	19 (21,6%)	9 (25,7%)	28 (22,8%)	28 (23,5%)	13 (25,0%)	41 (24,0%)	2 (100%)	0	2 (33,3%)	13 (28,8%)	9 (16,4%)	22
Допомога під час їжі	2 (2,3%)	0	2 (1,6%)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Допомога під час хвороби	13 (14,7%)	11 (31,4%)	24 (19,5%)	21 (17,6%)	8 (15,4%)	29 (16,0%)	1 (50,0%)	1 (25,0%)	2 (33,3%)	7 (15,9%)	7 (12,7%)	14
Постійний догляд	2 (2,3%)	2 (5,7%)	4 (3,3%)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Влаштування в будинок-інтернат	0	0	0	1 (0,8%)	0	1 (0,6%)	1 (50,0%)	1 (25,0%)	2 (33,3%)	0	1 (1,8%)	1
Придбання слухового апарату	11 (12,5%)	0	11 (8,9%)	11 (9,2%)	5 (9,6%)	16 (9,4%)	0	0	0	3 (6,6%)	0	3
Придбання окулярів	18 (20,5%)	8 (22,9%)	26 (21,1%)	24 (20,2%)	10 (19,2%)	34 (19,9%)	1 (50,0%)	0	1 (1,7%)	12 (26,6%)	9 (16,4%)	21
Додаткові засоби пересування	1 (1,1%)	1 (2,9%)	2 (1,6%)	1 (0,8%)	0	1 (0,6%)	0	0	0	0	1 (1,8%)	1
Установка телефону	16 (18,2%)	6 (17,1%)	23 (18,7%)	17 (14,3%)	2 (3,8%)	19 (11,1%)	0	0	0	12 (26,6%)	6 (10,9%)	18
Інші види соціально-побутової допомоги	44 (50,0%)	18 (51,4%)	62 (50,4%)	50 (42,0%)	19 (36,5%)	69 (40,4%)	1 (50,0%)	4 (100%)	5 (83,3%)	20 (44,4%)	25 (455,0%)	45
Допомоги не потребують	21 (23,9%)	7 (20,0%)	28 (22,8%)	38 (32,0%)	18 (34,6%)	56 (32,7%)	1 (50,0%)	0	1 (16,7%)	16 (35,5%)	15 (27,3%)	31

Таблиця 5. Наявність потреби в соціально-побутової допомозі

Наявність потреби	Група											
	похилий вік			старечий вік			довгожителі			контрольна		
	чоловіки	жінки	усього	чоловіки	жінки	усього	чоловіки	жінки	усього	чоловіки	жінки	усього
Є	44 (50,0%)	18 (51,4%)	62 (50,4%)	50 (42,1%)	19 (36,5%)	69 (40,4%)	1 (50,0%)	3 (75,0%)	4 (66,7%)	20 (44,5%)	25 (45,5%)	45 (45,0%)
Немає	44 (50,0%)	17 (48,6%)	61 (49,6%)	69 (58,0%)	33 (63,5%)	102 (59,6%)	1 (50,0%)	1 (25,0%)	2 (33,3%)	25 (55,5%)	30 (54,5%)	55 (55,0%)
Усього	88 (100%)	35 (100%)	123 (100%)	119 (100%)	52 (100%)	171 (100%)	2 (100%)	4 (100%)	6 (100%)	45 (100%)	55 (100%)	100 (100%)

У табл. 5 наведені дані про потребу досліджуваного контингенту в соціально-побутовій допомозі. Про потребу в різних видах соціально-побутової допомоги вказали 50,4% осіб похилого віку; 40,4% – старечого; 66,7% довгожителів і 45,0% осіб контрольної групи. Причому чоловіки та жінки потребують різних видів соціальної допомоги. У всіх вікових групах учасників війни та осіб контрольної групи показники приблизно рівні.

Звертає на себе увагу те, що кількість респондентів, що потребують соціально-побутової

та соціально-медичної допомоги, у всіх вікових групах різна. Переважають ті, що потребують соціально-побутової допомоги. Кількість осіб, що ведуть активний спосіб життя, і тих, що не потребують соціально-побутової допомоги, у всіх вікових групах учасників війни особливо не відрізняється. Хоча число осіб, які потребують допомоги, дещо перевищує кількість учасників війни, що ведуть активний спосіб життя. У контрольній групі ці два показники абсолютно рівні.

### Висновки:

Кількість учасників війни, що декларують свою цікавість до здорового способу життя, значно перевищує число тих, що ведуть здоровий спосіб життя. Це значний резерв для залучення таких осіб до самовдосконалення.

Рівень потреби в соціально-побутовій допомозі значно перевищує рівень потреби в соціально-медичній допомозі.

Кількість осіб, що не потребують соціально-побутової допомоги у всіх вікових групах ветеранів війни, приблизно дорівнює тим, що ведуть активний (здоровий) спосіб життя, а в контрольній групі ці показники абсолютно рівні.

Потреба в різних видах медико-соціальної допомоги з віком зростає як серед чоловіків, так і жінок. Ця потреба не залежить від участі у війні.

### Список літератури

1. Чеботарёв Д.Ф., Маньковский Н.В., Фролькис В.В. Руководство по геронтологии. – М., Медицина, 1978. – 503 с.
2. Нагорна А.М., Якимець В.М., Пономаренко В.М. Ветерани Великої Вітчизняної війни: медико-соціальні проблеми. – Рівне: Ліста, 1998. – 176 с.

### **ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОТРЕБНОСТИ ВЕТЕРАНОВ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ И ПРИРАВНЕННЫХ К НИМ КОНТИНГЕНТОВ В СОЦИАЛЬНОЙ И МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

В.Н. Якимец, Г.А. Слабкий (Киев)

В статье освещены вопросы потребности в различных видах реабилитации и самореабилитации ветеранов войны и других лиц старших возрастных групп. Приведены данные о потребности исследуемого контингента в социально-медицинской и социально-бытовой помощи.

### **DETERMINATION OF REQUIREMENT IN SOCIAL AND MEDICAL AID OF VETERANS OF GREAT PATRIOTIC WAR AND EQUATED CONTINGENTS**

V.N.Yakimets, G.A. Slabky (Kiev)

The problems of requirement in different forms of rehabilitation and self-rehabilitation of veterans of Great Patriotic War and other persons in elder age groups are illustrated in article. Data of requirement in social, medical aid and life conditions of investigated contingents are given.

УДК 616-036.22-055.1/.2:614.876

К.Є. ПРИКАЩИКОВА, Ю.С. ШАТОЯН, Л.Є. ТРОЩУК, А.А. ОСЬМАК, Є.Є. ПАВЛОВСЬКИЙ,  
Н.Т. РОМАНЕНКО, Г.В. КОСТЮК

## СТРУКТУРА ЗАХВОРЮВАНОСТІ ЧОЛОВІКІВ І ЖІНОК, ЕВАКУЙОВАНИХ ІЗ 30-КІЛОМЕТРОВОЇ ЗОНИ ВНАСЛІДОК КАТАСТРОФИ НА ЧАЕС, ЗА ДАНИМИ МЕДИЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ У ВІДДАЛЕНИЙ ПЕРІОД

Науковий центр радіаційної медицини АМН України

Віддалений період у евакуйованих із 30-кілометрової зони внаслідок катастрофи на ЧАЕС характерний тим, що формування захворюваності відбувалося в цей час за відсутності безпосереднього впливу іонізуючого опромінення. Цей фактор відіграв роль пускового механізму розвитку патологічних процесів в організмі постраждалих. Особливість захворюваності евакуйованих залежала не тільки від багатьох чинників навколишнього середовища, але й від фізіологічних особливостей людей, зокрема, статі [1].

**Мета роботи** – вивчення розвитку захворюваності евакуйованих із 30-кілометрової зони ЧАЕС у віддалений період залежно від статі за даними клініко-епідеміологічного медичного спостереження.

**Об'єкт та методи досліджень.** На базі ПРР за період 1992–2004 рр. обстежено 6631 евакуйований із 30-кілометрової зони внаслідок катастрофи на ЧАЕС. Із них – 4652 жінки і 1979 чоловіків. Після евакуації майже всі евакуйовані проживають у

м. Києві. Захворюваність осіб подана за статистичною міжнародною класифікацією хвороб десятого перегляду (МКХ-10). Структура захворюваності – один із основних епідеміологічних показників, що вказує, який відсоток становить та чи інша хвороба серед усіх вперше зареєстрованих хвороб у когорті евакуйованих за період спостереження.

Статистична обробка проводилась із використанням статистичних пакетів "КЕР-3.0" та "EXEL-2003" [2].

За результатами дослідження, в когорті евакуйованих усього вперше зареєстровано 63368 випадків захворюваності, із них 52026 у жінок та 11342 у чоловіків. Пріоритетні місця в структурі захворюваності (за МКХ-10) у евакуйованих посіли хвороби ока та придаткового апарату, хвороби органів травлення, сечостатевої системи (рис.). Порівняльна оцінка захворюваності евакуйованих залежно від статі показала, що як у жінок, так і у чоловіків хвороби ока та придаткового апарату, хвороби органів травлення посідають перше та друге місце.

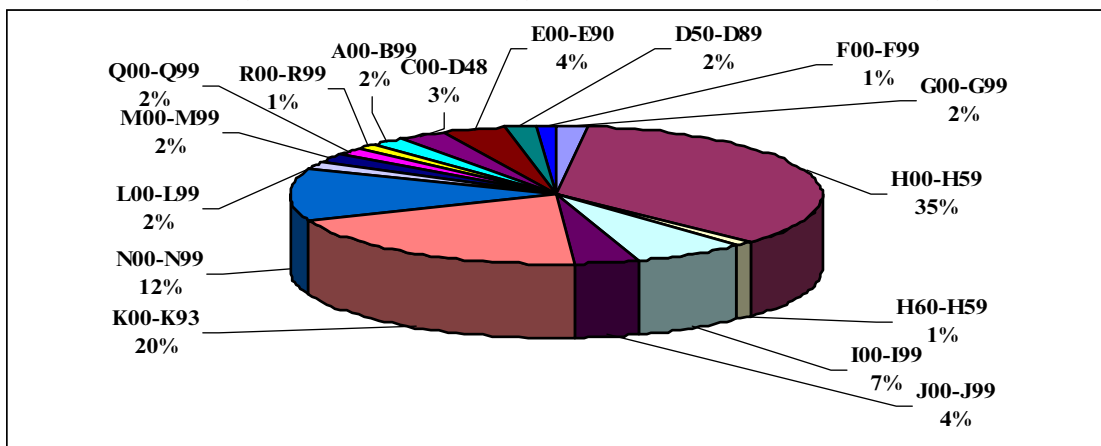


Рис. Структура захворюваності за розподілом хвороб відповідно до МКХ-10 в евакуйованих із 30-кілометрової зони внаслідок катастрофи на ЧАЕС, за даними спостереження у віддалений період після аварії, 1992–2004 рр.

\*Шифр і скорочена назва класу МКХ-10 (подано у порядку зменшення відсотку): G00-G99 – хвороби нервової системи, H00-H59 – хвороби ока та придаткового апарату, H60-H65 – хвороби вуха та сосковидного відростка, K00-K93 – хвороби органів травлення, N00-N99 – хвороби сечостатевої системи; I00-I99 – хвороби системи кровообігу; E00-E90 – хвороби ендокринної системи; J00-J99 – хвороби дихальних шляхів; C00-D48 – новоутворення; A00-B99 – інфекційні та паразитарні хвороби; D50-D89 – хвороби крові і кровотворних органів; L00-L99 – хвороби шкіри та підшкірної клітковини; M00-M99 – хвороби кістково-м'язової системи і сполучної тканини; Q00-Q99 – вроджені аномалії; R00-R99 – симптоми, ознаки; F00-F99 – розлади психіки та поведінки.

© К.Є. Прикащикова, Ю.С. Шатоян, Л.Є. Трощук, А.А. Осьмак, Є.Є. Павловський, Н.Т. Романенко, Г.В. Костюк, 2006



На третьому місці у жінок – хвороби сечостатевої системи, а у чоловіків – хвороби системи кровообігу. Далі за часткою в структурі захворюваності у жінок знаходяться хвороби системи кровообігу, ендокринної системи, органів дихання та новоутворення, у чоловіків – хвороби органів дихання, сечостатевої системи, шкіри та підшкірної клітковини, ендокринної системи, вроджені аномалії тощо.

Поглиблене вивчення захворюваності евакуйованих залежно від статі дало змогу виявити нозологічні одиниці, за рахунок яких відбулося формування захворюваності.

Хвороби *нервової системи* (G00-G99) зумовлені загалом негативними змінами в діяльності вегетативної системи на 1,65% у жінок та на 2,37% у чоловіків.

Хвороби *ока та придаткового апарату* (H00-H59), що становлять 34,56% у жінок, 35,88% у чоловіків, представлені переважно хворобами сітківки (14,56% – у жінок, 13,39% – у чоловіків), хворобами кон'юнктиви (відповідно 1,94 і 5,18%), порушенням рефракції і акомодациї (відповідно 9,95 і 11,50%), катарактою (відповідно 4,81 і 2,08%).

Хвороби *вуха та сосковидного відростка* (H60-H65) становили у жінок 1,38%, у чоловіків 0,68%, із них – глухота та синдром запаморочення та інші порушення вестибулярної функції – по 0,28 та 0,11%; хвороби зовнішнього вуха – 0,21 і 0,15%; негнійний отит і хвороби слухової труби – 0,11 і 0,08% у жінок і чоловіків відповідно тощо.

Хвороби *органів травлення* (K00-K93) зумовлені передусім неблагополучним станом порожнини рота: порушенням розвитку та хворобами зубів, ясен, пародонта (11,27% – у жінок, 13,16% – у чоловіків). Суттєва частка в структурі захворюваності органів травлення в евакуйованих обох статей припадала на хвороби стравоходу, шлунка та дванадцятипалої кишки (4,92% – у жінок і 10,25% – у чоловіків), серед яких чільне місце належало гастриту і дуоденіту (відповідно 2,69 і 3,58%), виразці шлунка і дванадцятипалої кишки (1,38 і 3,65%). Наступними за поширенням були нозологічні форми патології жовчного міхура і жовчовивідних шляхів (1,33 і 42,00%), хронічні хвороби печінки та цироз (відповідно 0,52 і 0,90%). У жінок досить значний відсоток припадав на жовчнокам'яну хворобу – 0,37%, хвороби підшлункової залози – 0,26%, тоді як у чоловіків вони становили лише відповідно 0,06 і 0,09%.

Ураження *сечостатевої системи* (N00-N99) у постраждалих (13,09% – у жінок, 4,92% – у чоловіків) відбувалося через розвиток хвороб сечовивідної та статевих систем. Серед хвороб сечовивідної системи у жінок (6,24%) і чоловіків

(3,76%) виділяються цистит (відповідно 0,89 і 0,02%), камені нирок і сечоводу (0,45 і 0,28%), хронічний нефрит (0,18 і 0,04%), далі – хвороби з рубрики “Інші ураження нирки і сечоводу” (4,67 і 3,01%). Специфічні для жінок захворювання статевих систем (6,85%) сформувалися за рахунок: хвороб молочної залози (1,27%), зокрема, доброякісної дисплазії (1,08%); запалень яєчників, фаллопієвих труб та тазових органів (0,61%), вульви, піхви та шийки матки (2,48%); незапальних хвороб шийки матки (0,78%); порушень менопаузи та після менопаузи (0,75%); випадіння статевих органів (0,22%); порушень менструації та кровотечі із жіночих статевих шляхів (0,21%); ендометріозу (0,18%); хвороб матки, не класифікованих в інших рубриках (0,11%); больових та інших симптомів, пов'язаних з жіночими статевими органами (0,10%). Відсоток хвороб статевих систем у чоловіків у 5 разів менший, ніж у жінок, і становить 1,16%. Він складався із 0,14% гіперплазій простати та із 0,77% запалень передміхурової залози.

У *системі кровообігу* (I00-I99) у жінок (6,79%) та у чоловіків (7,8%) чільне місце посідали ураження серця (відповідно 3,68 та 4,57%): ендокардит (1,14 і 2,65%) та кардіоміопатія (2,31 і 1,46%). Другу значну групу становлять хвороби, що супроводжуються підвищенням кров'яного тиску (гіпертензія): 0,95% – у жінок, 1,85% – у чоловіків. Цереброваскулярні хвороби утворили третю групу порушень кровообігу: 1,36% – у жінок та 0,57% – у чоловіків. Ураження судин, зокрема, артерій, артеріол і капілярів, відбувалося внаслідок розвитку атеросклерозу у 0,25% жінок і 0,14% чоловіків. Хвороби вен і лімфатичних судин нижніх кінцівок зафіксовані у 0,18% жінок і у 0,07% чоловіків. Незначний відсоток становила стенокардія (у жінок – 0,07%, у чоловіків – 0,05%) та хронічна ішемічна хвороба (відповідно 0,12 і 0,07%).

*Новоутворення* (C00-D48) загалом мали характер доброякісних змін у тканинах та органах організму евакуйованих. У жінок вони становили 3,47% із 3,55% від усіх виявлених новоутворень, у чоловіків – 1,37% із 1,42% відповідно. У жінок найвищий відсоток склали ураження органів статевих систем (1,42%): лейоміома матки (0,97%); новоутворення яєчників (0,20%), молочної залози (0,16%), матки (0,07%) та інші (0,02%). У чоловіків спостерігалось лише 0,01% доброякісних новоутворень статевих органів. Новоутворення шкіри і підшкірної клітковини мали також значну частку у групі доброякісних новоутворень: у жінок – 1,34%, у чоловіків – 0,82%. Із них у жінок – 0,97% новоутворень шкіри та 0,37% підшкірної клітковини і жирової тканини (ліпом), у чоловіків – відповідно 0,46 і 0,36%. Що сто-



сується доброякісних новоутворень у відділах органів травлення, то вони становили 0,43% у жінок, 0,31% у чоловіків, з них гемангіоми і лімфангіоми – по 0,08% у обох статей.

Хвороби *ендокринної системи* (E00-E90) у евакуйованих обох статей представлені переважно ураженнями щитовидної залози. Так, у жінок – це 3,28% із 4,25% усіх ендокринних хвороб, у чоловіків – 1,80% із 2,21%. Серед хвороб щитовидної залози значна частка належить нетоксичному вузловому зобу (1,26 і 0,72% відповідно у жінок та чоловіків). Далі розташувалися: тиреоїдит (0,93% – у жінок, 0,26% – у чоловіків), нетоксичний дифузний та неуточнений зоб (відповідно 0,51 і 0,48%), набутий гіпотиреоз (0,32 і 0,10%). Хвороби інших ендокринних залоз склалися у жінок на 0,20% з цукрового діабету і на 0,22% з дисфункції яєчників, а у чоловіків – на 0,11% з цукрового діабету. Група нозологічних форм з порушення обміну речовин на 0,41% у жінок і на 0,14% у чоловіків сформувалася тільки за рахунок ожиріння.

Патологія *системи крові і кровотворних органів* (D50-D89) у евакуйованих представлена значною групою дефіцитних анемії і хвороб, пов'язаних з порушенням лейкоцитів: у жінок – 2,43% із 2,69%, у чоловіків – 0,80% із 1,19% від усіх встановлених. У жінок виявлено 1,94%, а у чоловіків – 0,22% дефіцитних анемії, з них відповідно 0,98 і 0,09% залізодефіцитних та 0,96 і 0,13% інших анемії, а також 0,49 і 0,58% хвороб, пов'язаних з порушенням лейкоцитів. Найменша частка в структурі хвороб системи крові у жінок (0,26%) і у чоловіків (0,39%) представлена переважно нозологічними формами з підрубрик: “Інші хвороби крові і кровотворних органів” (0,13% – у жінок, 0,35% – у чоловіків), “Пурпура та інші геморагічні стани” (по 0,02%), “Інші або неуточнені анемії” (0,09% – у жінок і 0,02% – у чоловіків).

*Розлади психіки та поведінки* (F00-F99) як у жінок (1,40%), так і у чоловіків (1,23%) представлені переважно групою невротичних розладів (відповідно 1,31 і 1,20%). Найменшу частку в структурі захворюваності (0,09 і 0,03%) складають розлади психіки, розлади особистості, поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними порушеннями та фізичними факторами тощо.

Захворювання *органів дихання* (J00-J99), частка яких у жінок становить 3,49%, зумовлені патологічними процесами у верхніх дихальних шляхах, що проявляється такими захворюваннями, як хронічний фарингіт і назофарингіт (1,23%), хронічні хвороби мигдаликів (0,58%), хронічний синусит (0,35%). У чоловіків частка хвороб цього класу в цілому складає 5,44%, найбільший відсоток становить хронічний бронхіт (1,38%),

викривлення носової перегородки (1,15%), хронічний фарингіт і назофарингіт (1,08%).

Хвороби *шкіри та підшкірної клітковини* (L00-L99) зареєстровані у 1,41% жінок і 3,68% чоловіків та представлені двома групами уражень – запальними процесами шкіри: контактним дерматитом (0,38% – у жінок, 0,63% – у чоловіків) і псоріазом (відповідно 0,15 і 0,27%); захворюваннями потових і сальних залоз (відповідно 0,31 і 1,47%).

Ураження *кістково-м'язової системи* (M00-M99), які становлять у структурі захворюваності 2,18% у жінок і 1,73% у чоловіків, представлені переважно дорсопатіями, зокрема, патологіями хребта, що склали 0,50% у жінок і 0,43% у чоловіків. Хвороби з груп остеохондропатій, хондропатій та остеопатій (набутих кістково-м'язових) становили відповідно 1,03 та 0,48%. Група артропатій, а саме, остеоартрози і пов'язані з ними порушення, становили 0,13% у жінок і 0,12% у чоловіків.

*Вроджені аномалії* (Q00-Q99) виявлені у 1,23% жінок та у 2,81% чоловіків. Вони представлені переважно вадами розвитку ока (0,48% – у жінок і 0,63% – у чоловіків) та верхніх відділів травного тракту (відповідно 0,68 і 1,95%).

Значну групу нозологічних форм *інфекційних та паразитарних хвороб* (A00-B99) як у жінок (1,37% із 1,62% хвороб класу), так і у чоловіків (0,95% із 1,10%) становили мікози. Крім того, у жінок частина інфекційних хвороб сформувалася також за рахунок трихомоніазу (0,14%) та гельмінтозу (0,06%), у чоловіків – хворобами, що викликаються вірусами та хламідіями (0,1%), сифілісом та іншими венеричними захворюваннями (0,04%).

*Симптоми, ознаки і відхилення від норми, виявлені при клінічних та лабораторних дослідженнях, не класифіковані в інших рубриках* (R00-R99), в евакуйованих жінок і чоловіків займали незначну частку серед усіх хвороб, відповідно 1,31 і 1,12%. Дві групи хвороб зумовлювали структуру даного класу в обох статей: симптоми, що стосуються серцево-судинної системи (0,51% – у жінок, 0,60% – у чоловіків) та неспецифічні відхилення від норми (відповідно 0,74 і 0,41%).

Ускладнення *вагітності, пологів і післяпологового періоду* (O00-O99) становили 0,04% у структурі захворюваності жінок. Цей клас представлений хворобами матері, що ускладнюють вагітність, ускладненнями пологів, післяпологового періоду (0,02%) та аномаліями м'яких тканин тазу (0,02%).

Епідеміологічний аналіз захворюваності із застосуванням епідеміологічного описового екстенсивного показника дав змогу зробити ряд уза-

гальнень щодо специфічності формування патології в евакуйованих жінок і чоловіків у віддалений період. Встановлено пріоритетні класи хвороб МКХ-10 за їх часткою в структурі захворюваності. Перше та друге місця посідають хвороби ока та додаткового апарату (34,56 і 35,88%) і системи травлення (18,99%, 26,07%), які в цілому становлять більшість усієї захворюваності як у жінок (53,55%), так і чоловіків (61,95%). Третє місце в структурі захворюваності у жінок займають хвороби сечостатевої системи (13,09%), а у чоловіків – системи кровообігу (7,80%). Хвороби інших класів МКХ-10 в структурі захворюваності у порядку зменшення відповідного показника розташувалися таким чином: у жінок – хвороби системи кровообігу (6,79%), ендокринної системи (4,25%), новоутворення (3,55%), хвороби органів дихання (3,49%), крові і кровотворних органів (2,69%); у чоловіків – хвороби органів дихання (5,44%), сечостатевої системи (4,92%), шкіри та підшкірної клітковини (3,71%), вроджені аномалії

(2,81%), хвороби ендокринної системи (2,21%) тощо. Слід зазначити, що у жінок більші, ніж у чоловіків, частки хвороб сечостатевої системи (у 2,7 разу), новоутворень (у 2,5 разу), хвороб крові і кровотворних органів (у 2,2 разу), ендокринної системи (в 1,9 разу), кістково-м'язової системи (в 1,3 разу), психічних розладів (в 1,14 разу), інфекційних хвороб (в 1,5 разу), симптомів, ознак і відхилень від норми (в 1,2 разу). А у чоловіків більші, ніж у жінок, частки хвороб шкіри і підшкірної клітковини (у 2,6 разу), вроджених аномалій (у 2,3 разу), хвороб органів дихання (в 1,6 разу), органів травлення (в 1,4 разу), системи кровообігу (в 1,2 разу).

Отже, для поглибленого епідеміологічного аналізу стану здоров'я евакуйованих слід провести кількісний метод статистичної обробки даних медичного обстеження за період спостереження, щоб встановити можливий зв'язок закономірностей формування захворюваності від впливу іонізуючого опромінення на момент ка-

тастрофи на ЧАЕС.

#### Список літератури

1. Бузунов В.А., Пирогова Е.А., Страпко Н.П. и др. Эпидемиологический анализ здоровья взрослого населения, эвакуированного из зоны отчуждения ЧАЭС // Матер. 2-й Междунар. конф. "Отдаленные медицинские последствия Чернобыльской катастрофы". – К.: Чернобыльинтеринформ, 1998. – С. 30.
2. Страпко Н.П., Пирогова Е.А. Методика эпидемиологического мониторинга общих соматических заболеваний взрослого населения, пострадавшего вследствие аварии на ЧАЭС: Метод. рекомендации. – К., 1993. – 32 с.

#### **СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН, ЭВАКУИРОВАННЫХ ИЗ 30-КИЛЛОМЕТРОВОЙ ЗОНЫ ВСЛЕДСТВИЕ КАТАСТРОФЫ НА ЧАЭС, ПО ДАННЫМ МЕДИЦИНСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ В ОТДАЛЕННЫЙ ПЕРИОД**

Е.Е. Прикащикова, Ю.С. Шатоян, Л.Е. Трошчук, А.А. Осьмак, Е.Е. Павловский, Н.Т. Романенко, Г.В. Костюк (Киев)

Приведены результаты медицинского наблюдения за мужчинами и женщинами, эвакуированными из 30-киллометровой зоны вокруг ЧАЭС, в течение 1992–2004 гг. Представлена структура заболеваемости когорты за время наблюдения. Выявлены особенности развития болезней разных органов и систем у пострадавших обоего пола. Установлено, что поражения глаза и его придатков, а также системы пищеварения у них занимали первые места в структуре заболеваемости, тогда как вклад болезней остальных классов имел существенные различия.

#### **ILLNESSES OF MEN AND WOMEN EVACUATED FROM 30-KM AREA AROUND ON THE CHERNOBYL ATOMIC POWER STATION FROM THE DATA OF MEDICAL SUPERVISION IN THE DISTANT PERIOD**

K.E. Prikashchikova, J.S. Shatojan, L.E. Troshchuk, A.A. Osmac, E.E. Pavlovsky, N.T. Romanenko, G.V. Kostuk (Kiev)

The results of medical supervision of men and women evacuated from 30 km area around CAPS from 1992 to 2004 are shown. The structure of cohort's sickness rate during the all supervision was presented. The features of development of illnesses of different organs and systems among the people of both sex were detected. Was determined that illnesses of nervous system and organs of feeling and digestive system took the first places among them in the sickness rate, while the diseases' contribution of other classes had a rather big differences.

УДК 615.477:002.5(048)

О.В. ГОРБЕНКО

## ІНФОРМАЦІЙНО-КОМУНІКАТИВНІ ПЕРЕШКОДИ У ВИКОРИСТАННІ КОНТРАЦЕПЦІЇ ТА ШЛЯХИ ЇХ ПОДОЛАННЯ В УКРАЇНІ (ЗА ДАНИМИ НАУКОВОЇ ЛІТЕРАТУРИ)

Представництво "Ріхтер Гедеон Рт." в Україні

Третє тисячоліття справедливо вважається епохою інформації, коли саме інформаційні технології визначають існування та подальший розвиток суспільства. Від інтенсивності інформаційних потоків залежать поінформованість, механізми прийняття рішень, різноманітні зміни поведінки.

Сфера охорони здоров'я характеризується чи не найбільшою інтенсивністю інформаційних потоків. Разом з тим, вони мають досить хаотичний характер і не завжди сприяють коректному інформуванню населення з різних проблем. Не може бути виключенням і охорона репродуктивного здоров'я разом з питаннями планування сім'ї та контрацепції. Згідно з документами Каїрської конференції, зусилля у сфері інформації та освіти повинні підвищувати свідомість шляхом кампаній суспільної просвіти з таких пріоритетних питань: безпечне материнство, репродуктивне здоров'я та права людини, здоров'я матерів та дітей, а також планування сім'ї. З одного боку, цей напрямок сьогодні має високу інтенсивність інформаційних потоків, велику кількість інформації, а з іншого він характеризується наявністю інформаційно-комунікативних перешкод, які суттєво обмежують використання методів планування сім'ї різними категоріями населення. До інформаційно-комунікативних перешкод [3;7] належать такі:

- Історичні забобони, негативний досвід старших, стереотипи і упередженість до деяких видів контрацепції.
- Релігійні обмеження.
- Низький рівень статевої культури.
- Небажання чоловіків брати активну участь у плануванні сім'ї разом із жінками на паритетних засадах.
- Відсутність загальноприйнятих освітніх програм для підлітків.
- Небажання гінекологів займатись питаннями контрацепції. Акцент на лікувальній, а не профілактичній роботі.
- Обмаль фахівців, які могли б проводити тренінги для медичного персоналу з питань кон-

трацепції (співробітники кафедр, лікарі-гінекологи, сексопатологи, андрологи, сімейні лікарі).

- Недостатня підготовка сімейних лікарів як альтернативних фахівців з питань планування сім'ї. Незалучення цих фахівців до надання послуг з планування сім'ї.
- Відсутність системного підходу у висвітленні проблеми планування сім'ї у засобах масової інформації (електронних і друкованих).
- Незначна роль недержавних організацій з просвітницької роботи у громадах (особливо у сільській місцевості).

Одними з найсерйозніших перешкод є негативні стереотипи, досвід старших та забобони щодо певних видів контрацепції. Прикладом можуть слугувати методи гормональної контрацепції. Перші таблетки комбінованих оральних контрацептивів (КОК) зразка 50-60-х років минулого сторіччя містили досить високі дози естрогенів та неселективні прогестини перших поколінь. Вони часто викликали побічні ефекти та ускладнення, такі як збільшення ваги тіла, порушення ліпідного спектру крові, тромбоемболічні ускладнення, підвищення артеріального тиску. І хоча за декілька десятиріч шляхом серйозних наукових розробок у клінічну практику були впроваджені мінімально доцільні дози естрогенів і високоселективні та безпечні прогестини, старі стереотипи щодо всієї групи КОК мають місце і сьогодні, суттєво обмежуючи застосування цих високонадійних та безпечних засобів. Інший приклад стосується таблеток для екстреної контрацепції, коли має безконтрольне застосування та хибне тлумачення цього методу споживачами багатократний прийом з усіма негативними наслідками для здоров'я. Неправильне використання методу/засобу контрацепції споживачами, що нерідко призводить до контрацептивних невдач, також є джерелом стереотипів і поширення інформації стосовно ненадійності методу [4].

Релігійні обмеження відіграють також важливу роль. Цей фактор актуальний передусім на Західній Україні, де церква залишається провідним суспільним інститутом. Слід зазначити,

що Православна та Греко-Католицька конфесії, котрі найбільше представлені в Україні, закликають до загальнолюдських цінностей, стриманості та вірності, а численні секти та релігійні угруповання, що наразі діють в Україні, вдаються до популяризації натурального методу запобігання небажаній вагітності та агресивно пропагують проти сучасних засобів/методів контрацепції. Найбільш наочним у цьому плані є Західний регіон України (Івано-Франківська, Львівська, Рівненська, Тернопільська області), де спостерігається перевага у використанні натуральних і бар'єрних методів запобігання небажаній вагітності [12].

Низька сексуальна культура та відсутність паритетних засад у взаємній відповідальності партнерів, на жаль, існують і надалі в Україні. Чоловіки не долучаються до питань планування сім'ї, часто мають низьку поінформованість у цих питаннях [5;8].

Категорія підлітків і молоді посідає особливе місце в інформуванні з питань репродуктивного здоров'я та контрацепції. З одного боку, ця інформація є особливо актуальною для даної категорії і в цілому можна визнати готовність молоді та підлітків до її сприйняття, а з іншого – реальна ситуація свідчить про низьку поінформованість щодо сучасних засобів контрацепції та їх використання серед підлітків та молоді. 45% опитаних студенток київських вузів вказують на пріоритет у використанні ними або їхніми партнерами ненадійних методів або взагалі на невикористання жодного із засобів попередження небажаної вагітності та інфекцій, що передаються статевим шляхом. Разом з тим, 92% опитаних визнали для себе актуальність інформації з охорони репродуктивного здоров'я і побажали отримувати таку інформацію на регулярній основі [2;10]. У будь-якому разі слід визнати стратегічну перспективність цієї категорії населення, оскільки подолання серед неї інформаційно-комунікативних перешкод може мати далекосяжні результати. Наразі інформаційні програми для підлітків і молоді в Україні знаходяться на стадії розвитку [6].

Існуючий розподіл обов'язків серед медичних фахівців та їх тактика з інформування населення також може розглядатись як бар'єрний фактор. Єдиним фахівцем, який може надавати послуги з планування сім'ї в Україні, є лікар акушер-гінеколог. На жаль, діяльність цих фахівців сконцентрована більше на лікуванні гінекологічної патології, а профілактичній роботі і питанням планування сім'ї приділяється мало уваги. Слід зазначити, що тут спрацьовує і стереотип серед населення: до лікаря слід звертатися тільки з наявними розладами

у стані здоров'я [15]. Достатньо активна робота проводиться створеною в Україні Службою планування сім'ї, але вона охоплює консультативними послугами поки що обмежену кількість населення, значним чином у цьому плані обмежене сільське населення [13;14;16]. Досвід інших країн свідчить про надання права консультувати з питань планування сім'ї не тільки лікарям акушер-гінекологам, але й лікарям загальної практики, підготовленому середньому медичному персоналу і навіть провізорам. З огляду на це кількість інформаційних контактів медичних фахівців з населенням збільшується [9].

Інформаційною перешкодою є недостатня підготовка фахівців з питань планування сім'ї, а також відсутність спеціальних тренінгових програм для широкого кола медичних фахівців.

Подолання всіх вищезазначених перешкод має здійснюватись комплексно, але на перший план слід винести заходи, спрямовані на кінцевих споживачів, або населення.

Робота з медичними фахівцями з подолання інформаційно-комунікативних перешкод – предмет окремої дискусії, у даному матеріалі спробуємо окреслити шляхи, спрямовані на підвищення обізнаності населення з питань планування сім'ї.

Найголовнішим фактором, на який можна значним чином впливати, є обізнаність населення з питань планування сім'ї [2;7;16]. Обізнаність, або поінформованість, може розглядатися лише як перший стартовий крок на шляху до придбання та використання методу/засобу контрацепції. Наступними кроком є знання/вміння використовувати метод/засіб на практиці, але і вони не можуть гарантувати прихильності та систематичного використання. Визнання споживачами необхідності та важливості запобігання небажаній вагітності та інфекціям, що передаються статевим шляхом, щодо себе – важливий наступний крок, який базується передусім на власній мотивації [17]. Цей крок може розглядатися як пусковий до пробного використання методу/засобу. У разі невдалої спроби споживачі можуть взагалі відмовитися від конкретного засобу/методу контрацепції. Саме на цьому етапі важливою є роз'яснювальна робота фахівців, індивідуальний підхід та терпіння. Фінальним кроком є стійка прихильність та систематичне використання засобу/методу контрацепції, які базуються на власній мотивації та задовільному досвіді. Слід зауважити, що на кожному з вищезазначених етапів існують власні інформаційно-комунікативні перешкоди та методи їх подолання. Підтвердження вищезазначених даних наводяться в таблиці [1;18].



Таблиця. Рівні поведінки споживачів контрацептивних засобів

Крок	Рівень	Поведінка
Крок 0	Не обізнаний	Не знає про існування методу/засобу або взагалі про існування контрацепції
Крок 1	Обізнаний/поінформований	Має уяву про методи/засоби контрацепції
Крок 2	Знання та вміння використовувати	Знає про недоліки та переваги різних методів/засобів контрацепції; обізнаний, хто може і хто не може застосовувати; може пояснити іншим, як користуватися методами/засобами
Крок 3	Актуалізація та визнання необхідності для себе	Екстраполює свої знання та навички до власних потреб, визнає необхідність для себе
Крок 4	Бажання самому спробувати застосувати метод/засіб	Має мотивацію до використання засобу/методу, хоче придбати засіб/метод
Крок 5	Пробне використання	Робить першу спробу використання засобу/методу контрацепції
Крок 6	Стійка прихильність до методу/засобу	Систематично застосовує засіб/метод

Таким чином, всі інформаційні заходи мають формуватися за принципом зміни поведінки споживачів від мінімальної поінформованості до стійкої прихильності та збереження мотивації до планування сім'ї/контрацепції.

Одним з найдійовіших інструментів інформування та ВСС щодо різних категорій населення можуть бути визнані суспільні комунікації (або більш уживаний термін –public relations- PR). За Г.Г.Почепцовим, суспільні комунікації вирішують такі завдання [11] стосовно поведінки людей:

1. Мотивують людину до нової поведінки.

2. Підтримують існуючу позитивну модель поведінки.

3. Модифікують негативну поведінку.

Якщо екстраполювати дану концепцію у планування сім'ї, то, відповідно, можна навести такі приклади:

– у першому випадку прикладом може бути початок використання споживачами сучасних засобів/методів контрацепції після того, як вони не використовувались взагалі чи користувались ненадійними або традиційними методами;

– у другому випадку – коли молода жінка, яка раніше використовувала КОК з метою контрацепції, після періоду бажаної вагітності, пологів і лактації знову вирішила використовувати КОК для надійної контрацепції протягом тривалого часу;

– у третьому випадку – коли жінка, яка вдалася до декількох операцій штучного переривання вагітності, вирішила користуватися сучасним засобом контрацепції, тобто відмовилася від абортів як методу регулювання фертильності.

Як бачимо, у кожному з прикладів споживачі мають різні рівні поінформованості і завдяки інструменту суспільних комунікацій можна досягти таких позитивних змін поведінки, котрі сприятимуть збереженню репродуктивного здоров'я різних категорій населення.

На нашу думку, у плануванні комунікативної активності з охорони репродуктивного здоров'я дуже важливою є сегментація аудиторії споживачів. Вище вказувалось про перспективність і

стратегічну значущість молодіжної аудиторії. Окрім молоді, важливими є такі аудиторії:

- всі жінки репродуктивного віку;
- всі чоловіки репродуктивного віку;
- жінки, які перенесли одну або декілька операцій штучного переривання вагітності;
- жінки після пологів.

Кожна з наведених груп має також сегментуватися на міських та сільських жителів, оскільки вихідний рівень поінформованості, комунікативні можливості та шляхи надання інформації для цих двох категорій будуть різнитися.

На засадах суспільних комунікацій можуть використовуватись такі джерела інформації щодо планування сім'ї [19;20]:

1. Телебачення (ролики та тематичні програми, конкурси та акції).
2. Радіо (ролики та тематичні програми, конкурси та акції).
3. Інтернет (банери, розсилка, інформаційні сайти, форуми та “он-лайн” запитання до фахівця).
4. SMS – повідомлення від провайдерів мобільного зв'язку.
5. “Гарячі” телефонні лінії.
6. Інформація на зовнішніх носіях (big boards, city-lights, транспорт).
7. Інформація у друкованих ЗМІ – розрахованих на аудиторію споживачів.
8. Акції із залученням знаменитостей.
9. Акції масової культури (концерти, спортивні змагання, видовищні заходи).
10. Друкована інформація (листівки, міні-буклети).
11. Символічні предмети (футболки, кепки, пакети, ручки).
12. Волонтерство, або обмін інформацією за принципом “рівний – рівному”.

Безумовно, значущість кожного з джерел для кожної з категорій населення є різною. Найоб'єктивніші дані щодо цінності конкретного джерела інформації для конкретної аудиторії можуть надати соціологічні дослідження та дослідження фокус-груп [10;18], що є наступним кроком нашого дослідження.

