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

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

ЩОКВАРТАЛЬНИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

1

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

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

Київ - Тернопіль
“Укрмедкнига”
2002

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.Н. Литвинова (відповід. секретар), О.Ю. Майоров, В.Ф. Москаленко, Г.М. Москалець (відповід. секретар), А.М. Нагорна (заст. головного редактора), А.М. Сердюк, І.М. Солоненко, А.Р. Уваренко, А.О. Шелюженко

РЕДАКЦІЙНА РАДА

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

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

*Рекомендовано до друку вченою радою
Українського інституту громадського здоров'я
(протокол № 32 від 10.12.2001 р.)*

Передплатний індекс – 22867

Підсумкова колегія МОЗ України

В.Ф. Москаленко, В.М. Пономаренко. Самооцінка здоров'я – складова частина моніторингу європейської політики “Здоров'я для всіх” в Україні

Здоров'я та суспільство

Р.О. Моїсеєнко. Сучасні проблеми стану здоров'я та медико-соціального забезпечення дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування

А.М.Сердюк, О.І. Тимченко, Н.Г.Гойда, В.В.Єлагін, Е.М.Омельченко. Профілактична медицина: перспективи профілактики мультифакторіальних хвороб

А.В.Іпатов, Д.І.Клименко. Актуальні проблеми вдосконалення експертизи втрати професійної працездатності внаслідок кохлео-вестибулярних розладів

Т.К.Набухотний, В.П.Павлюк, Т.С.Макієнко, О.В.Котілов, Г.П.Мосієнко. Стан соціально-психічного здоров'я підлітків, які проходять соціальну реабілітацію в місцях позбавлення волі

А.С. Котуза. Медико-соціальна характеристика чинників способу життя та професійної діяльності льотного складу військово-повітряних сил України

Б.А. Дусчанов, М.Р. Самандаров. Захворюваність злоякісними пухлинами органів травного тракту серед різних етнічних груп населення Хорезмської області Узбекистану.

І.В. Жулкевич. Визначення профілактичних заходів при ураженні кісткової тканини в гематологічній практиці методом дискримінантного аналізу

Інформаційні технології в управлінні охороною здоров'я

М.В.Оленін, Ю.А.Хунов. Інформаційні технології в охороні здоров'я, стан, проблеми

Л.М.Романюк. Сучасний стан системи медико-статистичної інформації в Україні

Summary College of Public Health Ministry of Ukraine

V.F. Moskalenko, V.M. Ponomarenko. Health self-estimation – constituent part in monitoring of European policy “Health for all” in Ukraine

Health and Society

R.O.Moiseyenko. Modern problems of health status and medical and social care of children-orphan and children deprived of parents care

A.M. Serdiuk, O.I.Timchenko, N.G.Hoyda, V.V.Yelagin, E.M.Omelchenko. Preventive medicine: perspectives for multifactorial diseases prevention

A.V.Ipatov, D.I. Klimenko. Urgent problems to improve expertise of professional working-ability loss caused by cochlea-vestibulatory apparatus disorders

T.K.Nabukhotny, V.P.Pavliuk, T.S.Makiyenko, O.V.Kotilov, H.P.Mosiyenko. The state of socio-psychic health of teenagers undergoing social rehabilitation at penitentiaries

A.S.Kotuzza. Medical and social characteristics of life style factors and of occupational activity of the flying personnel in air forces of Ukraine

Duschanov B.A., Samandarov G.G. Morbidity by maeignant organs swellings of digestive hig1 road among diverse ethnic population groups of area chorezmy of Uzbekistan

I.V. Shulkevych Definition of preventive measures at a defeat of bone tissue in hematological practice by the method of the discrimination analysis

Information Technologies in the Public Health Management

M.V. Olenin, Ya.A. Khunov. Information technologies in public health, state of art, problems

L.N. Romaniuk The modern state of the system of the medical statistic information in Ukraine

5

10

14

18

25

28

35

39

43

48

Організація медичної допомоги

В.М. Пономаренко, О.М.Ціборовський, Л.І.Галієнко, В.С. Гуменний. Основні тенденції розвитку спеціалізованої медичної допомоги в Україні на сучасному етапі

50

В.В. Пасько, С.В.Іванов. Проблеми та обґрунтування організації наукової і науково-технічної діяльності у військово-медичній службі України.

56

Т.С. Грузєва. Наукове обґрунтування державних соціальних нормативів забезпечення населення стаціонарною медичною допомогою

60

В.І.Польченко. Структурна характеристика медичної допомоги сільському населенню України

64

В. А. Лушкін, А.С. Малиновський, З.М. Парамонов, В.Й. Шатило, В.І. Хренов. Про заходи органів влади і місцевого самоврядування з удосконалення системи надання медичної допомоги жителям Житомирської області

67

В.В. Пасько, В.Л.Савицький. Національна система підготовки військово-медичних фахівців

71

О.О.Воронцов, М.М.Василів Згода-Заява щодо надання медичної допомоги жіночими консультаціями.

76

Економіка охорони здоров'я

З.М. Парамонов, В.Й. Шатило, В.І. Хренов. Досвід економічного господарювання в закладах охорони здоров'я Житомирської області

78

Управління охороною здоров'я

О.Н.Литвинова. Управлінська роль керівника системи охорони здоров'я

80

Історія медицини

А.О.Голяченко, В.М.Романюк. Проблеми української історії медицини та фармації

83

Огляд літератури

В.В.Беспалько. Сучасний стан проблеми наркоманії в Україні та країнах СНД (аналітичний огляд)

86

До авторів

90

Organization of Medical Care Provision

V.M. Ponomarenko, O.M. Tsiborovsky, L.I.Haliyenko, V.S.Gumenny. Main trends in development of specialized medical care delivery system in Ukraine

V.V. Pasko, S.I. Ivanov Problems and foundation of organisation of scientific and technical activity in military medical service of Ukraine

T.S.Hruzeva. Scientific grounding of state social standards for providing of the population with in-patient medical care

V.I.Polchenko. Structural characteristics of medical care for rural people

V.A.Lushkin, A.S.Malinovsky, Z.M.Paramonov, V.I.Shatilo, V.I.Khrenov. On measures of governmental bodies and local self-management in improvement of the system of medical care for citizens of Zhitomir province

V.V. Pasjko, V.L. Savitsky. National system of military medicine professionals training

A.A. Worontsov, N.N. Vasylyev Contract-application about rendering of medical aid by female advices

Economics of Health Care Provision

Z.M.Paramoniv, V.I.Shatilo, V.I.Khrenov. An experience of economic management in health institutions in Zhitomir province

Management in Public Health Care

O.N. Lytvynova Administrative role of the chief of public health services

History of Medicine

A. Golachenko, B. Romanuk Problems of Ukrainian history of medicine and pharmacy

Surveys of literature

V.V. Bepalko. Extent of nowadays drugs-addiction problem in Ukraine and in some other NIS countries (analytical review)

Notices for Authors

В.Ф. МОСКАЛЕНКО, В.М. ПОНОМАРЕНКО (КИЇВ)

САМООЦІНКА ЗДОРОВ'Я – СКЛАДОВА ЧАСТИНА МОНІТОРИНГУ ЄВРОПЕЙСЬКОЇ ПОЛІТИКИ “ЗДОРОВ'Я ДЛЯ ВСІХ” В УКРАЇНІ

Міністерство охорони здоров'я України

Орієнтиром останнього десятиріччя і на подальшу перспективу для вдосконалення політики в галузі охорони здоров'я в Європі й у кожній країні – члені Європейського бюро ВООЗ є загальноєвропейська політика “Здоров'я для всіх” (ЗДВ) [1, 2]. Вона передбачає, що всі країни повинні не тільки мати, але й здійснювати політику досягнення здоров'я для всіх на державному, регіональному та місцевому рівнях за підтримки відповідних структур.

В Україні державна політика у сфері охорони здоров'я спрямована на зниження рівня захворюваності, інвалідності та смертності, збереження працездатності, подовження тривалості активного життя, поліпшення демографічної ситуації, зміцнення здоров'я всіх верств населення, підвищення якості та ефективності медико-санітарної допомоги, забезпечення соціальної справедливості та прав громадян на її одержання, вдосконалення фінансування, організації та управління галуззю, а також на соціально-економічний захист працівників охорони здоров'я. Вона здійснюється з урахуванням основних принципів і стратегій політики досягнення здоров'я для всіх в Європейському регіоні ВООЗ.

Основною метою політики ЗДВ в Україні є забезпечення справедливості в галузі охорони здоров'я та якості життя, а основним її орієнтиром – усунення різниці в стані здоров'я, зумовленої соціально-економічними чинниками.