### Список літератури

1. Борисов Б.Л. Реклама и публік рилейшнз. Алхимия власти. – Рига, 1997. – 150 с.
2. Горбенко О.В. Аспекти прихильності сучасної молоді до контрацепції. Медико-соціальні аспекти сем'ї. – Донецьк: Альма-матео, 2006. – С. 112–114.
3. Горбенко О.В. Контрацепція як проблема репродуктивного здоров'я: ситуаційний аналіз // Здоров'я жінки. – 2005. – №2 (22). – С. 174–180.
4. Довідник з питань репродуктивного здоров'я / За ред. проф. Гойди Н.Г. – К.: Вид-во Раєвського, 2004. – С. 101–104.
5. Дослідження стану репродуктивного та статевого здоров'я чоловіків в Україні (Ситуаційний аналіз) / Уклад. Банніков В. та ін. – К., 2003. – 36 с.
6. Жилка Н.Я. Аналітичний огляд законодавчого забезпечення охорони репродуктивного здоров'я в Україні. – К.: Вид-во Раєвського, 2005. – 96 с.
7. Жилка Н.Я. Ситуаційний аналіз доступності засобів контрацепції для населення України. – К.: Вид-во Раєвського, 2005. – 56 с.
8. Матюха Л.Ф., Хімїон Л.В., Банніков В.Л. та ін. Репродуктивне здоров'я чоловіків: Бібліотека сімейного лікаря: Навч. Посібник. – К., 2004. – 88 с.
9. Отчет о стратегической оценке: Аборты и контрацепция в Румынии / ВООЗ, Специальная программа исследований. Развитие и исследовательская подготовка в вопросах репродукции человека. – Бухарест, март 2004. – 72 с.
10. Паніна Н.В. Технологія соціологічного дослідження. – К., 1996. – 112 с.
11. Почепцов Г.Г. Публік рилейшнз для професіоналов. – М., 2005. – С. 78–87.
12. Пушак К.І., Заліська О.М. Аналіз динаміки арсеналу гормональних контрацептивів та вивчення фармацевтичних аспектів контрацепції в Україні // Фармацевтичний журнал. – 2005. – №5. – С. 22–26.
13. Слабкий Г.О., Мельник Ю.В. Удосконалення інформаційної служби охорони здоров'я великого міста // Вісник Вінницького державного медичного університету. – 2001. – №1. – С. 260–261.
14. Слабкий Г.О., Подоляка В.Л. Шляхи удосконалення інформаційної системи охорони здоров'я населення на регіональному рівні // Український журнал телемедицини та медичної телематики. – 2003. – №1, Т. 1 – С. 21–27.
15. Статт Д. Психологія потребителя. – СПб, 2003. – С. 15–43.
16. Хаджинс Т., Райт К. Оценка доступности контрацепции в Украине // Выборочное социологическое исследование. Отчет экспертов Деливер. для Агенства США по международному развитию, ноябрь 2004. – 28 с.
17. Энджел Дж.Ф. и др. Поведение потребителя. – СПб., 2003. – С. 87–102.
18. Cutlip S.M. a.o. Effective Public Relations. – Englewood Cliffs, 1994. – P. 115–118.
19. Seitel F.P. The Practice of Public relations. – New York, 1992. – P. 378–379.
20. White J., Mazur L. Strategic communications management. Making Public relations Work. – Wokingham, 1995. – P. 5–14.

### **ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАТИВНЫЕ ПРЕГРАДЫ В ИСПОЛЬЗОВАНИИ КОНТРАЦЕПЦИИ И ПУТИ ИХ ПРЕОДОЛЕНИЯ В УКРАИНЕ (ПО ДАННЫМ НАУЧНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ)**

А.В. Горбенко (Киев)

В статье на основании анализа научной литературы представлены информационно-коммуникативные преграды на пути использования современных методов контрацепции. Предлагаются пути преодоления этих преград.

### **INFORMATION-COMMUNICATIVE BARRIERS IN USE OF CONTRACEPTION AND A WAY OF THEIR OVERCOMING IN UKRAINE (ACCORDING TO THE SCIENTIFIC LITERATURE)**

A.V. Gorbenko (Kiev)

In article on the basis of the analysis of the scientific literature information-communicative barriers on a way of use of modern methods of contraception are submitted. Ways of overcoming of these barriers are offered.

УДК

## РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ СЕРЕД СІЛЬСЬКОЇ МОЛОДІ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ.

О.В. ОЛЕКСІЄНКО

**Вступ.** Хвороби системи кровообігу залишаються проблемою №1 охорони здоров'я. В Україні вони обіймають перше місце в структурі смертності, поширеності хвороб та інвалідності (1,2,7).

Якщо порівняти рівень смертності сільського і міського населення України, то протягом останніх десятиріч він значно вищий на селі; 65,3% мешканців села вмирають від хвороб системи кровообігу, а саме від ішемічної хвороби серця та цереброваскулярних хвороб, які на 86,2% визначають рівень смертності від серцево-судинних захворювань (3).

Артеріальна гіпертензія є одним з провідних факторів ризику розвитку хвороб системи кровообігу та виникнення їх ускладнень. Саме тому в Україні прийнята Національна програма профілактики і лікування артеріальної гіпертензії (1999). Вона, зокрема, передбачає подальше виявлення артеріальної гіпертензії у населення, активне формування здорового способу життя, виключення або облегшення негативного впливу факторів ризику, диспансеризацію пацієнтів з артеріальною гіпертензією, наукові дослідження, спрямовані на вивчення механізмів виникнення артеріальної гіпертензії, запобігання появі ускладнень, поліпшення якості життя хворих (4,5,8,9).

Наукові дослідження артеріальної гіпертензії серед сільського населення поки що є рідкістю. Особливо це стосується молодого віку, з якого, власне, й повинна починатись реалізація Національної програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії.

**Мета дослідження:** вивчити істинну розповсюдженість приграничної гіпертонії і гіпертонічної хвороби серед сільської молоді у віці 17 - 26рр.

**Матеріал і методи:** досліджено розповсюдженість приграничної гіпертонії і гіпертонічної хвороби серед сільської молоді у віці 17 -26рр., яка проживає в організованих колективах – вищих навчальних закладах 1- 2 рівня акредитації, що діють в сільських адміністративних районах Вінницької області. Статистична сукупність складала 8470 студентів. Вивчені всі їхні звертання за медичною допомогою протягом 2002-2004рр., тричі поміряно кров'яний тиск кожного року.

**Результати досліджень та їхнє обговорення.**

Вивчення розповсюдженості приграничної гіпертонії і гіпертонічної хвороби серед сільської молоді Вінницької обл. дало такі результати (таблиця 1.)

Таблиця 1. Поширеність приграничної гіпертонії і гіпертонічної хвороби серед сільської молоді Вінницької області(2002-2004 рр., на 100 осіб)

Стать	2002	2003	2004	разом
Чоловіки	6,6±0,4	5,8±0,4	10,2±0,5	7,6±0,2
Жінки	2,1±0,2	2,2 ±0,2	3,0±0,3	2,5±0,1
Разом	4,5±0,2	4,0±0,2	6,4±0,3	5,0±0,1

Як видно із таблиці 1, 5,0±0,1 % сільської молоді має приграничну гіпертонію і гіпертонічну хворобу. За величиною артеріального тиску ці хворі розподіляються наступним чином: 140-149/90-94 (пригранична гіпертонія) – 69,8% ; 150-159/95-99 (м'яка гіпертонія) – 21,2% і 160 і вище/ 100 і вище (помірна гіпертонія) – 9%.

Серед чоловіків поширеність хвороби в три рази більша порівняно з жінками. Показник поширеності за три досліджувані роки коливався,

причому різниця між 2002 і 2004 рр. є статистично достовірною ( $p < 0,001$ ).

Дані про поширеність хвороби у статевому розрізі представлено в табл.2 і рис 1.

Як видно із табл. 2 і рис 1, з віком поширеність хвороби зростає. Це характерно як для чоловіків, так і для жінок. При цьому можна відмітити два "стрибки" у цьому зростанні – у віці 19-20 рр. порівняно з 17-18 роками і у віці 25-26 рр. порівняно з 23-24 роками. Найменший ріст відмічено у віці 23-24 р. порівняно з 21-22 роками.

Загалом при порівнянні крайніх вікових



Таблиця 2. Поширеність приграничної гіпертонії і гіпертонічної хвороби в різних статевих-вікових групах (2002-2004 рр., на 100 осіб)

Роки	Вік	чоловіки		жінки		разом	
		показник	темп приросту, %	показник	темп приросту, %	показник	темп приросту, %
2002	17-18	2,6±0,5	-	0,3±0,2	-	1,5±0,3	-
	19-20	3,7±0,7	42,3	1,5±0,4	400,0	2,6±0,4	73,3
	21-22	6,3±0,8	70,3	1,7±0,4	13,3	3,8±0,5	46,2
	23-24	5,9±0,8	-6,3	1,5±0,4	-11,8	3,5±0,5	-7,9
	25-26	12,9±1,2	118,6	6,9±0,9	360,0	10,7±0,8	205,7
2003	17-18	1,7±0,4	-	0,3±0,2	-	1,0±0,2	-
	19-20	2,5±0,5	47,1	1,1±0,4	266,7	1,8±0,3	80,0
	21-22	4,6±0,7	84,0	2,1±0,5	90,9	3,4±0,5	88,9
	23-24	4,8±0,7	4,3	2,3±0,5	9,5	3,6±0,5	5,9
	25-26	15,4±1,2	220,8	5,1±0,8	121,7	10,1±0,8	180,6
2004	17-18	3,6±0,6	-	1,5±0,4	-	2,6±0,4	-
	19-20	6,8±0,9	88,9	2,0±0,5	33,3	4,4±0,5	69,2
	21-22	8,9±1,0	30,9	2,2±0,5	10,0	5,3±0,5	20,5
	23-24	9,5±1,0	6,7	2,9±0,6	31,8	5,9±0,6	11,3
	25-26	13,6±1,2	43,2	5,6±0,8	93,1	10,3±0,8	74,6

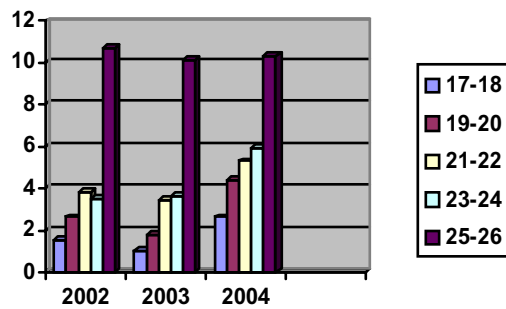


Рис. 1. Динаміка поширеності приграничної гіпертонії і гіпертонічної хвороби з віком (200-2004 рр., на 100 осіб)

груп (25-26 рр. порівняно з 17-18 рр.) поширеність хвороби була більшою в 2002 р. у 7.1 рази, в тому числі у чоловіків – в 5,0 і у жінок – в 23,0 р., в 2003 р. відповідно у 10,1, 9,1 і 17 раз і в 2004 р. – у 3,8, 3,8 і 3,7 рази.

Отже, на підставі викладеного можна зробити такі **висновки**:

1. Серед сільської молоді 5,0% осіб або кожна 20-а молода дюдина має проблеми з артеріальним тиском. У чоловіків цей показник у три рази більший порівняно з жінками. Переважна більшість (69,8%) має приграничну гіпертонію.

2. З віком поширеність хвороби наростає.

### Література

1. Вороненко Ю.В., Москаленко В.Ф. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я.-Тернопіль, Укрмедкнига, 2000.-678с.
2. Голяченко О.М., Сердюк А.М., Приходський О.О. Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я // Тернопіль, Київ, Вінниця. – 1997. – 327 с.
3. Горбась І.Н., Смирнова І.П., Грицай Н.М., Середюк Н.М., Катеринчук І.П., Вакалюк І.П., Кайдашев І.П., Кваша О.О., Давиденко Н.Б., Малацьківська О.В., Срібна О.Б., Шляренко М.П., Якимчук В.М., Волинський А.І, Шумелько І.Ф., Зінковський О.Л. Епідеміологічні аспекти артеріальної гіпертензії в сільській популяції України // Український кардіологічний журнал.-2006.-№2.-С.9-12.
4. Корнацький В.М. Медико-соціальні аспекти серцево-судинної захворюваності і смертності серед населення України в сучасних економічних умовах // Матеріали науково-практичної Конференції, 26-28 травня, 1999 р. – К., 1999. – С. 255-257
5. Москаленко В.Ф., Коваленко ВМ. Артеріальна гіпертензія: медично-соціальні результати і шляхи виконання Національної програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії // Український кардіологічний журнал.- 2002.-№4.-С.6-10.

6. Сіренко Ю.М., Горбась І.М., Смірнова І.П. Динаміка статистико-епідеміологічних показників реалізації Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні // Український кардіологічний журнал.- 2003 .- №1.- с.9-13
7. Смірнова І.П. Національна програма профілактики та лікування артеріальної гіпертензії в Україні // Клінічна фармакологія, фізіологія, біохімія. – 1996.- №2. – С.6-9
8. Atlas Of Health In Europe / The WHO Regional Office for Europe. – Copenhagen,2003. – 112 p.
9. Hansson L. Treatment of hypertension and the I curve // I. Clin. Hypertens.- 1999.- vol.1., №2.-p.136-140

### **РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СРЕДИ СЕЛЬСКОЙ МОЛОДЕЖИ ВИННИЦКОЙ ОБЛАСТИ.**

*О.В. Олексиенко*

В статье приводятся данные о распространенности артериальной гипертензии среди сельской молодежи Винницкой области в возрасте 17-26 лет. Заболеваемость составила  $5,0 \pm 0,1\%$ , в том числе среди мужчин  $7,6 \pm 0,2\%$  и женщин –  $2,5 \pm 0,1\%$ .

### **PREVALENCE OF ARTERIAL HYPERTENSION AMONG VILLAGE YOUTH OF VINNITSA REGION.**

*Oleksienko O.V.*

The article cites data on prevalence of arterial hypertension among village youth of Vinnitsa region at the age of 17-26. The morbidity rate amounted to  $5.0 \pm 0.1\%$ , including  $7.6 \pm 0.2\%$  among men and  $2.5 \pm 0.1\%$  among women.

**МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

УДК 614.8.067.3(083.74)

*В.В. МАРУНИЧ, А.В. ПАТОВ, О.В. СЕРГІЄНІ, О.А. ДНІПРОВА, Т.Г. ВОЙТЧАК***СТАНДАРТИЗАЦІЯ ЯК МЕТОД ОПТИМІЗАЦІЇ ДІЯЛЬНОСТІ  
СЛУЖБИ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ  
(ДНІПРОПЕТРОВСЬК)**

Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності

Важливим завданням дослідників є визначення стабільності роботи тієї чи іншої медичної організації чи системи. Для цього необхідно простежити динаміку показників, що характеризують її діяльність протягом визначеного періоду. З іншого боку, може знадобитися порівняти показники діяльності певної організації чи системи й інших аналогічних організацій у тому ж регіоні чи по державі та в інших країнах. Методи для таких досліджень широко використовуються протягом десятиріч у промисловій статистиці, однак в медицині вони набули поширення порівняно недавно.

У США National Committee for Quality Assurance з 2001 р. опублікував базу даних HEDIS (Health Plan Employer Data and Information Set). Вона являє собою зведення методів, що використовуються для оцінки параметрів, які характеризують різні аспекти діяльності служби суспільної охорони здоров'я. Крім того, даний ресурс дає змогу відстежувати вимоги кінцевих споживачів до медичної допомоги, необхідність різних служб, доступність, можливість пред'явлення претензій до якості її надання [20].

Система охорони здоров'я в Україні має певний досвід стандартизації медичної допомоги. Так, наприкінці 80-х – початку 90-х років спеціалістами ряду лікувально-профілактичних закладів (ЛПЗ) обласного рівня були розроблені і впроваджені в практичну діяльність стандарти лікувально-діагностичного процесу і якості лікування хворих. Впровадження стандартів, розроблених безпосередньо в ЛПЗ, забезпечило проведення систематичної самооцінки якості й ефективності медичної допомоги, що надається в лікарні.

Традиційним для вітчизняної практики розробки стандартів є підхід до формування медичних стандартів у вигляді переліку стандартних наборів діагностичних та лікувальних заходів при різних нозологічних формах. Єдиними дію-

чими на даний час в Україні галузевими стандартами, згідно з якими проводиться оцінка якості медичної допомоги, є ті, що затверджені наказом МОЗ від 27.07.1998 р. №226 "Про затвердження Тимчасових галузевих уніфікованих стандартів медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних закладах України та тимчасових стандартів обсягів діагностичних досліджень, лікувальних заходів та критерії якості лікування дітей".

Суттєвим наступним кроком стала розробка у 2003–2004 рр. клінічних протоколів за певними спеціальностями (сімейна медицина, терапія, хірургія, акушерство-гінекологія, нефрологія, неврологія, травматологія, нейрохірургія тощо). Частина протоколів уже офіційно затверджена відповідними наказами МОЗ, більшість проходить відповідну процедуру апробації та узгодження.

Однак аналіз використання медичних стандартів показав, що відсутність єдиних вимог до об'єкта стандартизації обумовлює те, що в лікарнях з однаковим фінансовим забезпеченням, профільною спрямованістю стандарти мають різний рівень гарантії якості медичної допомоги.

Сьогодні пріоритетним напрямом є створення способів аналізу, оцінки якості і представлення даних, що характеризують діяльність організації в цілому. Дослідження, присвячені цьому питанню, висвітлені в багатьох наукових працях. Водночас, необхідна розробка єдиних стандартних методів оцінки функціонування організації закладів охорони здоров'я та медико-соціальної експертної допомоги.

Стандартизація в галузі медико-соціальної експертизи (МСЕ) і реабілітації являє собою процес або один з головних напрямків як з розробки норм, активів, правил і характеристик МСЕ і реабілітації, так і з оптимізації управлінських

рішень щодо надання медико-експертних послуг. Одночасно стандартизація в цій галузі дає змогу проводити якісний аналіз стану і розвитку служби МСЕ та реабілітації, що сприяє визначенню ефективних механізмів удосконалення діяльності установ МСЕ і реабілітаційних закладів різного рівня і відомчої підпорядкованості, вибору пріоритетів їх розвитку [12;13].

Робота служби медико-соціальної експертизи здійснюється в межах державних стандартів, тому що кінцевим результатом її діяльності є рекомендація з розробки показань до розподілу держбюджетних коштів на соціальні потреби [5]. Разом з тим, за своїм призначенням та структурою існуючі "Тимчасові галузеві уніфіковані стандарти..." лише певною мірою можуть використовуватися в практиці медико-соціальної експертної допомоги щодо осіб з найбільш тяжкими хронічними захворюваннями та анатомічними дефектами, які призводять до інвалідності [3].

Медико-соціальна експертна робота здійснюється згідно з нормативними документами, що відіграють роль державних стандартів. Структура служби медико-соціальної експертизи визначена такими організаційно-технологічними стандартами, як Положення про медико-соціальну експертизу (затверджено Постановою Кабінету Міністрів України від 22.02.1992 р. № 83) і Положення про обласний Центр МСЕ (затверджено МОЗ України від 06.07.1992 р. ) [2].

Стандарти функціонування служби МСЕ визначені Положенням про МСЕ, Порядком організації і проведення медико-соціальної експертизи втрати працездатності (затверджено Постановою Кабінету Міністрів України від 04.04.1994 р. № 221), Посадовими інструкціями про лікаря-експерта, лікаря-реабітолога (затвердженими Управлінням МСЕ МОЗ України від 29.08.1997 р.). Медико-експертна робота здійснюється відповідно до технологічних стандартів: Інструкції про встановлення груп інвалідності (2004), Переліку медичних показань на одержання інвалідами автомобілів із ручним керуванням (затверджено наказом МОЗ України від 23.01.1995 №13), іншими документами по окремих питаннях МСЕ.

Реабілітаційний напрямок має велике значення у роботі служби МСЕ [1;4;14;15]. Відповідно до Закону "Про реабілітацію інвалідів в Україні" (2005) стандартом надання реабілітаційних послуг буде Державна типова програма реабілітації інвалідів, що розробляється у теперішній час (ст. 16), яка встановлює гарантований державою перелік послуг з медичної, психолого-педагогічної, фізичної, професійної, трудової, фізкультурно-спортивної, побутової і соціальної

реабілітації, технічних та інших засобів реабілітації, виробів медичного призначення, які надаються інваліду, дитині-інваліду з урахуванням фактичних потреб залежно від віку, статі, виду захворювання безоплатно або на пільгових умовах.

Індивідуальна програма реабілітації інваліда (ІПР) (ст. 23) розробляється відповідно до Державної типової програми реабілітації інвалідів для повнолітніх інвалідів – медико-соціальною експертною комісією, для дітей-інвалідів – лікарсько-консультативними комісіями лікувально-профілактичних закладів.

Водночас, залишаються недостатньо розробленими стандарти нормативів обстеження хворого при скеруванні його до МСЕК медичними закладами, а також базові стандарти ІПР при основних інвалідизуючих патологіях. Об'єктивність МСЕ залежить передусім від повноти і якості обстеження хворого та правильності оформлення медико-експертної документації. При цьому основними вимогами до стандарту діагностики вважається визначення оптимального обсягу необхідних діагностичних процедур з кожної нозологічної форми, їх послідовність і кратність, які спрямовані на встановлення або уточнення діагнозу [18].

Ця робота пов'язана з низкою об'єктивних труднощів: відсутністю теоретичних та методологічних опрацювань підходів до стандартизації в галузі МСЕ, недостатністю системоутворюючих нормативних документів, регламентації процесу (послідовності) МСЕ та реабілітації, визначення критеріїв оцінки і контролю за якістю їхньої роботи. Важливою складовою вирішення питань оптимізації медико-експертної допомоги було обґрунтування і розробка єдиних уніфікованих стандартів медико-експертних технологій і впровадження їх у практику служби МСЕ.

Розроблені раніше рекомендовані стандарти щодо служби МСЕ стосувалися окремих напрямів діяльності медико-соціальних експертних комісій, критеріїв медико-соціальної експертизи при окремих захворюваннях чи у окремих категорій населення. Стандарти, навіть рекомендовані, які б стосувалися всіх аспектів організації, структури та функціонування установ медико-соціальної експертизи різного рівня були відсутні.

Співробітники УкрДержНДІ МСПІ разом з Відділом МСЕ МОЗ України приділяють постійну увагу науковому обґрунтуванню та розробці питань стандартизації. З метою комплексної оцінки якості медико-експертної допомоги населенню при проведенні акредитації установ медико-соціальної експертної служби і рейтингової оцінки їх діяльності нами розроблено галузевий стандарт – модель кінцевих резуль-

татів (МКР) діяльності установ служби. Як контрольні показники для МКР використані оптимізовані середньорічні показники діяльності служби МСЕ України. Модель включає показники результативності, дефектів, проміжні показники, що впливають на якість роботи.

Показники результативності характеризують як стан здоров'я населення, так і роботу всіх ланок служби по профілактиці і зниженню інвалідності, реабілітації інвалідів. У цю групу показників включені: первинна інвалідність працюючих; дорослого населення; працездатного віку; частота встановлення первинно I–II груп інвалідності на 10 тис. дорослого населення та населення працездатного віку; продовження листків непрацездатності та його ефективність; показники повторного огляду: повна, часткова, сумарна реабілітація, реабілітація інвалідів III групи, обтяження інвалідності на 100 переоглянутих; охоплення інвалідів індивідуальними програмами реабілітації та ефективність їх виконання. Показники дефектів: частота оскаржень, зміна рішень первинних МСЕК по оскарженню, частота контрольних оглядів, зміна рішень по контролю, частота необґрунтованих скерувань ЛКК до МСЕК для встановлення групи інвалідності, випадки затримки з проведенням медико-соціальної експертизи, факти порушення чинного законодавства і нормативно-правових документів. До проміжних показників віднесені: обсяг діяльності МСЕК – кількість засідань за рік і тиждень, кількість оглянутих за рік і на одне засідання, відсоток виїзних засідань, кількість вперше і повторно оглянутих, працевлаштування інвалідів і перевірка його раціональності, направлення їх на навчання, а також: виконання нормативів МСЕ, укомплектованість кадрами лікарів-експертів і реабілітологів, відсоток лікарів-експертів, які мають кваліфікаційну категорію, наявність і виконання графіка підвищення кваліфікації лікарів МСЕК; створення розширених експертних комісій і реабілітаційних рад при обласних управліннях охорони здоров'я, комп'ютерний облік та аналіз інвалідності. Кожний з показників оцінюється в балах. Величина балів показника та балів, що знімаються при відхиленні від контрольного показника, залежить від значущості його для забезпечення медико-експертної допомоги високої якості. До стандарту включена також детальна програма контролю якості роботи первинних МСЕК по всіх аспектах їхньої діяльності: експертної, реабілітаційної, профілактичної, організаційно-методичної [19].

Відповідно до існуючих у теперішній час нормативних документів щодо стандартизації в охороні здоров'я розроблені стандарти організації, структури та функціонування МСЕК загального

та спеціалізованого профілю, обласних та центральних міських МСЕК [6–11;16;17], видані у вигляді посібників та методичних рекомендацій.

Ці посібники розраховані на лікарів МСЕК, центрів МСЕ, лікувально-профілактичних закладів. Необхідність створення таких посібників була продиктована відсутністю нормативів діяльності та технології функціонування закладів МСЕ, критеріїв оцінки якості їхньої роботи. Це призвело до того, що в регіонах не існувало чітких принципів організації роботи закладів МСЕ різних рівнів та профілів з проведення первинних та повторних оглядів, розподілу потоків хворих між спеціалізованими та міжрайМСЕК, методів оцінки якості та контролю діяльності. Усе це призвело до помилок в експертних рішеннях та проведенні реабілітації інвалідів, до дефектів в організації роботи та управлінні установами МСЕ.

У стандартах щодо МСЕК загального профілю викладено загальні положення; організацію та структуру медико-соціальної експертної комісії, її основні задачі, права та обов'язки, порядок огляду громадян, організація праці, нормативи робочого часу на проведення всіх видів діяльності, моделі кінцевих результатів їх діяльності як стандарт оцінки якості медико-експертної допомоги.

У стандартах щодо спеціалізованих МСЕК, таких як кардіологічні, травматологічні, офтальмологічні, на підставі вивчення стану інвалідності внаслідок відповідної патології в розрізі адміністративних територій України, мережі і фактичного робочого навантаження спеціалізованої МСЕК, наведені розроблені нормативи діяльності, визначені рівні надання спеціалізованої медико-експертної допомоги населенню. Для кожної спеціалізованої МСЕК проведено розрахунки факторних та результативних показників їхньої діяльності, результатів первинних та повторних оглядів інвалідів, навантаження на МСЕК за рік, на одне засідання, відсоток виїзних засідань, хронометражні витрати робочого часу фахівців, сформовано модель кінцевих результатів діяльності.

У стандартах щодо онкологічних, фтизіопульмонологічних та психіатричних МСЕК, крім вищезазначеного, викладено види обмежень життєдіяльності внаслідок відповідної патології згідно з Інструкцією про встановлення груп інвалідності (затверджена наказом МОЗ України від 07.04.2004 р. №183), яка розроблена за участю співпрацівників інституту і є фактично стандартом медико-соціальної експертизи.

Науково обґрунтовано вирішення питань підвищення якості медичного та медико-експертного обслуговування населення – для чого розроблені: якісно удосконалена структурно-функціональ-



на модель служби МСЕ в Україні; нормативи організації, структури, функціонування установ служби різного рівня; обґрунтовані нормативи робочого часу лікарів МСЕК; методика комплексної оцінки якості роботи МСЕК; модель кінцевих результатів діяльності МСЕК. Науково обґрунтовані пропозиції щодо оптимізації надання медико-соціальної експертної і реабілітаційної допомоги знайшли своє відображення у чисельних інформаційних листах, методичних рекомендаціях, науково-методичних посібниках, статтях тощо.

Впроваджена в практичну роботу служби МСЕ запропонована модель кінцевих результатів

вперше дала змогу проводити рейтингову оцінку діяльності її установ, оцінювати якість роботи служби за кінцевим результатом – соціальним ефектом внаслідок підвищення якості медико-експертної допомоги населенню. Методика комплексної оцінки якості роботи установ МСЕ забезпечує впровадження нормативів і послідовність медико-експертних та виробничо-технологічних операцій, дозволяє оцінити якість діяльності та відповідності її результатів поточним та довготривалим нормативам, рангування роботи регіональних структур служби, виявлення та усунення недоліків у медико-експертному обслуговуванні населення.

### Висновки

Розробка і впровадження стандартів медичних технологій МСЕ і реабілітації інвалідів у сучасних умовах дадуть змогу підвищити відповідальність медичних працівників та представників інших галузей народного господарства за стан здоров'я населення України, зокрема найбільш вразливої її частини – осіб з тяжкими інвалідизуючими захворюваннями і ураженнями організму, а також забезпечити дієвий контроль за діяльністю ЛПЗ, МСЕК, суб'єктів господарювання, служб зайнятості населення, Фондів соціального страхування та раціонального працевлаштування інвалідів.

### Список літератури

1. Закон України "Про реабілітацію інвалідів в Україні" від 06.10.2005 р. №2961-IV.
2. Іпатов А.В. Збірник документів з медико-соціальної експертизи та працевлаштування інвалідів. – Дніпропетровськ, 2002. – 272 с.
3. Зміст та структурні особливості технологічних стандартів медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів / А.В. Іпатов, Д.І. Клименко, О.В. Сергієні, Ю.І. Коробкін //Медичні перспективи. – 2002. – №2. – С. 130–135.
4. Индивидуальная программа реабилитации больных и инвалидов / В.Б. Смычек, Л.С. Гиткина, Т.Д. Рябцева, В.В. Ломако / В кн.: Медико-социальная экспертиза и реабилитация: Сб. науч. статей. – Минск, 1999. – С. 82–88.
5. Іпатов А.В., Сергієні О.В., Марунич В.В. та ін. Методика проведення державної акредитації установ медико-соціальної експертизи: Методичний посібник для працівників установ медико-соціальної експертизи, організаторів охорони здоров'я, курсантів післядипломної освіти. – Дніпропетровськ: Пороги, 2002. – 73 с.
6. Іпатов А.В., Сергієні О.В., Войтчак Т.Г. та ін. Організація, структура та функціонування спеціалізованих фтизіопульмонологічних медико-соціальних експертних комісій та методичні підходи до визначення інвалідності при туберкульозі та хронічних неспецифічних захворюваннях легень: Посібник для лікарів-експертів та реабілітологів. – Дніпропетровськ: Пороги, 2004. – 113 с.
7. Іпатов А.В., Сергієні О.В., Науменко Л.Ю. та ін. Стандарт організації, структури та функціонування спеціалізованих кардіологічних медико-соціальних експертних комісій: Учбово-метод. рекомендації для лікарів ЛКК. – Дніпропетровськ: Пороги, 2003. – 46 с.
8. Іпатов А.В., Сергієні О.В., Войтчак Т.Г. та ін. Стандарт організації, структури та функціонування спеціалізованих травматологічних медико-соціальних експертних комісій: Учбово-метод. рекомендації для лікарів ЛКК. – Дніпропетровськ: Пороги, 2004. – 43 с.
9. Іпатов А.В., Сергієні О.В., Войтчак Т.Г. та ін. Стандарт організації, структури та функціонування спеціалізованих психіатричних медико-соціальних експертних комісій та критерії визначення обмежень життєдіяльності хворих з розладами психіки та поведінки.: Посібник для лікарів ЛКК, лікарів-експертів та реабілітологів психіатричних МСЕК. – Дніпропетровськ: Пороги, 2004. – 100 с.
10. Іпатов А.В., Сергієні О.В., Войтчак Т.Г. та ін. Стандарт організації, структури та функціонування спеціалізованих онкологічних медико-соціальних експертних комісій та визначення обмеження життєдіяльності онкологічних хворих відповідно до Інструкції про встановлення груп інвалідності: Посібник для лікарів ЛКК, лікарів-експертів та реабілітологів онкоМСЕК. – Дніпропетровськ, 2004. – 66 с.
11. Крижанівська Т.В., Марунич В.В., Сергієні О.В. та ін. Організація, структура та функціонування міжрайонних спеціалізованих офтальмологічних медико-соціальних експертних комісій: Метод. рекомендації для лікарів-експертів МСЕК. – Дніпропетровськ: Пороги, 2002. – 40 с.
12. Марунич В.В. Оптимізація структурно-функціональної моделі служби медико-соціальної експертизи України (обґрунтування та реалізація): Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – К., 2004. – 21 с.



13. *Свинцов А.А., Шестаков В.П., Лебедева Н.Н.* Проблемы стандартизации в медико-социальной экспертизе и реабилитации / В кн.: Пробл. станд. в здравоохран. // Тезы доклада IV науч.-практ. конференции. – 2002. – с. 85.
14. *Сергієні О.В.* Наукове обґрунтування оптимізації організації медико-соціальної допомоги населенню України та управління нею: Автореф. дис....д-р мед. наук. – К., 1998. – 34 с.
15. *Сергієні О.В.* Організація та управління системою медичної реабілітації інвалідів. – Дніпропетровськ, 1997. – 24 с.
16. *Сергієні О.В.* Сучасні проблеми реабілітації інвалідів. – Дніпропетровськ: Поліграфіст, 1998. – 135 с.
17. *Сергієні О.В., Маруніч В.В., Іпатов А.В. та ін.* Стандарт організації структури та функціонування міських, районних, міжрайонних медико-соціальних експертних комісій загального профілю комісій: Метод. рекомендації. – Дніпропетровськ, 2001. – 20 с.
18. *Стандарти медичних технологій* / В.М. Пономаренко, А.М. Нагорна, А.В. Степаненко, Н.О. Корнута // Укр. журн. мед. техніки і технології. – 1999. – №4. – С. 14–16.
19. *Стандарт оценки качества медико-экспертной помощи населению Украины* / А.В. Ипатов, Е.В. Сергиени, Т.Г. Войтчак, Л.И. Матвеевко // Человек и его здоровье: Материалы VI Российского национ. конгресса.– С Пб., 2001. – С. 190.
20. *Carey R.G., Lloyd R.C.* Measuring quality improvement in health care: a guide to statistical process control application. – Milwaukee, WJ: ASQ Press. – 2001.

### **СТАНДАРТИЗАЦИЯ КАК МЕТОД ОПТИМИЗАЦИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ**

*В.В. Маруніч, А.В. Іпатов, Е.В. Сергієні, О.А. Дніпрова, Т.Г. Войтчак (Днепропетровск)*

Рассмотрены вопросы применения стандартизации в медико-социальной экспертизе с целью повышения её качества и эффективности. Приведены разработки сотрудников УкрГос НИИ МСПИ совместно с Отделом медико-социальной экспертизы МЗ Украины, в которых впервые предложены стандарты организации, структуры и функционирования учреждений МСЕ, методики оценки качества их работы и модель конечных результатов.

### **STANDARDIZATION AS AN OPTIMIZATION METHOD OF MEDICAL AND SOCIAL EXAMINATION**

*V.V. Marunitch, A.V. Ipatov, E.V. Sergieni, O.A. Dniprova, T.G. Voitchak (Dnepropetrovsk)*

The standardization application questions in medical and social examination are considered with the purpose to upgrade its quality and effectiveness. Elaborations of collaborators of Ukrainian State Institute of MSPD jointly with Department of medical and social examination of Health protection Ministry of Ukraine are given, that offered for the first time organizational standards, structures and functions of MSE establishments, methods of estimation the quality of their work and model of final results.

## ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

УДК 614.253.83:616-082

*В.М. ПОНОМАРЕНКО, А.Б. ЗІМЕНКОВСЬКИЙ, Б.Я. НИКОЛАЙЧУК, О.О. ФІЛЬЦ  
(КИЇВ, ЛЬВІВ)*

## **ШЛЯХИ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ: УЧАСТЬ ПАЦІЄНТА В ЛІКУВАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ**

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Український інститут громадського здоров'я МОЗ України

Розуміння потреб споживачів – основа будь-якої програми управління якістю [4]. Скарги пацієнтів – перша ознака проблем з якістю. Однак незначна кількість скарг не завжди свідчить про те, що споживачі повністю задоволені. Нерідко розчаровані пацієнти, не подаючи жодних скарг, просто вирішують наступного разу скористатись послугами іншого лікувально-профілактичного закладу (ЛПЗ). Сьогодні фахівці ЄС вважають, що настав час готуватись до заміни терміну “пацієнт” на більш сучасний – “споживач послуг охорони здоров'я”. Важливе значення для прийняття рішень щодо подальшого розвитку системи охорони здоров'я, безумовно, надаватиметься думці безпосередньо пацієнтів. При детальній оцінці сучасна позиція споживача послуг охорони здоров'я в ЄС виявилась досить слабою. Проведене соціологічне опитування (2005 р.) показало, що лише в одній із дванадцяти досліджуваних країн пацієнти мали змогу отримати каталог ЛПЗ з вказівкою на оцінку якості їх послуг. Хворим нерідко приходиться самим або з допомогою друзів чи знайомих визначати, куди звертатись по допомогу в конкретному випадку [2].

На думку дослідників [3], критерій задоволеності пацієнта отриманою медичною допомогою є надзвичайно важливим через свою об'єктивність (вільний від професійної упередженості чи відомчої залежності), універсальність (здатний оцінювати діяльність як певного лікаря чи інший медичний персонал, так і ЛПЗ або ланки охорони здоров'я, до яких дотичний пацієнт), багатогранність (містить показники, що характеризують організацію медичної допомоги, її доступність, якість діагностично-лікувальних заходів, ефективність профілактичної роботи, етико-деонтологічні аспекти професійної підготовки лікаря), надзвичайну чутливість (має властивість

миттєво реагувати майже на всі зміни у процесі надання медичної допомоги). Інші фахівці [5], навпаки, вважають, що критерій оцінки якості медичної допомоги (ЯМД) – суб'єктивний. Вони стверджують, що задоволеність пацієнта визначається такими показниками, як відсутність скарг, наявність подяк, зауважень і побажань населення на адресу медичних працівників. Про поєднання і кореляцію об'єктивного і суб'єктивного факторів у характеристиці критерію задоволеності населення ЯМД наведено в роботах російських дослідників [1]. Крім того, вони переконані, що суб'єктивні оцінки задоволеності нерідко дають змогу виявити такі деталі, які іншими методами виявити неможливо. Існує й окрема думка з цього питання [6], яка полягає в тому, що метод вивчення ступеня задоволеності пацієнта отриманою медичною допомогою не дає відповіді щодо оцінки її якості. Хворий не може професійно оцінити якість лікування, повноту й обґрунтованість лікувально-профілактичних заходів, його оцінка стосується ставлення до лікаря та іншого персоналу, задоволеності організацією діяльності ЛПЗ. Як вважає автор, населення невдоволене не ЯМД, що надається, а діяльністю ЛПЗ в цілому та певними аспектами цього питання, відсутністю чуйного, уважного ставлення до нього тощо. Ми, загалом, поділяємо думку дослідника.

Більшість організацій управління медичною допомогою вивчають ступінь задоволення своїх споживачів шляхом формального анкетування. Однак незважаючи на поширену практику цих опитувань, міжнародні дослідження показали, що лише в кожному 5-му ЛПЗ результати анкетування (ступінь задоволення і основні причини невдоволення пацієнтів) регулярно доводяться до відома адміністративних та клінічних підрозділів у порядку здійснення зворотного зв'язку [7]. Проведення соціологічних досліджень, аналіз їх

результатів є важливими інформаційними каналами для керівників підрозділів і закладів охорони здоров'я, що дає змогу досить оперативно отримувати оцінку населенням діяльності ЛПЗ.

Отже, вивчення ступеня задоволення населення якістю надання медичної допомоги посідає одне з найважливіших місць у впровадженні системи розвитку якості в охороні здоров'я.

**Мета** дослідження – вивчення ступеня задоволення населення якістю надання медичної допомоги на прикладі потужного багатопрофільного ЛПЗ.

**Методи та матеріали.** Проведено соціологічне дослідження шляхом рандомізованого анонімно-анкетного опитування пацієнтів за єдиним протоколом, які перебували на стаціонарному лікуванні в різних клінічних відділеннях одного з потужних багатопрофільних ЛПЗ м. Львова. Прототипом при опрацюванні дизайну анкетного персоналізованого протоколу слугували анкети, що застосовувались американськими дослідниками [8], які були нами адаптовані до умов діяльності типового вітчизняного медичного закладу. Опитуванням охоплено 324 респонденти – пацієнти різного віку, статі, з різноманітною патологією та стадією захворювання, включені в дослідження шляхом випадкової вибірки, які перебували на стаціонарному лікуванні терміном від 4 годин до 11 місяців у 17 профільних клінічних відділеннях (неврологічних, травматологічних, урологічному, хірургічних, нейрохірургічних, кардіологічному, терапевтичному, інфарктному, гінекологічних, щелепно-лицевої хірургії та офтальмологічному). Оцінка, що відображала відповіді респондентів, проводилась за п'ятиступеневою шкалою – “відмінно”, “добре”, “середньо”, “терпимо”, “погано” та у таких напрямках:

1. Відношення до своєї справи і професіоналізм кожної групи з команди фахівців, які брали участь у наданні медичної допомоги (лікуючий лікар, середній медичний персонал, лікарі-консультанти, допоміжний персонал діагностичного профілю – лабораторія, рентген, ендоскопія тощо).

2. Ввічливість і співчуття до хворого аналогічних фахівців.

3. Оцінка пояснень, рекомендацій та відповідей учасників діагностично-лікувального процесу на запитання пацієнтів.

4. Оцінка рекомендацій лікуючого лікаря щодо дії призначених ним лікарських засобів (ЛЗ).

5. Оцінка хворим кількості призначених йому ліків.

6. Оцінка пацієнтом загальної якості лікування, призначеного лікуючим лікарем.

7. Оцінка хворим результатів оперативного втручання, якщо воно проводилось.

8. Оцінка діяльності приймального відділення – оперативність, ввічливість медичного персоналу та зручність під час шпиталізації.

9. Оцінка так званих “готельних” послуг: зовнішнього вигляду і санітарного стану палати, в якій перебуває пацієнт; оцінка якості харчування та обслуговування в стаціонарному відділенні, де хворий отримує лікування.

Наступний, фактично заключний, блок оцінки полягав у визначенні пацієнтом загального рейтингу лікарні та відповіді на прямі запитання з двома дистракторами (так/ні):

– Чи порекомендував би хворий свого лікуючого лікаря та цей ЛПЗ друзям та близьким?

– Чи задоволений загалом результатами лікування?

**Результати та їх обговорення.** В результаті проведеного дослідження виявилось, що нерідко хворими одночасно зазначаються певні негаразди в одних і тих же відділеннях, що вимагає системного підвищення ЯМД в цих підрозділах, ретельного аналізу причин їх виникнення. Можливо, на його основі переглядатиметься адміністративна політика, відображена в пріоритетному фінансуванні певного підрозділу, скеруванні на перепідготовку медичного персоналу, управлінському рішенні щодо кадрових питань тощо. У деяких відділеннях, оцінених негативно пацієнтами з тих чи інших аспектів, проведено подальше дослідження раціональності фармакотерапії через експертизу листків лікарських призначень за опрацьованою нами методикою. Ці дослідження підтвердили наявність певних проблем з наданням медичної допомоги саме в цих “відстаючих” відділеннях.

Окремо слід зазначити результати оцінки пацієнтами зокрема пояснень, рекомендацій та відповідей на їхні запитання кожного з команди фахівців, задіяних у діагностично-лікувальному процесі. Найкраще оцінені респондентами з цього боку лікуючі лікарі, хоча оцінки “відмінно” ненабагато переважають половину відповідей (57,4%). Найнижчий показник в цьому аспекті у іншого медичного персоналу – лише 21,3%. Найгірше дають роз'яснення та відповідають на запитання пацієнтів лікарі-консультанти (негативна оцінка у 8,0% відповідей) та інший медичний персонал (10,8%). При цьому умовні резерви підвищення ЯМД в означеному ракурсі також найбільші саме в цих групах (відповідно 18,8 і 24,4%). Існують значні резерви для підвищення задоволення пацієнтів. Передусім це стосується харчування (45,1%), поліпшення стану палати (42,9%), роботи приймального відділення (25,3%). Ми надаємо особливого значення питанням анкети, що так чи інакше пов'язані з аспектами раціональної фармакотерапії, комп-

лаенсу та впливу інформації щодо ЛЗ на загальну якість лікування. Слід зазначити певну однаковість пацієнтів у відповідях щодо рекомендацій лікуючого лікаря стосовно ЛЗ та їх призначену кількість (відповідно 48,5 і 47,8% оцінки “добре”). Майже 21% не могли визначитись із відповіддю на це запитання. Все це підтверджує актуальність питання і необхідність та перспективи його подальшого і більш детального вивчення. Ми не можемо поки що твердити про певну кореляцію між цими двома аспектами та загальною якістю лікування, адже, крім фармакотерапії, хворим проводились оперативні втручання. Очевидно, вивчення цього питання потребує окремого дослідження із застосуванням іншого варіанту протоколу опитування. Отже, вищенаведене свідчить про значні резервні можливості підвищення ЯМД через оптимізацію фахових технологій, пов’язаних із застосуванням ЛЗ. Крім того, як свідчать отримані результати, за думкою пацієнтів найменше в цілому оцінок “відмінно” отримав персонал допоміжних, переважно діагностичних, служб (24,2%) та лікарі-консультанти (31,7%), при цьому респонденти найчастіше не можуть (не бажають) давати оцінку саме цим групам фахівців (відповідно 21,1 і 17,7%). Загальна відмінна оцінка лікуючих лікарів, яка, за нашими дослідженнями, традиційно досить висока, все ж не сягає 100%, а відповідає лише 60,6%. Крім того, у 0,2% випадків лікуючі лікарі оцінюються

навіть на оцінку “погано”. Виявилось, що загалом респонденти задоволені результатами свого лікування (91,1%), в переважній більшості готові порекомендувати свого лікуючого лікаря близьким та друзям (97,5%). Однак при цьому 14,8% респондентів не хотіли б рекомендувати саме цей ЛПЗ своїм близьким. Цей факт може свідчити про те, що вибір саме даного ЛПЗ пацієнтами не визначається передусім діяльністю, загалом схваленою ними, їхніх лікуючих лікарів. Причини такої оцінки, очевидно, слід шукати серед інших факторів.

Проведене дослідження показало актуальність і важливість оцінки пацієнтами якості медичної допомоги в конкретних відділеннях ЛПЗ, де вони її отримують. Це підтвердило можливість участі пацієнта в лікувальному процесі як активного його учасника – він має право на свою думку, його побажання повинні аналізуватись і враховуватись медичною командою і врешті-решт позитивно впливають на поліпшення ЯМД загалом. Однак слід особливо підкреслити, що для оптимізації та стандартизації вивчення цього питання слід застосувати системний підхід, спробувати відділити об’єктивне від суб’єктивного, фахове від непрофесійного, логічне від емоційного тощо. В цьому аспекті важливого значення набуває конкретизація того, що дослідник збирається вивчити, пріоритетність та достовірність критеріїв оцінки якості проведення самого соціологічного дослідження.

### Висновки

1. У сучасних умовах реформування галузі в Україні та необхідності поліпшення якості надання медичної допомоги населенню пацієнт повинен стати активним учасником лікувального процесу. Вивчення його думки щодо різних аспектів ЯМД набуває особливо важливого значення.

2. Відділення ЛПЗ, які найчастіше зустрічаються у негативній оцінці респондентів (хворих) того чи іншого аспекту їх діяльності, повинні стати предметом обговорення на медичних радах ЛПЗ, об’єктом прицільної уваги адміністрації закладу, певним резервом для поліпшення якості надання медичної допомоги, а відтак, – резервом підвищення рейтингу ЛПЗ серед населення.

3. Залучення пацієнтів до оцінки ЯМД вимагає подальшого пошуку стандартизованих об’єктивних та неупереджених критеріїв цієї оцінки, в тому числі через розробку спеціальних анкет, що дозволять максимально оптимізувати цю оцінку.

### Список літератури

1. Боярский А.П., Чернова Т.В. Общественное мнение о состоянии индивидуального здоровья и качества медицинской помощи // *Здравоохранение Рос. Федерации.* – 1993. – №7. – С. 5–7.
2. Европейский Союз – взгляд в будущее: медицина лицом к пациенту // *Материалы Междунар. конф. “Европейский пациент будущего”, г. Брюссель (Бельгия), 23–25 мая 2006 г.* // [www.healthpowerhouse.com](http://www.healthpowerhouse.com).
3. Козлитин В.М. К анализу оценки качества медицинской помощи, оказываемой населению городскими поликлиниками // *Пути повышения качества эффективности медицинской помощи городскому населению и рабочим промышленных предприятий: Сб. науч. трудов.* – М., 1987. – С. 38–44.
4. Конгстведт П.Р. Управление медицинской помощью. Практическое руководство в 2 т.: Пер. с англ. / Под общей ред. акад. РАМН О.П. Щепина. – М.: Гэотар Медицина, 2000. – 743 с.
5. Лисицин Ю.П., Отдельнова К.А. К вопросу о показателях качества медицинской помощи // *Здравоохранение Рос. Федерации.* – 1990. – №11. – С. 3–9.

6. Рогачев Г.И. Проблемы амбулаторно-поликлинической помощи населению // Здравоохранение Рос. Федерации. – 1992. – №7. – С. 5–8.
7. Nelson C.W., Niederberger J. Patient satisfaction surveys: an opportunity for total quality improvement // Hosp. Health Serv. Adm. – 1990. – Vol. 35. – P. 409–427.
8. US Quality Algorithms (USQA), 1991 / Journal on Quality Improvement. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 1993. – P. 377.

### **ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: УЧАСТИЕ ПАЦИЕНТА В ЛЕЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ**

В.М. Пономаренко, А.Б. Зименковский, Б.Я. Николайчук, О.О. Фильц (Киев, Львов)

В работе изучено степень удовлетворения населения качеством оказания медицинской помощи на примере многопрофильного городского лечебно-профилактического учреждения. Доведено, что больной, как активный участник лечебного процесса, может влиять на повышение качества медицинской помощи.

### **THE WAYS OF ARISING HEALTH CARE QUALITY: PATIENT'S PARTICIPATION IN CURE PROCESS**

V.M. Ponomarenko, A.B. Zimenkovsky, B.J. Nikolajchuk, O.O. Fildc (Kiev, Lvov)

The patient's satisfaction degree of health care quality was studied on the example of multifunctional city hospital. It was argument that patient as active participant of cure process can influence on the arising of health care quality.

УДК 614.2(1–22)

*Г.О. СЛАБКІЙ, В.В. БОНДАРЕНКО (КИЇВ)*

## **СИТУАЦІЙНИЙ АНАЛІЗ РОЗВИТКУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА СЕЛІ**

Український інститут громадського здоров'я МОЗ України

Міністерство охорони здоров'я

На сучасному етапі розвитку охорони здоров'я актуальним є пошук і впровадження нових підходів до вирішення проблем підвищення доступності та якості медичної допомоги сільському населенню, раціоналізації витрат на охорону здоров'я. Важливість реалізації цих завдань знайшла відображення в державних актах з охорони здоров'я, серед яких особливе значення мають Укази Президента України від 28.01.1999 р. №95/1999 “Про заходи щодо поліпшення умов функціонування закладів охорони здоров'я у сільській місцевості”, від 03.01.2002 р. №8/2002 “Про комплексні заходи щодо поліпшення медичного обслуговування сільського населення на 2002–2005 роки” та від 21.02.2002 р. №170/2002 “Про додаткові заходи щодо вирішення соціальних проблем на селі та подальшого розвитку аграрного сектора економіки” [11–13].

Організація медичної допомоги сільському населенню (на відміну від міського) має ряд

особливостей: обслуговується мала кількість населення, що проживає на достатньо великій території; серед населення, що обслуговується, переважають непрацюючі, пенсіонери; у населення сільських районів відсутня можливість реалізації права вибору медичного працівника, оскільки у невеликих населених пунктах медичну допомогу, як правило, надає один лікар або фельдшер [6;8;14].

Аналіз літературних даних свідчить про те, що в організації медичної допомоги мешканцям села накопичується все більше проблем, пов'язаних з матеріально-технічним станом закладів охорони здоров'я, укомплектованістю штатів, кваліфікацією медичних кадрів і, відповідно, якостю надання медичної допомоги [4;9;10].

Отже, проблеми, які сьогодні існують в системі сільської охорони здоров'я, є різноплановими та принципово важливими як для сільського населення, так і для самої галузі, оскільки збіга-



ються з характером пріоритетних завдань, що стоять перед державою та органами місцевого самоврядування щодо активізації соціальної політики та побудови потужної медичної інфраструктури на селі [2;3]. Насамперед це стосується зменшення смертності та інвалідності сільського населення завдяки здійсненню комплексних заходів, спрямованих на забезпечення мешканців села доступною, своєчасною та кваліфікованою медичною допомогою на всіх рівнях її надання [1;5;7].

Вищенаведене і стало підставою для проведення даного наукового дослідження, **мета** якого – проведення ситуаційного аналізу стану організації охорони здоров'я сільського населення та вивчення діяльності керівництва на різних рівнях для його удосконалення.

У роботі використано медико-статистичний та метод рейтингових оцінок.

**Результати та їх обговорення.** Розвиток сільської охорони здоров'я впродовж 2002–2005 рр. відбувся на виконання Указу Президента України від 03.01.2002 р. №8/2002 “Про комплексні заходи щодо поліпшення медичного обслуговування сільського населення на 2002–2005 роки”.

У зазначений період здійснювалося реформування первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики/сімейної медицини, насамперед у сільській місцевості. Проводилася реорганізація сільських лікарських амбулаторій (СЛА), а також ФАПів у селах з кількістю жителів 1000 і більше чоловік в амбулаторії загальної практики/сімейної медицини. Внаслідок цього процесу у 2005 р. кількість ФАПів зменшилась на 37 – з 15526 (2004 р.) до 15489.

Однак у 495 селах з населенням від 500 до 1000 чоловік не функціонують ФАПів, і 1949 ФАПів обслуговують села з населенням понад 1000 чоловік. У ряді областей відсутні перспективні (до 2010 р.) плани організації ФАПів у селах, де їх немає, а також реорганізації ФАПів у СЛА. Це ускладнює планування загальнодержавних заходів підтримки і розвитку сільської медицини.

У регіонах також проводиться постійне вивчення питань оптимізації ліжкового фонду з урахуванням медико-економічної ефективності роботи ліжка. Реформування дільничних лікарень відбувалось шляхом їх реорганізації в амбулаторно-поліклінічні заклади і передусім в амбулаторії загальної практики/сімейної медицини.

Слід зазначити, що здійснюється перепрофілювання ліжкового фонду закладів охорони здоров'я у ліжковий фонд медико-соціального призначення та передача його органам соціального захисту у встановленому порядку. Це стосується передусім дільничних лікарень, ліжковий фонд

яких здебільшого фактично використовується як медико-соціальний. Однак цей процес йде повільно. Так, лише Дніпропетровська, Харківська та Чернівецька області надали інформацію про передачу ліжкового фонду до соціальних служб. В АР Крим, Житомирській, Закарпатській, Запорізькій, Івано-Франківській, Кіровоградській, Луганській, Одеській, Харківській, Херсонській, Чернівецькій, Чернігівській областях ліжка медико-соціального призначення розгорнуті на базі закладів охорони здоров'я. В Сумській області вважають, що потреби у перепрофілюванні ліжок немає.

Постійно розширюється мережа закладів охорони здоров'я в сільській місцевості, на базі яких функціонують денні стаціонари, а також здійснюється форма обслуговування за принципом “стаціонар вдома”. Кількість закладів охорони здоров'я, в яких функціонують денні стаціонари, становила 3445, і їх число зросло порівняно з 2003 р. на 120.

Кількість закладів охорони здоров'я, в яких функціонують стаціонари вдома, складала 3421, вона зросла порівняно з 2003 р. на 122.

У Миколаївській та Тернопільській областях завершено роботу зі створення відділень реанімації та інтенсивної терапії в кожній центральній районній лікарні (ЦРЛ). В більшості областей цей процес уже завершується. Однак у Хмельницькій, Харківській, Сумській, Одеській, Донецькій зазначені служби створені менш ніж в половині ЦРЛ, а в Луганській області – лише 15,0%.

Чисельність штатних посад лікарів загальної практики/сімейної медицини у сільській місцевості постійно збільшується (у 2005 р. – на 1632 фахівців) і досягла 3862. Однак темпи приросту недостатні. При їх збереженні прогнозованим терміном суцільного переходу первинної ланки на селі на засади загальної практики/сімейної медицини є не менш як 8 років і це без урахування плинності кадрів.

Забезпеченість лікарськими кадрами сільських лікувальних закладів залишається низькою. У 2005 р. по Україні вона становила 24,9 лікаря на 10 тис. населення сільського адміністративного району (76,5% від потреби). У т.ч. центральні районні та районні лікарні забезпечені лікарськими кадрами – відповідно на 76,8 і 81,8%, дільничні лікарні – на 75,5%, СЛА – на 72,0%.

Існує проблема прихованого дефіциту кадрів (особливо лікарів первинної ланки) охорони здоров'я на селі. Впродовж десяти років на виконання Постанови Кабінету Міністрів України від 31.08.1996 р. №1033 “Про заходи щодо залучення додаткових надходжень до бюджету та підвищення ефективності витрачання бюджетних коштів для забезпечення фінансування соціаль-



них виплат населенню” та від 28.02.2002 р. №228 “Про затвердження Порядку складання, розгляду, затвердження та основних вимог до виконання кошторисів бюджетних установ” відбувалося скорочення штатних посад у закладах охорони здоров'я, особливо це торкнулось сільської медицини і передусім первинної ланки, де хронічно вакансій завжди було найбільше.

У результаті навантаження (кількість закріпленого населення) на одну штатну посаду лікарів первинної ланки на селі подекуди перевищує нормативне (для дільничного терапевта – 1800 чол.; дільничного педіатра – 800 дітей; лікаря загальної практики/сімейної медицини – 1200 чол. дорослих і дітей) у декілька разів і становить, наприклад, у Вінницькій та Одеській областях близько 4000 чоловік. Таке становище зумовлює практичну неможливість забезпечення належної доступності і якості медичної допомоги на первинному рівні навіть при 100-процентній укомплектованості штатних посад кадрами (на сьогодні 72,0%).

Міністерство прикладає значні зусилля для вирішення кадрової проблеми сільської охорони здоров'я. Із числа випускників вищих навчальних закладів IV рівня акредитації 2005 р., підготовка яких здійснювалась за державним замовленням, 1921 випускник, або 51,0% від усього випуску лікарів, направлений на роботу в сільську місцевість. З них у ЦРЛ – 1026; районні лікарні – 87; у дільничні лікарні – 183; у СЛА – 466 випускників. Також у 2005 р. втричі збільшилась кількість лікарів, які направлені на роботу в первинну ланку за спеціальністю “Загальна практика/сімейна медицина” (2004 р. – 430 чол., 2005 р. – 1320 чол.).

Слід зазначити, що на селі вирішуються і соціальні проблеми медичних працівників. Так, відповідно до заяв від медичних працівників закладів охорони здоров'я, розташованих у сільській місцевості, надано списки до обласних державних адміністрацій для надання довгострокових кредитів на будівництво житла за програмою “Власний дім”. За рахунок коштів місцевих бюджетів протягом 2004 р. забезпечено житлом 69 лікарів, у тому числі 30 лікарів дільничних лікарень та 39 лікарів СЛА.

Важливе значення приділяється питанням матеріально-технічного забезпечення закладів охорони здоров'я на селі та створення можливостей для надання сільським мешканцям якісної медичної допомоги. За рахунок централізованих поставок заклади охорони здоров'я, що надають медичну допомогу сільському населенню, отримали обладнання у 2004 р. на загальну суму 8,172 млн грн, у 2005 р. – 38,0 млн грн. За програмою “Оснащення сільських амбулаторій

та фельдшерсько-акушерських пунктів” на 2006 р. заплановано 250 млн грн (210 млн грн – на обладнання та 40 млн грн – на придбання автотранспорту) у вигляді субвенцій коштів державного бюджету до місцевих бюджетів.

Загальний показник телефонізації у медичних закладах сільської місцевості як один із факторів забезпечення доступності медичної допомоги становить 96,2% від загальної потреби. Слід зазначити, що враховуючи специфіку роботи медиків у сільській місцевості і гостроту проблеми дефіциту кадрів одним із заходів, який сприятиме підвищенню ефективності використання наявних кадрових ресурсів, є впровадження сучасних засобів зв'язку із забезпеченням мобільним зв'язком кожного медпрацівника.

Сьогодні доступність та своєчасність надання медичної допомоги жителям сільської місцевості залежить і від їхньої можливості доїхати до закладу охорони здоров'я або вчасного прибуття медичного працівника (лікаря, фельдшера чи медичної сестри) на терміновий виклик до хворого, тобто від забезпечення медичних працівників автотранспортом.

Кількість населення, яке припадає на один автомобіль, у закладах охорони здоров'я сільської місцевості значно різниться між регіонами. Так, по Донецькій області на один автомобіль на рівні первинної ланки (ФАП, СЛА, ДЛ) приходиться 1,4 тис. населення, по Харківській – 1,9, що є практично прийнятним. У деяких областях ситуація протилежна. Так, по Херсонській, Запорізькій та Львівській цей показник становить близько 4,5 тис., а у Чернівецькій та АР Крим – понад 5 тис. і по Луганській – більше 6 тис. У деяких областях навантаження на один автомобіль у сільській місцевості більше, ніж у розрахунку на все населення. Це – Чернівецька, Херсонська, Тернопільська, Рівненська, Київська, Закарпатська, Волинська, Вінницька, Житомирська області та АР Крим.

Протягом 2004 р. придбано 581 автомобіль, в тому числі 455 підвищеної прохідності (санітарні автомобілі), 60 автомобілів “Таврія ДЕУ” (для доставки медичного персоналу та господарських потреб) та 66 інших (спеціальні, реанімаційні, пересувні рентгенологічні автомобілі тощо), у 2005 р. – 77 реанімаційних та 91 санітарний автомобіль з додатковим медичним обладнанням.

У жовтні 2005 р. у Харкові проведено II з'їзд лікарів загальної практики/сімейної медицини, на якому підбито підсумки впровадження сімейної медицини за 2000–2005 рр. На з'їзді констатовано, що лишається не виконаним одне з важливих завдань Постанови Кабінету Міністрів України від 20.06.2000 р. №989 “Про комплексні

заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я" щодо виокремлення, у тому числі фінансово-економічного, первинної медико-санітарної допомоги. Це практично унеможливило здійснення цільового фінансування первинної ланки з метою її пріоритетного розвитку.

З'їздом ухвалено проект концепції Програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на 2006–2010 рр., розроблений МОЗ впродовж травня–вересня 2005 р. Одним із завдань концепції є збільшення доступності і якості первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики/сімейної медицини, передусім у сільській місцевості.

З метою впорядкування медикаментозного забезпечення невідкладної медичної допомоги для жителів сіл Міністерством охорони здоров'я України видано наказ від 27.09.2005 р. №495 "Про затвердження мінімального обов'язкового асортименту лікарських засобів і виробів медичного призначення для фельдшерсько-акушерських пунктів".

З питань охорони здоров'я сільського населення МОЗ України в грудні 2005 р. проведено виїзну апаратну нараду в Житомирській області, а 02.02.2006 р. – Всеукраїнську селекторну нараду. На зазначених заходах розглянуті питання виконання указів Президента України щодо функціонування та розвитку сільської медицини.

На виконання Указу Президента України від 06.12.2005 р. "Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення", для здійснення комплексу заходів щодо підвищення рівня забезпечення населення медичною допомогою та лікарськими засобами, особливо у сільській місцевості, та вдосконалення системи профілактичних медичних оглядів населення Міністерством охорони здоров'я організовано проведення днів здоров'я сільського населення. Упродовж березня–квітня 2006 р. проведено медичні профілактичні огляди сільського населення та відпрацьовано нові організаційно-методичні підходи до здійснення профілактичних оглядів із залученням до роботи медичних працівників усіх рівнів медичної допомоги, фахівців медичних навчальних закладів та провідних спеціалізованих клінік. Цим заходом започатковано щорічне проведення днів здоров'я сільського населення.

На виконання окремого доручення Кабінету Міністрів України за підсумками наради від 27.12.2005 р. №536-р "Про схвалення Концепції Комплексної програми підтримки розвитку українського села на 2006–2010 роки" Міністерством охорони здоров'я України підготовлено пропозиції щодо розвитку сільської охорони здоров'я в рамках розроблення Комплексної програми підтримки розвитку українського села на 2006–2010 рр.

### Висновки

Одержані в ході проведення ситуаційного аналізу дані вказують на пріоритетність розвитку охорони здоров'я сільському населенню на державному рівні та багатогранність проблем, що існують у системі охорони здоров'я сільського населення.

### Список літератури

1. Бутняк М.М., Виштикалюк Д.М. Деякі аспекти реформування ПМСД в сільській місцевості // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2000. – № 3. – С. 72–74.
2. Вальчук Э.А. Особенности медико-санитарного обслуживания на селе. Проблемы и задачи // Медицина. – 2000. – № 1(28). – С. 12–14.
3. Водяненко И.М. Актуальные проблемы реформирования сельского здравоохранения // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2000. – № 4. – С. 26–28.
4. Водяненко И.Н., Поляков И.В., Сергеев И.П. и др. Актуальные проблемы организации специализированной медицинской помощи жителям села // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2002. – № 2. – С. 35–36.
5. Голяченко О.М., Семків Н.М. Соціально-медичні зрушення в Тернопільському селі // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2003. – №1. – С. 31–33.
6. Забин Ю.Л. Проблемы медицинского обеспечения сельских жителей // Экономика здравоохранения. – 2001. – № 11–12. – С. 25–26.
7. Капитонов В.Ф. Заболеваемость на территории сельского врачебного участка // Здравоохранение Рос. Федерации. – 2004. – №2. – С. 31–34.
8. Моніторинг стану охорони здоров'я в сільській місцевості / В.М. Пономаренко, Н.В. Медведовська, Т.К. Кульчицька, Т.В. Івасюк // Рейтингова оцінка стану здоров'я населення, діяльності та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я України за попередніми даними моніторингу. 2004. – К., 2005. – С. 57–70.
9. Польшенко В.І., Швецов В.С. Особливості медичного обслуговування сільського населення України // Стан здоров'я населення України та результати діяльності закладів охорони здоров'я (Щорічна доповідь 2000 р.). – К., 2001. – С. 209–216.

10. Тришин В.М. Обращаемость сельских жителей в фельдшерско-акушерские пункты //Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2003. – №4. – С. 20–22.
11. Указ Президента України від 28 січня 1999 р. №95/1999 “Про заходи щодо поліпшення умов функціонування закладів охорони здоров’я у сільській місцевості” //Урядовий кур’єр. – 1999. – 2 лютого, №19. – С. 2.
12. Указ Президента України від 3 січня 2002р. №8/2002 “Про комплексні заходи щодо поліпшення медичного обслуговування сільського населення на 2002–2005 роки” // Ваше здоров’я. – 2002. – 8 січня, №3(629). – С. 2.
13. Указ Президента від 21 лютого 2002 р. №170/2002 “Про додаткові заходи щодо вирішення соціальних проблем на селі та подальшого розвитку аграрного сектору економіки” //Урядовий кур’єр. – 2002, 13 березня. – С. 10.
14. Хунов Ю.А. Актуальні проблеми вдосконалення медичного обслуговування сільських жителів //Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров’я України. – 2003. – №1. – С. 17–21.

## **СИТУАЦИОННЫЙ АНАЛИЗ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА СЕЛЕ**

Г.А. Слабкий, В.В. Бондаренко (Киев)

В статье освещены основные проблемы в организации медицинской помощи сельскому населению. Представлены управленческие решения, которые принимаются на разных уровнях власти по их устранению.

## **SITUATION ANALYSIS OF PUBLIC HEALTH DEVELOPMENT IN THE RURAL AREA**

G.A.Slabky, V.V.Bondarenko (Kiev)

Main problems of organization the medical aid to rural population are illustrated in the article. Management decisions which take on different levels of authority are presented.

УДК 614.253.83:616-006-089:615.859

*В.М. ЛЕХАН, О.Л. ЗЮКОВ (ДНІПРОПЕТРОВСЬК)*

## **ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ ЯК ІНДИКАТОРА ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В ХІРУРГІЧНИХ СТАЦІОНАРАХ РІЗНОГО ТИПУ**

Дніпропетровська державна медична академія

Удосконалення організації медичної допомоги на шпитальному етапі залишається сьогодні одним з основних завдань охорони здоров’я в Україні. Реформування стаціонарного сектора передусім має базуватися на вираженій стратегії, спрямованій на забезпечення якості медичного обслуговування населення, раціоналізацію організаційної структури та оптимізацію функціональної взаємодії шпитальних закладів різної підлеглості, ієрархічного рівня і спеціалізації [5;6]. Це повною мірою належить до системи надання медичної допомоги онкологічним хворим, рівень якої сьогодні, зокрема на госпітальному етапі, не відповідає реальним потребам та сучасним вимогам – лише 59,6–62,4% первинних хворих охоплені спеціальним лікуванням у 2000–2004 рр., тоді як забезпеченість ліжками коливалася в межах 73,5–75,9 ліжка на 1000 захворілих при визначеній МОЗ України потребі – 123,3 ліжка на 1000 первинних хворих [3].

Важливим завданням при оцінці ефективності ініціатив з охорони здоров’я населення стає визначення основних критеріїв (індикаторів) високоякісної медичної допомоги, що дають змогу оцінити всі три аспекти якості (структуру, процес і результат медичного обслуговування) [9]. У вітчизняній охороні здоров’я для цього традиційно використовуються показники державної статистичної звітності (робота ліжка, летальність тощо), які більшою мірою відображають ступінь дотримання організаційних принципів надання медичної допомоги. В епоху доказової медицини до критеріїв оцінки ефективності медичної допомоги, запропонованих дослідницькою групою ВООЗ, віднесена результативність лікування, під якою розуміють необхідність досягнення прийнятної для хворого якості життя (ЯЖ) [12]. ЯЖ – інтегральний показник, який відображає ступінь адаптації людини до хвороби і можливість

виконання нею звичних функцій; залежить від ступеня соціальної та економічної дезадаптації, матеріальних витрат на лікування, позитивності емоційного сприйняття життя тощо [1;8].

**Метою** проведеного дослідження було порівняння якості життя онкологічних хворих як критерію якості медичної допомоги після радикального хірургічного лікування в стаціонарах різних типів лікувально-профілактичних закладів (ЛПЗ).

**Матеріали та методи дослідження.** У дослідженні взяли участь 159 хворих із злоскісними новоутвореннями кишечника, передміхурової залози і сечового міхура, які проходили радикальне лікування у хірургічних стаціонарах онкологічних спеціалізованих (68 хворих) та багатопрофільних (91 пацієнт) ЛПЗ Дніпропетровської і Херсонської областей. Дослідження проводилось на момент виписки зі стаціонару, в середньому через 26,1±0,9 дня і 24,7±0,8 дня після операції відповідно по стаціонарах різних типів ЛПЗ ( $p > 0,05$ ).

Для оцінки ЯЖ респондентів використовувалась русифікована версія загального опитувальника MOS-SF36 (Medical Outcomes Study – Short Form) [10], який застосовують для виміру показників у здорових або хворих людей незалежно від нозологічної форми. 36 пунктів опитувальника згруповані у 8 шкал (критеріїв) ЯЖ: фізична активність, що відображає ступінь обмежень виконання фізичних навантажень, (ФА); рольове фізичне функціонування або вплив фізичного стану на повсякденну діяльність (РФ); виразність болю та його вплив на активність пацієнта (Б); загальний стан здоров'я (ЗЗ); життєва активність – енергійність (ЖА); соціальна активність (СА); рольове емоційне функціонування, що оцінює ступінь впливу емоційного стану на виконання роботи або іншої повсякденної діяльності, (РЕ); стан психічного здоров'я або загальний показник позитивних емоцій (ПЗ). Показники кожної шкали вимірюються у балах (від 0 до 100), причому більш висока оцінка указує на більш високий рівень ЯЖ. Відхилення ЯЖ у межах 5–10 балів розцінюються як слабкі; 10–20 балів – як помірні; понад 20 балів – як значні [4].

Відомо, що одну із головних ролей в адаптації пацієнта до хвороби відіграють психо-соціальні якості особистості [11]. Тому додатково оцінено низку медико-соціальних характеристик (стать, вік, освіта, зайнятість, сімейний статус) та рівні ситуативної (реактивної) і особистісної тривожності за допомогою тесту самооцінки Спілберґера Ч.Д. і Ханіна Ю.Л. [7]. Показниками низької тривожності по даному тесту вважався результат до 30 балів; 31–45 балів – помірна тривожність; понад 45 балів – високий рівень тривоги.

Статистична обробка матеріалів дослідження проводилася з використанням методів біометричного аналізу, реалізованих у пакетах програм БИОСТАТ (Практика, 1998), EXCEL-2003®. Вірогідність відмінностей оцінювалась за допомогою критеріїв відповідності  $\chi^2$ , Стьюдента, Манна-Уїтні. Для оцінки взаємозв'язку між ознаками розраховувались коефіцієнти лінійної кореляції Пірсона ( $r$ ), а також стандартизовані показники за прямим методом.

Серед опитаних було 74 (46,5%) чоловіки і 85 (53,5%) жінок; 3,7% осіб у віці до 40 років, 42,8% – від 40 до 60 років і 53,5% пацієнтів старіше 60 років (середній вік 56,0±0,6 року). Розподіл респондентів за освітою – 23,8% осіб з вищою, в тому числі незакінченою; решта – з середньою (в тому числі середньо-спеціальною) освітою. Проживали в обласному центрі 41,0% пацієнтів, в інших містах – 35,9%, у селищах міського типу – 14,1%, решта – у селах. Більшість онкологічних хворих (57,9%) перебували на пенсії, в тому числі по інвалідності, 5,0% тимчасово не працювали, 37,1% працювали. За сімейним статусом – 74,8% хворих мали сім'ю, решта (25,2%) розлучені або овдовіли. Суттєві відмінності між складом онкологічних хворих у стаціонарах різного типу відмічались тільки за статевою ознакою – 63,2% жінок у спеціалізованих закладах проти 46,2% в багатопрофільних лікарнях ( $\chi^2=3,9$ ,  $p < 0,05$ ).

**Результати та їх обговорення.** За результатами проведеного дослідження встановлено, що профілі ЯЖ онкологічних хворих після радикального хірургічного лікування в стаціонарах різних типів ЛПЗ вірогідно не різняться ( $p > 0,05$ ), крім шкали ФА, – 56,9±2,9 балу у багатопрофільних ЛПЗ проти 47,7±3,1 балу у спеціалізованих онкологічних закладах ( $p < 0,05$ ). За критеріями клінічної значущості ці відхилення розцінюються як слабкі (табл. 1).

Більш низька оцінка ФА і РФ пацієнтами спеціалізованих онкологічних закладів може бути пояснена переважанням в їхньому складі жінок. За даними кореляційного аналізу встановлено, що повсякденна діяльність чоловіків меншою мірою, ніж у жінок, обмежується фізичними та емоційними проблемами – слабкі ( $r=0,18 \pm 0,23$ ), але вірогідні ( $p < 0,05$ ) зв'язки виявлені між статевою ознакою і ФА та СА, РФ та РЕ, обмеженням життєздатності, ПЗ. Підтвердженням висунутої гіпотези була відсутність вірогідних відмінностей ( $p > 0,05$ ) за всіма шкалами між стандартизованими показниками (рис.1). За стандарт був прийнятий склад пацієнтів спеціалізованих онкологічних закладів за статтю.



Таблиця 1. Порівняльна оцінка якості життя онкологічних хворих після хірургічного лікування у стаціонарах різних типів ЛПЗ

Критерії ЯЖ	Усі хворі (n=159)	Пацієнти спеціалізованих закладів (n=68)	Пацієнти багатoproфільних лікарень (n=91)	Зміни ЯЖ (бали)	Вірогідність різниці (p)
ФА	53,0±2,3	47,7±3,1	56,9±2,9	-9,2	=0,03
РФ	38,9±3,2	33,8±4,5	42,8±4,4	-9,0	>0,05
Б	51,0±2,3	53,2±4,2	49,4±2,4	3,8	>0,05
ЗЗ	54,4±1,3	56,4±2,0	52,9±1,6	3,5	>0,05
ЖА	45,5±1,7	44,9±2,4	46,0±2,3	-1,1	>0,05
СА	67,1±1,9	68,9±3,2	65,8±2,2	3,1	>0,05
РЕ	45,5±3,5	43,4±5,6	47,1±4,5	-3,7	>0,05
ПЗ	50,3±1,7	52,5±2,7	48,7±2,1	3,8	>0,05

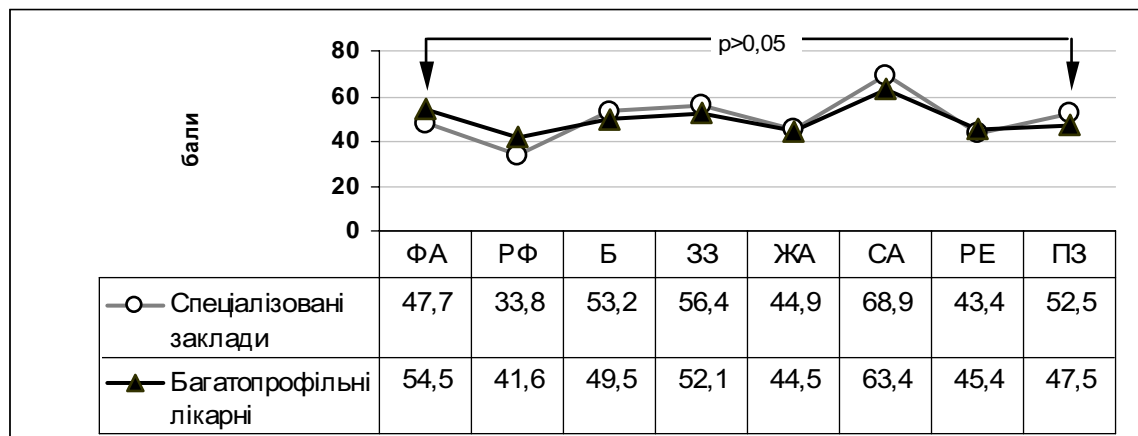


Рис. 1. Профілі якості життя онкологічних хворих, госпіталізованих у стаціонари різних типів ЛПЗ (стандартизовані за статтю)

Низькі рівні (до 50 балів) коефіцієнта РЕ, обумовленого емоційним станом пацієнтів з онкологічним діагнозом, незалежно від типу стаціонарів ( $p > 0,05$ ) можуть свідчити про високий рівень тривожності у хворих на рак. Онкохворий, насамперед на початку лікування, знаходиться у ситуації невизначеності та очікування, з дефіцитом інформації щодо можливих ускладнень, пов'язаних з оперативним втручанням, інвалідизації, загрози для життя. З іншого боку, на емоційний стан певним чином впливає госпіталізація – пацієнт ізольований від роботи, родини, звичного кола спілкування та обстановки. Все це створює основу для розвитку реактивного стану, ступінь тяжкості якого залежить не стільки від соматичного благополуччя, скільки від психогенних впливів. Природною, найбільш частою емоційною реакцією хворого є тривога.

У результаті проведеного дослідження встановлено, що у онкологічних хворих після радикального хірургічного лікування рівень реактивної тривожності знаходився у діапазонах помірних оцінок ( $32,9 \pm 0,8$  балу), тоді як показники особистісної тривожності були високими ( $47,9 \pm 0,8$  балу). Висока особистісна тривожність може бути як причиною, так і наслідком даного захворювання та є основною особистісною характеристикою хворих з онкологічним діагнозом.

Порівняльний аналіз ситуативної і особистісної тривожності у хворих, госпіталізованих у стаціонарні заклади різних типів ЛПЗ, дав змогу визначити такі закономірності (табл.2):

- показники реактивної тривожності у хворих обох груп знаходяться у діапазонах помірних оцінок, але рівень тривоги вище ( $p = 0,07$ ) у пацієнтів спеціалізованих закладів ( $34,6 \pm 1,3$  проти  $31,6 \pm 1,0$  балу у хворих багатoproфільних лікарень);

- рівні особистісної тривожності у обох категорій хворих знаходяться в діапазоні високих балів і статистично не відрізняються ( $47,8 \pm 1,1$  і  $48,1 \pm 1,3$  балу відповідно,  $p > 0,05$ );

- високий рівень ситуативної тривожності вірогідно частіше спостерігається у хворих, госпіталізованих у спеціалізовані онкологічні заклади (13,2 проти 2,2%,  $p = 0,02$ ). Можливо, це викликано підвищеною настороженістю пацієнтів спеціалізованих онкологічних закладів щодо питань, пов'язаних з несприятливим діагнозом та перебуванням у стаціонарах поруч з вкрай тяжкими хворими. Незручності, пов'язані з останньою причиною, називали близько 24% пацієнтів хірургічних стаціонарів під час проведеного авторами дослідження задоволеності онкологічних хворих якістю медичної допомоги [2].



Таблиця 2. Порівняльна оцінка рівнів ситуативної і особистісної тривожності у онкологічних хворих, госпіталізованих у стаціонари різних типів ЛПЗ

Показник (рівень, бал)	Тривожність					
	ситуативна			особистісна		
	пацієнти спеціалізованих закладів (n=68)	пацієнти багатопрофільних лікарень (n=91)	вірогідність різниці (p)	пацієнти спеціалізованих закладів (n=68)	пацієнти багатопрофільних лікарень (n=91)	вірогідність різниці (p)
Середній	34,6±1,3	31,6±1,0	=0,07	48,1±1,3	47,8±1,1	>0,05
Низький	24 (35,3%)	35 (38,5%)	>0,05	4 (5,9%)	3 (3,3%)	>0,05
Помірний	35 (51,5%)	57 (62,6%)	>0,05	21 (30,9%)	34 (37,4%)	>0,05
Високий	9 (13,2%)	2 (2,2%)	=0,02	43 (63,2%)	54 (59,3%)	>0,05

Тісний взаємозв'язок між погіршенням всіх складових якості життя онкологічних хворих і високим рівнем тривожності підтверджений результатами кореляційного аналізу. При цьому зворотні зв'язки помірної сили ( $r=-0,40-0,54$ ) встановлені між рівнями тривожності і загальною оцінкою стану фізичного, психічного здоров'я, обмеженнями життєвої активності.