Оцінка прогресу на шляху досягнення здоров'я для всіх здійснюється на основі постійного моніторингу за показниками здоров'я населення і чинниками, що на нього впливають, – невід'ємною складовою частиною політики ЗДВ. Моніторинг сприяє виявленню основних проблем, застосуванню отриманих даних для визначення стратегії та своєчасного прийняття відповідних рішень. Адміністративні рішення і практичні дії насамперед повинні спрямовуватися на чинники, що відіграють визначальну роль у формуванні здоров'я [3, 10]. Моніторинг змін ступеня

відмінності у стані здоров'я населення є також необхідною умовою оцінки ефективності заходів щодо реалізації політики охорони здоров'я.

Європейський регіон ВООЗ має вже 15-річний досвід спільного розроблення і впровадження моніторингу та оцінки політики в галузі здоров'я та його охорони, спрямованої на загальні кінцеві результати. В Україні моніторинг виконання політики ЗДВ здійснюється з 1993 р. За рекомендаціями ВООЗ, близько 80 % інформації за більше ніж 250 індикаторами ЗДВ збирається в країні в базу даних у межах традиційної статистики, інша – шляхом обстежень і опитувань населення. Ці індикатори згруповані в окремі переліки відповідно до наявної інформації та методів збирання даних [5, 6, 7].

Серед напрямів, передбачених політикою ЗДВ, важливе місце займає напрям “Здоров'я та якість життя” [1]. Вивчення здоров'я та якості життя є основою інформаційного забезпечення прийняття управлінських рішень з питань охорони здоров'я. Здоров'я населення вивчається та оцінюється за допомогою великого асортименту показників – від статистичних даних про рівень смертності, інвалідності та захворюваності до суб'єктивного сприйняття здоров'я і різних аспектів якості життя [3]. Тому основою моніторингу повинні бути регулярні медико-соціологічні дослідження на основі анкетування населення.

Досвід і аналіз вивчення стану здоров'я та якості життя шляхом опитування в різних країнах показали, що є значні розбіжності в методиках визначення вибіркової сукупності, накопичення даних, доборі запитань в опитувальниках. Для координації та розроблення єдиних методик відповідних досліджень Європейським регіональним бюро (ЄРБ) ВООЗ створений проект “Health interview surveys” (“EUROHIS”), або “Оцінка стану здоров'я за допомогою інтерв'ю” [8, 11]. До “EUROHIS” приєдналися, крім України, Австрія, Бельгія, Болгарія, Чехія, Данія, Фінляндія, Франція, Германія, Угорщина, Ірландія, Ізраїль, Італія,

Латвія, Люксембург, Нідерланди, Норвегія, Португалія, Румунія, Російська Федерація, Іспанія, Швеція, Швейцарія, Турція та ін.

Визначення стану здоров'я за даними медико-соціологічних досліджень є дешевим і легкодоступним інструментом порівняно, з медичним обстеженням. Крім того, однією з переваг цих досліджень є те, що вони дозволяють встановити взаємозв'язок між самооцінкою стану здоров'я, здоровою поведінкою, соціальними, економічними та демографічними реаліями, можуть інтерпретуватись у світлі соціально-економічного статусу [8].

Здоров'я як стан повного фізичного, душевного та соціального благополуччя, як запас фізичних сил і здатність адаптуватися до змін навколишнього середовища насамперед відчувається суб'єктивно і лише потім визначається за медико-демографічними показниками, станом фізичного розвитку, рівнем захворюваності. Індивідуальні та групові судження людей про особисте здоров'я, умови життя, оцінка своєї поведінки як прояву способу життя характеризують стан здоров'я і якість життя, дозволяють отримати узагальнену характеристику опитуваних. Тому основну увагу під час опитування про стан здоров'я слід зосереджувати на самооцінці здоров'я, поведінці, що впливає на здоров'я (куріння, вживання алкогольних напоїв, фізична активність), а також на демографічних і соціально-економічних характеристиках [8].

Моніторинг і оцінка здоров'я та якості життя показують, що інформація, отримана за допомогою навіть незначної кількості показників, за якими проводять опитування населення, сприяє прогресу в досягненні цілей політики ЗДВ. Одержані шляхом опитування дані дозволяють порівнювати результати оцінки стану здоров'я та якості життя в різних країнах, стежити за їх змінами.

З погляду ВООЗ, самосприйняття здоров'я тісно пов'язане з об'єктивним станом здоров'я, умовами життя, є важливим прогностичним показником стосовно захворюваності та смертності. Так, у скандинавських країнах, де встановлено найвищий рівень здоров'я на основі його самооцінки, спостерігається також найкращий статус здоров'я за переважною більшістю даних офіційної статистики. Саме в цих країнах очікувана тривалість життя під час народження наблизилася до 80 років [3, 12]. У Фінляндії результати досліджень стану здоров'я населення за допомогою опитувань із наступним обстеженням респондентів у медичних закладах продемонстрували високий збіг даних [9].

У лютому 1997 р. ЄРБ ВООЗ розгорнуло широкомасштабну роботу зі здійснення проекту "EUROHIS" в Європі, до якої приєдналася й Україна. Пріоритетним завданням у виконанні політики

ЗДВ в Україні стало отримання інформації про стан здоров'я населення за індикаторами ЗДВ, визначеними шляхом опитування населення на основі медико-соціологічних досліджень і створення комп'ютерної бази даних результатів цих досліджень.

Міністерством охорони здоров'я України та Українським інститутом громадського здоров'я, враховуючи рекомендації ВООЗ, розроблена анкета із самооцінки здоров'я та якості життя для заповнення респондентами. Вона містить 17 блоків закритих запитань і варіанти можливих відповідей. Запитання спрямовані на визначення рівня освіти, соціального і професійного статусу, матеріального положення, житлових умов, наявності хвороб і патологічних симптомів, фізичного розвитку, особливостей харчування, споживання алкогольних напоїв, куріння, фізичної активності, психоемоційного стану, самооцінку здоров'я.

У 1997–1999 рр. шляхом анкетування проведено вибіркоче опитування населення міст 19 областей України (Київської, Харківської, Сумської, Полтавської, Кіровоградської, Черкаської, Волинської, Житомирської, Чернігівської, Вінницької, Рівненської, Хмельницької, Чернівецької, Волинської, Тернопільської, Закарпатської, Запорізької, Донецької, Херсонської) та Автономної Республіки Крим.

Обстежену вибіркочу сукупність склали 5134 респонденти, що відповідає вимогам до вибірок у подібних дослідженнях [4]. Методом формування вибіркової сукупності став стихійний добір. Вибірка охоплює чоловіків і жінок віком від 15 до 80 років, різноманітна за соціальною належністю і родом занять респондентів: учні та студенти (10,6 %), робітники і службовці (65,0 %), пенсіонери (12,2 %), безробітні (6,4 %), домогосподарки (2,6 %), інваліди (3,1 %). Внаслідок соціологічного опитування отримано дані за 32 індикаторами ЗДВ. Значення деяких із них наведено в таблиці 1.

Як видно з таблиці 1, оцінку "добре" своєму здоров'ю дали лише 18,9 % опитаних, що майже у 4 рази менше, порівняно з Данією (80 %), де встановлено найвищий рівень здоров'я на основі його самооцінки і за статистичними показниками [3]. Слід зазначити, що серед 12 країн, які надали інформацію про позитивну самооцінку здоров'ю до бази даних ЗДВ, Україна стоїть на останньому місці після Росії (близько 20 %) (рис. 1).

Рівень соціального здоров'я (табл. 1) в середньому склав 74 бали (за 100-бальною оцінкою шкалою), тобто 3/4 ідеального, соціальної підтримки – 69, тобто на 1/3 не сягав умовного ідеального рівня.

Одним із важливих чинників ризику розвитку серцево-судинних захворювань є надлишкова маса тіла (індекс маси тіла (ІМТ) – більше ніж

Таблиця 1. Значення індикаторів ЗДВ, отриманих під час соціологічного опитування

Індикатор	Респонденти		
	Обидві статі	Чоловіки	Жінки
Самооцінка здоров'я "Добре", %	18,9	26,6	16,0
Оцінка рівня соціального здоров'я, бали за шкалою 0–100	74	74	74
Оцінка рівня соціальної підтримки, бали за шкалою 0–100	69	71	67
Частка населення віком 25 років і більше, %			
з початковою освітою	4,1	6,9	2,6
із середньою освітою	40,5	33,6	44,4
з освітою, вищою за середню	52,9	56,9	50,6
Частка письменного населення віком 15 років і більше, %	100	100	100
Середня кількість років освіти у населення віком понад 25 років	13,8	14,0	13,5
Частка населення з індексом маси тіла, що перевищує 30 кг/м ² , %	17,5	14,1	19,3
Частка населення, що не вживає алкогольних напоїв, %	38,9	28,5	44,5
Частка населення, що вживає 50 г і більше чистого алкоголю на день, %	3,9	9,5	0,9
Частка осіб, які не курять, віком 15 років і більше, %	46,8	27,1	57,9
Частка осіб, які викурюють 20 і більше сигарет на день, %	5,8	14,8	0,8
Частка фізично активного населення, %	53,8	61,4	49,9
Частка населення, що займається фізичним навантаженням до поту, %	30,5	35,6	27,7
Середня кількість осіб на кімнату в традиційних житлах	1,4		
Середня площа житлового простору, м ² на людину	14		
Частка населення, що мешкає в житлах розміри яких менші за стандартні, %	60,4		
Частка бідних, %	65		

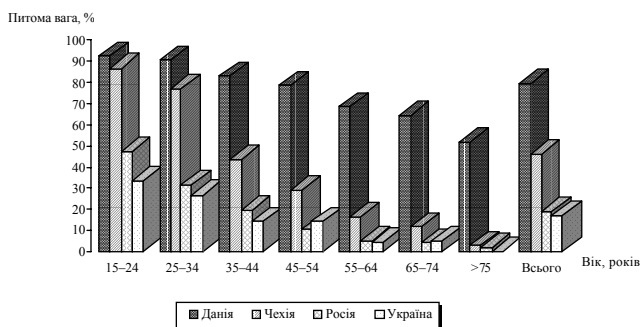


Рис. 1. Частка осіб, які оцінюють своє здоров'я як добре, в Україні та деяких країнах Європейського регіону ВООЗ.