Одним із критеріїв ефективності діяльності системи медичної допомоги є задоволеність пацієнтів медичним обслуговуванням. У роботі [2] розглядається, що однією з причин незадоволеності онкологічних хворих якістю медичної допомоги в стаціонарах багатопрофільних лікарень (порівняно зі спеціалізованими закладами) є нерегульоване залучення коштів пацієнтів на проведення діагностичних досліджень та ліку-

вальних маніпуляцій. За результатами даного дослідження встановлено, що цей чинник негативно впливає на ЯЖ пацієнтів (рис.2). Профіль ЯЖ в групі хворих, що мали нарікання на непередбачувані витрати, був дещо нижчим, ніж у тих, що не виказували таких скарг. Щодо шкали ПЗ, який характеризує настрій і є ступенем позитивності емоційного сприйняття життя, то відмінності набувають статистичної значущості (відповідно 42,7±3,4 і 51,1±2,4 балу,  $p=0,05$ ). Наявність взаємозв'язку між низькою задоволеністю організацією діагностики і лікування через причини матеріального характеру і показником ПЗ підтверджена результатами кореляційного аналізу – коефіцієнти кореляції дорівнювали відповідно  $r=-0,21$  і  $r=-0,18$  ( $p<0,05$ ).

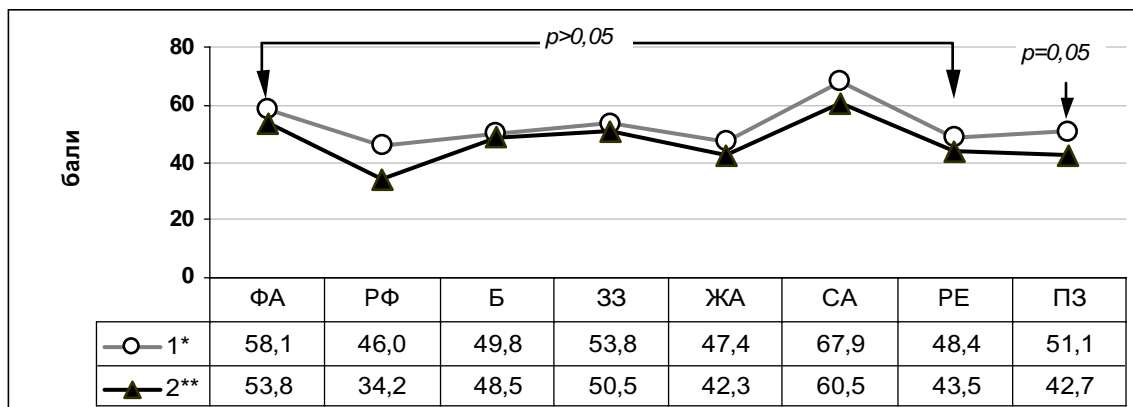


Рис. 2. Профілі якості життя онкологічних хворих, госпіталізованих у стаціонари багатопрофільних лікарень, залежно від причин незадоволеності якістю медичної допомоги

\*1 – не було нарікань на непередбачувані витрати;

\*\*2 – були нарікання на непередбачувані витрати

### Висновки

В цілому дослідження ЯЖ онкологічних хворих як критерію якості медичної допомоги, наданої в хірургічних стаціонарах різних типів ЛПЗ (онкологічних спеціалізованих закладах і багатопрофільних лікарнях), показало:

1. Профіль ЯЖ за всіма критеріями загального опитувальника SF36 вірогідно не різниться по хірургічних стаціонарах різних типів ЛПЗ.

2. За результатами поглибленого дослідження встановлено, що для всіх онкологічних хворих характерним є високий рівень особистісної тривожності. Ситуативна тривожність як реакція хвилю-

вання і нервозності в конкретній загрозливій ситуації втрачає свою актуальність у цієї категорії хворих, оскільки вони знаходяться в постійній стресовій ситуації, де будь-яка проблема уявляється як екстремальна. Водночас, пацієнти спеціалізованих онкологічних закладів мають підвищені рівні цього показника, що свідчить про вплив місця перебування на рівень тривоги.

3. Низька задоволеність організацією діагностики і лікування в стаціонарі, зокрема через причини матеріального характеру, погіршує показники ЯЖ, передусім складової ПЗ.

4. Отримані результати дослідження необхідно враховувати при організації і проведенні хірургічного лікування онкологічних хворих, а також при реформуванні стаціонарної допомоги.

### Список літератури

1. Гук А.В. Стратегічні напрямки забезпечення якісної медичної допомоги // Главный врач. – 2002. – №9. – С. 63–71.
2. Зюков О.Л. Задоволеність онкологічних хворих якістю медичної допомоги в хірургічних стаціонарах // Медичні перспективи. – 2005. – №4. – С. 139–144.
3. Лехан В.М., Зюков О.Л., Ліщишина О.М. Проблеми використання ліжкового фонду для надання допомоги онкологічним хворим в Україні // Охорона здоров'я України. – 2005. – Т.18–19, №3–4. – С. 72–75.
4. Новик А.А., Іонова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. – Спб: Нева, 2003. – 320с.
5. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні / Під заг. ред. В.М. Лехан, В.М. Рудого. – К.: Вид-во Раєвського, 2005. – 168с.
6. Слабкий Г.О. Спеціалізована медична допомога дорослому міському населенню на сучасному етапі перебудови галузі // Охорона здоров'я України. – 2002. – №1(4). – С. 41–46.
7. Столяренко Л.Д. Основы психологии. – Ростов-на-Дону: Фенікс, 2003. – 697 с.
8. Юшковська О.Г. Якість життя хворих із серцево-судинними захворюваннями // Одеський медичний журнал. – 2003. – Т.77, №3. – С.104–108.
9. Donabedian A. The Quality of Care: How Can It Be Assessed // JAMA. – 1988. – Vol.260, №12. – P. 1743–1748.
10. Sandhu H.S. Psychosocial issues in chronic obstructive pulmonary disease // Clin. Chest Med. – 1986. – Vol.7. – P. 629–642.
11. SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide / J.E Ware., K.K Snow., M Kosinski., B Gandek. – Boston, 1993. – P.1–22.
12. WHOQOL Group. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment (WHOQOL) // Qual. Life Res. – 1993. – Vol.2. – P.153–159.

### СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ КАК ИНДИКАТОРА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ХИРУРГИЧЕСКИХ СТАЦИОНАРАХ РАЗНОГО ТИПА

В.Н. Лехан, О.Л. Зюков (Днепропетровск)

В статье представлены результаты исследования качества жизни и уровня тревожности онкологических больных после радикального лечения в хирургических стационарах разных типов лечебно-профилактических учреждений с использованием методик SF36 и Спилбергера-Ханина. Показано, что профили качества жизни онкологических больных, прооперированных в стационарах разных типов, по всем шкалам достоверно не отличаются между собой. Характерной особенностью всех онкологических больных является высокий уровень личностной тревоги, а ситуативная тревожность выше в специализированных учреждениях.

### COMPARATIVE ESTIMATION OF ONCOLOGIC PATIENTS' LIFE QUALITY AS INDICATOR OF MEDICAL AID QUALITY IN SURGICAL CLINICS OF DIFFERENT TYPES

V.N. Lekhan, O.L. Zjukov (Dnepropetrovsk)

In the article the results of investigation of life quality (LQ) and anxiety level of oncologic patients after radical treatment in surgical clinics of different types of treatment-prophylactic institutions using SF36 and Spilberg-Khanin procedures are presented. It is shown that LQ profiles of oncologic patients operated on in clinics of different types reliably do not differ from each other by all scales. Typical feature of all oncologic patients is a high level of personal anxiety and situational anxiety is higher in the specialized institutions.

УДК 614.2:364.42.44(477)

*Н.Ю. КОНДРАТЮК, С.В. КРАВЧЕНКО, Є.М. КРИВЕНКО (КІЇВ)*

## СТАН РОЗВИТКУ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ

Український інститут громадського здоров'я МОЗ України

Фундаментом не тільки амбулаторно-поліклінічної, але й усієї системи медичної допомоги є первинна медико-санітарна допомога (ПМСД), яка робить найбільший внесок у формування громадського здоров'я, несе відповідальність за його витрати, визначає раціональне та ефективне використання ресурсів охорони здоров'я і задоволення населення станом медичного забезпечення [4].

У системі медичного обслуговування ПМСД є складовою, яка потребує найменше ресурсів. Водночас, як свідчить світовий досвід, ПМСД може забезпечити найбільший вплив на загальний стан здоров'я населення, особливо за умови впровадження засад сімейної медицини, в основі яких доступність, безперервність, комплексність та орієнтація на пацієнта, а не хворобу.

Прийняття принципів ПМСД у багатьох країнах Європейського регіону сприяло розвитку нової культури охорони здоров'я, були впроваджені нові стратегії щодо поліпшення здоров'я населення шляхом оздоровлення довкілля та підвищення рівня життя [1;7].

В Україні інтенсивний розвиток сімейної медицини (СМ) розпочався після прийняття Кабінетом Міністрів України Постанови від 20.06.2000 р. №989 "Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я" [6].

Пріоритетним напрямком розбудови національної системи охорони здоров'я є розвиток ПМСД на засадах загальної практики/сімейної медицини (ЗП/СМ). Цей вид медичної допомоги є найбільш доступним, найменш економічно витратним та має профілактичну спрямованість. До 80% пацієнтів отримує медичну допомогу на первинному рівні. Оптимально організована ПМСД зменшує на 25–30% потреби в госпіталізації хворих у лікарняні заклади, виїздів служби швидкої медичної допомоги, скорочення обсягів стаціонарної та спеціалізованої медичної допомоги та досягнення за рахунок раціоналізації медичного обслуговування підвищення медичної, соціальної та економічної ефективності охорони здоров'я.

Проте досвід діяльності в Україні перших осередків СМ показав, що перехід до широкомаштабного її запровадження у вітчизняну практику в сучасних соціально-економічних умовах є досить тривалим та складним процесом і потребує не тільки еволюції і перебудови інфраструктури галузі та створення відповідної ресурсно-нормативної бази, але й забезпечення наукового супроводу [4;5].

Це питання обговорювалося 25–26 жовтня 2005 р. на II з'їзді лікарів ЗП/СМ. У роботі з'їзду взяв участь Президент України В.А. Ющенко. На з'їзді підведено підсумки впровадження сімейної медицини за останні п'ять років, обговорено та підтримано проект Концепції Державної програми розвитку ПМСД на засадах СМ.

Подальшому розвитку ЗП/СМ в Україні сприяло прийняття за останній час низки нормативно-правових актів: наказу МОЗ України від 21.09.2005 р. №482 "Про реорганізацію Українського центру наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи (Укрмедпатентінформ) шляхом вилучення структурного підрозділу Науково-методичного центру загальної практики/сімейної медицини"; наказу МОЗ України від 20.06.2006 р. №404 "Про внесення змін до наказу МОЗ України від 22.05.2006 р. №308 "Про затвердження таблиця оснащення фельдшерсько-акушерських пунктів, лікарських амбулаторій (у т.ч. амбулаторій загальної практики/сімейної медицини) та підрозділів первинної медико-санітарної допомоги лікувально-профілактичних закладів"; пропозицій щодо внесення змін до наказу МОЗ України від 23.02.2000 р. №33 "Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я" стосовно штатів закладів (підрозділів) ПМСД. Проект наказу знаходиться на погодженні у Міністерстві фінансів України.

Відповідно до наказів МОЗ від 25.06.2002 р. №244 "Про проведення моніторингу реорганізації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини" та від 08.01.2004 р. №1 "Про удосконалення моніторингу первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини та уніфікації відповідної облікової медичної документації" [2;3] Українським

інститутом громадського здоров'я організовано проведення моніторингу впровадження сімейної медицини в практику охорони здоров'я, результати якого використовуються МОЗ України для прийняття відповідних управлінських рішень.

**Мета дослідження** – вивчити стан впровадження сімейної медицини в Україні.

**Матеріали і методи.** У ході виконаної роботи використано статистичні звіти закладів охорони здоров'я та опрацьовано дані управлінь охорони здоров'я обласних (міських) державних адміністрацій. Усього проаналізовано 216 форм звітності відповідно до наказу МОЗ України від 08.01.2004 р. №1 "Про удосконалення моніторингу первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини та уніфікації відповідної облікової медичної документації" [2].

Статистична обробка матеріалів проводилася з використанням прикладної програми Statistika for Windows 6,0.

**Результати дослідження та їх обговорення.** У ході дослідження встановлено, що за останній період активно розширювалась мережа лікувально-профілактичних закладів, які надають населенню ПМСД на засадах ЗП/СМ. Протягом I півріччя 2006 р. кількість таких закладів збільшилась на 284 і станом на 30.06.2006 р. становить 3320, на їх базі функціонує 17970 ліжок денного стаціонару. У зазначених закладах створено 6730 дільниць ЗП/СМ, за якими закріплено 11860232 населення (9842806 дорослих та 2017426 дітей), що становить 25,4% населення України.

При цьому спостерігається найбільш активний розвиток мережі закладів у Тернопільській (32), Київській (60) та Полтавській областях (21); найменший – у Запорізькій (1), Чернігівській (1), а також у Києві (2) та Севастополі (1) новостворених закладів.

У сільській місцевості найбільший розвиток мережі зареєстровано у Київській (48), Тернопільській (30), Полтавській (21) та Житомирській (16) областях, а найменший – у Чернігівській (0), Запорізькій (1) та Луганській (1) областях.

Найбільше нових закладів створено у містах Донецької (13), Київської (5) та Луганської (4) областей; не створювалися у Вінницькій, Дніпропетровській, Житомирській, Закарпатській, Запорізькій, Івано-Франківській, Кіровоградській, Миколаївській, Одеській, Хмельницькій та Черкаській областях.

Найбільші показники охоплення населення ПМСД на ЗП/СМ зареєстровано у Закарпатській (63,3%), Тернопільській (62,3%), Житомирській (54,3%), Харківській (51,3%), Полтавській (49,5%) областях, найменші – у Луганській (6,8%), Дніпропетровській (6,5%) областях та у м. Києві (5,4%).

Кількість штатних посад лікарів ЗП/СМ становить 7086 (порівняно з I півріччям 2005 р. зросла на 26,6%), із них у сільській місцевості введено 4804, у містах – 2282 посади. У більшості областей навантаження на одну штатну посаду лікаря загальної практики перевищує нормативне (1,5 тис. осіб на 1 штатну посаду у місті та 1,2 тис. на 1 штатну посаду в сільській місцевості). Найбільші відхилення від нормативів навантаження мають місце у м. Севастополі (3014), Львівській (2024), Київській (2015), Чернігівській (2010) та Рівненській (1960) областях. У м. Києві середнє навантаження не досягає нормативного (933).

Кількість фізичних осіб лікарів ЗП/СМ становить 5629 (порівняно з I півріччям 2005 р. зросла на 22,9%), із них у сільській місцевості – 3738, у містах – 1891 (найкращі показники у Закарпатській – 54,6%, Харківській – 52,7%, Тернопільській – 50,1%, Житомирській – 49,4% та Полтавській – 42,2% областях, найгірші у Луганській – 7,3%, Дніпропетровській – 6,5% та у м. Києві – 5,3%).

Кількість лікарів ЗП/СМ, що мають вищу категорію, становить 526 осіб, I категорію мають 1679 осіб, II категорію – 964 особи та 2461 лікар працюють як сертифіковані спеціалісти [7].

За рахунок випускників вищих медичних навчальних закладів у I півріччі 2006 р. укомплектовано 56 штатних посад сімейних лікарів.

Кількість штатних посад медичних сестер ЗП/СМ становить 9247, із них у сільській місцевості – 6447,5, у містах – 2799,5; кількість фізичних осіб медичних сестер ЗП/СМ становить 8452, із них у сільській місцевості – 6107, у містах – 2345.

Найкращі показники введення штатних посад медичних сестер ЗП/СМ та їх укомплектування фізичними особами зареєстровано у Харківській (41,8%), Закарпатській (32,0%), Тернопільській (26,0), Миколаївській (25,2%), Житомирській (23,8%), найгірші – у Луганській (5,1%), Дніпропетровській (2,8%) областях та у м. Києві (2,8 %).

Далі нами вивчалися витрати з місцевого бюджету на одного мешканця. В середньому по Україні вони становили 22,08 грн, в тому числі для надання ПМСД – 10,83 грн. Найбільше коштів з розрахунку на одного жителя виділялося в Івано-Франківській (87,4 грн), Тернопільській (75,8 грн) областях та АР Крим (72,2 грн); а найменше – у Рівненській (10,6 грн), Сумській (11,12 грн) та Волинській (13,0 грн) областях.

Важливим показником є кількість звернень пацієнтів до сімейних лікарів. Встановлено, що загалом в Україні до сімейного лікаря звернулося 17799907 (9771031 дорослий та 2418615 дітей до 18 років) пацієнтів з різною патоло-



гією, із них з профілактичною метою – 5611135, з приводу захворювань – 12188772 звернення.

Невелику частку пацієнтів (3,8%) із найбільш складною патологією було направлено на консультацію до лікарів вузького фаху, а також на стаціонарне лікування до лікарень вторинного та третинного рівнів (1,6%).

Протягом I півріччя 2006 р. лікарями ЗП/СМ усіх закладів системи МОЗ України, що працюють на засадах ЗП/СМ і охоплені моніторингом, було здійснено самостійне надання лікувально-діагностичної допомоги 6324292 (13,5% населення України) пацієнтам з різною патологією.

Слід зазначити, що зросла кількість обстежених флюорографічно і становила 2663872: у сільській місцевості – 1736361, у містах – 927511, та зменшилось число викликів швидкої допомоги до хронічних хворих на території обслуговування сімейного лікаря і склало 174490: у сільській місцевості – 109626, у містах – 64864.

Подальшого підвищення набула забезпеченість закладів ЗП/СМ медичними та немедичними засобами: санітарним транспортом (у сільській місцевості – 2126, у містах – 165); електрокардіографами (у сільській місцевості – 2503, у містах – 327); дефібриляторами (у сільській місцевості – 140, у містах – 32); спеціальним інструментарієм (у сільській місцевості – 5199 та у містах – 596). Найкраще автомобільним транспортом забезпечені заклади ЗП/СМ у таких областях: Харківська (288 автомобілів), Житомирська (127), Полтавська (122); найгірше – міста Севастополь (0) і Київ (6) та Черкаська область (35).

Значні відмінності у показниках впровадження сімейної медицини в охорону здоров'я вказують на залежність процесу від суб'єктивних факторів і підкреслюють необхідність прийняття загальнодержавної програми розвитку ПМСД на засадах СМ на наступний період.

### Висновки

Успішна реалізація в Україні “Комплексних заходів щодо впровадження сімейної медицини в охорону здоров'я” потребує створення відповідної інфраструктури сімейної медицини, вирішення основних питань фінансового, кадрового, інформаційного, технологічного забезпечення закладів, що працюють на засадах ЗП/СМ, реорганізації та реструктуризації стаціонарної і спеціалізованої медичної допомоги.

Дані моніторингу впровадження СМ в охорону здоров'я України свідчать про поступальний розвиток та зростання ролі СМ у медичному обслуговуванні населення. Це підтверджують позитивні зрушення у розвитку мережі, кадрового потенціалу та обсягах діяльності закладів ПМСД, що надають медичну допомогу населенню на засадах ЗП/СМ.

Розвиток СМ у різних областях відбувається досить нерівномірно, що відображає значна варіабельність основних показників розвитку сімейної медицини на регіональному рівні.

З метою подальшого активного впровадження СМ у системі охорони здоров'я потребує прискорення узгодження та затвердження загальнодержавної програми впровадження СМ в Україні.

### Список літератури

1. Люблянская хартия по реформированию здравоохранения. 19 июня 1966 г. – Копенгаген: ВОЗ, ЕРБ, 1996. – С. 6.
2. Наказ МОЗ України від 08.01.2004 р. №1 “Про удосконалення моніторингу первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини та уніфікації відповідної облікової медичної документації” // [www.moz.gov.ua](http://www.moz.gov.ua).
3. Наказ МОЗ України від 25.06.2001 р. №244 “Про проведення моніторингу реорганізації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини” // [www.rada.gov.ua](http://www.rada.gov.ua).
4. Пономаренко В.М., Ціборовський О.М., Галієнко Л.І. Розвиток сімейної медицини в Україні: стан, здобутки, перспективи // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2003. – №3. – С. 5.
5. Пономаренко В.М., Галієнко Л.І. Реорганізація первинної медико-санітарної допомоги населенню на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини. – К.: Український інститут громадського здоров'я // Українська асоціація сприяння охороні здоров'я населення. – 2001. – С. 8.
6. Постанова Кабінету Міністрів України від 20.06.2000 р. №989 “Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я” // Офіц. вісн. України. – 2002. – №2. – С. 220.
7. Салтман Р.Б., Фигерейс Дж. Реформи системи здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий: Пер. с англ. – М.: им. ЕРБ ВОЗ Гэотар Медицина, 2000. – С. 432.



## **СОСТОЯНИЕ РАЗВИТИЯ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ В УКРАИНЕ**

Н.Ю. Кондратюк, С.В. Кравченко, Е.Н. Кривенко (*Київ*)

В статье представлены результаты анализа статистических данных учреждений здравоохранения о ходе внедрения семейной медицины в Украине. В процессе исследования установлена значительная активность расширения сети лечебно-профилактических учреждений, предоставляющих первичную медико-санитарную помощь на принципах общей практики – семейной медицины.

Отмечена неравномерность развития семейной медицины в различных областях, о чём свидетельствует значительная вариабельность основных показателей развития на региональном уровне.

## **CONDITION OF DEVELOPMENT OF FAMILY MEDICINE IN UKRAINE**

N.Ju. Kondratiuk, S.V. Kravchenko, E.N. Krivenko (*Kiev*)

In article results of the analysis of statistical data given establishments of public health about a course of introduction of family medicine in Ukraine are submitted. During research significant activity of expansion of a network of the treatment-and-prophylactic establishments giving the primary medico-and-sanitary aid on principles of the general practice - family medicine is established.

Non-uniformity of development of family medicine in various areas to what significant variability of the basic indices of development at a regional level testifies is marked.

УДК 614.253.8:616.089.5

*В.М. БОГОМАЗ, В.О. БУРМІСТЕНКО (КИЇВ)*

## **ОЦІНКА БЕЗПЕКИ ПАЦІЄНТІВ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ РЕКОФОЛУ В АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ**

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

ЗАТ “Медичний центр “Добробут”

Питання безпеки пацієнта при отриманні медичної допомоги, вперше проголошене в клятві Гіппократа, стало пріоритетним при наданні медичної допомоги на початку третього тисячоліття. Всесвітня організація охорони здоров'я відносить безпеку пацієнта до базових ознак якісної медичної допомоги і визначає її насамперед як попередження небезпечних наслідків чи пошкоджень під час лікування або зменшення негативних наслідків у випадку їхнього виникнення [8;19].

Звіт Інституту медицини відобразив драматичну статистику негативних наслідків медичних втручань у США – країні з найбільшим бюджетом охорони здоров'я у світі [16]. Цей звіт сколихнув суспільство та зосередив увагу професіоналів і громадськості на проблемах медичних помилок і якості медичної допомоги як пріоритетних національних проблемах розвинутих країн [10;13;14;18]. Безпека пацієнта стала оцінюватись як один з ключових параметрів якості медичної допомоги [9;12;15;17].

У сучасній анестезіології питання безпеки пацієнта є одним з найважливіших. Поняття про максимально безпечно для хворого анестезію охоплює спеціальні медикаментозні засоби, характеристики медичного обладнання, методики анестезії, знання та навички персоналу. Стан пацієнта оцінюється лікарем до втручання, монітується при виконанні наркозу та після нього. Тема безпеки пацієнта надзвичайно гостро постає в анестезіології насамперед тому, що під час проведення наркозу, окрім втручання в фізіологію серцево-судинної та дихальної систем, анестезіолог використовує потенційно смертельні препарати.

Наше дослідження присвячене пропофолу, який завдяки своїм властивостям вважається “ідеальним неінгаляційним гіпнотиком” [5]. Незважаючи на відносно нетривалу історію використання, пропофол можна вважати препаратом, що гарантує безпеку пацієнтів передусім за його впливами на системну гемодинаміку та дихання

під час проведення загального знеболення та в ранньому післяопераційному періоді. В ході проведення досліджень, під час яких вивчався даний препарат [2;4;5;7], підтверджені такі його якості: швидкий початок дії, добра керованість анестезією (чітка залежність: доза – ефект), висока точність прогнозованого пробудження, під час якого досить рідко виникають побічні явища (нудота, блювота, головний біль), швидке відновлення ясної свідомості, відсутність кумуляції, задовільне співвідношення вартість – ефективність [1;3;4;5;7;11].

**Мета дослідження.** Вивчити безпеку застосування рекофолу в анестезіологічній практиці при різнопланових хірургічних втручаннях у дорослих і на підставі отриманої та відомої з попередніх досліджень інформації розробити текст протоколу інформованої згоди пацієнта на анестезію з застосуванням цього препарату.

**Матеріали та методи дослідження.** Нами проаналізовано історії хвороби 193 пацієнтів (з них 74 чоловіки – 38,4%, 119 жінок – 61,6%), які отримували хірургічне лікування під загальним знеболенням у 2004–2005 рр. Середній вік хворих становив 45 років, середня маса тіла – 71,2 кг. Пропофол (рекофол, Schering AG) застосовувався для індукції та підтримання анестезії при проведенні різнопланових хірургічних втручань. В залежності від методу загальної анестезії з використанням рекофолу сформовано дві групи пацієнтів:

- група 1 – 108 пацієнтів (55,95%) – внутрішньовенна загальна анестезія, під час якої пацієнти знаходились на самостійному диханні. Цим пацієнтам проводились малоінвазивні втручання в гінекології та гнійній хірургії;
- група 2 – 85 пацієнтів (44,04%) – внутрішньовенна загальна анестезія з міоплегією, аналгезією та проведенням штучної вентиляції легень апаратом Veer-1000. Рекофол вводився за допомогою шприцевого інфузійного насосу SEP-10S. Пацієнтам цієї групи проводились пластичні операції, апендектомії, герніопластики, ЛОР-операції.

До моніторингу за станом пацієнтів обох груп входило: непряме визначення артеріального тиску, підрахунок частоти дихання за хвилину, запис електрокардіограми, вимірювання частоти серцевих скорочень та насичення гемоглобіну артеріальної крові киснем за допомогою монітора "Inno-Care T".

Для премедикації в обох групах пацієнтів використовувався розчин атропіну сульфату 0,1% в дозі 0,01 мг/кг довенно. Індукційна доза рекофолу становила 1,7 мг/кг в/в і вводилась за 30–40 секунд. У групі 1 підтримання анестезії здійснювалося додатковими болюсними введеннями

рекофолу (1/3 – 1/5 частини від індукційної дози) при появі ознак зниження глибини наркозу (рухи пацієнта, тахіпное, сльозотеча тощо). В групі 2 анестезія забезпечувалась підтримуючими дозами рекофолу, який вводився шляхом постійної інфузії в дозі 7 – 9 мг/кг/год.

#### **Результати досліджень та їх обговорення.**

Оцінка безпеки препарату Рекофол здійснювалась за ступенем зниження параметрів гемодинаміки, депресією самостійного дихання, виникненням побічних ефектів у період пробудження.

У групі 1 при введенні розрахункових доз рекофолу через 30±5 секунд разом із зникненням свідомості у 6% пацієнтів розвивалось незначне тахіпное (частота дихання зростала до 19±1 за хвилину) з наступною нормалізацією частоти дихання, у 19% пацієнтів виникало брадіпное без істотного зниження показників сатурації киснем (до 94–96%), у 6% пацієнтів насичення крові киснем знижувалося до 93%, що корегувалося інгаляцією зволоженого кисню через носові катетери. Випадків западання нижньої щелепи, випадків апное, які потребували штучної вентиляції легень, не було. В групі 2 під час наркозу та штучної вентиляції легень не відмічалось зниження сатурації нижче 98%. Не зафіксовано ускладнень, що були пов'язані з рефlekсами дихальних шляхів.

Після введення розрахункової індукційної дози рекофолу у 92% пацієнтів обох груп зафіксовано зниження артеріального тиску в середньому на 15±2% від вихідних значень. При цьому систолічний артеріальний тиск максимально знижувався на 15,4%, діастолічний – на 18,7%. Наведені зміни легко коригувалися збільшенням темпу інфузійної терапії. Потрібно вказати, що у жінок артеріальний тиск знижувався частіше, ніж у чоловіків (такі зміни зареєстровані у 53% чоловіків та у 72% жінок).

Значних змін з боку частоти серцевих скорочень під час перебігу наркозу не було. Після введення індукційної дози рекофолу спостерігалися зниження частоти серцевих скорочень (в середньому на 8,1%) – у 28,3% пацієнтів, збільшення (в середньому на 12,5%) – у 34,3% пацієнтів. Випадків значної тахі-чи брадікардії не відмічено.

Повне відновлення гемодинамічних та дихальних параметрів до вихідних рівнів відмічено на 25–30-й хвилині після припинення введення рекофолу. Загалом перебіг наркозу в групах 1 та 2 оцінено як стабільний.

У період виходу з наркозу у пацієнтів групи 1 зафіксовано 2 випадки вираженої гикавки, що становило 1,8% від пацієнтів цієї групи. Серед пацієнтів групи 2 в ранньому післяопераційному періоді зафіксовано 2 випадки нудоти (2,3% від

пацієнтів даної групи) та 1 випадок блювоти (1,1% пацієнтів цієї групи). Загалом дані випадки склали 2,5% від усіх пацієнтів, що брали участь у дослідженні. Звертає на себе увагу, що нудота та блювота спостерігалися у хворих із захворюваннями шлунково-кишкового тракту в анамнезі.

Можливість повного самообслуговування та рухової активності відновлювалася в групі 1 протягом 30–50 хвилин; в групі 2 – протягом 1,5–2 годин (залежно від тривалості операції).

Під час проведення даного дослідження не зафіксовано жодного випадку алергічних проявів або флебітів, лише очікувані несерйозні побічні реакції пропофолу з частотою, яка не перевищує відому з вітчизняних та закордонних літературних джерел [2;3;6]. На нашу думку, методика загальної анестезії на основі рекофолу відповідає вимогам, що висуваються до анестезіологічного забезпечення діагностичних та різнопланових хірургічних втручань.

Ризик фармакотерапії визначається двома факторами: частотою побічних ефектів та важкістю побічних ефектів. Завдання лікаря оцінити вірогідність побічних ефектів та попередити їх, врахувавши вік пацієнта, стан органів, що беруть участь в метаболізмі препарату, взаємодію ліків між собою. Згідно з чинним законодавством, ризиковані методи лікування, а в анестезіології вони завжди є такими, визнаються допустимими, якщо вони відповідають сучасним науково обґрунтованим вимогам і застосовуються за згодою інформованого про їх можливі шкідливі наслідки пацієнта. З точки зору медичного права, під інформованою згодою на медичне втручання розуміють добровільне та компетентне прийняття пацієнтом рішення щодо запропонованого варіанту лікування на підставі

отриманої ним повної об'єктивної та всебічної інформації з приводу запланованого лікування, його можливих ускладнень і альтернатив [6]. Інформована згода, з одного боку, це форма правового захисту лікаря при наданні високоризикованих видів медичної практики, не застрахованого від можливих побічних ефектів препарату. З іншого боку, інформована згода – це форма правового захисту пацієнта. Вона передбачає надання пацієнту повної інформації про захворювання, надання права на самовизначення, самостійне прийняття рішення з приводу медичного втручання. Будь-яке лікування, виконане без інформованої згоди пацієнта, розглядається як протиправне, і у разі коли воно нанесло шкоду пацієнту, питання про відшкодування збитків вирішується однозначно.

На підставі отриманої в ході дослідження інформації та даних з літературних джерел нами розроблено протокол інформованої згоди на анестезію з застосуванням пропофолу (рекофол 1% емульсія, Schering AG), який ми подаємо в таблиці.

В сьогоденній практиці далеко не всі пацієнти намагаються скористатись наданим їм правом на отримання повної інформації про медичне втручання, що, скоріше за все,

є наслідком тривалого існування патерналістської моделі взаємовідносин лікаря і пацієнта в нашій країні. Але слід звернути увагу, що згідно з аналізом судових “лікарських справ” при невдалих медичних втручаннях здебільшого суди вказували на порушення процедури отримання інформованої згоди пацієнтами [6]. На нашу думку, впровадження практики інформованої згоди на медичні втручання є реальною потребою сьогодення.

### Висновки

1. Дослідження підтвердило високий рівень безпеки для пацієнтів препарату Рекофол при загальній анестезії. Зафіксовано несерйозні очікувані побічні ефекти при пробудженні у 2,5% хворих.

2. Розроблений протокол інформованої згоди пацієнта на анестезію з застосуванням рекофолу потребує впровадження в повсякденну практику, що дасть змогу знизити потенційну ймовірність виникнення юридичних конфліктів між медичними закладами та пацієнтами.

Перспективою подальших досліджень є аналіз вітчизняного досвіду практичного впровадження інформованої згоди та вивчення індикаторів безпеки пацієнтів при різних видах медичних втручань.

Таблиця. Зразок протоколу інформованої згоди на анестезію з застосуванням рекофолу

## ІНФОРМОВАНА ЗГОДА ПАЦІЄНТА НА ОТРИМАННЯ АНЕСТЕЗІЇ

Рекомендоване оперативне втручання проводиться під наркозом, який забезпечується лікарем-анестезіологом. Наркоз (загальне знеболення) – це стан штучного глибокого сну, під час якого відсутні всі відчуття, у тому числі больові. Лікар-анестезіолог відповідає за процеси сну та знеболювання, а також за підтримку життєво важливих функцій організму (дихання та кровообіг) під час операції та в ранньому післяопераційному періоді.

Існують можливі ускладнення наркозу, частота виникнення яких залежить від індивідуальних особливостей людини, характеру та важкості перенесених захворювань, загального стану організму, віку, шкідливих звичок, спадковості тощо. Виникнення ускладнень ймовірно при використанні навіть найсучасніших засобів для наркозу. Ризик виникнення несерйозних побічних реакцій при застосуванні рекофолу, за нашими даними, не перевищував 2,5%.

*Ми вважаємо за необхідне попередити вас про можливі (але не обов'язкові) ускладнення: тромбоемболії, алергічні реакції, гостру серцеву чи легеневу недостатність.*

*Тромбоемболії: в венах ніг та тазу(особливо у лежачих та літніх пацієнтів) можуть утворюватися згортки крові (тромби) та потрапляти в різні органи (емболія), викликаючи небезпечні для життя порушення функцій цих органів. У курців та у людей, які приймають деякі медикаменти (наприклад, гормональні, контрацептивні препарати), цей ризик збільшується.*

*Алергічні реакції: після введення засобів для наркозу або інших медикаментів може з'явитися почервоніння шкіри, набряк, нудота, в тяжких випадках – перепад артеріального тиску.*

*Гостра серцева чи легенева недостатність: виникає як наслідок вищеперерахованих станів, проявляється порушеннями дихання, серцевого ритму чи зниженням кров'яного тиску, що можуть потребувати інтенсивної терапії.*

З метою забезпечення вашої безпеки дотримуйтесь цих рекомендацій:

1. Щоб уникнути вдихання бловотних мас під час наркозу, нічого не їжте та не пийте за 6–8 годин до операції.

Це принципова умова, невиконання якої може поставити під загрозу ваше здоров'я та життя.

2. Бажано не курити за 6–8 годин до операції.

3. Перед надходженням в операційну необхідно виїняти (якщо є) зубні протези, що знімаються, та контактні лінзи. Бажано зняти прикраси, змити косметику та лак з нігтів, зробити зачіску без шпильок.

4. Після виходу з наркозу можливі (але не обов'язкові) деякі неприємні відчуття – сонливість, м'язова слабкість чи тремтіння, зміна голосу, нудота – але це не повинно вас лякати. Ці явища зникнуть упродовж найближчих кількох годин після операції.

5. До початку наркозу обов'язково попередьте лікаря-анестезіолога, якщо у вас є алергія, особливо на сою чи яєчний білок.

Я, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ року народження, цим документом підтверджую факт надання згоди на отримання анестезії під час проведення планового оперативного втручання \_\_\_\_\_.

Своїм власним підписом я підтверджую, що у повністю зрозумілому вигляді мені була надана інформація стосовно необхідності застосування анестезії, можливих ускладнень внаслідок отримання анестезії, а також рекомендацій. Мені була надана можливість поставити всі запитання, що мене цікавили, щодо отримання анестезії, а також отримати на них повні та зрозумілі для мене відповіді.

Я повністю зрозумів мету та необхідність застосування анестезії під час проведення планового оперативного втручання. У мене нема недовіри чи сумнівів щодо кваліфікації та намірів лікаря-анестезіолога \_\_\_\_\_, який буде здійснювати анестезію.

Текст даної інформованої згоди мною прочитаний і своїм підписом я повністю погоджуюсь зі всім, що в ній зазначено.

“ ” \_\_\_\_\_ 200 р.

Підпис пацієнта \_\_\_\_\_

### Список літератури

1. Жилис Б.Г. Осложнения в экстренной анестезии, реанимации и интенсивной терапии. – М.: Медицина. – 1999. – 150 с.
2. Клигуненко Е.Н., Сорокина Е.Ю., Биденко и др. Рекофол в современной общей анестезии // Біль, знеболення, інтенсивна терапія. – 2002. – №2. – С. 80–82.
3. Компендиум 2005 – лекарственные препараты / Под ред. В.Н. Коваленко, А.П. Викторова. – К.: МОРИОН. – 2005. – С. 241–242.
4. Короткоручко А.А. Диприван. Современный анестетик. – К. Здоров'я. – 2000. – 190 с.
5. Рекофол в современной анестезиологии и интенсивной терапии / Л.В. Усенко., Г.В. Панченко, В.И. Слива, С.А. Дудукина. – К.: Пирамида. – 2004. – 99 с.
6. Стеценко С.Г. Медицинское право: Учебник – СПб.: – Юридический центр Пресс – 2004. – 572 с.
7. Уайт П.Ф. Амбулаторная анестезия: новые препараты и методы // Освежающий курс лекций. – 2002. – №7. – С. 75–80.
8. Chang A, Schyve P.M, Croteau R.J, et The JCAHO patient safety event taxonomy: a standardized terminology and classification schema for near misses and adverse events // International Journal for Quality in Health Care. – 2005. – P. 1–11.
9. Consumer perceptions of safety in hospitals / S.M Evans, J.G Berry, B.J Smith, A.J Esterman // BMC Public Health 2006, 6:41 doi:10.1186/1471-2458-6-41
10. Institute of Medicine. Patient Safety: Achieving a New Standard of Care. – Washington: National Academy Press. – 2004. – 317 p.
11. Kanaya N, Hirata N, Kurosawa S, et. Differential effects of propofol and sevoflurane on heart rate variability// Anesthesiology. – 2003. – Vol. 98, N1. – P. 34–40.
12. Leape L.L, Berwick D.M, Bates D.W. What practices will most improve safety? Evidence-based medicine meets patient safety // JAMA. – 2002. – Vol. 288. – P. 501–507.
13. Measuring hospital performance to improve the quality of care in Europe: a need for clarifying the concepts and defining the main dimensions: Report on WHO Workshop (Barcelona, Spain, 10-11 January, 2003)// WHO Regional Office for Europe's. – Copenhagen, 2003. – 20 p.
14. Prevention of adverse events in health care, a system approach / Committee of experts on management of safety and quality in health care// Council of Europe. – Strasbourg. – 2005. – 58 p.
15. Roy CL, Poon EG, Karson AS, et Patient Safety concerns arising from test results that return after hospital discharge // Ann. Intern. Med. – 2005. – Vol. 143. – P. 121–128.
16. To Err Is Human: Building a Safer Health System. – Washington: – National academies press. – 2000. – 287 p.
17. What are the best strategies for ensuring quality in hospital?// WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network. – Copenhagen. – 2003. – 25 p.
18. Woolf S.H. Patient Safety is not enough: Targeting quality improvements to optimize the health of the population // Ann Intern Med. – 2004. – Vol.140. – P. 33–36.
19. World Health Organization alliance for patient safety. Project to develop the international patient safety event taxonomy: updated review of the literature 2003–2005// WHO. – Geneva. – 2005. – 16 p.

### ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ РЕКОФОЛА В АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

В.М. Богомаз, В.А. Бурмістенко (Киев)

Целью исследования была оценка безопасности применения пропофола (“Рекофол” 1% эмульсия, Schering AG) в анестезиологической практике. Проанализированы истории болезни 193 взрослых пациентов со средним возрастом 45 лет, получавших анестезию рекофолом при проведении разноплановых хирургических вмешательств. Изучены изменения параметров дыхания и гемодинамики при проведении наркоза с применением рекофола. Анализ структуры и частоты побочных эффектов засвидетельствовал высокий уровень безопасности препарата при общей анестезии с применением искусственной вентиляции легких и при самостоятельном дыхании. Зафиксированы несерьезные ожидаемые побочные эффекты при пробуждении у 2,5% больных. На основании полученной информации разработан протокол информированного согласия пациента на анестезию с применением рекофола.