27 кг/м²). За результатами опитування, масу, вищу норми, мали 37,9 % респондентів, із них 17,5 % хворіють на ожиріння (ІМТ>30 кг/м²) (табл. 1). Частка осіб із надлишковою масою тіла в Україні в середньому, незалежно від віку, майже в 2 рази більша, ніж така сама в Данії (рис. 2). Середнє значення індексу маси тіла знаходилося в межах норми (25,5 кг/м²). 9,3 % опитаних мали ІМТ, нижчий норми (20 кг/м²).

Респонденти, які виявляють фізичну активність під час дозвілля, становлять 53,8 %, що практично не відрізняється від більшості країн, які надали відповідну інформацію до бази даних ЗДВ (рис. 3).

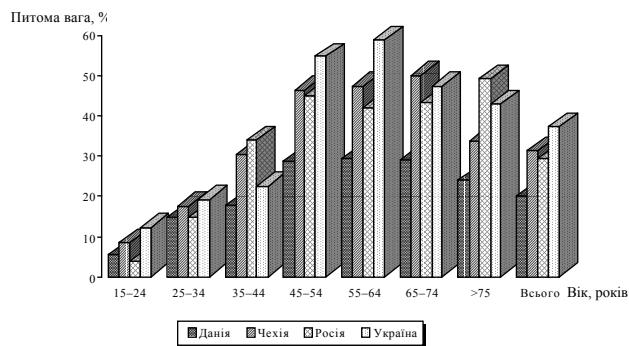


Рис. 2. Частка осіб з надлишковою масою тіла в Україні та деяких країнах Європейського регіону ВООЗ.

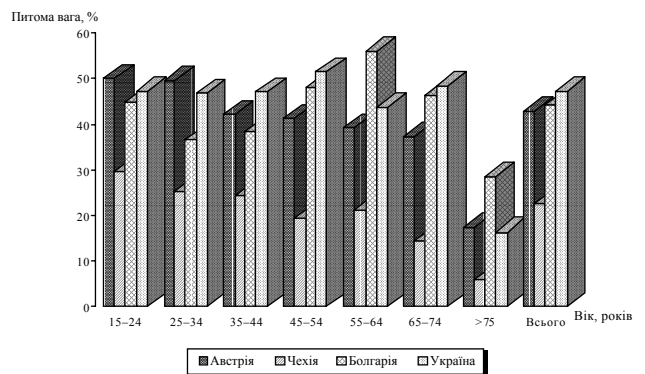


Рис. 3. Частка осіб, віднесених до категорії фізично активних під час дозвілля, в Україні та деяких країнах Європейського регіону ВООЗ.

Споживання сигарет на одну людину в рік в Україні вище середнього для СНД і країн Європейського Союзу. Поширеність куріння в нащій державі становить 53,2 %, що є найвищим значенням у Європейському регіоні ВООЗ.

Україна, за даними зареєстрованого споживання алкогольних напоїв, належить до країн із низьким річним рівнем споживання алкогольних напоїв на душу населення (WHO Regional Office for Europe, 1997). Проте є підстави вважати, що реальний рівень споживання алкоголю суттєво вищий. За даними опитування, він дорівнює 3,7 л (5,9 л для чоловіків, 1,6 – для жінок). Близько 4 % населення України щодня споживають більше ніж 50 г чистого алкоголю. При цьому 38,9 % опитуваних не вживають алкогольних напоїв (табл. 1).

Одне із завдань ЗДВ пов'язане зі здоров'ям і питаннями статі. Воно спрямоване на те, щоб до 2020 р. зменшити кількість проблем стосовно здоров'я, пов'язаних зі статевою належністю, а політика охорони здоров'я і соціальна політика забезпечили зменшення розбіжностей у рівнях здоров'я між чоловіками і жінками. У зв'язку з цим важливо було проаналізувати, як представники різної статі оцінили своє здоров'я та про-

блеми, пов'язані з ним. Стан свого здоров'я як добрий оцінили 26,6 % чоловіків-респондентів і 16 % жінок (табл. 1).

Вивчення поширеності деяких хронічних хвороб і патологічних станів, наведених у таблиці 2, показало, що її рівень, одержаний за допомогою медико-соціологічних досліджень, значно перевищує (в 1,2–13 разів) такий самий рівень поширеності за даними медичної статистики і залежить від статі. Так, жінки трохи частіше (в 1,3–2 рази), ніж чоловіки, хворіють на бронхіальну астму, різні види алергії, цукровий діабет, хронічні захворювання ясен, скаржаться на постійний біль у хребті, обмеження рухливості та біль у суглобах, порушення зору. Більш поширені (в 1,7 раза) серед жінок і нервові та емоційні порушення, а такі стани, як анемія та порушення функції щитоподібної залози, зустрічаються серед жіночого населення значно частіше, ніж серед чоловічого (в 3,8 і 4,4 раза відповідно). Проте чоловіки майже в 2 рази частіше хворіють на виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки. Однаковою мірою чоловіки і жінки страждають від артеріальної гіпертензії, інсульту та його наслідків, хронічних хвороб бронхів і легень, шкіри, хронічного гастриту, порушень слуху.

Таблиця 2. Поширеність окремих хвороб, патологічних станів і симптомів (за даними соціологічного опитування)

Хвороби, симптоми, патологічні стани	Респонденти		
	Обидві статі	Чоловіки	Жінки
	Поширеність, %		
Артеріальна гіпертензія	19,6	19,5	20,7
Хронічні хвороби серця	8,7	7,6	9,7
Сильний головний біль	21,2	12,7	26,8
Інсульт і його наслідки	1,6	1,9	1,6
Анемія	6,6	2,4	9,1
Хронічні хвороби бронхів і легень	10,6	11,1	10,8
Бронхіальна астма	2,2	1,8	2,5
Алергія	11,7	7,2	14,7
Порушення функції щитоподібної залози	8,1	2,6	11,4
Цукровий діабет	2,7	2,0	3,1
Хронічний гастрит	17,4	16,3	18,9
Виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки	6,6	9,9	5,2
Хронічні хвороби шкіри	4,7	5,3	4,6
Хронічні хвороби ясен	11,8	9,6	13,5
Постійний біль у хребті	22,2	18,2	25,5
Обмеження рухливості та біль у суглобах	15,6	12,3	18,1
Нервові та (або) емоційні порушення	21,5	15,1	26,0
Порушення слуху	5,3	5,7	5,4
Порушення зору	23,3	19,5	26,5
Безплідність	1,3		

Серед представників обох статей відрізняється поширеність деяких чинників ризику (надлишкова маса тіла, гіподинамія, вживання алкогольних напоїв, куріння) для здоров'я (табл. 1). Ожи-

ріння серед жінок зустрічається дещо частіше (у 19,3 % випадків), ніж серед чоловіків (14,1 %), що, можливо, є наслідком ставлення жінок до фізичної активності. Не проявляють помірної

фізичної активності 50 % жінок і 38 % чоловіків. Проте серед чоловіків поширеніші такі чинники ризику, як куріння (72,9 % проти 42,1 % жінок) та вживання алкогольних напоїв. Понад 20 сигарет щодня викурюють 14,8 % чоловіків і 0,8 % жінок, зокрема курять близько 30 % жінок дітородного віку (до 35 років). У чоловіків значно більші кількість і частота вживання алкогольних напоїв.

Дані медико-соціологічних досліджень за проектом "EUROHIS" свідчать про те, що проведення регулярних широкомасштабних обстежень здоров'я за допомогою опитувань в Україні поряд із розширенням медичної статистики є значним внеском в оцінку стану здоров'я населення, якості його життя і поширеності чинників ризику здоров'я. Проектом політики ЗДВ на XXI сторіччя передбачені розширення і продовження моніторингу її виконання принаймні до 2020 р.,

що потребує відповідних зусиль від країн-учасниць на шляху досягнення цілей проекту. Тому перед Україною – членом ВООЗ, що приєдналася до політики ЗДВ, стоїть завдання адаптувати її до національних особливостей і державних пріоритетів у сфері охорони здоров'я, вдосконалити механізми моніторингу за її виконанням. У масштабах держави необхідно забезпечити регулярне проведення медико-соціологічних досліджень відповідно до європейського проекту, що дозволить і в подальшому отримувати вірогідну, поглиблену і різнобічну інформацію про стан здоров'я населення і якість його життя, визначити стратегічні напрями та обґрунтувати програми розвитку охорони здоров'я. Вивчення стану здоров'я населення України з використанням методичних підходів ВООЗ сприятиме процесу інтеграції України до європейського співтовариства.

Список літератури

1. *Задачи по достижению здоровья для всех. Европейская политика здравоохранения.* – Копенгаген: ВОЗ ЕРБ, 1991. – № 4: Европ. сер. по достижению здоровья для всех. – 322 с.
2. *Здоровье-21: Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ.* – Копенгаген: ВОЗ ЕРБ, 1999. – № 6: Европ. сер. по достижению здоровья для всех. – 310 с.
3. *Здоровье населения в Европе. Региональная публикация ВОЗ.* – Копенгаген: ВОЗ ЕРБ, 1995. – № 56: Европ. сер. по достижению здоровья для всех. – 66 с.
4. *Измерение различий состояния здоровья, обусловленных социально-экономическими факторами /* Под ред. А.Е. Кунст и Д.П. Акенбах. – Копенгаген: ВОЗ, 1996. – 115 с.
5. *Обзор по сбору статистических данных для третьей оценки хода работы по достижению здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ (1996–1997 гг.).* – Копенгаген: ВОЗ ЕРБ, 1996. – 24 с.
6. *Guidelines for regular annual provision of HFA indicators and other selected national health-related statistics in computer-readable on paper form to the WHO Regional Office for Europe.* – Copenhagen: WHO, 1996. – 41 p.
7. *Health for all. List of statistical indicators.* – Copenhagen: WHO ROE, 1994. – 8 p.
8. *Health interview surveys: towards international harmonization of methods and instruments //* A. Bruin, H. Picavet, A. Nossikov et al. // *Who Reg. Publ. Europ. ser.* № 58. – Copenhagen: WHO, 1996. – 161 p.
9. *Heliovaara M., Aromaa K., Klaukka P. et al. Reliability and validity of interview date on chronic diseases // J. Clin. Epidemiol.* – 1993. – Vol. 46, № 2. – P. 181–191.
10. *Nanda A. Monitoring and evolution of the FHA European strategy: information, needs and products // Fourth consultation to develop common methods and instruments for health interview surveys in Europe, Copenhagen 26–28 Febr. 1997.* – Copenhagen: WHO, 1997. – P. 5.
11. *Nossikov A. Overview of achievements of the His project // Fourth consultation to develop common methods and instruments for health interview surveys in Europe, Copenhagen 26–28 Febr. 1997.* – Copenhagen: WHO, 1997. – P. 5.
12. *To all members states in European region.* – Copenhagen: ROE, 1993. – 50 p.

САМООЦЕНКА ЗДОРОВ'Я – СОСТАВНАЯ ЧАСТЬ МОНИТОРИНГА ЕВРОПЕЙСКОЙ ПОЛИТИКИ "ЗДОРОВЬЕ ДЛЯ ВСЕХ" В УКРАИНЕ

В.Ф. Москаленко, В.М. Пономаренко (Киев)

Освещена работа, проводящаяся в Украине по осуществлению разработанного ЕРБ ВОЗ проекта "Health interview surveys" ("EUROHIS") или "Оценка состояния здоровья с помощью интервью". Подчеркнуто, что приоритетной задачей в проведении политики ЗДВ в Украине стало получение информации о состоянии здоровья населения по показателям ЗДВ, определенным путем опроса населения на основе медико-социологических исследований и создания компьютерной базы данных результатов этих исследований. Проанализирован проведенный путем анкетирования в 1997-1999 гг. выборочный социологический опрос населения городов 19 областей Украины и Автономной Республики Крым. Данные медико-социологических исследований по проекту "EUROHIS" свидетельствуют о том, что проведение регулярных

широкомасштабных исследований здоровья с помощью опроса в Украине наряду с расширением медицинской статистики является значительным вкладом в оценку здоровья населения, качества его жизни и распространения факторов риска здоровья.

HEALTH SELF-ESTIMATION – CONSTITUENT PART IN MONITORING OF EUROPEAN POLICY “HEALTH FOR ALL” IN UKRAINE

V.F. Moskalenko, V.M. Ponomarenko (Kyev)

The activity concerning the implementation of the WHO EURO Project “HEALTH FOR ALL” (EUROHIS) in Ukraine is described. It was underlined that the priority task in implementation of the policy “HEALTH FOR ALL” (HFA) in Ukraine was to obtain the information on the health status of the population by HFA indices determined by questionnaires on the basis of medical and sociological studies and on development of a computer database covering the results of these studies. The randomized sociological questionnaires of the population were analysed which were used in 1997-1999 in cities of 19 provinces in Ukraine and the Crimea Republic. The data of medical and sociological studies on the project “EUROHIS” showed that regular comprehensive health studies in Ukraine with the use of questionnaires and the extension of medical statistics is a significant contribution to the assessment of the population health, quality of life and prevalence of health risk factors.

ЗДОРОВ'Я ТА СУСПІЛЬСТВО

УДК [312.6:364.444]:616-058.862

Р.О. МОІСЕЄНКО (КИЇВ)

СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ СТАНУ ЗДОРОВ'Я ТА МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДІТЕЙ-СИРИТ І ДІТЕЙ, ПОЗБАВЛЕНИХ БАТЬКІВСЬКОГО ПІКЛУВАННЯ

Міністерство охорони здоров'я України

Сирітство, зокрема феномен соціального сирітства, зустрічається в усіх країнах світу. Проте кожна держава визначає власні шляхи подолання цього явища та засоби надання соціального захисту дітям, які залишилися без батьківського піклування. Неоднакові підходи органів влади до визначення необхідності влаштування дітей до інтернатних закладів зумовлюються здебільшого місцевими традиціями, рівнем культури та економічною ситуацією. В розвинених країнах існує невелика кількість дитячих інтернатних закладів. Як правило, там домінують превентивні служби, що надають допомогу і батькам, і дітям у скрутній

ситуації. Відрив дитини від сім'ї відбувається лише в крайніх випадках, оскільки відомо, що дитина, позбавлена батьківського піклування і переведена в систему державної опіки, має набагато більше проблем у дорослому житті, ніж дитина, вихована у сім'ї.

Форми опіки в міжнародній практиці за пріоритетністю розподіляються так: усиновлення, опіка в сім'ях родичів, приймальна сім'я, інтернатний заклад.

У багатьох країнах дитячі інтернатні заклади розглядаються як місця, де дітям надається активне лікування, де вони, у разі потреби, можуть

перебувати як тривалий, так і короткий час [4].

Серед численних закладів охорони здоров'я особливе місце посідають будинки дитини, де виховуються діти від моменту народження до досягнення 3–4-річного віку. Тобто в цих закладах діти проводять найвідповідальніший період свого життя – ранній вік. Система утримання та виховання дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування, у будинках дитини набула свого розвитку у ХХ ст. [3].

Діти, які утримуються у будинках дитини, мають свої особливості здоров'я, темпів фізичного і розумового розвитку, що зумовлюють потребу створення умов не тільки відповідно до віку, а й до стану здоров'я. При цьому першочергового значення набуває потреба глибокого знання медичним і педагогічним персоналом питань фізіології та патології розвитку дітей раннього віку, їх оздоровлення, виховання. Зокрема, істотно важливо для дітей даної вікової групи правильне розв'язання проблеми раціонального харчування, забезпечення фізіологічних потреб стосовно основних харчових речовин з урахуванням особливостей біологічного фону, виниклих захворювань.

Нині завдяки досягненням педіатрії та дошкільної педагогіки будинки дитини перетворились у медико-соціальні заклади, що забезпечують необхідні умови для виховання дітей самого раннього віку. Багато будинків дитини в Україні мають цілком сприятливі показники розвитку дітей і можуть бути школами передового досвіду з виховання здорової дитини в умовах організованого дитячого колективу [9].

На покращання діяльності в цій галузі спря-

мована низка Указів Президента України [2]: «Про національну програму «Діти України» № 63/96 від 18.01.96; «Про затвердження Заходів щодо поліпшення становища дітей-сиріт і дітей, які залишилися без піклування батьків» № 1153/97 від 17.10.97; «Про затвердження Комплексних заходів щодо профілактики бездоглядності та правопорушень серед дітей, їх соціальної реабілітації в суспільстві» № 200/98 від 18.03.98; «Про додаткові заходи щодо запобігання дитячій бездоглядності» № 113/2000 від 28.01.2000; «Про додаткові заходи щодо забезпечення виконання Національної програми «Діти України» на період до 2005 року».