### EVALUATION OF PATIENT SAFETY IN CASE OF THE REKOFOL USING IN THE ANAESTHESIOLOGIC PRACTICE

V.M. Bogomaz, V.A. Burmistenko (Kiev)

The aim of research was an evaluation of propofol (Rekofol 1% emulsion, Schering AG) using safety in the anesthesiologists practice. Histories of illness of 193 adult patients with the middle aged 45 years were analyzed. All of them have taken anesthesia by Rekofol at the different planning surgical operations. Changes of parameters of breathing and haemodynamic during conducting an anesthesia with Rekofol using were studied. The analysis of structure and frequency of side effects shows a high level of medicine safety in case of common anesthesia with artificial lung ventilation and also in case of the independent breathing. Unserious expected side effects are fixed in case of awakening in 2,5% patients. On the basis of obtained information a protocol of patient's informed consent for anesthesia with Rekofol using is developed.



*А.І. ПОБЕРЕЖНИЙ, О.В. ГАВРИЛЮК, Н.Я. ПАНЧИШИН, В.Л. СМІРНОВА,  
Л.М. РОМАНЮК (ТЕРНОПІЛЬ, ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ, ВІННИЦЯ)*

## ПРОБЛЕМИ УКРАЇНСЬКОЇ ЗДОРОВООХОРОНИ ТА ШЛЯХИ ЇХНЬОГО ВИРІШЕННЯ

**Вступ** Про необхідність реформування української здравоохранони йдеться протягом усіх років незалежності. Але далі розмов і паліативних рішень справа не йде. Ось і 2006 р. Президентом країни оголошений як рік радикальних реформ (9), але їх поки що нема. Між тим, здоров'я нації невпинно погіршується. За роки незалежності її чисельність скоротилась більше ніж на 5 млн. осіб (8). Питання реформування охорони здоров'я стало невід'ємною складовою національної безпеки і майбутнього країни.

**Мета** дослідження полягає в аналізі досягнутого на шляху реформування української здравоохранони та виокремленні проблем, які потребують негайного вирішення.

### **Результати дослідження та їхнє обговорення**

Перш за все найбільш тривожним є те, що тенденція на невпинне погіршення здоров'я української людності, що триває усі роки незалежності, посилюється. В 2005 р. вперше різниця між померлими і народженими перевернула за 400 тис. осіб і якщо не трапиться суттєвих зрушень, прогнозується в найближчі роки депопуляція людності в 1 млн. осіб щорічно.

Наведемо більш детальні зміни щодо здоров'я людей, які відбулись останнім часом на прикладі двох областей – Тернопільської і Хмельницької. При цьому зауважимо, що ці області відносяться до Західного регіону держави, в якому рівень здоров'я людей є найбільш благополучним.

Отже, в 2005 р. порівняно з 2004 р. в Тернопільській області первинна захворюваність людей зросла на 2%, загальна або поширеність хвороб – на 2,2%, у Хмельницькій області відповідно на 10,3 і 8,1%. Проблема №1 громадської здравоохранони – серцево-судинні захворювання. На них припадає майже дві третини усіх померлих в Україні і одна третина усіх хворих, тобто їхня питома частка в смертності, через важкість перебігу, вдвічі переважає частку в захворюваності. В 2005 р. поширеність хвороб системи кровообігу в Тернопільській області зросла на 5,2% (тобто в 2,4 рази більше, ніж поши-

реність усіх хвороб); у Хмельницькій області цей ріст склав 4,5%. Зростання серцево-судинних захворювань в Україні набуло характеру епідемії – з 1990 р. вона становить - 2,7 рази.

Попри всю складність, з хворобами серця і судин в цивілізованому світі успішно борються. В США з 1950 р. смертність від цієї причини знизилась на 60%, а в Західній Європі, де цей процес почався з 70-х років, зниження склало більше 30%. В Україні за цей період смертність від хвороб серця і судин невпинно зростала.

Наші дослідження цієї проблеми показали таке: 40% людей з підвищеним артеріальним тиском про нього не знають, бо не виконують елементарного правила – не вимірюють, починаючи з 7 років, хоч раз на рік, отой тиск. Апарат для вимірювання артеріального тиску, – не УЗД-апарат, який коштує десятки тисяч гривень, і не комп'ютерний томограф, вартість якого сягає мільйонів. Його теперішня ціна – 69 гривень. Однак цей апарат у переважній більшості людей відсутній, хоча телевізор є у всіх. Як це не дивно, але проблема апарату для вимірювання кров'яного тиску існує і для дільничих лікарів для яких він – найперша зброя. Соціологічне опитування дільничих терапевтів показало, що більшість з них придбала цей апарат або за власні гроші або з допомогою хворих.

У періодичному вимірюванні кров'яного тиску не зацікавлені ні дільничі лікарі, ні пацієнти. Перші тому, що їхня зарплата абсолютно не залежить від числа виявлених гіпертоніків, другі – через низьку загальну і медичну культуру. Проте значна частина людей тиск міряють і про його підвищення знають. Наше дослідження показало, що хворі гіпертонічною хворобою I-ої стадії повинні щороку вживати гіпотензивних засобів на 424 грн. в середньому на 1 пацієнта, а з II-ою стадією – на 1249 грн. Цього обов'язкового правила дотримується 5% пацієнтів, інші 95% обмежуються неповним лікуванням або взагалі не лікуються. Коли справа доходить до ускладнень гіпертонічної хвороби – ішемічної хвороби серця, інфаркту міокарду, крововиливів у мозок,

потрібна висококваліфікована допомога; при щорічній потребі у 47-50 тис. аорто-вінцевого шунтування або стентування, наша система досі спроможна на декілька сот подібних медичних послуг.

Окрім серцево-судинних захворювань в 2005 р. приростали і інші соціально найважливіші хвороби. В Тернопільській області злякисні новоутворення зросли на 4,5%, активний туберкульоз – на 2,4%, а серед жителів села – на 21,1, хронічний алкоголізм – на 18,7% , у Хмельницькій області відповідно на 4,5; 27,9; 17,6; 0,7%. В 2005 р. у Тернопільській області зареєстровано 223 хворих з білою гарячкою, у Хмельницькій області – 806. До слова, у 1986 р. , першому горбачовському році боротьби з алкоголізмом, число хворих з білою гарячкою знизилось до декількох випадків. В обох областях число ВІЛ-інфікованих перевищило число захворілих на сифіліс і ця різниця надалі зростатиме.

Одночасно з погіршенням здоров'я людей наростало число лікарів. З 1990 р. забезпеченість лікарями в Україні зросла на 8,2%, в тому числі у Тернопільській області – на 10,5%, у Хмельницькій – практично не змінилась (тут нема медичного ВУЗу).

Ці лікарі в 2005 р. із кожних 100 мешканців поклали в стаціонари різних типів (цілодобові, денні і вдома) в Тернопільській області – 34 пацієнта, у Хмельницькій - 35 тобто кожного третього і кожного в середньому лікували 12-13 днів, однак позитивного впливу на громадське здоров'я це не мало, навпаки, здоров'я погіршувалось.

Такий медицині поставив діагноз ще древньоримський лікар Авл Корнелій Ценс і звучить він так:

*Et morbi, et medicina*, що в перекладі з латинської означає: хвороби самі по собі, медицина сама по собі; таке собі паралельне і незалежне співіснування.

На наш погляд, існує два радикальних засоби оздоровлення нашої медицини. Перший – збільшення обсягів фінансування до науковообґрунтованих і випробуваних світовою практикою норм. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) стверджує, що кожна країна, яка прагне мати життєздатну охорону здоров'я, має виділяти на її потреби не менше 6,5% валового внутрішнього продукту країни (ВВП). Цієї норми дотримуються усі цивілізовані країни. Першість тримає Куба (20% ВВП), далі йдуть США (15% ВВП), інші вкладаються у 7-12% ВВП. Радянський Союз ніколи не дотримався цієї норми, обмежуючись 4-5% ВВП, самостійна Україна балансує на рівні 2-3% ВВП. Враховуючи падіння самого ВВП, видатки на охорону здоров'я в самостійній Україні порівняно з радянським періодом зменшились, за нашими перерахунками, в 4 рази. Ні

про яке реформування охорони здоров'я не може бути мови, якщо країна не виділяє необхідну суму коштів на її утримання. Що це означає в українських умовах? В 2005 р. ВВП країни становив 430 млрд. грн.. Згідно "Основ законодавства України про охорону здоров'я", прийнятих в 1992р , - 43 млрд. грн. У тому законі (параграф 12) записано про 10% ВВП. Вихід знайшли в тому, що проголосили закон 1992 р. застарілим і в новій редакції, яку розіслали по Україні, замість чітко означеної суми витрат на охорону здоров'я запропонували обтічну фразу, що обсяг коштів визначається бюджетним кодексом на поточний рік тобто пропонується узаконити мізерні витрати , які в 2005 р. вилились у 12 млрд. грн. на її утримання.

Другий радикальний захід полягає в забезпеченні економічної ефективності нашої системи. В радянських умовах за медичною послугою не визнавалась вартості, тому система медичної допомоги розвивалась не згідно економічних законів, які до того у соціальній практиці виявились хибними, а згідно добрих намірів партії. Це призвело до грубого порушення співвідношення факторів медичної допомоги (пріоритет – кадрам і нехтування медичними технологіями), гонитві за кількістю медичних послуг і постійним зниженням їхньої вартості, що унеможливило забезпечення їхньої високої якості. Нестримне зростання числа медичних кадрів за умов недостатнього фінансування галузі призвело до двох негативних наслідків – зниження заробітної платні медичних працівників порівняно з т.з. виробничими сферами і підвищення питомої частки заробітної платні у загальному обсязі витрат. Заробітня платня медиків була вдвоє нижчою порівняно із середньою у всьому народному господарстві, а її питома частка становила більше 50% усіх витрат на охорону здоров'я. Усі ці недоліки радянської системи в самостійній Україні досі не подолані, а примножені. Заробітня платня стала ще нижчою, а її частка в окремі роки піднімалась до 80-90% усіх витрат. В 2005 році в Тернопільській області на медикаментозне лікування в стаціонарі виділено 4,38 грн. на день, а на харчування хворого – 2,88 грн. на день.

Постійно чуємо про низьку заробітню платню медичних працівників і необхідність її підвищення до рівня середньої в промисловості (як це записано в тих же Основах законодавства про охорону здоров'я), але це підвищення є неможливим.

Проведемо прості розрахунки. Якщо 1,2 млн. (число працівників в системі охорони здоров'я) помножити на 700 (пересічна місячна заробітня платня в Україні в 2005р.) помножити на 12 (число місяців) і поділити на 0,12 (науковообґрунто-

вана частка заробітної платні в загальному обсязі витрат, яка дає змогу не лише кому, а й чим лікувати хворого), то отримуємо 84 млрд. грн., що складає 64,6% бюджету 2005р., або 20% ВВП.

Основні сподівання щодо покращення медичного обслуговування населення пов'язуються із впровадженням сімейної медицини. Це положення не потребує додаткових доказів, воно вже сприймається як аксіома. Однак спостерігаємо невідповідність між сподіваннями і реаліями. Сімейний лікар має надати до 90% усього обсягу медичної допомоги. Для цього сімейна лікарська амбулаторія має бути оснащена не лише апаратом для вимірювання кров'яного тиску, а

й сучасним електрокардіографом, УЗД-апаратом (він може використовуватись для потреб декількох дільничних амбулаторій), рентгенівським апаратом, гастродуоденоскопом, клінічною лабораторією. Сімейний лікар повинен уміти розтинати гнояки, робити апендектомію (звісно, в стаціонарі своїм пацієнтам), приймати пологи, робити інтубацію трахеї, спинномозкову пункцію тощо. Із більш ніж 3-х тисяч сімейних лікарських амбулаторій подібним вимогам відповідають одиниці. Сімейні лікарські амбулаторії поки не вплинули на перебудову спеціалізованої ланки системи медичної допомоги, яка за своїми кількісними і якісними параметрами залишається незмінною.

### Висновок

Реформування української здравоохорони поки не зачепило її фундаментальних основ – фінансування, економічної ефективності, структурної перебудови. Її вплив на кінцеві результати діяльності – показники здоров'я населення – залишаються мінімальними.

### Список літератури

1. Голяченко О.М., Сердюк А.М., Приходський О.О. Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я // Тернопіль-Київ-Вінниця.- 1997.-327 с.
2. Конституція України.- К.- 1997. – 32 с.
3. Концепція розвитку охорони здоров'я населення України // Вісник наукових досліджень.- 2001.- №1.- с.5-8
4. Матеріали Першого Українського З'їзду сімейних лікарів.- Київ-Львів: факт, 2001.- 88 с.
5. Основи законодавства України про охорону здоров'я // Голос України, 19.11.1992р.
6. Основні показники стану здоров'я населення та ресурсів охорони здоров'я Тернопільської обл.- Тернопіль, 2005.- 105 с.
7. Основні показники стану здоров'я населення та діяльності лікувально-профілактичних закладів області за 2004-2005 роки (статистичний довідник в трьох частинах).- Хмельницький, 2006.- 381 с.
8. Реформа охорони здоров'я в Україні / ред. О.М.Голяченко.- 2006, Лілея. Тернопіль, 2006.- 160 с.
9. Указ Президента України "Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я" від 06.12.2005р. №1694/2005

### ПРОБЛЕМЫ УКРАИНСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

*А.И.Побережный, А.Ф.Гаврилюк, Н.Я.Панчишин, В.Л.Смирнова, Л.Н.Романюк*

В статье приводятся проблемные вопросы реформирования украинского здравоохранения – финансирование, экономическая эффективность, структурная перестройка. Влияние здравоохранения на показатели здоровья населения пока слабое.

### PROBLEMS OF THE UKRAINIAN HEALTH PROTECTION AND WAY OF THEIR DECISION

*A.Poberezhnyj, A.Gavrilyuk, N.Panchyshyn, V.Smirnova, L.Romanyuk*

The questions of reformation problems of the Ukrainian health protection – financing, economic efficiency, structural alteration are presented in the article. Influencing of health protection on the population health indexes is so far weak.

УДК: 614.876: 616-066

С.В. КАЛІНЧУК, М.Р. БАЯЗІТОВ (ОДЕСА)

**ОРГАНІЗАЦІЙНО- МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ РОБОТИ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В ПАЛАТІ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ ОБЛАСНОЇ ЛІКАРНІ**

Одеський державний медичний університет,

Одеська обласна клінічна лікарня

Ефективність надання медичної допомоги в хірургічному відділенні обласної лікарні значною мірою визначається особливостями реабілітаційного періоду [1, 4]. Перш за все в системі реабілітації має значення перебування хворого в палаті інтенсивної терапії, особливостями роботи в якій є як здійснення відповідних лікарняних призначень, так і організація збирання даних щодо стану пацієнта в режимі найбільш раннього виявлення ускладнень реабілітаційного періоду. Тому суттєвий інтерес складає питання оптимізації роботи медичної сестри в палаті інтенсивної терапії. Ці питання до останнього часу не знайшли відповідного відображення у вітчизняній літературі.

**Метою дослідження** було вивчення режиму та характеру процедур, які виконує медична сестра у відділенні інтенсивної терапії. Додатковим завданням було порівняльне дослідження особливостей роботи медичної сестри в палатах інтенсивної терапії, яке було організовано у відповідності до внутрішньолікарняного експерименту на основі бюджетно- страхової форми фінансування [2].

**Методи та матеріали.** В дослідженні використовували хронометричне вимірювання робочого часу медичної сестри в палатах інтенсивної терапії, в яких знаходились пацієнти, яких було оперовано в хірургічних відділеннях Одеської обласної клінічної лікарні (ООКЛ), з яких відділення №1 знаходилось на бюджетній, а відділення №2- на бюджетно- страховій формах

фінансування.

В проведенні експериментальних досліджень прийняло участь загалом 81 пацієнт (65 чоловіків середнім віком  $43,7 \pm 3,5$  років та 79 жінок середнім віком  $46,4 \pm 4,1$  року).

В завдання аналізу роботи медичної сестри післяопераційного відділення увійшло визначення як частоти візитів медичної сестри до пацієнта, так і тривалості її перебування біля пацієнта. Причому, до цих показників включали як виклик медичної сестри самим пацієнтом, так і активний візит медичної сестри до пацієнта. Тривалість контакту медичної сестри з пацієнтом розраховували у вигляді періоду (у хвиликах) безпосереднього контакту медсестри з пацієнтом за одну годину загального часу післяопераційного догляду медичної сестри за пацієнтом. Всього в спостереженні хронометрували і оцінювали роботу 17 медичних сестер палат інтенсивної терапії післяопераційного відділення ООКЛ за період з 2.02.06 по 30.05.06 р.р.

Результати досліджень обробляли з використанням загальноприйнятих в медико- біологічній практиці критеріїв оцінки відмінностей між групами.

**Результати та їх обговорення.** Найбільш поширеними оперативними втручанням за вказаний період часу були ушивання грижі (20,1% всіх прооперованих пацієнтів) а також лапароскопічна холецистектомія (27,1%) (табл. 1). В цілому загальне число захворювань з приводу яких здійснювались оперативні втручання склала 25 найменувань.

Таблиця 1. Характеристика найбільш частих хірургічних втручань у хірургічних відділеннях ООКЛ.

Хірургічна процедура	Хір.відділення №1	Хір.відділення №2	Загальні показники
Лапароскопія органів червоній порожнини та холецистектомія	11	27	39
Ушивання грижі	18	11	29
Малі хірургічні втручання	9	9	18
Лапаротомія	5	9	14
Операції на шлунку	11	3	14
Відкрита холецистектомія	3	3	6
Мастектомія	5	2	7
Другі втручання	9	9	18
В цілому	71	73	144

Середня частота контактів по обом хірургічним відділенням на протязі 24 годинного спостереження склала 2,8 візитів медсестри до пацієнта на годину (табл. 2). Причому, найбільш висока частота візитів медсестри до пацієнтів спостерігалась в перші 4 г з моменту надходження їх в палату інтенсивної терапії, а найменша – в період з 13 до 24 г післяоперацій-

ного періоду. Слід підкреслити, що в обох відділеннях на протязі 24 г інтенсивного ведення післяопераційного періоду 48% загального числа контактів між медсестрою і пацієнтом були присвячені післяопераційному спостереженню і 22% - проведенню активних заходів щодо відновлення життєво важливих функцій.

Таблиця 2. Число контактів медичної сестри і пацієнтів та їх тривалість в різні часові проміжки післяопераційного періоду.

	Часовий проміжок з моменту завершення оперативного втручання (години)			
	0-4	5- 12	13-24	0- 24
<b>Число контактів медсестри і пацієнта</b>				
Відділення №1	4,6± 0,4 (n=25)	3,4± 0,3 (n=16)	2,8± 0,3 (n=18)	3,7± 0,3
Відділення №2	2,3± 0,3 (n= 24)	1,8± 0,2 (n=20)	1,3± 0,2 (n=19)	1,8± 0,2
<b>Тривалість контакту медсестри і пацієнта</b>				
Відділення №1	13,9± 2,7 (n=4)	7,7± 0,9 (n=15)	9,5± 1,2 (n=16)	11,0± 1,1
Відділення №2	9,5± 1,0 (n=21)	9,2± 1,3 (n=20)	3,5± 0,6 (n=17)	6,8± 0,8

На протязі 24- годинного періоду інтенсивної терапії середній час перебування біля ліжка пацієнтів по обом хірургічним відділенням склав 9,2 хв на протязі години, що відповідає тривалості перебування на протязі 3,5 г за добовий період спостереження пацієнта. Тривалість контакту з пацієнтом знижувалась з початкової величини в 11,9 хв (0-4 г з моменту завершення операції) до 6,4 хв на протязі 13-24 годинного проміжка часу. Також спостерігалась наявність сильної позитивної кореляції між числом відвідувань медсестрами пацієнтів і часом, який медсестра проводить біля ліжка пацієнта ( $r=0,80$ ).

Середня тривалість контакту пацієнта з хворим у відділенні №1 (бюджетна система організації роботи відділення) складала 11,0 хв при частоті контактів 3,7 на протязі години. У відділенні №2 (бюджетно- страхова система фінансування) тривалість контакту склала 6,8 хв при частоті контактів 1,8 на протязі години (табл. 2). Таким чином, ці показники розрізнялись між відділеннями

як зп тривалістю контактів ( $P<0,01$ ), так і за їх частотою ( $P=0,01$ ).

Одним з найбільш частих ускладнень, які спостерігались у пацієнтів у перші 24 г післяопераційного періоду були нудота та блювання. Так, в цілому по обом відділенням 37,5% (n=53) пацієнтів потерпали від нудоти з/або від блювання, із яких 26% пацієнтів (16 осіб)-у відділенні №1, в той час як у відділенні №2- 46% (37 осіб) (табл. 3). Із загального числа пацієнтів 43 (30%) всіх хворих мали прояви однієї тільки нудоти, причому 58% (25 пацієнтів) із них мали однократний епізод нудоти, в той час як 32,5% (14 пацієнтів) мали два епізоди, 9% (4 хворих)- три і більше нападів нудоти та блювання. Рвота спостерігалась у 20 пацієнтів (14%), причому у 9 з них також реєструвались і напади нудоти (табл. 3). Слід підкреслити, що у пацієнтів, оперованих у відділенні №2 більш часто у порівнянні до такого у пацієнтів оперованих у відділенні №1 зустрічалась нудота (табл. 3).

Таблиця 3. Ускладнення у вигляді нудоти та блювання у пацієнтів на протязі 24 годин їх перебування в палаті інтенсивної терапії.

	Відділення №1 (n=71)	Відділення №2 (n=73)	Загальне число (n=144)
Нудота та блювання	6,5 (n=4)	6,0% (n=5)	6,2% (n=9)
Нудота	13,1% (n=8)	30,1% (n=25)	23% (n=33)
Блювання	6,5% (n=4)	8% (n=7)	7,6% (n=11)
Пацієнти, які страждали на нудоту та блювоту більше одного разу	6,3% (n=4)	17% (n=14)	12,5% (n=18)

Не спостерігалось корелятивних взаємозв'язків між частотою нудоти та/чи блювання та тривалістю самого хірургічного втручання ( $r=0,1$ ,  $r=0,1$ ). При цьому у відділенні №1 спостерігалась позитивна кореляція середнього ступеню виразності ( $r= 0,47$ ), а у відділенні №2 – слабка негативна кореляція ( $r=-0,16$ ).

Крім нудоти та блювання 17% (n=27) всіх пацієнтів мали інші форми післяопераційних ус-

кладнень, які реєструвались на протязі перших 24 г післяопераційного періоду (табл. 4). При цьому слід підкреслити, що в хірургічному відділенні №2 16% пацієнтів мали ускладнення, в той час як у відділенні №1- 19%. Загалом для ускладнень за виключенням нудоти та блювання спостерігалась слабка негативна кореляція між їх виникненням та тривалістю оперативного втручання ( $r=-0,1$ ).



Таблиця 4. **Окремі види ускладнень післяопераційного періоду (24 г з моменту операції), зареєстровані в палатах інтенсивної терапії хірургічних відділень.**

	Хірургічне відділення №1	Хірургічне відділення №2	Загальне число пацієнтів (%)
Колаптоїдні стани	3	4	7 (5%)
Ускладнення сечовидільної системи	2	3	5 (3%)
Порушення мозкового кровообігу	2	3	5(3%)
Біль в грудній клітці	2	1	3 (2%)
Ускладнення з боку ран	-	3	3 (2%)
Набряк шиї	-	2	2 (1%)
Діарея	-	1	1(0,7%)
Набряк легень	1	-	1(0,7%)
Спутаний стан свідомості	1		1(0,7%)
Загальне число пацієнтів з ускладненнями	11	17	28

Для порівняльної оцінки ефективності роботи хірургічних відділень було обрано операції лапароскопічної холецистектомії і оперативного ушивання гриж, так як ці оперативні втручання виконувались у хірургічних відділеннях в достатній та пропорційній кількості.

Середній вік пацієнтів, яким виконували лапароскопічну холецистектомію склав 55,5± 9,3 років, а середній вік пацієнтів, яким виконували ушивання гриж- 60+ 8,6 років.

При цьому частота розвитку ускладнень після холецистектомії була приблизно однаковою в обох відділеннях і складала 19% (n=5- число пацієнтів з ускладненнями), в той час як після ушивання гриж- 22% (n=7) (табл. 5). Відмічалась позитивна кореляція між розвитком ускладнень і тривалістю оперативного втручання ( $r=0,31$ ,  $p= 0,001$ ).

Таблиця №5. **Ускладнення в післяопераційному періоді у пацієнтів з оперативними втручаннями, які виконувались найбільш часто.**

	Відділення №1	Відділення №2
Холецистектомія	11(27,3%)	7(21,2%)
Ушивання грижі	4(22,2%)	2(18,2%)
Всього	15	9

Примітка: загальне число пацієнтів з холецистектоміями – 11 у відділенні №1 і 33 у відділенні №2 (27- лапароскопічна і 6- відкорита холецистектомія) Загальне число пацієнтів з ушиванням гриж – 18 у відділенні №1 і 11 у відділенні №2.

Визначення кореляції між частотою відвідувань медсестрами палат інтенсивної терапії до моменту визначення типу і виразності ускладнень виявило наявність кореляції середнього ступеню виразності у відділенні №1 ( $-0,63$ ) і слабку позитивну кореляцію у відділенні №2 ( $r= 0,11$ ).

Таким чином, отримані результати показали, що за умов організації роботи палати інтенсивної терапії в режимі бюджетного фінансування робота медсестри характеризується певними відмінностями від такої в палаті

інтенсивної терапії, робота в якому є організованою за бюджетно- страховою формою фінансування [2]. Ці відмінності полягали у більш тривалому перебуванні медсестри біля ліжка хворого, а також в більш частих навідуваннях до пацієнтів. Незважаючи на подібний характер відмінностей, в палаті інтенсивної терапії хірургічного відділення №2 (бюджетно- страхова форма роботи), спостерігалась менша кількість ускладнень при найбільш частих хірургічних втручаннях, якими є холецистектомія та ушивання гриж. Пояснити подібні співвідношення можливо на тій підставі, що бюджетно- страхова система організації роботи відділення дозволила забезпечити підготовку медсестер з питань оволодіння ними інформаційних технологій моніторингу хворих, що в цілому дозволило більш ефективно здійснювати реабілітацію пацієнтів. Крім того, суттєво важливим факторами були також такі як залучення до роботи в цьому відділенні більш кваліфікованих медичних сестер, в той час як в палаті з бюджетною формою фінансування працювали медсестри- практикантки. Тому за відсутності спеціального досвіду останнім необхідно було більше часу для огляду пацієнтів і прийняття відповідних рішень.

Разом з тим, такі прояви як нудота більш часто реєструвались в палаті інтенсивної терапії хірургічного відділення №2. Це може бути пов'язане з тим, що в хірургічному відділенні №2 значно частіше виконували лапароскопічне обстеження органів черевної порожнини та холецистектомію [3].

Слід підкреслити виявлений факт важливого значення проведення контролю стану пацієнтів в найбільш ранньому періоді реабілітації, коли у відділенні з бюджетною формою організації роботи спостерігався взаємозв'язок (кореляція) з ризиком виникнення післяопераційних ускладнень. Причому, в палаті інтенсивної

терапії хірургічного відділення №2 подібний взаємозв'язок не спостерігався, так як проводився моніторинг життєво важливих функцій пацієнта.

Таким чином, отримані результати можуть свідчити про те, що деякі показники роботи медичних сестер, які можуть бути відкореговані в результаті впровадження організаційно-технічних

заходів, мають суттєве значення для ефективного ведення післяопераційного періода.

Отримані результати можуть мати перспективне значення для алгоритмізації роботи медичної сестри реабілітації хірургічних хворих, підвищення ефективності роботи відділення інтенсивної терапії обласних клінічних установ.

#### Висновки:

1. Організація роботи хірургічного відділення на бюджетно-страховій основі забезпечує більшу ефективність роботи медичної сестри відділення інтенсивної терапії.
2. Оптимізація роботи медичної сестри по визначенню ранніх проявів ускладнень реабілітаційного періоду може бути забезпечена на основі інформатизації відділень лікарні і впровадження в їх роботу систем моніторингу життєво важливих показників.

#### Список літератури

1. Мухаметшин Ф.Г., Белоусова С.И. Работа медсестер в отделении реанимации // Медицинская сестра.- 2005.- №3.- С. 15-18.
2. Агарков В.Й., Семикоз О.О. Організація та ефективність стаціонарного медичного обслуговування працівників залізничного транспорту на основі експериментального бюджетно-страхового фінансування// Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України.-2005.-№3.- С. 10-12.
3. Mulhal A. Nursing, research and evidence// Evidence Based Nursing.- 1998.- Vol.1.- P.4-6.
4. Zeitz K., and McCutcheon H. Polices that drive the nursing practice of post operative observations// Internat. Journal on Nursing Studies.- 2002.- Vol.39.- P. 831-839.

#### **ОРГАНИЗАЦИОННО- МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПАЛАТЕ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ОБЛАСТНОЙ БОЛЬНИЦЫ**

*Калинчук С.В., Баязитов Н.Р. (Одесса)*

Проведено исследование частоты и времени контактов медсестер и пациентов в течение их пребывания пациентов в палате интенсивной терапии после осуществления хирургических вмешательств. Показано, что в условиях бюджетно-страховой системы организации работы хирургического отделения сокращается время контакта медсестры с пациентом, а также снижается частота развития осложнения после холецистэктомии (лапароскопических и открытых) и операций по ушиванию грыж – двух наиболее часто выполнявшихся оперативных методик в отделениях хирургии с разной формой организации работы (бюджетная и бюджетно-страховая). Сделан вывод о значении фактора информатизации палаты интенсивной терапии как фактора повышения эффективности работы медицинской сестры.

#### **ORGANIZATIONAL AND METHODOLOGICAL ASPECTS OF NURSE WORK AT THE DEPARTMENT OF INTENSIVE THERAPY IN REGIONAL HOSPITAL**

*Kalinchuk S.V., Bayazitov N.R. (Odessa)*

The frequency visits and time of contacts between nurses and patients during their staying at intensive therapy departments during postoperative period have been analyzed. It was established that under conditions of the organizing of the system of work on the basis of budget- insurance basis the time of contacts between nurses and patients is reduced as well as the frequency of complications after cholecystectomy and hernia surgical treatment is reduced. Those forms of surgery are met most frequently in departments of intensive therapy. The conclusion was made on role of informatization of the departments of intensive therapy as factor of heightening of efficacy of work of nurses.

УДК 614.21:338.4

*В.І. АГАРКОВ, С.В. ГРИЩЕНКО, В.В. НІКОЛАЄНКО, О.А. ЛИХОБАБІНА,  
Г.К. СЕВЕРИН, І.І. ГРИЩЕНКО (ДОНЕЦЬК)*

## МАКРООРГАНІЗАЦІЙНІ ПРИНЦИПИ ФОРМУВАННЯ РИНКОВИХ ВІДНОСИН У ГРОМАДСЬКІЙ ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

Формування ринкової системи економічних відносин у суспільстві є дуже складним і довготроковим процесом. У високорозвинених країнах Європи, Азії і Північної Америки сучасний рівень ліберальної і соціальної ринкової економіки формувався кілька сторіч, і процес її удосконалення дуже активно продовжується. Ринкові економічні взаємовідносини між людьми формуються на об'єктивній основі і можуть призводити як до позитивних, так і до негативних соціальних результатів. Тому завдання суспільства в особі держави полягає у своєчасній розробці відповідних законів, що повинні спрямовувати розвиток цих економічних процесів у потрібне для суспільства русло. Інакше кажучи, державу повинно своєчасно формувати й удосконалювати правове поле, що дає змогу управляти об'єктивними ринковими економічними процесами в суспільстві, тим самим створюючи механізми одержання прогнозованих позитивних соціальних результатів і попередження стихійного розвитку економіки.

**Мета роботи** – науково обґрунтувати макроорганізаційні принципи формування ринкових механізмів господарювання на базі громадської охорони здоров'я.

Сфера матеріального виробництва найбільш адекватна і сприйнятлива до системи ринкових відносин, оскільки займається виробництвом товару, а ринкова економіка – це, по суті, процес товарного виробництва. Тому в системі обслуговуючих типів виробництва формувати ринкові відносини значно складніше, ніж у матеріальному виробництві, через необхідність перетворення послуг у товар як основний об'єкт ринкової економіки [1;5;7;8].

Сфера медичного обслуговування населення має додаткові складності введення ринкових механізмів діяльності, оскільки ця галузь мусить забезпечувати збереження життя людини через відновлення і зміцнення її здоров'я. Це означає,

що медичні послуги не можуть реалізовуватися тільки за абсолютною формулою ринкових відносин "товар-гроші-товар", бо це може призвести у разі неплатоспроможності пацієнтів до передчасної втрати їхнього здоров'я і навіть життя.

Проте якщо економічне життя суспільства будується за ринковими законами, то всі галузі господарської діяльності, у тому числі й охорона здоров'я, повинні формувати ринкові відносини у сфері свого виробництва.

Для позитивного медичного, соціального та економічного ефекту в охороні здоров'я ринкові відносини в сфері медичного обслуговування населення мають будуватися суцільно на фундаментальних наукових законах ринкової економіки. Тому практична реалізація заходів формування ринкового механізму господарювання в суспільній (державній) охороні здоров'я зазвичай ґрунтується на концепції, ключові моменти якої становлять економічні принципи, що відбивають суть ринкової економіки і визначають правила та напрями побудови ринкової системи відносин у суспільстві й у тому числі при забезпеченні його медичною допомогою.

Сучасна економічна наука і практика свідчать про те, що ринкова економіка – це процес товарного виробництва, яке означає виробництво товарів і послуг на продаж. В умовах товарного виробництва люди будують свої економічні відносини на основі купівлі-продажу, тобто обмінюються результатами своєї праці [3;6;7;8]. Отже, ринкова система відносин в охороні здоров'я – це процес виробництва медичних послуг на продаж. Це такий господарчий механізм в охороні здоров'я, при якому відбувається обмін медичних послуг між їхніми виробниками (медичні заклади) і споживачами (населення) на основі купівлі-продажу. Інакше кажучи, у сфері медичного забезпечення суспільства починають функціонувати товарно-грошові відносини, які можуть формуватися стихійно на довільній основі між медич-

ними працівниками і пацієнтами. Подібний хід розвитку товарно-грошових відносин в охороні здоров'я негативно впливає на економічний розвиток галузі і поступово призводить до її занепаду. Це пов'язано з тим, що при стихійному розвитку товарно-грошових відносин у системі медичного обслуговування в охороні здоров'я швидко формується тіньова ринкова економіка, що не погоджується з функціонуванням галузі, а тому практично не надає стимулюючого впливу на технологічний її розвиток. При цьому самий процес товарно-грошових відносин у сфері охорони здоров'я не має прогресивного загальногалузевого розвитку, оскільки спонтанно змінюється як у часі, так і у виробництві, охоплюючи окремі технологічні і територіальні ланки медичної галузі [4;9].

Водночас, формування в охороні здоров'я товарно-грошових відносин на об'єктивно-правовій основі через економіко-юридичний моніторинг, тобто за економічними і юридичними законами, робить цей економічний механізм невід'ємною складовою частиною технологічних процесів охорони здоров'я, що дає змогу виконати свою ключову функцію – стимулювання прогресивного розвитку галузі охорони здоров'я.

Звідси виникає перший організаційний принцип формування ринкових відносин у суспільній охороні здоров'я – введення в сферу медичного обслуговування населення товарно-грошових відносин на основі економіко-юридичного моніторингу. Цей принцип диктує необхідність створення вихідної законодавчої бази як правового поля для введення товарно-грошових відносин у сфері медичного обслуговування. Таке правове поле дає змогу вирішувати вихідні завдання при переході медичної служби або всієї галузі на ринковий механізм господарювання: законодавчо встановлюється право для виробників медичних послуг – їх реалізації, а для споживачів – їх споживання за механізмом купівлі-продажу, визначаються правила товарно-грошових взаємовідносин між виробниками і споживачами медичних послуг, забезпечується поступальний правовий розвиток окремих медичних служб або всієї галузі на основі товарно-грошових відносин і тим самим попереджено їх стихійне поширення в системі охорони здоров'я.

В основі ринкової економіки лежить приватна власність. Тільки при розвинутій приватній власності активно формуються товарно-грошові відносини в суспільстві, які є стержнем ринкової економіки. Ключова визначальна роль приватної власності у формуванні ринкової економіки пов'язана з тим, що цей вид власності має адекватні до ринкової системи відносини властивості, з них – спроможність забезпечувати стійкість

ринкових механізмів, економічну свободу дій, незалежність економічної поведінки та економічної відповідальності виробника перед споживачами товарів. Ці властивості приватної власності роблять її базовим фактором у системі ринкових відносин у будь-якій галузі людської діяльності, у тому числі в охороні здоров'я. Звідси другий принцип формування ринкових відносин в охороні здоров'я – активний розвиток приватної інфраструктури в охороні здоров'я як матеріальної основи ринкового механізму господарювання.

Цей принцип потребує розробки і введення в дію законодавчих актів, які дають змогу створювати і стимулювати розвиток приватних медичних закладів на різноманітній правовій основі: роздержавленні, приватизації, оренді, інвестуванні та кредитуванні будівництва. У цьому процесі формування приватної інфраструктури охорони здоров'я ключову роль відіграє правовий механізм відкриття приватних закладів. Він може бути дозвільним і реєстраційним. Практичний досвід показує, що дозвільний механізм має високий коефіцієнт адміністративно-бюрократичного опору. У результаті цього законодавчі механізми, спрямовані на формування приватної власності в охороні здоров'я, функціонують слабо або взагалі не спрацьовують, у зв'язку з чим приватна власність у сфері медичного обслуговування формується дуже повільно або взагалі припиняється. Водночас, правовий реєстраційний механізм дає змогу активно створювати приватну інфраструктуру охорони здоров'я у міській і особливо у сільській місцевості. При цьому, як правило, не страждають якісні параметри служби, якщо реєстраційний механізм відкриття медичних закладів об'єднується з ліцензуванням і атестацією фахового та технологічного процесу медичної діяльності.

У зв'язку з тим, що медичні послуги не можуть зі стопроцентною вірогідністю реалізовуватися тільки за ринковою схемою через насамперед фінансову обмеженість їхніх споживачів, а медична допомога повинна надаватися в усіх випадках повернення в медичні заклади і, тим паче, у невідкладних за медичними показаннями випадках, то в інфраструктурі охорони здоров'я варто мати медичні об'єкти і служби, що могли б надавати медичні послуги без оплати або з оплатою за відстроченим або опосередкованим механізмом (різні варіанти страхування, компенсація державна або за рахунок роботодавця).

Подібні завдання будуть успішно і системно вирішуватися при наявності адекватної для кожного варіанта фінансового механізму власності в складі галузі охорони здоров'я [6;11]. Цим ви-



могам найкраще відповідає багатоукладна структура власності в охороні здоров'я. Звідси впливає третій організаційний принцип побудови ринкового механізму господарювання – формування багатоукладної власності в системі охорони здоров'я. Це означає, що інфраструктура власності охорони здоров'я при ринковій системі господарювання має складатися переважно з приватних видів власності (індивідуальної, акціонерної, орендної), але з обов'язковою наявністю суспільної власності, тобто державної. Подібне співвідношення різноманітних видів власності забезпечить активний розвиток ринкової форми господарювання в охороні здоров'я і дасть змогу споживачам одержувати медичні послуги за доступними фінансовими механізмами їхньої оплати без збитку для здоров'я.

Ключовим об'єктом ринкової економіки є товар – продукт праці, який задовольняє ту чи іншу суспільну потребу за допомогою купівлі-продажу. Інакше кажучи, товар – це об'єкт ринкових відносин у суспільстві, що володіє двома найважливішими властивостями – спроможністю задовольняти потребу й обмінюватися (продаватися). Властивість товару задовольняти потребу визначає споживчу вартість, що формується на основі попиту. Спроможність товару обмінюватися визначається насамперед його вартістю.

Вартість товару проявляється в мінувій його вартості, яку уособлюють гроші [1;2;8].

Основним виробничим продуктом діяльності охорони здоров'я є медична послуга.

Товарно-грошові відносини в сфері медичного обслуговування можуть розвиватися тільки на основі купівлі-продажу медичних послуг. Це означає, що в системі цих економічних відносин у суспільстві медичні послуги повинні бути перетворені в товар з усіма його ринковими властивостями – споживчою вартістю і вартістю [2;7;9]. Звідси четвертий організаційний принцип ринкової економіки в охороні здоров'я – перетворення медичної послуги в товар зі споживчою вартістю.

Для практичної реалізації цього принципу, тобто перетворення медичних послуг у ринковий товар, слід вирішити ряд важливих завдань, які дають змогу формалізувати ринкові властивості медичних послуг. Це здійснюється через механізм ціноутворення при виробництві медичних послуг і тарифікації при їхній реалізації. При цьому ціна медичної послуги включатиме вартість її як суму виробничих витрат і споживчої вартості як наслідок попиту і пропозиції на дану медичну послугу. На основі отриманих цін будуть складатися тарифні сітки, що можуть бути регіональними, загальнодержавними, галузевими, профільними і в межах закладу тощо.