Проблеми дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування, в Україні загострюються. За даними Держкомстатистики України, за останні п'ять років кількість дітей шкільного віку, які потребують влаштування в державні інтернатні заклади, збільшилася в 1,6 раза (з 35 тис. до 56), а у 58 дитячих будинках-інтернатах для дітей з вадами розвитку кількість вихованців збільшилася за цей період в 1,3 раза, у 73 дитячих будинках – 1,5, 41 школі-інтернаті для дітей-сиріт – в 1,3 раза.

Змінилася частка дітей-сиріт в інтернатних закладах усіх типів. Якщо у 1995 р. кількість цих дітей становила 25 % усіх дітей, які утримуються в інтернатних закладах, то в 1999 р. вона становила 20 %, тобто збільшення кількості дітей-сиріт відбувається меншими темпами, ніж вихованців шкіл-інтернатів, які мають одного з батьків. І це вказує на значний потенціал можливого соціального сирітства у майбутньому [10].

Щодо вихованців будинків дитини, то за 10 років їхня кількість збільшилася в 1,9 раза (табл. 1).

Таблиця 1. Динаміка чисельності вихованців будинків дитини в Україні впродовж 1990–2000 рр.

Роки	Кількість будинків дитини	Кількість місць у будинках	Кількість дітей на кінець року	Питома вага дітей-сиріт, %	Діти, які вибули, з них	
					передані на усиновлення, %	взяті батьками, %
1990	43	6300	2632	44,9	21,1	37,8
1992	42	5878	2653	46,8	26,4	39,5
1994	42	5318	3055	49,2	25	44,2
1996	42	4973	2767	58,99	27,8	31,9
1998	44	5548	3296	65,7	46,5	18,6
1999	45	5658	3365	68,6	56	15,4
2000	46	5873	4969	69,2	65,3	12,6

В Україні на початок 2001 р. з 46 будинків дитини 39 спеціалізованих [7].

Вихованцями будинків дитини, підпорядкованих МОЗ України, є діти віком до 3–4 років. Частка дітей, старших за три роки з кожним роком скорочується; якщо у 1999 р. вона становила 28% усіх вихованців, то у 2000 – 15,1%, що вказує на своєчасне переведення дітей у заклади Міносвіти та Мінсоцпраці. Для цих закладів

властива значна плинність дітей, тільки протягом 2000 р. надійшло і вибуло 7533 дитини. Раніше щороку надходило дітей більше, ніж вибувало, різниця становила 21,3% у 1998 р. на користь надходження. Але у 2000 р. вона становила 0,9% на користь вибуття з будинків дитини. Це сталося вперше за 10 років і певною мірою може свідчити про покращання ситуації з усиновленням.

Продовжує збільшуватися серед вихованців питома вага дітей-сиріт – з 44,9% у 1990 р. до 69,2 – у 2000. Спостерігається тенденція до зменшення втричі вибулих дітей, які повернулися до біологічних батьків (див. табл. 1), що вказує на зниження рівня матеріального забезпечення, погіршення соціальних і моральних устоїв сім'ї.

Протягом 10 років значно зменшилася (з 14% у 1990 р. до 5,5 – у 2000) частка дітей, які за віком передаються у відповідні заклади соціального захисту та у заклади освіти (відповідно з 23,3% до 14,6). При цьому є позитивним збільшення втричі питомої ваги усиновлених дітей – з 21,1% до 65,3 (див. табл. 1). Це свідчить про покращання реабілітаційної роботи у будинках дитини, що сприяє передаванню дітей у сім'ї.

Стан здоров'я дітей у будинках дитини незадовільний, оскільки здоровими визнано лише 1,5% дітей, а захворюваність збільшилася порівняно з 1990 р. у 1,5 раза (з 67,5 до 101,8 на 100 дітей), проте вона не перевищує середніх значень для цієї вікової категорії і свідчить про поліпшення статистичного обліку захворювань. Питома вага гострих форм хвороб у захворюваності дітей становить 62,3%. Однак високим у цих дітей є рівень хронічних, у тому числі інвалідизуючих, захворювань із тяжким перебігом. Близько 30% причин у структурі захворюваності дітей зумовлені розладами нервової системи та вродженими вадами розвитку, що вказує на високу потребу в організації реабілітаційних заходів у будинках дитини.

Рівень поширеності захворювань у будинках дитини в різних регіонах України має значні коливання: 51,1 на 100 дітей в Автономній Республіці Крим, 73,5 – у Київській, 93,2 – Сумській, 104,4 – Черкаській, 200 – Волинській, 215,7 – Луганській, 252,1 – Донецькій, 507,5 – Херсонській, областях проти середнього по Україні показника, рівного 163,3. Така розбіжність рівнів поширеності захворювань вказує на недоліки не тільки в організації надання медичної допомоги дітям у будинках дитини, а й подекуди в системі реєстрації. Рівень поширеності захворювань серед ви-

хованців будинків дитини в Україні не перевищує аналогічний у дітей цієї вікової категорії, що виховуються в сім'ях, проте за такими класами хвороб, як хвороби нервової системи та органів чуття, кістково-м'язової, крові та кровотворних органів, розлади психіки та поведінки, інші хронічні захворювання, є значно вищим [6].

Контингент дітей, які виховуються в будинках дитини, вирізняється певною специфікою. Найчастіше це недоношені діти, які мають в анамнезі неблагополучний перебіг внутрішньоутробного періоду і пологів, захворювання періоду новонародженості, несприятливу спадковість тощо. Багато дітей, які надходять із соціально неблагополучних родин, мають негативний соціальний анамнез, що часто поєднується з несприятливим генетичним і психічним анамнезом. Як наслідок, за даними профілактичних оглядів дітей будинків дитини в Україні, реєструються розлади харчування (13,5% випадків), прояви рахіту (7,6%), анемії (23,1%), відставання у фізичному (43,2%) та психічному розвитку (68,3 %) [7], що в цілому збігається з даними, отриманими під час поглиблених обстежень дітей-вихованців будинків дитини Росії [1].

Позитивним за останні 10 років на тлі погіршення стану здоров'я вихованців будинків дитини в Україні є зниження в них втричі рівня смертності, що засвідчує покращання організації догляду та медичного забезпечення цих дітей.

Вирішення більшості питань із лікувально-профілактичної допомоги дітям, їхнього виховання в будинках дитини можливе лише за наявності достатньої кількості персоналу та правильно організації його роботи. Немає жодного медичного закладу, за винятком будинку дитини, де так тісно був би пов'язаний стан здоров'я дитини з особливостями педагогічної та виховної роботи [11].

Забезпеченість штатними посадами будинків дитини в цілому значно покращилась і становила у 2000 р. – 1,98 посади на одну дитину, проти 1,65 у 1990. Кількість фізичних осіб зросла з 1,4 до 1,7 на одну дитину (табл. 2).

Таблиця 2. **Забезпеченість будинків дитини медичним персоналом у 1990 і 2000 рр.**

Посада	Зайнятість посади, %	
	1990	2000
Лікар	84,9	90,5
Середній медичний персонал	94,4	91
Молодший медичний персонал	86,9	94,4
В цілому	91	92,6

Недостатньою є забезпеченість будинків дитини педагогічним персоналом, яка у 2000 р. становила 93,7%. Цим дітям, зважаючи на високий рівень у них розладів психіки та поведінки, педагог-вихователь потрібен у більшій мірі,

ніж дітям, які виховуються в сім'ї. Найнижчий рівень укомплектованості в цілому по закладу мають будинки дитини Харківської (77,4%), Київської (82%), Дніпропетровської (84,3%) та Одеської (86,2%) областей.

Подальшого вирішення потребують питання організації повноцінного підвищення кваліфікації як медичного, так і педагогічного персоналу будинків дитини, зокрема обізнаності працівників будинків щодо сучасних поглядів на проблеми ранньої медико-соціальної реабілітації, важливості правильних педагогічних підходів, організації профілактичних заходів та своєчасного лікування.

У ст. 7 п.1 Конвенції про права дитини, ратифікованої Верховною Радою України в 1992 р., сказано, що дитина має бути зареєстрована зразу ж після народження і з моменту народження має право на ім'я і набуття громадянства, а також, наскільки це можливо, право знати своїх батьків і право на їх піклування, а у ст. 3 п.1 – що в усіх діях щодо дітей першочергова увага приділяється якнайкращому забезпеченню інтересів дитини [8].