Ринкова система виробничих відносин ефективно функціонує і розвивається при повноцінному ринковому середовищі, що сформувалося. Ринкове середовище є повноцінним тоді, коли буде сформований ринок товарів і послуг, який функціонує як самостійна система [2;9]. Тому для одержання гармонічних і стійких ринкових відносин в охороні здоров'я необхідно мати в сфері медичного обслуговування суспільства повноцінний самостійний ринок медичних послуг. Звідси п'ятий організаційний принцип ринкових відносин в охороні здоров'я – формування ринку медичних послуг як самостійної системи, спроможної забезпечувати товарно-грошові відносини в охороні здоров'я.

Ринок медичних послуг – це система товарно-грошових відносин, які складаються в охороні здоров'я між виробниками і споживачами медичних послуг у процесі їх виробництва і реалізації.

Суб'єктами ринку медичних послуг є виробники медичних послуг і населення, яке їх споживає, а об'єктами ринку медичних послуг – самі медичні послуги, фінансові та матеріальні засоби.

Ринок як самостійне утворення в сфері охорони здоров'я включає три основні елементи: ринок медичних послуг, ринок праці і ринок капіталу (матеріальні і фінансові засоби).

Ринок медичних послуг, який сформувався, зазвичай характеризується такими ознаками:

а) необмежене число учасників актів купівлі-продажу медичних послуг, яке означає наявність права участі в системі ринкових відносин усіх виробників і споживачів медичних послуг без будь-яких обмежень;

б) вільний для виробників медичних послуг доступ на ринок медичних послуг і вільний вихід із нього, тобто кожний медичний заклад і медичний працівник мають право та вибір займатися підприємництвом у сфері медичного обслуговування, припиняти цю діяльність на свій розсуд;

в) свобода економічної поведінки на ринку медичних послуг їхніх виробників і споживачів означає, що кожний медичний заклад і навіть медичний працівник можуть вільно визначати вид медичних послуг, що вони будуть робити, технологію їх виробництва і форму реалізації, а населення як споживач вільно вибиратиме виробника, вид і характер медичних послуг, а також форму їх одержання;

г) мобільність матеріальних, трудових і фінансових ресурсів у сфері охорони здоров'я формуватиме умови для розширення виробництва медичних послуг, тобто збільшуватиме мережу медичних закладів, обсяги і спектр видів медич-



ної допомоги, введе нові технології медичного обслуговування;

д) доступ кожного суб'єкта ринку медичних послуг до достовірної і повної інформації про функціонування ринку медичних послуг, тобто про обсяг і вид медичних послуг, попит на них, ціни і прибутки при їх реалізації, технологіях, матеріальних, фінансових і трудових ресурсах, задіяних і вільних на ринку медичних послуг. Тільки повне і вільне володіння подібною інформацією забезпечує успішне функціонування охорони здоров'я, окремих його служб і суб'єктів у системі ринкових відносин;

е) відсутність монополії на виробництво медичних послуг, що забезпечить формування ключового фактора прогресивного розвитку ринкових відносин в охороні здоров'я і самій галузі охорони здоров'я – конкурентного середовища [5;7;8].

Реальна ринкова економіка не гармонічна і часто йде шляхом монопольного розвитку виробництва товарів і послуг. Монополізм виробництва товарів формує застійні кризові періоди в системі ринкової економіки. Фундаментальним механізмом, який попереджає монополізм і визначає поступальний розвиток товарного виробництва, є конкуренція.

Конкуренція – це механізм ринку товарів і послуг, що забезпечує підвищення якості товарів і зниження витрат при їхньому виробництві. По суті, цей механізм саморозвитку ринкової системи виробничих відносин, тобто ринкової економічної системи [1;7;8]. Тому для ефективного і поступального розвитку галузі охорони здоров'я в системі ринкових відносин варто активно формувати конкурентне середовище на ринку медичних послуг. Звідси впливає шостий організаційний принцип ринкових відносин в охороні здоров'я – створення умов в охороні здоров'я для формування конкурентного середовища на ринку медичних послуг. У системі медичного обслуговування як гуманістичній сфері важливо створювати умови для розвитку конкуренції у формі конкуруючого співробітництва. Така форма конкуренції ефективно формується на базі гармонічної структури багатокладної власності: індивідуальної і групової, приватної, акціонерної, комунальної, загальнодержавної. Тому створення законодавчих основ щодо формування в охороні здоров'я різноманітних видів власності – найважливіший напрям його реформування.

Ключовим фактором успішного розвитку ринкових відносин в охороні здоров'я є позитивне сприйняття цієї форми реалізації медичних послуг населенням [1;9;10]. Інакше кажучи, вирішальним моментом успішного розвитку ринко-

вих відносин в охороні здоров'я є адекватна ринковому механізму поведінка населення, яке покликане одержувати за цією формою медичне обслуговування. Для цього слід готувати населення психологічно, соціально та економічно, а медична галузь має функціонувати тільки в рамках фактичної готовності населення до такої системи економічних відносин у сфері медичного забезпечення суспільства. Звідси впливає сьомий організаційний принцип формування ринкових відносин в охороні здоров'я – створення умов у суспільстві для формування адекватної поведінки споживачів медичних послуг у системі ринкових відносин в охороні здоров'я.

Практична реалізація даного принципу базується на вивченні попиту на медичні послуги населення.

Попит населення на медичні послуги в ринковій системі відносин визначається двома основними чинниками – перевагою корисності медичної послуги і фінансової обмеженості (можливістю) споживачів медичних послуг. Перевага корисності визначається якістю і життєвою важливістю медичної послуги. На підставі вивчення серед населення переваг корисності медичних послуг створюються криві байдужості, що наносяться на систему координат і показують, які види й у якій кількості хотіли б мати люди [1;2;3;9;10].

На рис. показано криві байдужості ( $B_1$ ,  $B_2$ ,  $B_3$ ), що відображають співвідношення переваги, яку віддає населення амбулаторно-поліклінічному і стаціонарному лікуванню в 3-х рівнях – мінімальному ( $B_3$ ), середньому ( $B_2$ ) і максимальному ( $B_1$ ). Набір ліній байдужості за усіма видами медичних послуг у сполучених варіантах дає можливість створити карти кривих байдужості, що показують, які види медичних послуг і в якій кількості хотіли б мати люди, а також визначити, від яких видів медичних послуг населення готове відмовитися для одержання однієї медичної послуги іншого виду. Розмір заміщення одних видів медичних послуг іншими визначають по граничній мірі заміщення (ГМЗ), що визначається по співвідношенню цін відповідно до формули:

$$ГМЗ = \frac{Ц_{мс1}}{Ц_{мс2}}$$

Проте фінансова обмеженість населення не дає змоги йому задовольнити свої потреби. Для встановлення реальних можливостей в оплаті населенням медичних послуг вивчають купівельну спроможність населення і встановлюють бюджетну лінію [1;7;6;8].

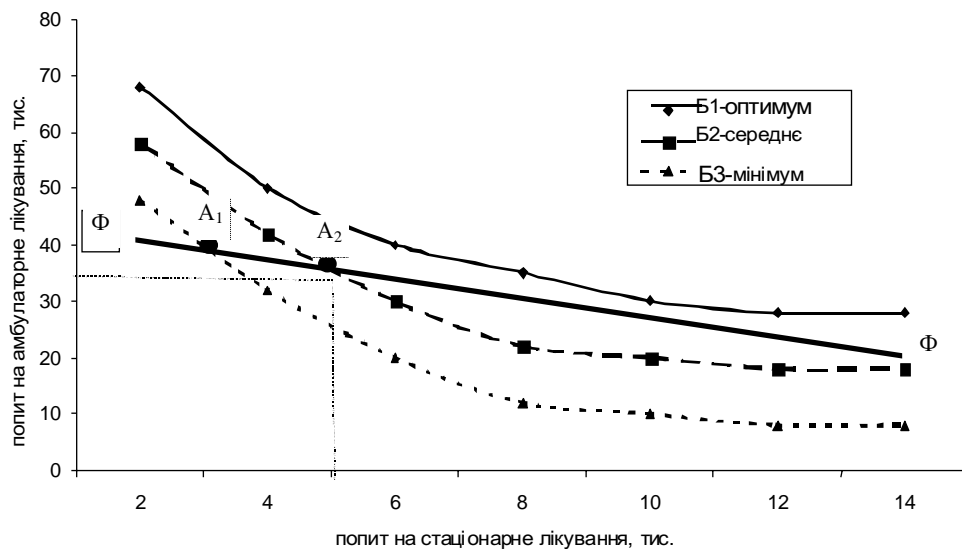


Рис. Карта кривих байдужості з бюджетною лінією

Бюджетну лінію накладають у системі координат на криві байдужості. Як показано на рис., карта кривих байдужості з бюджетною лінією (Ф) показує, які й у якій кількості медичні послуги реально може оплатити населення. Ці показники встановлюються по точках перетинання бюджетної лінії з кривими байдужості ( $A_1$  і  $A_2$ ). При цьому максимальний рівень можливої реалізації медичної послуги в реальній ситуації показує точка перетинання бюджетної лінії з найвищою лінією байдужості (на рис. це точка  $A_2$ ).

Карти байдужості з бюджетними лініями, які відбивають попит і фінансові можливості населення, дають змогу правильно будувати і розвивати виробництво медичних послуг у системі ринкових відносин. Проте одержувати таку інформацію можна на основі систематичної роботи з вивчення її формування в суспільстві. Зазвичай у системі ринкових відносин цим успішно займається спеціальна служба, що називається маркетинговою. Звідси впливає восьмий організаційний принцип формування ринкових відносин в охороні здоров'я – створення в системі охорони здоров'я маркетингових служб.

### Висновки

1. Процес формування ринкового механізму господарювання в охороні здоров'я вкладається в загальні закони ринкової економіки.
2. Перехід вітчизняної державної охорони здоров'я на систему ринкових відносин може бути успішним у тому разі, коли організаційні і практичні заходи відповідатимуть порядку і вимогам ключових законів ринкової економіки.

### Список літератури

1. Борисов Е.Ф. Основы экономической теории. – М.: Высшая школа, 1993. – 526 с.
2. Введение в рыночную экономику: Учебник для экономических вузов / А.Я. Лившиц, И.Н. Никулина. – М.: Высшая школа, 1994. – 618 с.
3. Голяченко О.М., Голяченко А.О. Економіка української охорони здоров'я. – Вінниця, 1996. – 100 с.
4. Государственное регулирование экономики и социальный комплекс: Учебное пособие / Под ред. Т.Г. Морозовой, А.В. Пикулькина. – М.: Финстатинформ, 1997. – 221 с.
5. Жильцов Е.Н. Экономика общественного сектора и некоммерческих организаций: Учебное пособие. – М.: изд-во МГУ, 1995. – 185 с.
6. Кузьменко М.М., Баранов В.В., Шипенко Ю.В. Здравоохранение в условиях рыночной экономики / Под ред. Э.А. Нечаева, Е.Н. Жильцова. – М.: Медицина, 1994. – 304 с.
7. Магвайр Е., Гендерссон, Муні Г. Економіка охорони здоров'я. – К.: Основи, 1998. – 313 с.
8. Макконел К., Брю С. Экономика. – Т.1. – М.: Республика, 1992. – 400 с.
9. Современный бизнес / Д. Речмен, М. Маскон, Боувик, Дж. Пилл. – у 2-х т.: Пер. с англ. – М.: Экономика, 1994. – Т. 1. – С. 3–25; Т. 2. – С. 15–44.
10. Сетевой маркетинг или бизнес для всех: Сб. зарубеж. изданий. – М.: Дело, 1996. – 63 с.
11. Солтиен Р.Е. Экономические проблемы в национальной системе здравоохранения Соединенных Штатов Америки // Проблемы социальной гигиены и история медицины. – 1994. – №1. – С. 3–19.

## **МАКРООРГАНІЗАЦІОННІ ПРИНЦИПИ ФОРМУВАННЯ РИНОЧНИХ ОТНОШЕНЬ В ОБЩЕСТВЕННОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

В.И. Агарков, С.В. Грищенко, В.В. Николаенко, О.А. Лихобабица, Г.К. Северин, И.И. Грищенко (*Донецк*)

В работе дано научное обоснование восьми макроорганизационных принципов формирования рыночных механизмов хозяйствования на базе общественного здравоохранения.

Первый принцип – введение в сферу медицинского обслуживания населения товарно-денежных отношений на основе экономико-юридического мониторинга. Второй принцип – активное развитие частной инфраструктуры в здравоохранении как материальной основы рыночного механизма хозяйствования. Третий принцип – формирование многоукладной собственности в системе здравоохранения. Четвертый принцип – превращение медицинской услуги в товар с потребительской стоимостью и стоимостью. Пятый принцип – формирование рынка медицинских услуг как самостоятельной системы, способной обеспечивать товарно-денежные отношения в здравоохранении. Шестой принцип – создание условий в здравоохранении для формирования конкретной среды на рынке медицинских услуг. Седьмой принцип – создание условий в обществе для формирования адекватного поведения потребителей медицинских услуг в системе рыночных отношений в здравоохранении. Восьмой принцип – создание в системе здравоохранения маркетинговых служб.

Указаны направления реализации обоснованных принципов.

## **MARKET RELATIONS IN PUBLIC HEALTH: MACROORGANIZATIONAL PRINCIPLES OF FORMING**

V.I. Agarkov, S.V. Gryschenko, V.V. Nykolaenko, O.A. Lychobabina, G.K. Severin, E.E. Gryschenko (*Donetsk*)

The scientific ground of eight macroorganizational principles of forming of market mechanisms of management on the base of public health is given in work.

The first principle is introduction of commodity-money relations to the sphere of medical service of population on the basis of the economic and legal monitoring. The second principle is active development of private infrastructure in the health as material basis of market mechanism of management. The third principle is forming of own with plural structure in the system of health protection. Fourth principle is transformation of medical service into a commodity with a consumer cost and cost. Fifth principle is forming of medical services market as independent system able to provide the commodity-money relations in the health protection. Sixth principle is creation of terms in the health protection for forming of concrete environment at the market of medical services. Seventh principle is creation of terms in society for forming of adequate conduct of users of medical services in the system of market relations in the health protection. Eighth principle is creation of marketing services in the system of health protection.

Directions of realization of the grounded principles are indicated.

УДК 614.2:312.6.003.2(477)

*М.В. ШЕВЧЕНКО, О.Ф. ГАВРИЛЮК (КИЇВ, ВІННИЦЯ)*

## **ВИВЧЕННЯ ЗАЛЕЖНОСТІ МІЖ ОКРЕМИМИ ПОКАЗНИКАМИ ФІНАНСУВАННЯ ГАЛУЗІ ТА ТЕНДЕНЦІЯМИ СТАНУ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ**

Український інститут громадського здоров'я МОЗ України

Погребищенський медичний коледж

Поліпшення стану здоров'я населення та збереження генофонду української нації є одним із основних завдань сучасної політики Президента та Уряду України, що реалізовується через проведення глибоких структурних змін у медичній галузі, направлених, зокрема, на підвищення

якості та доступності медичного обслуговування населення, впровадження обґрунтованих державних гарантій надання населенню безоплатної медичної допомоги, ефективної та прозорої моделі фінансування галузі, що орієнтована на реальні потреби пацієнтів, раціоналізацію вико-

ристання ресурсів, удосконалення системи управління галуззю, оптимізацію мережі державних, комунальних і відомчих закладів охорони здоров'я, оновлення матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я [2].

Сьогодні здоров'я населення розглядається як умова, так і кінцева мета соціально-економічного розвитку тієї чи іншої країни. Нерозривність біологічного і соціального в природі людини відображена в дефініції здоров'я ВООЗ, якою визначається, що здоров'я – це стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не лише відсутність захворювань чи фізичних дефектів. Вплив соціально-економічних умов на формування здоров'я населення є сьогодні спеціальним предметом багатьох наукових досліджень [1].

**Мета роботи** – окреслити закономірності стану здоров'я населення України залежно від реальних грошових доходів, а також дослідити залежність між окремими показниками стану здоров'я та фінансуванням галузі впродовж 1990–2004 рр.

**Методи та матеріали дослідження.** Використано методи лінійної регресії і кореляційний аналіз. Для аналізу змін показників здоров'я населення та рівнів реальних доходів в Україні застосовано параметри регресійних моделей, які найкраще апроксимують виявлені залежності. На основі коефіцієнтів парної лінійної кореляції встановлено залежність між групами показників щодо стану здоров'я населення та витратами на охорону здоров'я. Для дослідження множинних зв'язків використано методологію визначення коефіцієнту множинної кореляції, який засвідчив наявність зв'язків між декількома показниками чи явищами при незмінності одного з них. Статистична обробка та математичний аналіз матеріалів здійснювалися із застосуванням програми "Microsoft Excel".

**Результати дослідження та їх обговорення.** Для сучасного стану здоров'я населення України характерна наявність складної демографічної ситуації. Негативні тенденції відтворення населення України з'явилися давно. Стрімке падіння народжуваності та підвищення смертності розпочалося наприкінці 80-х років і поступово призвело до зменшення населення, обумовило від'ємний його природний приріст. Вперше він був зареєстрований у 1991 р. (-0,8 на 1000 населення), а в 2004 р. становив 7,0.

За рівнем народжуваності Україна займає останнє місце серед країн-членів СНД разом з країнами Балтії і Белоруссю (Беларусь, Латвія (2003 р.) – 9,0, Естонія (2003 р.) – 9,6, Литва (2003 р.) – 8,9, Україна (2004 р.) – 9,0 народжених живими на 1000 осіб населення). У країнах Європейського Союзу рівні народжуваності знаходяться на рівні від 8,9 народжених живими на 1000 осіб населення у Бол-

гарії до 12,3–12,4 у Нідерландах і Норвегії. Світова демографічна ситуація теж характеризується падінням народжуваності, але в багатьох країнах це супроводжується зростанням середньої тривалості життя, чого, на жаль, не спостерігається в Україні. Середня очікувана тривалість життя в нашій країні за даними 2003 р. становила серед чоловіків 62,3 і серед жінок 73,6 року. За оцінками регіонального Європейського Бюро ВООЗ Україна серед країн СНД і Балтії входить у "сімку" країн з найнижчими показниками щодо середньої очікуваної тривалості життя [3–6].

Відбуваються процеси "хронізації" захворювань серед населення. За допомогою регресійного аналізу побудовано 10 регресійних лінійних моделей захворюваності і поширеності захворювань за найбільш значущими класами хвороб населення України у 1990–2004 рр. Характер відповідного тренду (лінії регресії) характеризував середній темп зростання захворюваності за аналізований проміжок часу, величина якого вимірювалася відповідним коефіцієнтом регресії.

Встановлено, що найвищий коефіцієнт регресії відмічався для хвороб системи кровообігу (10,8%), новоутворень (8,8%), захворювань сечостатевої системи (3,8%). Показник "поширеність захворювань" сумарно за всіма класами хвороб становив 9,3%, що свідчить про їх суттєві щорічні зростання. Аналіз моделей регресії відносно динаміки змін таких показників, як первинна захворюваність і поширеність, засвідчив, що тренд моделі регресії щодо поширеності захворювань характеризується значним нахилом стосовно порівнювального показника (зростання на 36,2%). Одна з регресійних моделей стосовно поширеності усіх хвороб серед населення України наведена на рис. 1.

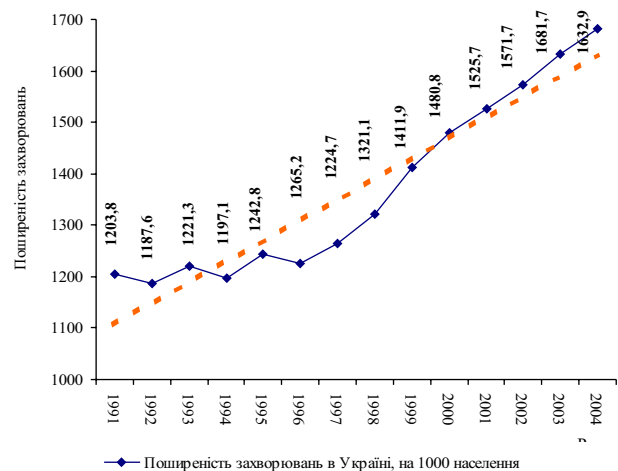


Рис. 1. Динаміка змін поширеності захворювань населення України на 1000 населення (сумарно за всіма класами хвороб) з відповідним трендом за 1990–2004 рр.

Загальні тенденції захворюваності населення України (кількість уперше зареєстрованих випадків захворювань) за окремими групами хвороб у динаміці у 1990–2004 рр. засвідчили, що найбільше зростали показники первинної захворюваності на новоутворення (з 310 тис. у 1990 р. до 406 тис. у 2004 р.), хвороби системи кровообігу (з 1149 до 2498 тис. у 2004 р.), хвороби кістково-м'язової системи і сполучної тканини (з 1374 тис. у 1990 р. до 1609 тис. у 2004 р.), хвороби сечостатевої системи (з 1224 тис. у 1990 р. до 2153 тис. у 2004 р.).

Паралельно з вивченням особливостей здоров'я населення проведено дослідження тенденцій зміни реальних грошових доходів населення в Україні. На основі офіційних даних Держкомстату України щодо реальних доходів населення були побудовані динамічні ряди за 1985, 1990, 1995–2004 рр. Даний показник дійсно відображає "чисті" доходи населення, тому що коригується на рівень інфляції і суму сплачених податків (рис. 2). Для даної моделі характерна тенденція зменшення реальних доходів населення відносно початку 90-х років.

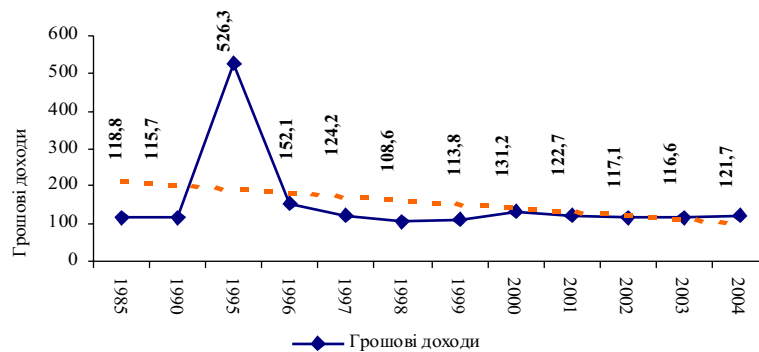


Рис. 2. Динаміка змін грошових доходів населення України

При проведенні оцінки показників щодо поширеності захворювань і рівнів доходів населення на основі моделей регресії аналіз показав, що для тренду поширеності захворювань і захворюваності характерно їх зростання при тенденції до зниження реальних рівнів доходів.

Залежність між окремими статистичними показниками щодо здоров'я населення, діяльності закладів та фінансування охорони здоров'я досліджувалася шляхом розрахунку коефіцієнтів парної лінійної та множинної кореляції. Коефіцієнт парної лінійної кореляції дав змогу охарактеризувати узагальнений, "неочищений" зв'язок між окремими досліджуваними показниками. Встановлено, що сильний зворотний зв'язок простежувався між такими показниками, як чисельність наявного населення та поширеність захворювань ( $r_{xy} = -0,9733$ ), витрати на охорону здоров'я та чисельність наявного населення ( $r_{xy} = -0,9286$ ). Середній зворотний – між чисельністю наявного населення та захворюваністю ( $r_{xy} = -0,6147$ ).

Між такими парами показників, як захворюваність на 100 тис. населення і кількість відвідувань до амбулаторно-поліклінічних закладів, поширеність захворювань на 100 тис. населення і кількість відвідувань до амбулаторно-поліклінічних закладів, доходи населення і витрати на охорону здоров'я на одного мешканця, ВВП на одну особу і доходи населення, витрати на охорону здоров'я та захворюваність на 100 тис. населення, витрати на охорону здоров'я та поширеність на

100 тис. населення, витрати на охорону здоров'я на одного мешканця і госпіталізація в лікарняні заклади, витрати на охорону здоров'я населення і кількість відвідувань до амбулаторно-поліклінічних закладів, встановлено існування прямого, сильного зв'язку.

Достовірність визначених показників кореляції ( $t$ ) перевірена шляхом їх порівняння із величиною середньої помилки ( $m_r$ ). Дослідженням встановлено, що величина коефіцієнту кореляції більша за його середню помилку в 3 і більше разів, що значно вище допустимих значень при вірогідності помилки  $s < 0,05$  (табл. 1). Статистична значущість коефіцієнта  $t$  також означає, що  $x$  має значимий вплив на  $y$ . Простежується кореляційний зв'язок між окремими фінансовими показниками і показниками здоров'я населення та діяльності закладів.

Через регресійний аналіз кількісно відображено співвідношення між аналізованими показниками шляхом комбінації певних змінних. Однак більшість реальних моделей не вкладаються в рамки лінійної регресії, оскільки можуть залежати від комплексу взаємин множин змінних. Тому для встановлення величини і "чистоти" взаємозв'язку між окремими факторами, зокрема, обсягами витрат на охорону здоров'я і показниками здоров'я чи діяльності закладів, використовувався метод обчислення множинних коефіцієнтів кореляції ( $r_{xyz}$ ) на основі їх парних коефіцієнтів (табл. 2). За допомогою даного методу було проаналізовано зв'язки між окремими



ми факторами за умови незмінності фінансових показників (зокрема, витратами на охорону здоров'я в цілому та на одного мешканця) і такого показника здоров'я населення як поширеність зах-

ворювань. Визначені парціальні коефіцієнти кореляції співпадали з даними аналізу зв'язків між окремими факторами і дали змогу проаналізувати їх сукупну взаємодію.

Таблиця 1. Коефіцієнти парної кореляції, їх середня похибка та коефіцієнт вірогідності

Порівнювальні ряди, $d_x$	Порівнювальні ряди, $d_y$	Коефіцієнт парної кореляції, $r_{xy}$	Середня похибка, $m_r$	Коефіцієнт вірогідності, $t$	Сила і форма кореляційного зв'язку
Кількість наявного населення, на кінець року, млн осіб	Поширеність захворювань в Україні, на 100 тис. населення	-0,9733	0,066	14,7	сильний, зворотний
Кількість наявного населення, на кінець року, млн осіб	Захворюваність в Україні, на 100 тис. населення	-0,6147	0,228	3,0	середній, зворотний
Кількість відвідувань на одного мешканця	Захворюваність в Україні, на 100 тис. населення	0,8572	0,149	5,8	прямий, сильний
Кількість відвідувань на одного мешканця	Поширеність захворювань в Україні, на 100 тис. населення	0,8837	0,135	6,5	прямий, сильний
Доходи населення, млн грн	Витрати на охорону здоров'я на одного мешканця	0,9473	0,121	7,8	прямий, сильний
ВВП на одну особу, грн	Доходи населення, млн грн	0,9555	0,112	8,6	прямий, сильний
Витрати на охорону здоров'я, млрд грн	Захворюваність в Україні, на 100 тис. населення	0,7287	0,259	3,0	прямий, сильний
Витрати на охорону здоров'я, млрд грн	Поширеність захворювань в Україні, на 100 тис. населення	0,9246	0,144	6,4	прямий, сильний
Витрати на охорону здоров'я на одного мешканця, грн	Госпіталізація в лікарняні заклади (на 100 жителів)	0,9869	0,061	16,2	прямий, сильний
Витрати на охорону здоров'я, млрд грн	Кількість наявного населення, на кінець року, млн осіб	-0,9286	0,140	6,6	сильний, зворотний
Витрати на охорону здоров'я, млрд грн	Кількість відвідувань на одного мешканця	0,9102	0,157	5,8	прямий, сильний

Таким чином, було встановлено, що взаємодія кожного з таких факторів, як поширеність захворювань, рівень госпіталізації в лікарняні заклади та обсягом витрат на охорону здоров'я була менш помітною, ніж їх сукупна дія, що підтверджено і парціальним коефіцієнтом кореляції ( $r_{xy1} = 0,7882$  при  $r_{xy1} = 0,9296$  і  $r_{xy2} = 0,9869$ ).

Доведено також наявність "чистого" взаємозв'язку між доходами населення, витратами на охо-

рону здоров'я для одного мешканця і рівнем госпіталізації в лікарняні заклади ( $r_{xyz} = 0,9599$ ), поширеністю захворювань, чисельністю наявного населення та обсягом витрат на охорону здоров'я ( $r_{xyz} = -0,9500$ ), доходами населення, витратами на охорону здоров'я та чисельністю наявного населення ( $r_{xyz} = -0,9802$ ), витратами на охорону здоров'я, рівнем захворюваності населення та кількістю відвідувань на одного мешканця ( $r_{xyz} = 0,9418$ ).

Таблиця 2. Множинні коефіцієнти кореляції

Порівнювальні ряди, $x$	Порівнювальні ряди, $y$	Порівнювальні ряди, $z$	Множинний коефіцієнт кореляції, $r_{xyz}$
Витрати на охорону здоров'я, млрд грн	Поширеність захворювань в Україні, на 100 тис. населення	Госпіталізація в лікарняні заклади (на 100 жителів)	0,7882
Витрати на охорону здоров'я на одного мешканця	Доходи населення, млн грн	Госпіталізація в лікарняні заклади (на 100 жителів)	0,9599
Поширеність захворювань в Україні, на 100 тис. населення	Кількість наявного населення, на кінець року, млн осіб	Витрати на охорону здоров'я, млрд грн	-0,9500
Витрати на охорону здоров'я, млрд грн	Кількість наявного населення, на кінець року, млн осіб	Доходи населення, млн грн	-0,9802
Витрати на охорону здоров'я, млрд грн	Кількість відвідувань на одного мешканця	Захворюваність в Україні, на 100 тис. населення	0,9418

### Висновки

На основі отриманих результатів встановлено, що показники, які використовуються при проведенні економічного аналізу діяльності галузі, тісно пов'язані з показниками стану здоров'я населення та діяльності закладів охорони здоров'я.

Регресійний аналіз показав, що впродовж 1990–2004 рр. на фоні зниження реальних рівнів доходів відбувалися процеси зростання поширеності захворювань і первинної захворюваності населення України.

За допомогою коефіцієнтів парної лінійної та парціальної кореляції достовірно встановлено наявність залежності між окремими статистичними показниками щодо здоров'я населення, діяльності закладів та фінансування охорони здоров'я.

### Список літератури

1. Рубцов А.В. Здоровье как социальная ценность // Экономика здравоохранения. – № 1. – 2005. – С. 16, 18.
2. Указ Президента України від 06.12.2005 р. № 1694/2005 "Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення" // [www.rada.gov.ua](http://www.rada.gov.ua).
3. *Global Tuberculosis Control. WHO report 2000 (WHO/CDS/TB/200275)*. – Geneva, 2000. – P. 120–122.
4. *The World Health Report 2000 – Health system: improving performance*. – Geneva: WHO, 2000. – P. 119–122.
5. *The World Health Report 2005: make every mother and child count*. – Geneva: WHO, 2005. – P. 192–199.
6. *The European Health Report. 2002 // WHO Regional Office for Europe*. – Copenhagen. – № 97. – 2003. – P. 108–112.

### ИЗУЧЕНИЕ ЗАВИСИМОСТИ МЕЖДУ ОТДЕЛЬНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ФИНАНСИРОВАНИЯ ОТРАСЛИ И ТЕНДЕНЦИЯМИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ

М.В. Шевченко, А.Ф. Гаврилюк (Киев, Винница)

В статье представлены результаты исследования зависимости между отдельными показателями финансирования отрасли здравоохранения и тенденциями состояния здоровья населения в Украине. В ходе исследования с помощью коэффициентов парной линейной и парциальной корреляции достоверно установлено наличие зависимости между отдельными статистическими показателями по состоянию здоровья населения, деятельности медицинских учреждений и уровнем финансирования системы здравоохранения.

### STUDYING OF DEPENDENCE BETWEEN SEPARATE INDICES OF FINANCING OF BRANCH AND TENDENCIES OF THE UKRAINIAN POPULATION' STATE OF HEALTH

M.V. Shevchenko, A.F. Gavriljuk (Kiev, Vinnitsa)

In article results of research of dependence between separate indices of financing of public health branch and tendencies of the Ukrainian population' state of health is submitted. During research with the help of coefficients of pair linear and partial correlations presence of dependence between separate statistics on a state of health of the population, activity of medical institutions and a level of financing of system of public health is reliable established.

А.О.ГОЛЯЧЕНКО (ТЕРНОПІЛЬ)

**ЕКОНОМІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ**

Тернопільський державний медичний університет ім.І.Я.Горбачевського

**Вступ** Здоров'я народу є запорукою успішного соціального та економічного розвитку нашої країни. У комплексі профілактичних та лікувально-оздоровчих закладів, спрямованих на збереження генофонду нації, чільне місце має посідати медична реабілітація (1,2,5,7,13). Дослідники відмічають високу ефективність реабілітаційних заходів, правда, переважно судять про санаторно-курортні заходи (2,7,8) Так, затрати на реабілітаційні заходи щодо післяінфарктних хворих окуповуються в 7-кратному розмірі. Однак визначення економічних наслідків медичної реабілітації є поки-що найменш дослідженим розділом, особливо коли йдеться про її застосування в системі медичної допомоги.

**Мета** дослідження – визначити економічну ефективність медичної реабілітації на всіх рівнях системи медичної допомоги.

**Матеріал і методи.** На репрезентативній групі хворим, що вимагала 998 осіб, що проходили реабілітацію з приводу різних хвороб на різних етапах системи медичної допомоги, визначено вартість реабілітаційних заходів і отриманий економічний ефект. Розрахунки велись згідно розробленої нами методики (3,10).

Результати дослідження та їх обговорення визначена нами вартість медичної реабілітації згідно економічно-математичних моделей, розроблених нами, дала такі результати (табл. 1)

Таблиця 1. Вартість медичної реабілітації на різних етапах надання медичної допомоги (2004 р., грн.)

Хвороби	Пересічна вартість реабілітації 1 хворого на рівні сімейного лікаря	Пересічна вартість реабілітації 1 хворого на рівні поліклініки багатопрофільної л-ні	Пересічна вартість реабілітації 1 хворого в стаціонарі багатопрофільної л-ні
Психічні розлади	24,02	58,08	432,81
Нервової системи	20,10	51,85	341,70
Системи кровообігу	22,31	47,97	575,57
Органів дихання	11,24	30,24	447,13
Органів травлення	17,65	36,18	339,25
Сечостатевої системи	17,36	39,58	529,30
Опорно-рухового апарату	24,27	60,92	397,65
Інші	19,74	51,07	348,58
Разом	21,14	50,87	378,45

Пересічна вартість медичної реабілітації 1 хворого на рівні сімейного лікаря становила 21,14 грн., на рівні поліклініки багатопрофільної лікарні – 50,87 або в 2,4 рази більше і в стаціонарних умовах – 378,45 грн. або відповідно в 17,9 і 7,4 рази більше порівняно із сімейним лікарем і фахівцями поліклініки багатопрофільної лікарні.

В амбулаторно-поліклінічних умовах найбільших затрат потребувала реабілітація хвороб опорно-рухового апарату і найменших – хвороб органів дихання (коефіцієнт співвідношення відповідно 2,2 і 2,0); в стаціонарних умовах найбільших затрат потребувала реабілітація хвороб системи кровообігу і найменших – хвороб органів травлення (коефіцієнт співвідношення – 1,7).

Було вивчено економічний ефект в чотирьох основних напрямках:

1. економічний ефект від повернення хворого до праці;
2. економічний ефект від зниження витрат на соціальний захист і соціальне страхування;
3. економічний ефект від зниження затрат на лікування;

4. економічний ефект від прямих доходів. Оскільки переважну частину хворих склали особи працездатного віку, економічний ефект переважав за рахунок зниження витрат на соціальне страхування та від зниження затрат на лікування.

Економічний ефект реабілітації від зменшення тривалості тимчасової непрацездатності ( $E_1$ ) визначався згідно моделі:

$$E_1 = E'_1 + E''_1,$$

де

$E'_1$  - економічний ефект від зниження тривалості тимчасової непрацездатності у селян і робітників;

$E''_1$  - економічний ефект від зниження тимчасової непрацездатності у службовців.

Економічний ефект від зниження тривалості тимчасової непрацездатності у селян і робітників визначався згідно моделі:

$$E'_1 = K_\phi * L'_d * n'_1,$$

де

$L'_d$  - середнє число днів, на яке зменшувалась тривалість одного випадку тимчасової непрацездатності у селян і робітників;

$n'_1$  - число хворих селян і робітників, яким була встановлена тимчасова непрацездатність за рік;

$K$  - коефіцієнт вартості, який встановлювався так:

$$K_\phi = B_{дп} + C_{лд},$$

де

$B_{дп}$  - валовий дохід на людину-день;

$C_{лд}$  - середня виплата за листком непрацездатності за день.

$B_{дп} = 34,5$  грн. (2004 р.);  $C_{лд} = 14,6$  грн. (2004 р.), звідси

$$K_\phi = 34,5 + 14,6 = 49,1 \text{ грн}$$

$$L'_d = 1,8 \text{ дня}; n'_1 = 872 \text{ особи, тоді}$$

$$E'_1 = 49,1 * 1,8 * 872 = 76867,36 \text{ грн.}$$

Для визначення економічного ефекту від зниження тривалості тимчасової непрацездатності у службовців коефіцієнт  $K$  визначається так:

$$K_c = \frac{H_d}{245} + C_{лд} = \frac{4583}{245} + 14,6 = 18,6 + 14,6 = 33,2$$

де

$H_d$  - національний дохід на одного працівника, 245 - середнє число робочих днів за рік.

Звідси,  $E''_1 = 33,2 * L''_d * n''_1$ , де  $L''_d = 2$ ,

а  $n''_1 = 126$

$$E''_1 = 33,2 * 2 * 126 = 8366,4 \text{ грн.}$$

Сумарний ефект ( $E_1$ ) в дослідній групі склав:  $76867,36 + 8366,4 = 85233,76$  грн.

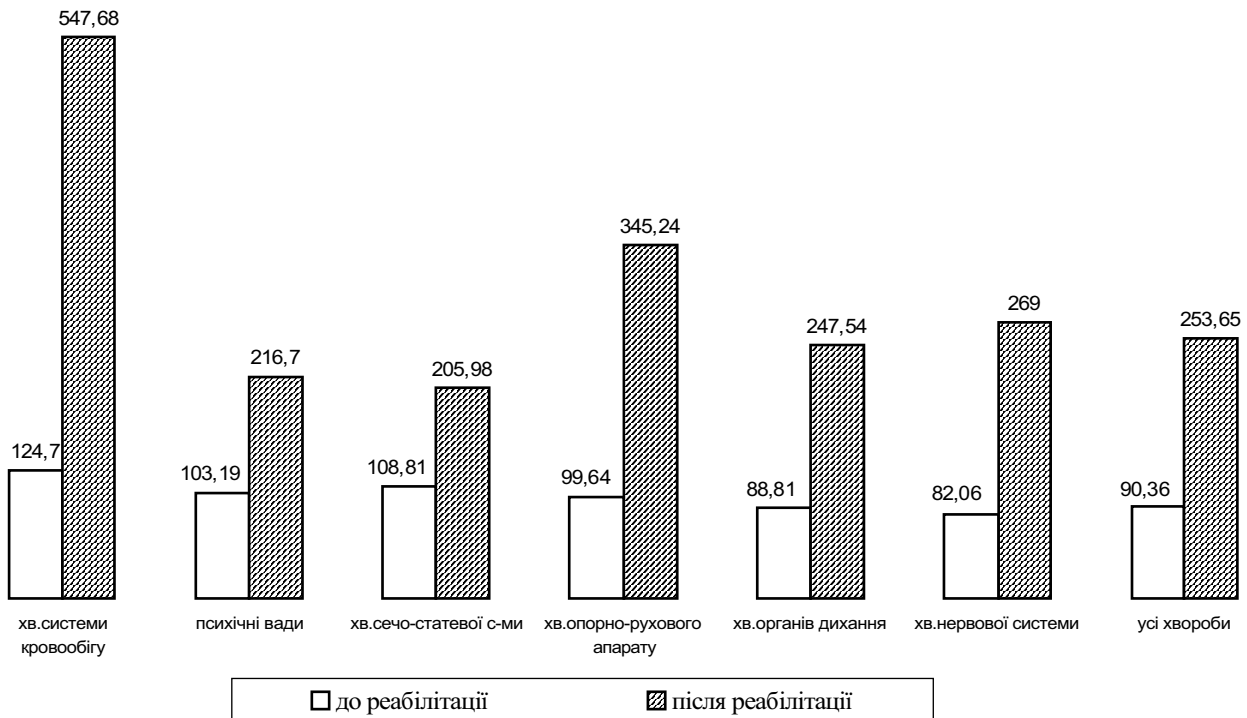


Рис. 1 Економічна ефективність медичної реабілітації (вигода/затрати грн. на 1 реабілітованого)

Економічний ефект від зниження звертальності працездатних реабілітованих хворих ( $E'_2$ ) складався із виробленого додаткового продукту і зекономлених коштів на амбулаторне лікування. Для непрацездатних реабілітованих хворих ( $E''_2$ ) - тільки із зекономлених коштів на амбулаторне лікування.

Отже, сумарний ефект ( $E_2$ ) дорівнював  $E'_2 + E''_2$ ,

при цьому

$$E'_2 = (Ч'_{здр} - Ч'_{зпр}) * B'_{дп} + (Ч'_{здр} - Ч'_{зпр}) * B_n,$$

де

$Ч'_{здр}$  - число звертань працездатних реабілітованих до реабілітації;

$Ч'_{зпр}$  - число звертань працездатних реабілітованих після реабілітації;

$B'_{дп}$  - середній валовий дохід на одного працюючого за день (34,5 грн);

$B_n$  - вартість одного амбулаторного відвідування (5,70 грн);

Отже,

$$E'_2 = (2576 - 946) * 34,5 + (2576 - 946) * 5,70 = 1630 * 34,5 + 1630 * 5,70 = 56235 + 9231 = 65466 \text{ грн.}$$

$$E''_2 = (Ч''_{здр} - Ч''_{зпр}) * B_n,$$

де  
 $Ч_{здр}$  - число звертань непрацездатних реабілітованих до реабілітації;

$Ч_{зпр}$  - число звертань непрацездатних реабілітованих після реабілітації;

Отже,  
 $(386 - 141) * 1,87 = 245 * 5,70 = 1396,5$  грн.

$E_2 = 65466 + 1396,5 = 66862,5$  грн.

Економічний ефект від зменшення потреби у звичайній стаціонарній допомозі ( $E_c$ ) визначався так:

$E_c = V_{лс} * D_c * n_c$ , де

$V_{лс}$  - вартість ліжка-дня у звичайному стаціонарі (41,2 грн);

$D_c$  - середнє число днів, на яке знизилось перебування хворого в стаціонарі у зв'язку з переводом його у реабілітаційне відділення (3,1 дня);

$n_c$  - число хворих, переведених із звичайного стаціонару у реабілітаційне відділення (187);

$E_c = 41,2 * 3,1 * 187 = 23883,64$  грн.

Економічний ефект від зменшення числа повторних госпіталізацій в стаціонари ( $E_4$ ) визначався так:

$E_4 = (Ч_{дгд} - Ч_{дгп}) * V_{лс}$ ,

де

$Ч_{дгд}$  - число днів госпіталізації до реабілітації;

$Ч_{дгп}$  - число днів госпіталізації після реабілітації.

$E_4 = (3447 - 1574) * 41,2 = 1873 * 41,2 = 77167,6$  грн.

Сумарний ефект

є  $E = E_1 + E_2 + E_c + E_4 = 85233,76 + 66862,5 + 23883,64 + 77167,6 = 253147,5$  грн., що в розрахунку на 1 реабілітованого склало 253,65 грн.

Розрахунки економічного ефекту в розрізі окремих хвороб у порівнянні із затратами представлені в табл.2 Як видно із табл. 2, економічний ефект із розрахунку на 1 реабілітованого коливався від 547,68 грн. серед хвороб системи кровообігу до 184,54 грн. серед хвороб органів травлення (коефіцієнт співвідношення 3,0). Однак більш важливим є порівняння затрат із вигодами. Як свідчать дані табл. 5.9, 1 гривня, вкладена в реабілітацію хворого, дала 2,89 грн. економічного зиску, коливаючись від 4,39 грн. стосовно хвороб системи кровообігу до 1,89 стосовно сечостатевої системи.

Таблиця 2. Економічний ефект від реабілітаційних заходів (2004 р.)

Хвороби	Сумарна пересічна вартість реабілітації 1 хворого: затрати (у грн.)	Економічний ефект від медичної реабілітації 1 хворого: вигода (у грн.)	Співвідношення: вигода затрати
Психічні розлади	103,19	216,70	2,10
Нервової системи	82,06	269,0	3,28
Системи кровообігу	124,70	547,68	4,39
Органів дихання	88,81	247,54	2,79
Органів травлення	76,99	184,54	2,40
Сечостатевої системи	108,81	205,98	1,89
Опорно-рухового апарату	99,64	345,24	3,46
Інші	83,14	190,28	2,29
Разом	90,36	253,65	2,89

### Висновок

Економічний ефект від зменшення затрат на лікування, виплат соціального страхування і виробленого додаткового валового продукту склав 253,65 грн. із розрахунку на одного реабілітованого. Одна гривня, вкладена в медичну реабілітацію, дала 2,89 грн. економічного прибутку.

### Література

1. Бабов К.Д., Литвиненко А.Г., Дмитриева Г.А. Итоги и перспективы функционирования реабилитационной медицины в Украине // Мед. реабилитация, курортология, физиотерапия. -2002. - №1.- С.7-9
2. Бабов К.Д., Лобода М.В., Состояние и перспективы развития медицинской реабилитации в системе АО «Укрпрофздравница» // Мед. реабилитация, курортология, физиотерапия. -1997. - № 3.-С.2-4
3. Голяченко О.М., Голяченко А.О. Економіка української здравоохорони. - Вінниця, 1996. - 100 с.
4. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2002 г. (Региональные публикации ВОЗ. Европейская серия, №97): ЕРБ, ВОЗ. -156 с.
5. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2002 г. Уменьшение риска, содействие здоровому образу жизни. - ВОЗ, Женева.-2002 -16 с.
6. Козьявкін В.І., Качмар О.О. Методи оцінки ефективності медичної реабілітації в системі інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації // Український медичний часопис.-2003.- 3135.-С.61-66
7. Лобода М.В., Губський Ю.І., Колесник Е.О., Бабов К.Д., Горбань Є.М. Про підготовку наукових медичних кадрів вищої кваліфікації за спеціальністю "Курортология та фізіотерапія" // Мед. реабилитация, курортология, физиотерапия. -2001.- № 1.- С.3-5



8. Лобода М.В., Москаленко В.Ф., Бабов К.Д. Состояние и перспективы развития медицинской реабилитации в Украине в современных социально-экономических условиях // Мед. реабилитация, курортология, физиотерапия. –2000.- № 1.- С.3-6
9. Лобода М.В. О некоторых аспектах медицинской реабилитации в Украине // Мед. реабилитация, курортология, физиотерапия. –2001.- № 1.- С.6-9
10. Мартинюк В.І., Голяченко А.О., Киливник В.С., Ладуба Ю.М., Бакалюк Т.Г. Основи медичної реабілітації. – Тернопіль: Лілея, 2000. –130 с.
11. Самосюк І., Лисенюк В., Чухраєв М. Сімейна медицина і медична реабілітація мають крокувати разом.// Ваше здоров'я. –2005.-№36.-С.10-11
12. Atlas of health in Europe / The WHO Regional Office for Europe. – Copenhagen, 2003. – 112 p.
13. Bloom B. The future of public health // Nature. – 1999. – Vol. 402, N 6761. – P.63-64.
14. Flax H.S. Ethics in rehabilitation medicine // IRMA, VIII.-Bologna, Italy: Monduzzi Ed., 1997.-P.5-10
15. Granger E.C.V., Gresham G.E. Functional assessment in rehabilitation medicine. - Baltimore, 1984. –15 p.

### **ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ**

*А.А.Голяченко (Тернопольский государственный университет им. И.Я.Горбачевского)*

Подсчитаны затраты и экономическая выгода после медицинской реабилитации 998 больных, которые представляют основные заболевания и все уровни системы медицинской помощи.

### **ECONOMIC EFFICIENCY OF MEDICAL REHABILITATION**

*A.Golyachenko*

The expenses and economic benefit after realization of medical rehabilitation at 998 patients are counted up which represent the basic groups of diseases and all levels of system of medical aid.

**ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

УДК 614.2.000.34

*В.М. ПОНОМАРЕНКО, М.В. БАНЧУК, В.С. ШВЕЦОВ, С.В. ІСТОМІН (КИЇВ)***ПРАВОВИЙ АУДИТ У СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Український інститут громадського здоров'я МОЗ України

Реалізація державної політики в сфері охорони здоров'я, спрямованої на забезпечення населення якісними заходами профілактичного спрямування, медичною допомогою на рівні сучасних досягнень науки, потребує від керівників усіх рівнів галузі оволодіння теорією і практикою сучасного менеджменту [4]. Як відомо, основним джерелом повноважень управлінців є правові норми, орієнтовані на задоволення реальних потреб та інтересів соціальних сил, пересічної людини. Сьогодні суспільні відносини у сфері охорони здоров'я регулюються майже 1500 нормативно-правовими актами [7]. Така їх кількість зумовлена виникненням та становленням нових відносин у суспільстві, для регулювання яких потрібно нове правове поле, складністю самої галузі, різновекторними напрямками діяльності та взаємодії. В практиці управління керівники органів та закладів охорони здоров'я стикаються із значним колом проблем фінансового та матеріально-технічного характеру, медичного обслуговування населення, при організації праці медичного персоналу, при забезпеченні населення лікарськими засобами [7]. Нерідко їх вирішення потребує участі органів виконавчої влади та місцевого самоврядування відповідно до їхніх повноважень. Це свідчить, що у системі охорони здоров'я між суб'єктами правовідносин існують складні зв'язки, що носять адміністративний, цивільно-правовий, трудовий, господарський, фінансовий митний та правоохоронний характер [3]. Отже, якщо перед управлінцями галузі в умовах сьогодення постає проблема безперервної правової підготовки, яка має забезпечити правомірно обґрунтоване прийняття та реалізацію рішень, підвищення правової культури діяльності, то для медичних працівників закладів охорони здоров'я правова освіта забезпечить не тільки орієнтацію у правовому просторі, а передусім дотримання стандартів правомірної поведінки. Між тим програми підготовки та перепідготовки фахівців в учбових медичних закладах не передбачають вивчення основ медичного права. Сьогодні у вищих навчальних ме-

дичних закладах не має жодної кафедри медичного права. В медичних газетах, журналах лише епізодично виникає правоосвітня рубрика, у якій здебільшого публікуються відповіді юристів на питання правового змісту. У проведених останнім часом медико-соціологічних дослідженнях недостатньо висвітлені проблеми стану правової свідомості медичних працівників. Водночас, ситуація ускладнюється нестабільністю керівних кадрів в усіх ланках управління від Міністерства охорони здоров'я (за роки незалежності України змінилось дев'ять міністрів охорони здоров'я України, а після "помаранчевої революції" – майже всі начальники управлінь охорони здоров'я обласних державних адміністрацій) до керівника закладу охорони здоров'я, що приводить до суттєвих зрушень в організації роботи. Межі цих зрушень з огляду на індивідуальну управлінську концепцію призначеного нового керівника, його правову підготовку коливаються від позитивних до негативних. Зміна керівника, призначення нового управлінця, на жаль, не завжди за здібностями та досвідом, а лише за критерієм його зручності з політичних міркувань для правлячої структури, тобто керівників органів виконавчої влади та місцевого самоврядування, приводить до формування нових зв'язків, оцінок діяльності, перегляду складу керівників більш нижчого рівня (керівники підвідомчих закладів, обласні та міські спеціалісти, завідувачі відділеннями і т.д.) нерідко руйнує опрацьовані та досить ефективні форми організації праці [2].

Наведені факти потребують термінового проведення низки системних заходів стосовно вирішення проблем правової підготовки медичних кадрів, передусім керівних. Зволікання у їх вирішенні може гальмувати проведення невідкладних заходів щодо реформування системи охорони здоров'я, передбачених Указом Президента України від 06.12.2005 р. №1694/2005 "Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення". Від реалізації заходів, передбачених цим указом, значною мірою залежать як подальша структура системи

охорони здоров'я, так і обсяг та характер управлінських, фінансових повноважень основних учасників цієї системи, а також визначення характеру та черговості нормативно-правових і практичних заходів щодо її реформування [3;6]. Слід врахувати і те, що на порядку денному постала проблема законодавчого вирішення зміни правового статусу закладів охорони здоров'я, які надають медичну допомогу, правового визначення контрактних відносин між виробниками та замовниками медичних послуг, опрацювання механізмів раціонального використання фінансових та матеріально-технічних ресурсів, збалансування обсягів подання населенню медичних послуг із фінансовими можливостями системи охорони здоров'я.

Існуюча практика оцінки діяльності як системи охорони здоров'я регіону, так і окремих лікувально-профілактичних закладів за статистичними показниками щодо здоров'я населення та задоволення його потреб у медичній допомозі не дає змоги відповісти на низку принципових питань, оскільки той чи інший показник є лише вершиною айсбергу [5]. За показником не можна визначити: яким шляхом від був досягнутий; як вплинула на його формування реалізація приписів у чинних нормативно-правових актах; які приймалися організаційно-розпорядчі акти для регулювання різних сторін суспільних відносин, їх правова основа та спроможність сприяти досягненню поставленої мети; як вирішувались проблеми розподілу та економії ресурсів галузі; який ринок медичних послуг та їх якість, стан захисту прав пацієнтів та медичних працівників; які впроваджувались заходи регулювання ринку лікарських засобів на правовій основі тощо.

У цій ситуації, на нашу думку, має значення не тільки висококваліфікована правова підготовка медичних кадрів, насамперед керівних, а також проведення правового аудиту як моніторингового нагляду за якістю управлінської діяльності, що складається із управлінських циклів, які мають часові та територіальні межі [1]. Вважаємо, що такий підхід дасть змогу зробити у кожному конкретному випадку висновок та приймати відповідні рішення – чи правові знання використовуються в усіх технологічних фазах управлінського циклу.

Проведення правового аудиту дасть можливість отримати системну оцінку реального стану організаційно-розпорядчої діяльності, спрямованої на подолання проблем, пов'язаних із:

- проведенням реформи, зокрема, проблем стану здоров'я населення та спроможності галузі конкретного регіону до їх вирішення на засадах рівності та справедливості;

- взаємодією різних напрямів проведення реформи;

- обмеженістю ресурсів та стану дій стосовно визначення пріоритетів, ефективності стримування видатків;

- проведенням реформи у сфері подання медичних послуг;

- економічним та ефективним забезпеченням населення лікарськими засобами;

- системою оплати праці виробників медичних послуг з урахуванням їх ефективності;

- структурною реорганізацією стаціонарного сектора;

- зміною функцій первинної медико-санітарної допомоги;

- станом підготовки та відповідності займаним посадам керівників управлінь охорони здоров'я обласних, міських державних адміністрацій, їхніх заступників, обласних спеціалістів, головних лікарів, завідуючих відділеннями лікувально-профілактичних закладів;

- поліпшенням результатів та якості медичної допомоги;

- характером інформаційної роботи з медичними працівниками та населенням;

- участю громадськості в управлінні охороною здоров'я.

Проведенню правового аудиту має передувати серйозна комплексна підготовка, яка передбачає:

- відбір фахівців, компетентних у медичному праві та сучасних методах управління;

- створення для керівників різних рангів постійно діючих семінарів з питань національного та європейського медичного права;

- визначення регіонів або закладів охорони здоров'я, які підлягають плановому/терміновому правовому аудиту;

- чітке визначення цільових завдань правового аудиту;

- створення чіткої методології моніторингової системи правового аудиту, затвердженої відповідним наказом Міністерства охорони здоров'я;

- розгляд результатів правового аудиту на колегіях Міністерства охорони здоров'я України, управлінь охорони здоров'я обласних, міських державних адміністрацій, медичних радах;

- інформування органів виконавчої влади та місцевого самоврядування про результати аудиту та внесення пропозицій щодо заходів поліпшення управління у сфері охорони здоров'я;

- висвітлення результатів аудиту в засобах масової інформації.

### Висновки

Запровадження правового аудиту в галузі охорони здоров'я дасть змогу відшукати нові механізми творчого підходу до врегулювання і розв'язання проблем, стратегій прийняття рішень та забезпечить удосконалення практики управління.

### Список літератури

1. Ливак П.Е. Здравоохранение Украины нуждается во внедрении государственно-общественных механизмов управления на фундаменте закона //Новости медицины и фармации в Украине. – №18 (178), октябрь-ноябрь. – 2005. – С. 24.
2. Магуайр Е., Гендерсон Д., Муні Г. Економіка охорони здоров'я. – К.: Основи, 1998. – 289 с.
3. Рудий В.М. Законодавче забезпечення реформи системи охорони здоров'я в Україні. – К.: Сфера, 2005. – 272 с.
4. Салтман Р.В., Фигерайс Дж. Реформи системи здравоохранения в Европе. – М., 2000. – 407 с.
5. Стивен М. Шортел, Арнольд Д. Калюжний. Менеджмент в охороні здоров'я. – К.: Основи, 1998. – 540 с.
6. Указ Президента України від 06.12.2005 №1624/2005 "Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення".
7. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію. 2005 рік. – К., 2006. – 225 с.

### ПРАВОВОЙ АУДИТ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В.М. Пономаренко, В.С. Швецов, С.В. Истомин (Киев)

В статье показано, что основным источником полномочий управленцев для регулирования общественных взаимоотношений есть нормы права. Формирование института руководящих кадров в системе здравоохранения предполагает их непрерывную правовую подготовку для обеспечения принятия правомерных решений повышения правовой культуры. Для оценки реального положения дел в регионах, отдельных учреждениях здравоохранения авторы предлагают проведения правового аудита как инструмента мониторингового наблюдения за качеством управленческой деятельности.

### LEGAL AUDIT IN THE PUBLIC HEALTH SYSTEM

V.M.Ponomarenko, V.S.Shvetsov, S.V.Estomyn (Kiev)

In the article have been described that the main source of manager's authorities for adjustment the public interrelations is legal regulations. Formation the leading staff institution in the public health system is supposed legal uninterrupted training for acceptance lawful decisions for increasing legal culture. Authors proposed carrying out the legal audit as the tools of monitoring observation for quality of management with the purpose of estimation real state of affairs in regions and separate public health institutions.

УДК 613.63/64:616-006(477):001.5.000.34

*Д.В. ВАРИВОНЧИК (КИЇВ)*

## НОРМАТИВНО-ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ БОРОТЬБИ З ВИРОБНИЧОЮ КАНЦЕРОГЕННОЮ НЕБЕЗПЕКОЮ ТА ПРОФЕСІЙНОЮ ОНКОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ В УКРАЇНІ

Інститут медицини праці АМН України

Рівні онкологічної захворюваності, її поширеності, інвалідності та смертності внаслідок цієї патології займають перші місця у структурі причин втрати здоров'я населенням України. Останніми десятиріччями кількість онкологічних хворих у країні прогресивно зростає [1;2].

За даними епідеміологічних та гігієнічних досліджень, проведених у багатьох країнах світу, вплив на людину канцерогенних факторів посилюється щороку. Основними джерелами такого канцерогенного впливу є природні канцерогени – ультрафіолетове випромінювання, природний радон, віруси, а також фізичні та хімічні канцерогени, які використовують у виробничому процесі і потрапляють у навколишнє середовище (внаслідок його техногенного забруднення) та в організм людини, під час виконання своїх професійних обов'язків [5–7].

За даними Міжнародної організації праці (МОП) та ряду дослідників, онкологічна патологія людей тісно пов'язана із впливом на них канцерогенних факторів на виробництві. Так, частка онкологічних хворих, які зазнавали канцерогенного впливу на виробництві, становить 2,0–28,0% і залежить від умов праці, виду й комбінації канцерогенних та ко-канцерогенних факторів і шляхів, концентрацій їх потрапляння у організм, способу життя хворих, рівня економічного розвитку країни, її клімато-географічних особливостей та рівня техногенного забруднення навколишнього середовища, стану організації медико-санітарної допомоги населенню тощо [3–7].

У 1976 р. МОП прийнята “Конвенція про боротьбу з небезпекою, спричинюваною канцерогенними речовинами й агентами у виробничих умовах, та заходи профілактики” №139. Україна, незважаючи на своє членство у цій міжнародній організації, донині не ратифікувала (не приєдналась) до неї. Тому аналіз нормативно-правової бази України з питань боротьби з канцерогенною виробничою небезпекою та попередженням професійної онкологічної патології і її адекватність до завдань, визначених Конвен-

цією, залишається актуальним завданням, на вирішення якого і спрямоване дане дослідження.

**Метою дослідження** став аналіз нормативно-правової бази України щодо забезпечення безпечних умов праці та попередження канцерогенної небезпеки на виробництві.

**Матеріали та методи.** Проведено аналіз міжнародної та національної нормативно-законодавчої бази щодо забезпечення безпечних умов праці, попередження виробничої канцерогенної небезпеки та професійної онкологічної патології.

У дослідженні використані такі інформаційні бази даних: база Верховної Ради України “Законодавство України” (<http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>) та база Міжнародної організації праці “Международные нормы в сфере труда” ([http://www.ilo.ru/standards\\_ru.htm](http://www.ilo.ru/standards_ru.htm)).

### **Результати дослідження та їх обговорення.**

1. Національне законодавство України щодо охорони та безпеки праці. Відповідно до статті 43 Конституції України (1996), “...Кожен має право на належні, безпечні і здорові умови праці... Використання праці жінок і неповнолітніх на небезпечних для їхнього здоров'я роботах забороняється...”.

Відповідно до діючого “Кодексу законів про працю України” (1971), в статті 2 наголошується: “Працівники мають право на ...здорові і безпечні умови праці...”. У статті 29 зазначається: “До початку роботи за укладеним трудовим договором власник або уповноважений ним орган зобов'язаний: п.1. роз'яснити працівникові його права і обов'язки та проінформувати під розписку про умови праці, наявність на робочому місці, де він буде працювати, небезпечних і шкідливих виробничих факторів, які ще не усунуто, та можливі наслідки їх впливу на здоров'я, його права на пільги і компенсації за роботу в таких умовах відповідно до чинного законодавства і колективного договору...”. В статті 88 зазначається: “Норми виробітку (норми часу) і нор-



ми обслуговування визначаються виходячи з нормальних умов праці, якими вважаються: п.5. здорові та безпечні умови праці (додержання правил і норм з техніки безпеки, ... усунення шкідливих наслідків ... випромінювань ... та інших факторів, які негативно впливають на здоров'я робітників...". У статті 153 наголошується: "На всіх підприємствах, в установах, організаціях створюються безпечні і нешкідливі умови праці. Забезпечення ... покладеться на власника або уповноважений ним орган. ... У разі неможливості повного усунення небезпечних і шкідливих для здоров'я умов праці власник або уповноважений ним орган зобов'язаний повідомити про це орган державного нагляду за охороною праці, який може дати тимчасову згоду на роботу в таких умовах". Відповідно до статті 169, "Власник або уповноважений ним орган зобов'язаний за свої кошти організувати проведення попереднього (при прийнятті на роботу) і періодичних (протягом трудової діяльності) медичних оглядів працівників, зайнятих на ... роботах із шкідливими чи небезпечними умовами праці ...". В статті 247 визначається, що виборний орган первинної профспілкової організації на підприємстві, в установі, організації: "... п.12. здійснює громадський контроль, ... спостерігає за забезпеченням на підприємстві, в установі, організації безпечних та нешкідливих умов праці, виробничої санітарії, ... вимагає усунення виявлених недоліків".

Відповідно до Закону України "Про охорону праці" (1992), статтею 7 визначається право працівників на пільги і компенсації за важкі та шкідливі умови праці: "Працівники, зайняті на роботах з важкими та шкідливими умовами праці, безоплатно забезпечуються лікувально-профілактичним харчуванням, молоком або рівноцінними харчовими продуктами, ... мають право на оплачувані перерви санітарно-оздоровчого призначення, скорочення тривалості робочого часу, додаткову оплачувану відпустку, пільгову пенсію, оплату праці у підвищеному розмірі та інші пільги і компенсації, що надаються в порядку, визначеному законодавством...". У статті 5 визнається право на охорону праці під час укладання трудового договору: "... Під час укладання трудового договору роботодавець повинен проінформувати працівника під розписку про умови праці та про наявність на його робочому місці небезпечних і шкідливих виробничих факторів, які ще не усунуто, можливі наслідки їх впливу на здоров'я та про права працівника на пільги і компенсації за роботу в таких умовах відповідно до законодавства і колективного договору. Працівнику не може пропонуватися робота, яка за медичним висновком протипоказана йому за

станом здоров'я. Усі працівники згідно із законом підлягають загальнообов'язковому державному соціальному страхуванню від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності".

Відповідно до Закону України "Основи законодавства України про охорону здоров'я" (1992), у статті 6 визначається право на "...безпечні і здорові умови праці...".

У Законі України "Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення" (1994) в статті 4 визначається, що громадяни мають право на "... безпечні для здоров'я і життя ... умови праці..." У статті 7 зазначено, що підприємства, установи і організації зобов'язані "... за пропозиціями посадових осіб державної санітарно-епідеміологічної служби розробляти і здійснювати санітарні та протиепідемічні заходи; у випадках, передбачених санітарними нормами, забезпечувати лабораторний контроль за виконанням вимог цих норм щодо безпеки використання (зберігання, транспортування тощо) шкідливих для здоров'я речовин та матеріалів, утворюваних внаслідок їх діяльності викидів, скидів, відходів та факторів, а також готової продукції; ... відшкодовувати у встановленому порядку працівникам і громадянам шкоду, завдану їх здоров'ю внаслідок порушення санітарного законодавства". У статті 22 зазначено: "Органи виконавчої влади, місцевого самоврядування, підприємства, установи, організації та громадяни зобов'язані утримувати надані в користування чи належні їм на праві власності ... виробничі побутові та інші приміщення відповідно до вимог санітарних норм. У процесі експлуатації виробничих, побутових та інших приміщень, споруд, обладнання, устаткування, транспортних засобів, використання технологій їх власник зобов'язаний створити безпечні і здорові умови праці та відпочинку, що відповідають вимогам санітарних норм, здійснювати заходи, спрямовані на запобігання захворюванням, отруєнням, травмам, забрудненню навколишнього середовища". У статті 23 визначено: "Підприємства, установи, організації, що виробляють, зберігають, транспортують, використовують радіоактивні речовини та джерела іонізуючих випромінювань, здійснюють їх захоронення, знищення чи утилізацію, зобов'язані дотримуватись норм радіаційної безпеки, відповідних санітарних правил, а також норм, установлених іншими актами законодавства, що містять вимоги радіаційної безпеки...". В статті 26 визначено, що "...працівники, зайняті на важких роботах і на роботах із шкідливими або небезпечними умовами праці, повинні проходити обов'язкові попередні (до прийняття на роботу) і періодичні медичні огляди.

Таким чином, в Законодавстві України гарантуються основні умови для забезпечення безпечних умов праці та попередження виникнення професійних захворювань працюючих.

2. Міжнародні норми щодо боротьби із канцерогенною небезпекою на виробництвах та професійної онкологічної патології. Конвенція МОП №139 "Конвенція про боротьбу з небезпекою, спричинюваною канцерогенними речовинами й агентами у виробничих умовах, та заходи профілактики" прийнята 24 червня 1974 р. і вступила у силу 10 вересня 1976 р. Станом на 01 вересня 2001 р. вона була ратифікована у 35 країнах світу: Аргентині, Афганістані, Бельгії, Боснії і Герцеговині, Бразилії, Венесуелі, Гайані, Гвінеї, Данії, Еквадорі, Єгипті, Іраку, Ірландії, Ісландії, Італії, колишній Югославській Республіці Македонія, Лівані, Нікарагуа, Німеччині, Норвегії, Перу, Португалії, Сирійській Арабській Республіці, Словаччині, Словенії, Угорщині, Уругваї, Фінляндії, Франції, Хорватії, Чеській Республіці, Швейцарії, Швеції, Югославії, Японії.

Конвенцією МОП №139 передбачені такі напрями боротьби з небезпекою, яка спричинена канцерогенними речовинами й агентами у виробничих умовах:

- періодичне визначення канцерогенних речовин й агентів, наражати на вплив яких на виробництві заборонено або допускається тільки з дозволу чи під контролем, використання даних про канцерогенну небезпеку МОП, ВООЗ та МАДР та інших компетентних органів (ст. 1.1, 1.3);
- проведення сертифікації та видача дозволу на використання найбільш небезпечних канцерогенних факторів на виробництві (ст.1.2);
- вживання заходів для заміни канцерогенних речовин та агентів, впливу яких працівники можуть зазнавати в ході своєї роботи, не канцерогенними речовинами чи агентами або менш шкідливими речовинами чи агентами (ст. 2.1);
- скорочення кількості працівників, які зазнають впливу канцерогенних речовин чи агентів;
- скорочення тривалості і ступеня такого впливу до мінімуму, який відповідає вимогам безпеки (ст. 2.2);
- заходи щодо захисту працівників від впливу канцерогенних речовин або агентів і забезпечення відповідної системи реєстрації (ст. 3);
- забезпечення працівників усією необхідною інформацією про небезпеку і заходи, яких треба вживати для зниження канцерогенних факторів (ст. 4);
- заходи щодо забезпечення працівників медичним обстеженням в період роботи й після нього, які потрібні для оцінки ступеня впливу та контролю за станом їхнього здоров'я відносно професійних захворювань (ст. 5);

- створення державних відповідальних органів, які контролюють канцерогенну небезпеку на виробництвах (ст. 6).

Додатково, канцерогенна небезпека на виробництвах також визначається:

- Конвенцією МОП №115 "Про захист працівників від іонізуючої радіації" (1960), яка ратифікована 47 країнами світу, а також Україною 19 червня 1968 р. і поширюється на всі види діяльності, що спричиняють вплив іонізуючої радіації на працівників у процесі їхньої роботи;
- Конвенцією МОП №136 "Про захист від небезпеки отруєння бензолом" (1971), яка ратифікована 34 країнами. Україною не ратифікована;
- Конвенцією МОП №162 "Про охорону праці при використанні азбесту" (1986), яка ратифікована 26 країнами світу, у тому числі Росією у 2000 р. Україною не ратифікована;
- Конвенцією МОП №148 "Про захист працівників від професійного ризику, спричиненого забрудненням повітря, шумом та вібрацією на робочих місцях" (1977), ратифікованою 41 країною. Україною не ратифікована;
- Конвенцією МОП №167 "Про безпеку та гігієну праці у будівництві" (1988), ратифікована 16 країнами. Україною не ратифікована;
- Конвенцією МОП №170 "Про безпеку в застосуванні хімічних речовин на виробництві" (1990), ратифікована 10 країнами. Україною не ратифікована.
- Конвенцією МОП №121 "Про допомогу у випадках професійного травматизму" (1964), у якій в таблиці наведено "Перелік професійних захворювань", переглянутий 66 сесією Генеральною конференцією МОП у 1980 р., деякі із них викликаються канцерогенними факторами:
  - п.2. Бронхо-легеневі захворювання, викликані пилом важких металів;
  - п.6. Захворювання, викликані берилієм або його отруйними сполученнями;
  - п. 7. Захворювання, викликані кадмієм або його отруйними сполученнями;
  - п.9. Захворювання, викликані хромом або його отруйними сполученнями;
  - п.11. Захворювання, викликані миш'яком або його отруйними сполученнями;
  - п. 16. Захворювання, викликані токсичними, галогеноподібними аліфатичними сполученнями або ароматичними вуглеводнями;
  - п. 17. Захворювання, викликані бензолом або отруйними гомологами;
  - п. 25. Захворювання, викликані іонізуючою радіацією;
  - п. 29. Первинні епітеліальні ракові захворювання шкіри, викликані дьогтем, смолою, бітумом, мінеральними маслами, антраценом або їхніми сполученнями, продуктами або осадками;

Таблиця. Нормативно-правове забезпечення завдань Конвенції МОП №139 в Україні

Завдання, визначені у Конвенції МОП №139	Забезпечення визначених завдань нормативно-правовими актами України
Періодичне визначення канцерогенних речовин й агентів	Наказ МОЗ №7, 2006 р. (гігієнічний норматив)
Проведення сертифікації та видача дозволу на використання канцерогенних факторів на виробництві	Постанова Кабінету Міністрів України №956, 2002 р. (ідентифікація та декларація безпеки) Постанова Кабінету Міністрів України №1556, 2000 р. (Національний план з гігієни довкілля)
Заходи щодо заміни канцерогенних речовин та агентів на не канцерогенні	Постанова Кабінету Міністрів України №1320, 2001 р. (Національна програма безпека та гігієна праці)
Скорочення кількості працівників, які зазнають впливу канцерогенних речовин чи агентів	Наказ МОЗ № 46, 1994 р. (обмеження праці неповнолітніх) Наказ МОЗ № 256, 1993 р. (обмеження праці жінок)
Скорочення тривалості і міри такого впливу до мінімуму, який відповідає вимогам безпеки	Постанова Кабінету Міністрів України №1290, 1997 р. (додаткова відпустка) Постанова Кабінету Міністрів України №1556, 2000 р. (Національний план з гігієни довкілля) Постанова Кабінету Міністрів України №163, 2001 р. (скорочений робочий тиждень) Постанова Кабінету Міністрів України №36, 2003 р. (пільгова пенсія)
Заходи щодо захисту працівників від впливу канцерогенних речовин або агентів і забезпечення відповідної системи реєстрації	Постанова Кабінету Міністрів України №1556, 2000 р. (Національний план з гігієни довкілля) Постанова Кабінету Міністрів України №1320, 2001 р. (Національна програма безпека та гігієна праці) Постанова Кабінету Міністрів України №14, 2002 р. (Програма “Здоров’я нації”) Постанова Кабінету Міністрів України №392, 2002 р. (Програма “Онкологія 2002–2006”)
Забезпечення працівників усією необхідною інформацією про безпеку і заходи, яких треба вживати для їх зниження	Закон “Про охорону праці” Постанова Кабінету Міністрів України №392, 2002 р. (Програма “Онкологія 2002–2006”)
Забезпечення працівники медичних обстеження в період роботи й після неї	Наказ МОЗ № 45, 1994 р. (медичні огляди) Постанова Кабінету Міністрів України №1662, 2000 р. (професійні захворювання) Постанова Кабінету Міністрів України №392, 2002 р. (Програма “Онкологія 2002–2006”)
Створення державних відповідальних органів, які контролюють канцерогенну небезпеку на виробництвах	Державний Комітет з охорони праці МОЗ України (державна санітарно-епідеміологічна служба)

п. 28. Рак легенів або целомічний рак (плеври, очеревини, перикарду), викликані азбестом”.

Відповідно до “Європейського кодексу соціального забезпечення” (ETS №139, 1990), держави-члени Ради Європи прийняли “Перелік професійних захворювань”, який включає аналогічні до Конвенції МОП №121 нозологічні групи захворювань. Європейський кодекс в Україні не ратифіковано.

3. Напрями законодавчого забезпечення боротьби із професійною онкологічною патологією в Україні. Відповідно до реалізації національного законодавства та міжнародних норм Кабінетом Міністрів України введена у дію Постанова від 17 листопада 1997 р. №1290 “Про затвердження Списків виробництв, робіт, цехів, професій і посад, зайнятість працівників в яких дає право на щорічні додаткові відпустки за роботу із шкідливими і важкими умовами праці та за особливий характер праці”, у якій працівникам зайнятим на канцерогенонебезпечних виробництвах та професіях гарантується додат-

кова максимальна щорічна відпустка від 7 до 28 календарних дня.

Також Кабінетом Міністрів України введена у дію Постанова від 16 січня 2003 р. №36 “Про затвердження списків виробництв, робіт, професій, посад і показників, зайнятість в яких дає право на пенсію за віком на пільгових умовах”. Даною постановою надається право працівникам канцерогенонебезпечних виробництв та професій, які працюють в підземних та особливо шкідливих (список №1) та шкідливих (список №2) умовах, зайнятість у яких повний робочий день, дає право на пенсію за віком на пільгових умовах. Згідно із Законом України “Про пенсійне забезпечення” (1992), працівники, віднесені до списку №1, мають право виходу на пенсію за віком на таких умовах: чоловіки – після досягнення 50 років і при стажі роботи не менше 20 років, з них не менше 10 років на зазначених роботах; жінки – після досягнення 45 років і при стажі роботи не менше 15 років, з них не менше 7 років 6 місяців на зазначених роботах; для

працівників, віднесених до списку №2: чоловіки – після досягнення 55 років і при стажі роботи не менше 25 років, з них не менше 12 років 6 місяців на зазначених роботах; жінки – після досягнення 50 років і при стажі роботи не менше 20 років, з них не менше 10 років на зазначених роботах.

Кабінетом Міністрів України введена у дію Постанова від 21 лютого 2001 р. №163 “Про затвердження Переліку виробництв, цехів, професій і посад із шкідливими умовами праці, робота в яких дає право на скорочену тривалість робочого тижня”, якою для більшості працівників зайнятих в канцерогенонебезпечних виробництвах та роботах вводиться 36-годинний робочий тиждень.

Кабінетом Міністрів України введена Постанова від 11 липня 2002 р. №956 “Про ідентифікацію та декларування безпеки об’єктів підвищеної небезпеки”, у якій введені нормативи “Нормативи порогових мас небезпечних речовин для ідентифікації об’єктів підвищеної небезпеки”, затверджено “Порядок ідентифікації та обліку об’єктів підвищеної небезпеки”, “Порядок декларування безпеки об’єктів підвищеної небезпеки”.

Також Кабінетом Міністрів введена у дію Постанова від 8 листопада 2000 р. №1662 “Про затвердження переліку професійних захворювань”, у якій в VII розділі визначені зл�акісні новоутворення (професійний рак), небезпечні та шкідливі речовини, виробничі фактори, вплив яких може викликати професійне захворювання, перелік робіт та виробництв, на яких можливо виникнення професійного захворювання.

Постановою Кабінету Міністрів України від 10 жовтня 2001 р. №1320 “Про затвердження Національної програми поліпшення стану безпеки, гігієни праці та виробничого середовища на 2001–2005 роки” були заплановані заходи щодо поліпшення стану безпеки, гігієни праці та виробничого середовища на 2001–2005 рр., фінансування яких здійснюється за рахунок Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань. Так, розділом I були передбачені заходи щодо створення національного реєстру канцерогенонебезпечних підприємств, цехів та професій, розроблення системи заходів з підвищення ефективності боротьби з професійно зумовленою онкологією (МОЗ, АМН, Мінпраці).

Для зниження канцерогенної небезпеки на виробництві МОЗ України ввело у дію такі накази, спрямовані на попередження професійної онкологічної патології:

- від 29.12.1993 р. № 256 “Про затвердження Переліку важких робіт та робіт із шкідливими і небезпечними умовами праці, на яких

забороняється застосування праці жінок”, яким значно обмежується допуск до виконання професійних обов’язків жінок на більшості канцерогенонебезпечних виробництв;

- від 31.03.1994 р. №46 “Про затвердження Переліку важких робіт і робіт із шкідливими і небезпечними умовами праці, на яких забороняється застосування праці неповнолітніх”, яким забороняється допуск до виконання професійних обов’язків неповнолітніх на всі канцерогенонебезпечні виробництва контакт з канцерогенними факторами та іонізуючим випромінюванням;

- від 31.03.1994 р. №45 “Про затвердження Положення про порядок проведення медичних оглядів працівників певних категорій” із змінами, внесеними наказом МОЗ від 07.06.1999 р. №139, яким затверджено “Перелік професій, працівники яких підлягають медичному огляду”, визначається “п.1.7. Періодичні медичні огляди: проводяться для осіб, котрі зайняті на важких роботах, роботах із шкідливими чи небезпечними умовами праці, відповідно до Переліку шкідливих речовин, несприятливих виробничих факторів...”, визначається “Перелік професій, працівники яких підлягають медичному огляду”.

Також МОЗ України наказом від 13.01.2006 р. №7 “Про затвердження гігієнічного нормативу “Перелік речовин, продуктів, виробничих процесів, побутових та природних факторів, канцерогенних для людини”, визначено перелік речовин, факторів та виробничих процесів, ГДК для канцерогенних факторів I та IIА груп безпеки для людини.

Відповідно до Постанови Кабінету Міністрів України від 10 січня 2002 р. №14 “Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми “Здоров’я нації” на 2002–2011 роки” в X розділі “Боротьба з раком” передбачено:

- п. 1. Створити кадастр канцерогенонебезпечних підприємств, технологічних процесів та видів діяльності людини, що призводять до забруднення довкілля канцерогенними речовинами;

- п. 2. Розробити систему заходів щодо зменшення канцерогенного навантаження на людину;

- п. 3. Розробити програму генетичної профілактики онкологічних захворювань;

- п. 4. Розробити систему заходів з оздоровлення та здійснення диспансерного нагляду за особами з груп підвищеного ризику виникнення онкологічних захворювань;

- п. 5. Розробити сучасні ефективні методи своєчасної діагностики раку;

- п. 8. Проводити аналіз віддалених результатів щодо заходів профілактики онкологічних захворювань на всіх рівнях;



- п. 13. Розробити програму санітарної просвіти населення з усіх аспектів онкологічної захворюваності;

- п. 14. Розробити Національну програму "Онкологія: 2002–2006".

Постановою Кабінету Міністрів України "Про затвердження Державної програми "Онкологія" 2002–2006 роки" від 29 березня 2002 р. №392 передбачені такі заходи первинної профілактики:

- створення кадастру канцерогенонебезпечних підприємств, технологічних процесів та видів діяльності людини, які призводять до забруднення довкілля канцерогенними речовинами (2002–2003);

- здійснення постійного контролю за надходженнями канцерогенів та мутагенів у навколишнє природне середовище згідно з державними гігієнічними нормативами;

- проводити постійний моніторинг вмісту радіонуклідів у питній воді, продуктах харчування, будівельних матеріалах тощо.