У нашому суспільстві, на жаль, сформувалася дуже жорстока тенденція, яка не обійшла людей найгуманнішої професії – медиків, коли в разі народження дитини з успадкованими вадами розвитку чи набуття нею тяжкого захворювання, завжди знайдеться “добра душа”, яка порадить батькам кинути дитину на державні руки. Це велике горе нашого суспільства, де навіть медики не розуміють, що саме дитина та її інтереси понад усе і що ніхто краще, ніж рідна мати, не зможе її доглянути і навчити жити з такими проблемами. Тому персоналу лікувально-профілактичних закладів, особливо пологових будинків і будинків дитини, слід дотримуватися вимог деонтології та наполегливо сприяти прийняттю батьками рішення про утримання хворої дитини в сім'ї. А лікарі мають приділити підвищену увагу до спостереження та лікування такої дитини, оскільки немає дітей, які б не підлягали реабілітації. Це має стати аксіомою для всього суспільства.

Завданням органів охорони здоров'я разом з органами соціального забезпечення є вирішення проблем сприяння організації центрів тимчасового догляду за хворими дітьми, щоб дати батькам можливість відпочити, та санаторного

лікування дітей-сиріт за показаннями. До речі, тільки протягом 2000 р. у санаторно-курортних закладах було проліковано 8365 дітей-сиріт [5].

Отже, аналіз роботи в Україні з дітьми-сиротами і дітьми, позбавленими батьківського піклування, висуває такі **першочергові завдання**:

1. Реформування системи медико-соціальної допомоги дітям-сиротам, упровадження сімейних форм виховання дітей; відпрацювання моделі закладу для дітей, які мають тяжкі хронічні захворювання, у будинках дитини до виповнення 6–7-річного віку.

2. Покращання матеріально-технічного стану будинків дитини, дитячих будинків і шкіл-інтернатів.

3. Приведення потужності будинків дитини до потреби в них.

4. Робота з медичним персоналом лікувально-профілактичних закладів із питань деонтології.

5. Підвищення рівня кваліфікації медичних працівників, які працюють у закладах, де виховуються діти-сироти та діти, позбавлені батьківського піклування.

6. Забезпечення необхідної медичної допомоги дітям у таких закладах.

7. Акцентування уваги на роботі з організації лікувально-профілактичними закладами регіонів України диспансерних оглядів, медичної реабілітації, лікування дітей-сиріт як тих, що виховуються в державних інтернатних закладах, так і тих, які опікуються в сім'ях.

8. Забезпечення дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування, медичною допомогою у повному обсязі в лікувально-профілактичній мережі регіонів і клініках профільних науково-дослідних інститутів.

9. Інформування медичних працівників щодо чинного законодавства з питань усиновлення.

10. Подальше впровадження досвіду утримання дітей у будинках дитини сімейного типу та із застосуванням інших форм сімейного виховання дітей.

Список літератури

1. Бабцева А. Ф., Бойченко Т. Е., Холодок Л. Г., Арутюнян К. А. Состояние здоровья детей и подростков, оставшихся без попечения родителей // Материалы IX съезда педиатров России “Детское здравоохранение России: стратегия развития”. – М., 2001. – С. 56–57.
2. Биковський В. Т., Яременко О. О., Волинець Л. С., Комарова Н. М. Методичні рекомендації щодо удосконалення утримання та виховання дітей у дитячих інтернатних закладах на принципах, що базуються на Конвенції ООН про права дитини. – К.: Студцентр, 1998. – 187 с.
3. Веселов Н. Г. Социальная педиатрия: Курс лекций. – СПб: Ривьера, 1996. – С. 114–127.
4. Волинець Л. С., Комарова Н. М., Антонова О. Г. та ін. Соціальне сирітство в Україні: експертна оцінка та аналіз існуючої в Україні системи утримання та виховання дітей, позбавлених батьківського піклування. – К.: Студцентр, 1998. – 120 с.
5. Гойда Н.Г., Дудіна О.О., Моїсеєнко Р.О. Медичне забезпечення жіночого та дитячого населення // Охорона здоров'я України: результати діяльності / За ред. В.Ф. Москаленка, В.М. Паномаренка. – К., 2000. – С. 385–428.

6. *Здоров'я населення та діяльність галузі охорони здоров'я України в 1990–1999 роках: Стат.-аналіт. довід.* // За ред. В. Ф. Москаленка. – К., 2000. – 120 с.
7. *Основні показники діяльності педіатричної служби і стану здоров'я дітей в Україні в 2000 році* / Центр мед. статистики МОЗ України. – К., 2000. – 226 с.
8. *Права ребенка* // Междисциплинарный науч.-практ. журнал. – М., 2001. – № 1. – С. 5–9.
9. *Руководство для врачей домов ребенка* / Науч. ред. Л.В. Дружинина. – М.: Медицина, 1987. – 319 с.
10. *Соціальний захист дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування* / Л.С. Волинець, Ю.Г. Антіпкін, Л.В. Балім, Р.О. Моїсеєнко. – К.: Укр. ін-т соц. досліджень, 2000. – 139 с.
11. *Тонкова-Ямпольская Р. В., Фрухт Э. Л., Голубева Л.Г. и др. Оздоровительная и воспитательная работа в доме ребёнка.* – М.: Просвещение, 1989. – 158 с.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ-СИРОТ И ДЕТЕЙ, ЛИШЕННЫХ РОДИТЕЛЬСКОГО ПОПЕЧЕНИЯ

Р. О. Моисеенко (Киев)

Приведены данные относительно организации медицинского обеспечения и содержания детей-сирот и детей, лишенных родительской опеки, проанализирована ситуация в Украине за 1990–2000 гг., даны основные показатели здоровья этой категории детей, а также предложения по усовершенствованию их медицинского обеспечения.

MODERN PROBLEMS OF HEALTH STATUS AND MEDICAL AND SOCIAL CARE OF CHILDREN-ORPHANS AND CHILDREN DEPRIVED OF PARENTS CARE

R.O.Moiseyenko (Kyiv)

The data concerning organization of medical care and support of children-orphan and children deprived of parents care are presented. The analysis of the situation in Ukraine in 1990–2000 was carried out; main health indices of this group of children as well as proposals for improvement of medical care are laid down.

УДК 616-084:001.8

А.М. СЕРДИЮК, О.І. ТИМЧЕНКО, Н.Г. ГОЙДА, В.В. ЄЛАГІН, Е.М. ОМЕЛЬЧЕНКО (КИЇВ)

ПРОФІЛАКТИЧНА МЕДИЦИНА: ПЕРСПЕКТИВИ ПРОФІЛАКТИКИ МУЛЬТИФАКТОРІАЛЬНИХ ХВОРОБ

Інститут гігієни та медичної екології АМН України, МОЗ України, Управління охорони здоров'я Київської обласної державної адміністрації

Відомо, що, починаючи з 1991 р., природний приріст населення в Україні став від'ємним, тобто смертність почала перевищувати народжуваність. Перше місце серед причин смертності займають хвороби системи кровообігу, друге – злоякісні новоутворення, третє – нещасні випадки, отруєння та травми, четверте – хвороби органів дихання (табл. 1). Тобто найважливішою

проблемою для здоров'я населення України є неінфекційні хвороби.

Згідно із сучасними науковими уявленнями [1], всі хвороби можна поділити на три групи:

1) спадкові – прояви мутації, яка зумовила хворобу (практично не залежать від навколишнього середовища);

2) мультифакторіальні, частота виникнення і

Таблиця 1. Структура смертності за причинами смерті населення України в 1990–1999 рр. (адаптовано з [4])

Причини смерті	Усе населення, %			Населення працездатного віку, %		
	1990	1995	1999	1990	1995	1999
Інфекційні та паразитарні хвороби	1,0	1,3	1,6	2,6	3,6	5,7
Злоякісні новоутворення	16,1	12,8	13,2	23,9	16,5	16,7
Хвороби системи кровообігу	52,9	56,8	60,7	28,2	29,6	28,7
Хвороби органів дихання	5,9	6,1	5,0	4,4	5,4	4,7
Хвороби органів травлення	2,6	2,9	2,8	4,3	5,8	6,1
Нещасні випадки, отруєння та травми	8,8	10,4	9,6	29,9	31,3	31,1
Інші	12,7	9,7	7,0	6,7	7,8	7,3
Разом	100	100	100	100	100	100

перебіг яких залежать від комбінації спадкових та зовнішніх чинників; вважають, що на виникнення в одних впливає спадкова схильність (подагра, цукровий діабет тощо), інших – середовище (гіпертонічна та виразкова хвороби);

3) хвороби, що виникають внаслідок дії чинників зовнішнього середовища (травми, опіки тощо), а генетичні чинники впливають тільки на їхній перебіг.

Сьогодні вже зрозуміло, що спадковість людини є більш важливим чинником з огляду розвитку тих чи інших хвороб, ніж вважали донедавна. Але зменшення дії чинників ризику з боку поведінки і (або) довкілля позитивно впливає на частоту їхнього виникнення і перебіг.

Незважаючи на вагомість компонента спадковості, вважається ефективною профілактична стратегія щодо мультифакторіальних захворювань, направлена на населення в цілому. Вона полягає у проведенні політики охорони громадського здоров'я, формуванні у населення потреби та смаку до здорового способу життя, виявленні ризиків, що можуть спричинити захворювання, та засобів їх усунення. Водночас така стратегія повинна поєднуватися з виявленням груп захворювань високого ризику. Повноцінне її застосування неможливе без обізнаності працівників закладів первинної медико-санітарної допомоги у питаннях медичної генетики та участі спеціалістів з медичної генетики у цьому процесі.