Та вторинної профілактики і ранньої діагностики онкопатології шляхом:

- запровадження системи заходів щодо виявлення серед населення хворих на онкопатологію, що належать до груп підвищеного ризику, оздоровлення таких хворих та диспансерного нагляду за ними з урахуванням спадкової схильності, професійних впливів, вікових особливостей, наявності передракових захворювань, хронічного стресу, тютюнопаління тощо.

- забезпечення запровадження скринінгових програм з метою раннього виявлення передпухлинних захворювань та злякисних новоутворень зовнішньої локалізації, зокрема, раку шийки матки, молочної залози, раку прямої кишки та передміхурової залози, раку шкіри і ротової порожнини.

Наукове забезпечення Програми "Онкологія: 2002–2006 рр." включає визначення пріоритетних напрямів науково-дослідних робіт з епідеміології раку, етіології, патогенезу та вивчення основних факторів ризику виникнення злякисних новоутворень, розроблення науково обґрунтованих заходів щодо вторинної та третинної профілактики, ранньої діагностики і лікування онкологічних хворих.

Санітарно-просвітницька робота передбачає: створення системи санітарної просвіти населення з усіх аспектів онкопатології, роз'яснення важливості своєчасної її діагностики та лікування, пропаганди здорового способу життя тощо.

У 2004 р. Верховна Рада України провела Парламентські слухання на тему: "Онкологічні захворювання в Україні. Проблема та шляхи подолання". Під час слухань було зазначено, що дію-

чою програмою "Онкологія" не передбачається фінансування витрат, пов'язаних з первинною та вторинною профілактикою злякисних новоутворень, а також недостатньо виділяється коштів на поліпшення своєчасної та ранньої діагностики онкологічних захворювань, особливо серед груп населення підвищеного ризику розвитку онкозахворювань (особи із спадковою схильністю, наявністю передракових захворювань, старших вікових груп, певних професійних груп, осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи). Підкреслювалось, що відсутність комплексної системи первинної та вторинної профілактики онкологічної патології не дає можливості скоротити кількість хворих на рак та зменшити їх смертність. Недостатньо уваги приділяється належному обстеженню груп ризику, боротьбі із забрудненням довкілля, тютюнопалінням, а також санітарно-просвітницькій роботі.

Постановою від 20 квітня 2004 р. №1688-IV Верховна Рада України схвалила рекомендацію Академії медичних наук України: "З метою профілактики онкологічних захворювань, спричинених радіаційними факторами довкілля, запровадити програму боротьби з негативним впливом природного радонового опромінення; створити центр з контролю за забрудненням навколишнього природного середовища через дію канцерогенних і мутагенних факторів".

"Національним планом дій з гігієни довкілля на 2000–2005 роки", схваленим Постановою Кабінету Міністрів України від 13 жовтня 2000 р. №1556, було передбачено: підсилення контролю та скорочення викидів промислових відходів у атмосферу, воду та ґрунти: підсилення контролю за джерелами іонізуючого випромінювання; оцінку ризику канцерогенезу для населення у процесі виробництва і використання азбесту; запровадження відповідних обмежень.

Відповідно до Постанови Кабінету Міністрів України від 2 квітня 1998 р. №422 "Про заходи щодо реалізації у 1998–2000 роках Основних напрямів соціальної політики" затверджені заходи щодо реалізації у 1998–2000 рр. "Основних напрямів соціальної політики", затверджених Указом Президента України від 18 жовтня 1997 р. №1166. У розділі II ("Реформування трудових відносин: Охорона праці") в п. 4 передбачено: "Забезпечити виконання Робочого плану внесення змін і доповнень до законодавчих та інших нормативно-правових актів як передумови подальшого приєднання України до Конвенції МОП №155 "Про безпеку, гігієну праці та виробниче середовище" (1981 р.) і пов'язаних з нею інших конвенцій МОП, зокрема: ... Конвенції № 139 "Про професійні ракові захворювання". Відповідно до цього, відповідальні Міністерства – МОЗ,



Мінпраці та Мін'юст повинні були завершити підготовчий процес приєднання України до Конвенції №139 до IV кварталу 1998 р. Нині Конвенції МОП №155 та №139 Україною так і не ратифіковані.

У таблиці наведені визначені у Конвенції МОП №139 завдання, спрямовані на попередження професійної онкологічної патології. Якщо розглядати нормативно-правове забезпечення цих завдань в Україні, то можна побачити, що всі вони забезпечені на законодавчому рівні. Але у реальному житті наявні наступні проблеми:

1. Економічні проблеми в держав не дають змоги на теперішній час провести модернізацію та заміну технологій більшості канцерогенонебезпечних виробництв, внаслідок чого не вдається широкомасштабно провести заміну канцерогенних речовин та агентів на не канцерогенні та скоротити кількість працюючих, які зазнають небезпечного впливу канцерогенних речовин на виробництвах.

2. Значний рівень банкрутств підприємств, скорочення обсягів виробництва стимулюють зростання безробіття серед населення країни, внаслідок чого працівники дають згоду на працю в шкідливих умовах, самостійно збільшують час праці в таких умовах для отримання більшої

зарплатні, що приводить до зростання ризику розвитку в них у майбутньому онкологічної патології, викликаній впливом виробничих канцерогенних факторів.

3. Створений кадастр канцерогенонебезпечних підприємств, технологічних процесів та видів діяльності людини, які призводять до забруднення довкілля канцерогенними речовинами, не знайшов свого практичного втілення, за відсутністю законодавчих механізмів щодо його практичного застосування внаслідок зміни власності підприємств та знаходження їх у стадії санації чи банкрутства, відсутність відповідальної державної установи за ведення кадастру та відповідного матеріально-технічного забезпечення. Отже, неможливо реалізувати систему обліку усіх працюючих в канцерогенонебезпечних умовах.

4. Значна міграція населення внаслідок безробіття та руйнування системи медичного забезпечення працюючих на підприємствах є результатом того, що працівники, які зазнавали канцерогенного впливу на виробництві, не в змозі отримати адекватну для них медичну допомогу, особливо під час знаходження на пенсії, що веде до пізнього виявлення у них онкологічної патології та значно погіршує прогноз для здоров'я і життя.

### Висновки

Таким чином, дослідженням встановлено, що в Україні є основа системи нормативно-правового забезпечення безпеки праці та боротьби із канцерогенною небезпекою на виробництві, що може забезпечити ефективну боротьбу з професійною онкологічною патологією. Але внаслідок існуючих соціально-економічних проблем в країні реалізація цих заходів на теперішній час є ускладненою.

Наступна робота у цьому напрямку повинна бути зосереджена на впровадженні правових та економічних механізмів, спрямованих на:

- модернізацію виробництв шляхом зміни технологічних процесів з канцерогенних на не канцерогенні, широкого використання автоматизації та ізоляції від працівників виробничих процесів;
- підсилення контролю за умовами праці працівників та використання ними індивідуальних засобів захисту, їх оздоровлення в позаробочий час, відновлення медичного обслуговування на підприємствах, ведення здорового способу життя;
- створення державної установи, яка буде проводити нагляд за умовами праці та здоров'я працюючих на канцерогенонебезпечних виробництвах, веде "Кадастр канцерогенонебезпечних підприємств, технологічних процесів та видів діяльності людини, які призводять до забруднення довкілля канцерогенними речовинами" та персоналізований облік працюючих на таких небезпечних виробництвах.

Все це дасть змогу створити сприятливі умови для боротьби із онкологічною патологією, викликану виробничими канцерогенними факторами, та ратифікувати Україною передусім Конвенцію МОП №139.

### Список літератури

1. Варивончик Д.В. Епідеміологічні закономірності онкологічної патології населення країн Європи // Укр. наук.-медич. молод. журн. – 2004. – №4. – С. 65–67.
2. Варивончик Д.В. Соціально-гігієнічна характеристика захворюваності на онкологічну патологію населення України в динаміці 1967–2003 років // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2005. – №2. – С. 30–34.
3. Кундіев Ю.И., Краснюк Е.П. Проблема профессионального рака в Украине // Журн. АМН України. – 1999. – №3. – С. 485–495.

4. *Охрана труда в цифрах и фактах: Направления совершенствования глобальной культуры охраны труда.* – МОТ, 2000. – На сайте: [www.ilo.org/safework](http://www.ilo.org/safework).
5. *Смулевич Б.С. Профессия и рак.* – М.: Медицина, 2000. – 383 с.
6. *Occupational Cancer: A guide to prevention, assessment and investigation* AFOM Working Party on Occupational Cancer // The Australasian Faculty of Occupational Medicine. – 2003. – 60 p.
7. *Occupational exposures to carcinogens in developing countries* / N. Pearce, E. Matos, P. Boffetta, M. Kogevinas et al // Ann. Acad. Med. Singapore. – 1994. – Vol. 23, №5. – P. 684–689.

### **НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ БОРЬБЫ С ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ КАНЦЕРОГЕННОЙ ОПАСНОСТЬЮ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В УКРАИНЕ**

*Д.В.Варивончик (Киев)*

Проанализировано законодательство и нормативно-правовые акты Украины относительно обеспечения безопасных условий труда, предупреждения канцерогенного воздействия производственных факторов на работающих и возникновения профессиональной онкологической патологии (профессионального рака). Изучено соответствие национального законодательства относительно принципов борьбы с канцерогенной опасностью на производстве, указанных в документах МОТ и Евросоюза. Определены проблемы реализации международных принципов борьбы с профессиональным раком в Украине и предложены пути для их устранения этих проблем.

### **REGULATION AND LEGAL PROVISION OF THE CONTROL OF WORK-RELATED CANCER DANGER AND OCCUPATIONAL CANCER PATHOLOGY IN UKRAINE**

*D.V. Varyvonchik (Kiev)*

Legal and regulation acts of Ukraine related on the provision of safe work conditions and prevention of the carcinogenic effect of work factors and development of occupational cancer pathology (occupational cancer) have been analyzed. The compliance of the national legislation with principles of the control of the cancer danger at work mentioned in documents of ILO and the European Union has been determined. The problems on realization of international principles on the control of occupational cancer in Ukraine have been defined and ways of their elimination have been proposed.

## ДИСКУСІЇ

УДК 614.23:616.314

*О.П. ПЕДЕРЕЦЬ, Р.Ю. ХОРУЖА, А.Г. ПІЛЯЄВ (ДОНЕЦЬК)***РЕФОРМУВАННЯ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ,  
ЧИ ВСЕ ТАК ОДНОЗНАЧНО?**

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

Реформування вищої медичної освіти, що має на меті залучення на основі партнерських відносин до Європейської співдружності та надання українському спеціалісту з вітчизняним дипломом рівних можливостей на європейському ринку праці, є в останній час чи не головним пріоритетом у системі заходів відповідальних урядових установ [1]. На нашу думку, перебудова існуючої системи вищої медичної освіти надзвичайно своєчасна, а може, й дещо спізнила. На жаль, все частіше реальний пацієнт не отримує очікуваної кваліфікованої допомоги, і йдеться не лише про нестачу коштів або застаріле обладнання. Сучасний лікар-фахівець здебільшого не має змоги самостійно виявити захворювання та адекватно допомогти конкретному пацієнту. Причому ми не говоримо про випадки атипового перебігу патології чи про якісь рідкі хвороби, де необхідна консультація спеціаліста найвищого рівня. Не визнавати порушеної проблеми далі, скаржитися на нестачу фінансування та коштовного медичного обладнання – означає замулювати очі собі й людям, перекладати відповідальність на інших.

За останні декілька років комп'ютерні технології стали невід'ємною частиною педагогічного процесу. Вузи створюють або закуповують навчальні програми, розробляють і впроваджують автентичні авторські методики навчання. Студентам або лікарям-інтернам пропонується засвоїти тренінгові програми, що складаються з великої кількості різних завдань, в яких передбачено обстеження хворого, формулювання попереднього та закінченого діагнозів, призначення раціональних схем лікування, профілактики тощо. З боку викладачів активно впроваджуються у навчальний процес тести, які являють собою клінічні ситуації, а якщо точніше, імітують їх. Звісно, за допомогою тестів вирішується безліч питань щодо прищеплення вмінь та навичок. Студенти та інтерни виконують багато з дій лікаря-практика: відокремлюють найсуттєві, характерні для тієї чи іншої патології скарги, анамнестичні відомості,

клінічні ознаки, звертаються до додаткових методів обстеження та інтерпретують ці дані, встановлюють обумовлений діагноз, роблять необхідні лікарські маніпуляції та призначення. Звісно, за допомогою тестів можна навести багато, але ж, звичайно, не все. Навіть вміння швидко і вірно вирішувати важкі тести недостатньо у наданні допомоги конкретному пацієнту. Ми намагаємося, щоб студенти, інтерни запам'ятовували до автоматизму принципи лікування хвороби, основні фармакологічні препарати, схему втручання тощо. Тим самим зводимо нанівець наказ Гіппократа: лікувати хворого, а не хворобу.

Уже майже 10 років випускники складають державний випускний іспит у три етапи. Спочатку ліцензійний тестовий екзамен "Крок-2", де пропонується письмова робота, розрахована на три з половиною години. Потім, при подоланні визначеного порогу – 45–50% вірно вирішених тестових завдань, наступний крок – відпрацювання деяких маніпуляцій та навичок на фантомах (їх кількість обмежена). І лише після цього – прийом реального пацієнта, тобто проведення практично орієнтованого державного іспиту [2].

Здавалося б, що таке триразове ускладнення випускного іспиту повинно привести до очікуваного результату: молоді спеціалісти, які склали важкий іспит, готові до самостійної роботи з пацієнтом. Однак більшість випускників не лише мають труднощі в застосуванні набутих навичок під час практичних занять, літньої виробничої практики, але й відчувають невідповідність між теоретичними знаннями (якщо такі є) та необхідністю постійно аналізувати конкретні клінічні ситуації.

Що ж відбувається із спеціалістом, який щойно отримав диплом? Чому 12–15 років тому без комп'ютерів, наборів тестів, модульного навчання студент-субординатор (не кажучи вже про лікаря-інтерна) міг самостійно та своєчасно поставити діагноз одонтологічному хворому та максимально надати необхідну допомогу? На

звичайному прийомі в стоматологічних поліклініках кожен молодий спеціаліст повинен був, а головне, міг отпрепарувати каріозну порожнину або трепанувати коронку зуба та при необхідності видалити пульпу чи її розпад з кореневих каналів, провести ряд ендодонтичних маніпуляцій і повноцінно запломбувати зуб. І вилікуваний зуб служив тривалий час! І все це на колишньому рівні обладнання і матеріалів за обмежений термін часу (на кожного пацієнта відводилося від 15–20 до 30–40 хвилин залежно від діагнозу)! У разі звернення пародонтологічного хворого освоєні маніпуляції та навички також реалізовувались без особливого клопоту: видалялись назубні відкладення, проводилася консервативна терапія, призначались найбільш відомі схеми лікування. Однак самостійно провести закритий, а тим більше відкритий кюретаж ніхто з лікарів без досвіду не наважувався. Ми навіть не нагадуємо про лоскутні операції. Крім того, найбільш складним був та залишається розділ, пов'язаний з діагностикою захворювань, що мають прояви на слизовій оболонці рота. Нерідко вчорашні випускники зовсім не орієнтуються в цій патології.

В цілому доводиться констатувати, що значна більшість новоз'явлених спеціалістів зовсім не готові до самостійного прийому пацієнтів. Тому, потрапляючи до інтернатури, стоматологи-терапевти та їхні колеги-хірурги ортопеди тільки починають навчатися. Час, що надано в інтернатурі для поглиблення вже існуючих знань, удосконалення набутих умінь, витрачається на ознайомлення з професією. У чому ж річ? Чому так трапляється? Невже такими важкими для теперішнього випускника стали сучасні лікувальні та діагностичні технології і наш студент за ними "не встигає"? Не спрацьовують модернові педагогічні прийоми? Чи знову будемо скаржитись на нестачу коштів?

Так, ми, активно вникаючи в світовий досвід, переймаємо нові методики викладання тих або інших дисциплін, все частіше і пильніше орієнтуємося на розвинені західні країни, в яких високими є вимоги як до викладачів, так і до студентів, де самодисципліна тих, хто навчається, викликає повагу і навіть заздрість у нас – викладачів вітчизняних вузів. Не асистенти з доцентами "мотивують" тих, хто вступив до університету, а самі студенти цілеспрямовані. Вони ретельно та наполегливо вивчають необхідні для засвоєння предмети. Їх не залучають до лекційних аудиторій перекликами, не заохочують "страхінням" про деканські перевірки. Вимоги до отримання диплому настільки високі, що ніякої додаткової мотивації не потрібно. Кожен з тих, хто вступив до університету, чітко розуміє, що зобов'язаний

докласти максимум зусиль. В іншому разі – Perezдача іспитів (кількість їх не перевищує 2–3 разів) або неминуче відрахування [4].

Наша вища школа наближена до радянської середньої школи, де кількість тих, хто закінчив навчання, мала дорівнювати кількості тих, хто вступив до першого класу. В цьому не було нічого поганого, якби ж не такий, що лякає досвідчених викладачів, рівень непрофесіоналізму, якби так катастрофічно не скорочувалася б кількість фахівців, які дійсно вміють не тільки міркувати клінічно, але й самостійно працювати на практичному прийомі, якби ж не збільшувалася кількість пацієнтів з необґрунтованими діагнозами, нераціонально проведеним лікуванням.

У зв'язку з вищезазначеним проблема підготовки випускників у медичних вузах продовжує бентежити всіх зацікавлених осіб, незважаючи на впровадження нових технологій навчання, комп'ютеризацію педагогічного процесу та низку інших організаційних заходів, які навіть сумарно значною мірою не впливають на підвищення якості підготовки лікарів [3].

На превеликий жаль, ми втрачаємо, забуваємо найкращі традиції вітчизняної медичної школи, що була націленою на формування клінічного мислення, вміння працювати з конкретним пацієнтом, тобто лікувати не хворобу, а хворого. Наші студенти та випускники бояться самостійно інтерпретувати дані, отримані при обстеженні хворого. Вони частіше за все відмовчуються або невпевнено висловлюють припущення, захищаючи свою думку перед групою та куратором. У своїй більшості байдужі та безініціативні. Йдеться не про природжені, а про набуті якості. Але ні тести, ні комп'ютерні навчальні програми ці якості не прищеплять й не усунуть.

Зауважимо! Ми не закликаємо відмовлятися від новітнього, що йде ззовні, але вважаємо за доцільне не копіювати механічно закордонні педагогічні доробки, проте обережно адаптувати їх до наших досягнень (а вони є!), до досвіду передання (або розповсюдження) знань, до нашого менталітету. Бажання "заскочити" в європейське життя не виправдовує занадто квапливого входження до системи, що зветься Болонською. Керуючись засадами Болонської конвенції, радикально змінюючи вітчизняну вищу освіту, руйнуючи її, сподіваємося відразу ж "заскочити у потяг, який вже рухається". Нам здається, що таким чином швидше наближаємося до Євросоюзу. Але проголошені наміри більшою мірою не співпадають з можливостями вітчизняної практичної медицини. І справа зовсім не в інерційності мислення, а в існуючих реаліях нашого життя. Ми не можемо за бажанням реформаторів водночас закрити всі технологічно та морально

застарілі вищі учбові заклади, лікарні, поліклініки. Навпаки, ми повинні створити такі системні навчальні фрагменти (модулі), які можливо було б вбудувати до існуючої системи, спонукаючи (але не руйнуючи) старе до перебудови, до самовдосконалення. Тим більше, що цей шлях не є чимось новим, а має успішний досвід застосування в світі (наприклад у США).

Ми повинні враховувати – передові освітні навчальні технології передбачають високу сучасну технічну та технологічну забезпеченість не лише університетів, але й самої служби (системи) забезпечення здоров'я. Готуючи лікаря майбутнього, не можна нехтувати сьогоденням.

На наш погляд, вітчизняна педагогіка вищої школи повинна перетворюватися, не руйнуючи все навколо. Поспішність у нашому випадку лише штовхає до імітації опанування новими технологіями, які “не включаються” в ланцюг логічного розвитку, проте будуть існувати у відриві від реальності. Славнозвісна кваліфікаційна позбавляє нас енергії поступового розвитку, робить залежними від миттєвих чинників. Навчальний процес сьогодні повинен будуватися таким чином, щоб забезпечувати якісну підготовку лікаря, який володів би клінічним мисленням, або хоча б його задатками. Сучасні навчальні програми, на жаль, націлені більшою мірою на механічну пам'ять, на визначений набір знань та вмінь, окреслений навчально-кваліфікаційними характеристиками і відпрацьований, у кращому випадку, до автоматизму. Не залучаючи клінічного мислення, не розвиваючи здібності мислити, вміння аналізувати, лікар стає не творчою людиною (адже медицина – це мистецтво), а особою, що тією чи іншою мірою володіє своїм ремеслом. Клінічні ситуації, які повторюються часто, будуть підкорятися такому лікарю. Проблеми виникатимуть при нетиповому, ускладненому перебігу хвороби (а таких з кожним роком стає все більше). І лікар, абсолютно знезброєний звичкою давати кліше-відповіді на кліше-запитання, не може самостійно розпізнати прояви патології, яка розвивається неординарно. Невміння вчасно та досконало поставити вірний діагноз – це крок до наступної помилки – невірної призначеного, проведеного лікування.

Слід зазначити, історія євроінтеграції почалася не вчора, а ще з 60-х років минулого сторіччя. Протягом 30-х років формулювались ідеї, обумовлювались різні пропозиції. І, нарешті, у 1988 р. прийняли концепцію університету як са-

мостійної організації, проголосивши Хартію університетів. Потім ще безмалю 9 років старанної роботи до взаємовизнання кваліфікацій вищої освіти, які були проголошені у 1997 р. (Лісабонська конвенція). Узгодження щодо структури системи вищої освіти прийняли лише у 1998 р. [4].

В Україні уже сьогодні слід створити незалежний інститут інспектування якості навчання. Причому в цій організації повинні працювати люди, що аж ніякого відношення до викладання у вузах не мають. В їх обов'язки входило б відновлювання банків даних (тестів), здійснювання експертної оцінки типових планів, робочих програм, порівнювання останніх з навчальними програмами інших закладів, пошук збігів та розходжень між ними (корекція їх). Крім того, на цих людей було б покладено перевірку набутих знань, вмінь та навичок у випускників.

Таким чином, слід провести розподіл між тими, хто навчає, та тими, хто екзаменує, особливо при отриманні дипломів (водночас оцінюється праця викладачів, рівень акредитації закладу). За умови, коли рівні успішності дипломників, встановлені педагогами вузу, значно відрізняються від оцінки експертів, проводять більш глибоку перевірку закладу на предмет виявлення причин такої пригніченої ситуації. На підставі аналізу такої перевірки розроблялися б рекомендації щодо усунення недоліків, причому в обмежений термін. У разі не прийняття мір вузу зменшували б рівень акредитації, позбавляли б суттєвих грантів тощо. Але може бути і навпаки. Навчальний заклад протягом декількох років випускає “добре” та “відмінно” підготовлених спеціалістів, що співпадає з оцінками незалежних експертів. Тим самим навчальний заклад здобуває кредит довіри, який може приймати різні іпостасі (від моральних ознак до матеріальних благ). На наш погляд, лише тоді можна говорити про визнання кваліфікацій, спроможність сподіватися на місце лікаря в будь-якій країні на Європейському просторі тощо. Те, що впроваджується зараз, більш схоже на декоративні косметичні зміни, які істотно не впливають на процеси демонтажу та реструктуризації вищої освіти.

Сподіваємося почути відгуки зацікавленої аудиторії, а із свого боку спробуємо продовжити розмову та запропонувати свої пропозиції щодо виходу з існуючої безумовно складної ситуації, які ми щойно окреслили в цій статті.

### Список літератури

1. Вища освіта України і Болонський процес: Навч. програма / Розробка: М.Ф. Степко, Я.Я. Болюбаш, В.Д. Шинкарук та ін. – К.: Тернопіль: Вид-во ТДПУ ім. В. Гнатюка, 2004. – 18 с.



2. *Высшее* медицинское образование / В.Н. Казаков, А.Н. Талалаенко, М.С. Каменецкий, М.Г. Гарина. – Донецк: “Здоровье”, 1992. – 223 с.
3. *Лукичев Г.А.* Интеграция и эффективность – цели реформ в высшем образовании стран Европы // Науч. вестник Моск. гос. техн. ун-та граждан. авиации. – 2000. – №26. – С. 13–18.
4. *Пидаев А.В., Передерий В.Г.* Болонский процесс в Европе. – Одесса: Одесский государственный медицинский университет, 2004. – 192 с.

#### **РЕФОРМИРОВАНИЕ ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ, ВСЕ ЛИ ТАК ОДНОЗНАЧНО?**

А.П. Педорец, Р.Я. Хоружая, А.Г. Пиляев (*Киев*)

Освещены проблемы вхождения в Болонский процесс. Отмечены недостатки, существующие в системе высшего медобразования Украины. Предлагается создать независимый институт экспертов, в обязанности которых входило бы: прием экзаменов у выпускников всех высших учебных заведений страны; обновление банков данных (тестов); редактирование типовых планов, рабочих программ и т.д.

#### **REFORMING OF HIGHER MEDICAL EDUCATION, WHETHER ALL SO IS UNEQUIVOCAL?**

А.Р. Pedorets, R.Ya. Khoruzhaya, A.G. Pilyaev (*Kiev*)

Problems of entering to the Bologna processes are covered. The lacks existing in system of higher medical education of Ukraine are marked. It is offered to create independent institute of experts into which duties would include: reception of examinations at graduates of all higher educational institutions of the country; updating of databanks (tests); editing of typical plans, working programs, etc.

*І.Б. МАРЦІНКОВСЬКИЙ*

## **ХВОРОБА І СМЕРТЬ Б.ХМЕЛЬНИЦЬКОГО**

Лікарня Миколаївського морського торговельного порту.

Однією з величних постатей в історії України є Б.Хмельницький – гетьман України, визначний державний і військовий діяч XVII ст. З історичних документів відомо, що за кілька днів перед смертю у Б.Хмельницького стався апоплексичний удар, але детального клінічного аналізу хвороби і причини смерті до сьогодні ще не було зроблено.

Мета статті зробити аналіз хвороби і причини смерті Б.Хмельницького на основі сучасних клінічних знань.

Б.Хмельницький народився близько 1595 року 27 грудня, скоріш за все в Чигирині, в родині дрібного шляхтича українського походження, що за істориками, найімовірніше, вийшла з Хмельника що у Перемишлянській землі. Змолоду допомагав в господарстві батькові, який привчив сина до військової справи. Освіту отримав спочатку в українській школі, а потім у колегіях єзуїтів у Ярославлі-Галицькому та у Львові. Домашнє виховання, природній розум дозволили з отриманої освіти взяти все найкраще і залишитися патріотом свого народу на все життя. В польсько-турецькій війні 1620–21 рр. брав участь у військовому поході, де в бою під Цецорою загинув його батько, а сам Б.Хмельницький попав у полон, пробувши в якому два роки був викуплений чи обміняний [4. –С.44]. Повернувшись з полону вступив до Чигиринського козацького полку Запорізького війська. В складі реєстрового козацтва брав участь у сухопутних і морських походах. Виріс з рядового козака до старшини. Серед козацької старшини виділявся тонким розумом, освітою, військовим досвідом, сильним волевім характером про що відмічали як самі козаки так і представники вищої польської шляхти (С.Конецпольський) та іноземні дипломати: польські, російські, турецькі, французькі (наприклад, граф де Брежі 1644 р), італійські (венеціанець А.Веміна) [4. –С.47, 48, 54, 55].

За життя болю завдали смерть батька, полон, постійні утиски польських панів, у 1647 році смерть першої дружини Ганни (Сомко), постійних переживань створювала друга дружина Мотрона (у 1651 році скориставшись відсутністю батька Тиміш покарав мачуху на смерть), тяжко

пережив смерть сина Тимоша (помер у вересні 1653 року від смертельного поранення у бою під Сучавою), тривогу викликав ще малолітній молодший син Юрій. Як полководець переживав поразку війська у війні зі шляхтою, як державотворець – перебував у постійній нервово-психологічній напрузі відповідальності прийняття політичних і військових рішень у цей, такий неспокійний в Україні час [4. –С.46, 50–51, 107].

Сучасники відмічали мінливість характеру Б.Хмельницького. “Повна зміна за одну годину ця людина”, – дивувалися польські послы [9]. У випадку обурення неприховував свого гніву. Викриваючи у Переяславі зловживання польських магнатів, він “говорив з такою фурією, що кидався від лави, рвався за чуприну, ногами бив землю”, аж польські послы цепеніли зі страху [7]. Дізнавшись про поразку під Берестечком “почав рвати собі волосся і лихословити”, а одержавши від Потоцького лист без титулу гетьмана, зблід і дуже обурився [4. –С.54]. Вісті про переговори росіян і поляків у Вільно його так схвилювали, що кинувся “мов шалений, що втратив розум” [1]. Коли старшина заперечувала проти походу на Молдавію, Б.Хмельницький спересердя рубанув шаблею черкаського полковника Я.Воронченка, але зразу ж опам’ятався і вибачився [4. –С.55]. Павло Алепський відзначав зовсім протилежне: “Нелукавий, спокійний, мовчазний, але людей не цурається”. Гетьман часто був мовчазний, задуманий, навіть в “меланхолії”, легко розчулювався” [4. –С.54]. Характеризуючи Б.Хмельницького венеціанець А.Веміна відзначав у ньому немов два ества: одне активне, діяльне, друге – спокійне, мрійливе. “У поведінці він м’який і простий, і тим викликає до себе любов козаків, але, з другого боку, держить їх у дисципліні суворими карами” [4. –С.55]. При дипломатичних зустрічах умів володіти собою, з усіма був ввічливий та доступний. Громадські справи були його постійним зацікавленням і турботою, які порушував навіть на банкеттах, бо, очевидно, про них постійно думав [4. –С.55]. Недивлячись на своє матеріальне благополуччя і соціальний статус жив Б.Хмельницький скромно, що дивувало як чужоземців так і українців. У людях ціну-

вав не походження і їхні статки, а особисті заслуги. А.Віміна оповідаючи скромність побуту гетьмана відзначав “гетьманський стіл не бідний добрими і смачними стравами і звичайними в країні напоями: горілкою, пивом медом” [6]. Протягом всього дорослого життя Б.Хмельницький вживав алкоголь, рідше вино, частіше горілку та мед, кутив люльку [4. –С.57], любив пити каву, найімовірніше, з 1620 року. Після смачного обіду чи вечері кутив турецьку люльку, міг зіграти на бандурі. Його захопленнями були голуби, у різних видах яких він розбирався досконало.

Б.Хмельницький, скоріше за все, хворів давно, але з весни 1656 року хвороба своїми симптомами все частіше турбувала гетьмана, а на початку 1657 року набрала небезпечного характеру. Б.Хмельницького точили тривога і хвилювання за майбутнє розпочатої ним справи розбудови української держави. Не сподіваючись на одужання, він на початку квітня 1657 року скликає старшинську раду за участю представників міст, за згодою якої передає гетьманську булаву малолітньому синові Юрієві. Рішення успадкування гетьманства викликало невдоволення певних кіл старшини. У такий відповідальний час бунтували козаки полковника А.Ждановича і Ю.Хмельницького. Отримавши 22 липня у Чигирині звістку про самовільний відступ корпусу А.Ждановича від трансільванського князя Д.Ракочія у Б.Хмельницького стався апоплексичний удар, від якого він пролежав п'ять днів “без язика”. О п'ятій годині дня 27 липня (6 серпня н.ст.) 1657 року Б.Хмельницький помер [2, 5]. Щоб встигли приїхати в Чигирин представники всього Запорізького війська, похорон відбувся через чотири тижні у неділю 25 серпня, отже тіло бальзамували для нетривалого зберігання. Згідно заповіту Б.Хмельницького, його поховали в збудованій ним церкві св. Іллі у Суботові, де вже лежав син Тиміш.

Беручи до уваги: стать, вік, особливості професійної та суспільної діяльності, холеричний темперамент, харчування, інші фактори (кутив, вживав алкоголь та каву), розвитку гострого порушення мозкового кровообігу з афазією сьогодні дають підстави стверджувати, що Б.Хмельницький страждав артеріальною гіпертензією на фоні атеросклерозу. Хвороба Б.Хмельницького, звичайно, не виникла раптово. Користуючись сьогоднішніми знаннями можна припустити, що спершу хвороба протікала безсимптомно чи з незначними проявами симптомів, які з часом наростали (головний біль, зниження працездатності, можливо носові кровотечі, при пошкодженні міокарда серцева недостатність та ін.). Якщо початкові симптоми хвороби Б.Хмельницького могли нехтуватися, то

її прояви в останній рік заставили задуматися про майбутнє (передача гетьманства малолітньому синові). На фоні цих захворювань чергове психоемоційне збудження спричинило до розвитку гострого порушення мозкового кровообігу з афазією та правостороннім паралічем (відсутність в історичних джерелах письмових розпоряджень гетьмана). Відомо, що в головному мозку існують ділянки (області) відповідальні за певні функції (мову, рух кінцівок тощо). Вимовляючи слова людина виконує певні рухи язиком, губами, що залежить від роботи заднього відділу третьої (нижньої) лобної звивини (область Брока) в одній із півкуль (лівої у правшів). При пошкодженні цієї ділянки кори головного мозку, людина не може вимовляти слів (моторна афазія), але зберігає здатність розуміти мову (відповідальною є скронева доля у задньому відділі верхньої скроневої звивини – область Верніке). Пошкодження скроневої області призводить до того, що людини буде чути звуки, але не буде їх розуміти. На відміну від дізартрії, що залежить від параліча язикової мускулатури, при моторній афазії хворий здатен рухати язиком і губами, але втрачає навик мовних рухів. Одночасно з втратою мови, часто виникає порушення функції письма, тобто коли пошкоджується анатомічно близький до області Брока задній відділ середньої (другої) лобної звивини поряд з проекційною областю повороту очей і голови та рухів руки у лівій півкулі у правшів. Втративши навик звукової мови (афазія) хворий одночасно не може порозумітися й письмово (аграфія), що повністю має можливість зробити хворий анартрією, тобто паралічем язика [8]. Описана раптова поява клінічних симптомів можлива при пошкодженні мозкової тканини внаслідок порушення кровообігу в басейні лівої середньомозкової артерії (а. cerebri media sin.).

В той час в Україні, як і у всіх європейських країнах, медичну допомогу населенню надавали в основному не дипломовані лікарі (medicus literatus), а лікувальники-ремісники під назвою цирульники (змінене слово хірург – chirurgus, chiruricus, cirulicus). Як свідчать документи при дворі Б.Хмельницького був хірург [4. –С.57]. В середньовіччі хірург ставив банки, сухі та з насічками (криваві), розрізав гнояки, виривав зуби, перев'язував рани, накладав шини при переломах, вправляв вивихи, виготовляв різні пластирі для лікування ран, виконував ампутації і поширені в народі кровопускання. Кровопускання на фоні підвищення артеріального тиску могло приносити полегшення. В той час для полегшення симптомів артеріальної гіпертензії могли використовуватися й фітопрепарати із народної медицини, та скоріше за все не

регулярно, бо саме захворювання ще не було вивчене. Інших методів лікування, в тому числі й медикаментозних, не знали. Вимірювати артеріальний тиск у XVII ст не могли. Визначати тиск у судинах за допомогою пункції артерій розробив К.Бернар, Е.-Ж.Марей, Ж.-Л.Пуазейль тільки у 1831 році, а у 1878 році Е.-Ж.Марей запропонував один з перших неінвазивних способів визначення артеріального тиску за допомогою осцилометрії. Ще пізніше у 1896 році С.Ріва-Роччі запропонував пальпаторний метод визначення артеріального тиску за допомогою оклюзійної манжетки і тонометра. Поширений сьогодні аускультативний метод визначення артеріального тиску запропонував росіянин М.Коротков тільки у 1905 році [3].

Отже, беручи до уваги із спогадів сучасників анамнез життя і захворювання, проведену

нами диференційну діагностику відомих клінічних симптомів можна стверджувати, що Б.Хмельницький приблизно на шістдесят другому році життя страждав атеросклерозом із артеріальною гіпертензією, на фоні яких 22 липня 1657 року під час психоемоційного збудження у басейні лівої середньомозкової артерії виникло порушення кровообігу (*insulto*) з пошкодженням мозкової тканини лобної області лівої півкулі з розвитком моторної афазії та аграфії й п'ятиденним перебуванням у важкому стані з історично зумовленою відсутністю адекватної патогенетичної медичної допомоги. Виходячи із сучасного розуміння клінічного перебігу інсульту, безпосередньою причиною смерті, яка наступила о п'ятій годині дня 27 липня 1657 року, скоріш за все, стала зупинка дихання і серця на фоні прогресуючого набряку мозку.

### Література

1. Акты, относящиеся к истории Южной и Западной России. –СПб., 1878. –Т.3. –С.556.
2. Величко Самійло Літопис. –К.: Дніпро, 1991. –Т.1. –С.207.
3. Винокур В.А. Аускультативный метод измерения артериального давления (История открытия и современные аспекты применения) //Клиническая медицина. –1990. –№12. –С.100–102.
4. Крип'якевич І.П. Богдан Хмельницький. –Львів: Світ, 1990. –405 с.
5. Літопис Самовидця –К.: Наукова думка, 1971. –С.74–75.
6. Молчановский Н. Донесения венецианца Альберто Вимина о козаках и Б.Хмельницком. // Киевская старина. –1900. –Кн.І. –С.16, 73.
7. Памятники, изданные Киевской комиссией для разбора древних актов. –К., 1898. –Т.1. –С.321–322.
8. Триумфов А.В. Топическая диагностика заболеваний нервной системы. –Л.: Медицина, 1974. –246 с.
9. Niemcewicz J. Zbior pamietnikow historycznych o dawnej Polsce, z rekopismow, tudziez dziei w roinych jezykach. –Lwow, 1822. –Т.4. –S.283.

### БОЛЕЗНЬ И СМЕРТЬ Б.ХМЕЛЬНИЦКОГО

*И.Б. Марцинковский*

На основании исторических источников, современного понимания причин и клинического течения заболеваний проведена топическая диагностика инсульта и причины смерти Б.Хмельницкого.

### DISEASE AND DEATH OF BOGDAN KHMELNYTSKY

*I.B. Martsincovsky (Mykolaiv)*

A topical diagnostics of Bogdan Khmelnytsky's stroke and cause of his death has been carried out on the ground of historic sources and present-day understanding of causes and clinical course of diseases.

## ДО ВІДОМА АВТОРІВ

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 01601, вул. Димитрова, 5, корп. 10а, 7 поверх) 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 візю керівництва (наукового керівника), завіреною круглою печаткою установи, та **гарантійним листом про оплату із розрахунку 60 у.о. 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 (повністю)**, 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), **літературні джерела, узяті з Internet, не зараховуються;**

- таблиць;

- рисунків (не більше ніж 4) і підписів до них;

- **рефератів російською та англійською мовами з обов'язковим зазначенням прізвищ та ініціалів авторів цими мовами**, обсягом не більше 1/3–1/2 с.

- *Статті набираються на комп'ютері в програмі Word, зберігаються у форматі .rtf і подаються роздруковані з дискетою. Текст реферату слід друкувати шрифтом 12 пунктів з міжрядковим інтервалом – 1,5, додержуючись таких розмірів берегів (полів): верхній і нижній – 20 мм, лівий – 25 мм, правий – 10 мм. Ілюстрації (діаграми, графіки, схеми) будуються в програмах Word або Excel та у вигляді окремих файлів і разом із текстовим файлом подаються на дискеті.*

- На першій сторінці зазначаються: **індекс 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, коли і де захищалась (в якій науковій установі), 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 зразу 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.

- Позначки різних мір, одиниці фізичних величин, результати клінічних і лабораторних досліджень слід наводити відповідно до Міжнародної системи одиниць (SI), 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. Абrevіатура розшифровується після першого згадування і залишається незмінною протягом усього тексту.

- У рефератах потрібно вказати назву статті, ініціали та прізвище автора (авторів), місто в дужках, лаконічно викласти зміст статті.

- 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.

- Придбати журнал Ви зможете за передплатою та в роздріб. Вартість передплати за один номер для юридичних та фізичних осіб становить 12 грн 50 коп. Бажаючим його придбати потрібно звертатися за тел. (0352) 22-80-09.

**Редакційна Рада**

Адреса редакції  
01601, м. Київ, вул. Димитрова, 5, корп. 10а (7 поверх)  
телефон (044) 284-39-38, 284-39-43, факс (044) 284-39-37 E-mail: health@uiph.kiev.ua

Адреса видавництва  
282001, м. Тернопіль, Майдан волі, 1  
Видавництво "Укрмедкнига" Тернопільського державного медичного університету 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 Тернопільського медичного університету на рахунок 07060223000067/1  
для журналу "Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України"

Редактор О.М. Ратаніна  
Художнє оформлення: О.Г. Головіна  
Коректор О.М. Ратаніна  
Технічний редактор  
Комп'ютерний набір: Н.О. Іщенко  
Перекладачі: Н.Т. Кучеренко

Здано до складання  
Друк офсет

Підписано до друку.  
. Ум. друк. арк

Формат 60x84 1/8. Папір офсет.  
. Обл.-вид. арк. . Наклад. Зам. №.