Наприклад, гіпертонічна хвороба та артеріальна гіпертензія є найпоширенішими хворобами в Україні [8]. Їх вважають наслідком порушення механізму регуляції тону судин у генетично схильних до цих хвороб осіб у разі негативного впливу чинників довкілля [9]. Високий артеріальний тиск є чинником розвитку багатьох хвороб серцево-судинної системи та їх ускладнень: атеросклерозу, гіпертрофії лівого шлуночка, недостатності серця і нирок, інфаркту міокарда, цереброваскулярних та ін.

Вважають, що за умови обтяженої з боку обох батьків спадковості хвороба розвивається у 50–

75 % випадків. Достатньо широкий перелік генів, поліморфізм чи мутація, які можуть призвести до артеріальної гіпертензії, охоплюють різні рівні регуляції артеріального тиску. За їх визначенням стоять клінічний перебіг хвороби, вибір схеми лікування і гіпотензивного препарату, прогноз [9]. На жаль, такі багатофакторні системи важко піддаються генетичному аналізу. Але, безумовно, своєчасно надані лікарем і сприйняті пацієнтом (особливо у молодому віці) рекомендації щодо збалансованого харчування, відмови від шкідливих звичок, малорухомого способу життя допоможуть зменшити ризик виникнення захворювання, принаймні збільшити вік, у якому воно проявляється, полегшити його перебіг.

На окрему увагу заслуговують онкологічні захворювання. Як зазначено в таблиці 1, у 1999 р. злоякісні новоутворення становили більше ніж 13 % у структурі причин смерті всього населення і 16,7 % – працездатного населення України. За даними ВООЗ, у найближчі 25 років очікується різке збільшення захворюваності на рак. Уже у 2020 р. щорічно у світі буде реєструватися 20 млн нових випадків раку (сьогодні – 10 млн) і 12 млн смертей від нього [3].

Нині виникнення злоякісних пухлин розглядають як багатоетапний процес, в основі якого лежать мутації. Встановлено зв'язок окремих генів з розвитком певних пухлин і лейкозу людини. Упродовж останнього десятиріччя описано та клоновано більше десяти генів, пов'язаних із підвищеним ризиком розвитку пухлин у людини (табл. 2) [2].

Значну за переліком групу складають гени, асоційовані з солідними пухлинами (табл. 3).

Вважають, що інактивация генів-супресорів має вирішальне значення в активації онкогенів і злоякісній трансформації клітин [5].

Дані вітчизняних популяційних досліджень свідчать про те, що спадковість, генетичні механізми відіграють значну роль у канцерогенезі та дають підстави робити висновки про розширення наукових досліджень у цьому напрямку [6, 7].

Таблиця 2. Клоновані гени схильності до розвитку злоякісних новоутворень у людини

Ген	Рік клонування	Злоякісне новоутворення
p53	1980	Рак молочної залози, пухлини прямої кишки, саркома, лейкоз
RB1	1986	Пухлини ока у дітей, ретинобластома
WT1	1990	Пухлини нирок у дітей
NF1	1990	Пухлини нервової системи
APC	1991	Сімейний аденоматозний поліпоз кишок
NF2	1993	Пухлини нервової системи
VHL	1993	Пухлини нирок, сітківки, підшлункової залози, надниркових залоз
MTS1/p16	1993	Злоякісна меланома, рак підшлункової залози
MSH-2	1993	Рак прямої кишки, спадковий неполіпозний рак товстої кишки, рак матки, яєчників
MLH-1	1994	
BRCA-1	1994	Рак молочної залози, яєчників
BRCA-2	1995	Рак молочної залози
HNPCC	1995	Синдром Лінча
CDC 4	1995	Злоякісна меланома

Таблиця 3. Гени, асоційовані з канцерогенезом

Ген	Злоякісні новоутворення
p53	Генні мутації у більшості пухлин: рак молочної залози, кишок, сечового міхура, радіаційний канцерогенез, лейкоз, лімфома
BCL-10	Найпоширеніші пухлини: рак легенів, молочної залози
RB 1	Ретинобластома
BCC	Спорадична базальноклітинна карцинома шкіри (БКШ)
NBCCS	Синдром невоїдної БКШ радіаційного походження
KISS-1	Злоякісна меланома
BRCA-1,2	Сімейний і спорадичний рак молочної залози
RET	Доброякісні та злоякісні пухлини передміхурової залози
p27 ^{KIP1}	Рак передміхурової залози
MEN 1	Множинні ендокринні новоутворення, спорадичні ліпоми
K-ras	Пухлини прямої кишки
EGFR	Первинна гліобластома
mt16SpPHK	Гліальні пухлини головного мозку
ret, ret/pte3б, met, nm23	Рак щитоподібної залози
TIMP1	Рак підшлункової залози

Залежно від виду пухлини, дії екзогенних чинників і стану геному в цілому внесок спадкових чинників може бути різним за величиною, що робить етичним і бажаним надання медико-генетичної допомоги таким контингентам населення. Насамперед це виявлення груп ризику і подальше коригування систем протипухлинного захисту організму, характеру харчування, попередження впливу несприятливих чинників навколишнього середовища, в тому числі соціальних. Для раннього виявлення онкологічних захворювань необхідне застосування методів молекулярно-генетичної діагностики [2].

Тепер медико-генетична служба у своїй роботі керується наказом МОЗ України від 14.04.93 № 77, а також "Положенням про медико-генетичну службу в Україні". Пункт 1.2 цього наказу зобов'язує міжобласні медико-генетичні центри звертати особливу увагу на "медико-гене-

тичне консультування сімей з хворими на мультифакторіальні захворювання". На жаль, теперішня мережа медико-генетичних установ практично цим питанням не займається. Крім того, слід зазначити, що у профілактиці мультифакторіальних хвороб основну роль повинні відігравати заклади первинної медико-санітарної допомоги. Відповідно до рекомендацій ВООЗ [11], саме працівники цих закладів повинні забезпечувати первинну профілактику мультифакторіальних хвороб, а також направляти пацієнтів у разі потреби на консультування до медичного генетика.

Що стосується онкологічних захворювань, то доцільним і економічно виправданим заходом є організація в обласних онкологічних диспансерах медико-генетичного консультування онкологічних хворих і їхніх родичів.

Вкрай необхідно ввести окремі розділи з ме-

дичної генетики в передатестаційні цикли лікарів (відповідно до профілю), насамперед онкологів, ендокринологів і терапевтів.

У зв'язку з розвитком сімейної медицини бажано передбачити відповідний рівень освіти сімейних лікарів з медичної генетики, особливо з методів і засобів профілактики не тільки урод-

женої та спадкової, але й мультифакторіальної патології.

Отже, є підстави стверджувати, що застосування досягнень медичної генетики в профілактиці мультифакторіальних хвороб, які саме і зумовлюють здоров'я населення України, зменшить частоту і позитивно вплине на їхній перебіг.

Список літератури

1. Бочков Н.П. Клиническая генетика. – М.: Медицина, 1997. – 286 с.
2. Бутенко З.А. Опухольассоциированные гены и канцерогенез // Журн. АМН України. – 1999. – Т. 5, № 3. – С. 413–425.
3. Возіанов О.Ф. Академія медичних наук у 1999 році: підсумки діяльності і перспективи розвитку // Журн. АМН України. – 2000. – Т. 6, № 3. – С.431–450.
4. Здоров'я населення та діяльність в галузі охорони здоров'я України в 1990–1999 роках (статистично-аналітичний довідник). – К.: МОЗ, ЦМС, 2000. – 206 с.
5. Киселев Ф.Л., Павлиш О.А., Татосян А.Г. Молекулярные основы канцерогенеза у человека. – М.: Медицина, 1990. – 315 с.
6. Налескина Л.А., Ганина К.П., Осинская Е.В., Бородай Н.В. Сегрегационный и генетико-дисперсионный анализ родословных больных раком молочной железы Киевского региона // Цитология и генетика. – 1995. – Т. 29, № 5. – С. 60–64.
7. Налескіна Л.А., Поліщук Л.З., Олійніченко П.І. та ін. Клініко-генетичні особливості виникнення та маніфестації колоректального раку // Лікар. справа. Врачеб. дело. – 1998. – № 4. – С. 98–101.
8. Смірнова І.П., Свіщенко О.П., Горбань Є.М. Проблема артеріальної гіпертензії в Україні і Національна програма профілактики і лікування // Клін. фармакологія, фізіологія, біохімія. – 1997. – № 2. – С. 70–79.
9. Целуйко В.Й., Чернишов В.А. Генетика артеріальної гіпертензії (огляд літератури) // Журн. АМН України. – 2000. – Т. 6, № 4. – С. 666–676.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА: ПЕРСПЕКТИВЫ ПРОФИЛАКТИКИ МУЛЬТИФАКТОРИАЛЬНЫХ БОЛЕЗНЕЙ

А.М. Сердюк, О.И. Тимченко, Н.Г. Гойда, В.В. Елагин, Е.М. Омельченко (Киев)

Представлены некоторые данные о влиянии наследственности на заболеваемость населения Украины мультифакториальной патологией и состоянии её профилактики. Сделан акцент на необходимость внедрения в жизнь принципов политики защиты общественного здоровья, улучшения до- и последипломной подготовки врачей всех специальностей по вопросам медицинской генетики, выявления факторов риска мультифакториальных болезней и их минимизации.

PREVENTIVE MEDICINE: PERSPECTIVES FOR MULTIFACTORIAL DISEASES PREVENTION

A.M. Serdiuk, O.I. Timchenko, N.G. Hoyda, V.V. Yelagin, E.M. Omelchenko (Kyiv)

Some data about the influence of heredity on Ukrainian population morbidity with multifactorial pathology and prevention state of such diseases have been presented. The necessity for implementation into practice of public health protection principles has been stressed. There was also stressed the need for under- and postgraduate physicians training improvement in all specialities of medical genetics, revealing of risk factors for multifactorial diseases and their minimization.

УДК 364.444:616-036.86:612.28

А.В. ПАТОВ, Д.І. КЛИМЕНКО (ДНІПРОПЕТРОВСЬК)

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ЕКСПЕРТИЗИ ВТРАТИ ПРОФЕСІЙНОЇ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ ВНАСЛІДОК КОХЛЕО-ВЕСТИБУЛЯРНИХ РОЗЛАДІВ

Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності

Профілактичний напрям діяльності системи охорони здоров'я є складовою частиною активної соціальної політики держави, спрямованої на збереження та зміцнення здоров'я нації, соціальний захист малозабезпечених верств населення. Реалізація цього напрямку в діяльності органів і закладів охорони здоров'я здійснюється надто повільно, нерідко має декларативний характер у зв'язку з економічними труднощами перехідного періоду до створення демократичного суспільства з ринковою економікою, певними демографічними та екологічними обставинами, вимушеним скороченням пільг для інвалідів через недостатність їхнього фінансування тощо [11,13]. У цих умовах особливо актуальними є питання вдосконалення медико-соціальної експертизи (МСЕ) постраждалих внаслідок несприятливого впливу професійних чинників і виробничого травматизму [10].

Згідно з чинним законодавством і нормативними документами, особам, у яких погіршення здоров'я, пов'язане з виконанням трудових обов'язків, призвело до значного обмеження життєдіяльності та втрати професійної працездатності (ВПП), медико-соціальні експертні комісії (МСЕК) встановлюють групу інвалідності та ступінь ВПП (у відсотках) [5, 12, 17]. Тим часом, як показує досвід роботи УкрдержНДІ медико-соціальних проблем інвалідності й мережі МСЕК України, нормативна база, що повинна регулювати методичні підходи до встановлення необхідних обсягів компенсації за ушкодження здоров'я працівників, має певні недоліки, потребує доопрацювання з метою уточнення деяких положень і доповнення у частині встановлення ступеня ВПП (у відсотках) у разі поєднаних професійних захворювань і наслідків численних травматичних ушкоджень організму [18].

Кохлео-вестибулярні розлади (КВР) – досить поширений синдромокомплекс, який суттєво впливає на життєдіяльність і професійну працездатність хворих, у тому числі всіх хворих із трав-

матичними ушкодженнями і професійними захворюваннями присінково-завиткового органа [4], 37,5–44,7 % постраждалих внаслідок черепно-мозкової травми [2,8,20], 32 % осіб з ураженнями шийного відділу хребтового стовпа [1]. Проте, як показали наші попередні дослідження, у МСЕК виникають труднощі під час МСЕ хворих із КВР майже у 20 % випадків, тому нерідко припускаються експертних помилок [3]. Завищення групи інвалідності та ступеня ВПП призводить до невиправданих економічних втрат держави, підприємств і установ, а заниження – до недостатньої матеріальної компенсації постраждалому у зв'язку з погіршенням стану здоров'я і завданням моральних збитків.

З метою вивчення та вдосконалення методичних підходів до експертизи ВПП хворих з наслідками виробничих травм і професійних захворювань органа слуху та вестибулярного аналізатора у клініці інституту проведено аналіз медико-експертних справ 1584 хворих із КВР і результатів контрольного клініко-експертного обстеження 325 хворих, а також 54 чоловік, які оскаржили експертний висновок МСЕК.

Вивчення досвіду експертної роботи 14 МСЕК у різних регіонах України показало, що основу обґрунтування експертного рішення комісії становлять медичні й соціальні фактори відповідно до чинних нормативних документів [14, 16]. Проте виявлено, що під час проведення експертизи у працівників МСЕК існують різні погляди на пріоритетність тих чи інших показників. В одних випадках перевага віддається медичним чинникам і величина ступеня ВПП збігається з наслідками травм і професійних захворювань і клінічними формами їхнього прояву. Зокрема, наказом МОЗ України від 05.08.98 № 238 регламентовано встановлення відсотків ВПП залежно від ступеня порушення слуху і вестибулярної функції, а також рівня субкомпенсації вестибулярних розладів (табл. 1).

Таблиця 1. Критерії встановлення ступеня стійкої втрати професійної працездатності в разі окремого ураження органа слуху і вестибулярного аналізатора та поєднання кохлео-вестибулярних розладів з іншими професійними захворюваннями і наслідками виробничого травматизму

Наслідки травм і професійних захворювань, форми їхнього прояву	Ступінь втрати професійної працездатності, регламентований наказом МОЗ України № 238, %	Ступінь втрати професійної працездатності осіб за умови, що група інвалідності не встановлюється, %	Ступінь втрати професійної працездатності осіб за умови, що встановлюється група інвалідності, %	Максимальна надбавка до ступеня втрати професійної працездатності в разі поєднання даної патології з аналогічними або тяжчими ураженнями інших органів і систем організму, %
Вестибулярна дисфункція при периферичних і центральних ураженнях аналізатора				
IV ступінь з дуже низьким рівнем субкомпенсації	60–80	–	60–80	20
III ступінь з низьким рівнем субкомпенсації	40–60	–	40–60	15
II ступінь із середнім рівнем субкомпенсації	15–40	15–25	30–40	10
I ступінь з високим рівнем субкомпенсації	5–15	5–15	–	5
Порушення слухової функції незалежно від характеру захворювання, що його спричинило				
глухота	40–50	–	40–50	25
приглухуватість				
IV ступінь	20–40	20–25	30–40	20
III ступінь	15–30	15–25	30	15
II ступінь	10–15	10–15	–	10
I ступінь	5–10	5–10	–	5

Примітка. * - друга група; ** - третя група

В інших випадках лікарі МСЕК віддають перевагу соціальним чинникам, які збігаються з величиною ступеня ВПП відповідно до наказу МОЗ України від 22.11.95 № 212. До цих чинників, урахування яких передбачене нормативним документом, віднесено досить широке коло показників: рівень професійної підготовки, обсяг трудової діяльності, кваліфікацію працівника і потребу в перекваліфікації та перенавчанні у зв'язку з патологічними змінами в організмі, умови праці, наявність робочих місць для працевлаштування неповно функціональних осіб, а також заробітну платню працівника.

Проведений аналіз медико-експертної документації та результатів клініко-експертного обстеження хворих показав, що лише експертиза ВПП осіб з вестибулярною дисфункцією IV ступеня із вкрай низьким рівнем субкомпенсації та двобічною глухотою не викликала труднощів у експертів. Коли ж за станом здоров'я у постраждалого зберігався досить високий трудовий потенціал, нерідко спостерігалась неузгодженість у встановленні ступеня ВПП за показниками, які відображають стан здоров'я, соціальну адаптованість і професійні можливості. Певною мірою це пов'язано з недосить чітким трактуванням у наказі МОЗ України № 212 положень, які регламентують встановлення постраждалому певних відсотків, виходячи з його соціальної дезадаптації,

недостатністю взаємозв'язку між положеннями наказів МОЗ України № 212 і 238 щодо встановлення величини відсотків, а також методичних основ на нормативному рівні, для оцінки впливу численних медичних і соціальних чинників на ступінь ВПП.

На основі одержаних результатів дослідження, з метою забезпечення достатньої об'єктивності у встановленні ступеня ВПП під час МСЕ, необхідно дотримуватися певного алгоритму, який охоплює кілька етапів.

Перший етап – клінічне і клініко-функціональне обстеження постраждалого та оцінка тяжкості виявленої патології органа слуху, вестибулярного аналізатора та інших органів і систем організму, яка суттєво впливає на працездатність і життєдіяльність людини. Клініко-експертне обстеження хворих у клініці інституту показало, що до медичних чинників експертизи хворих із КВР необхідно відносити не лише ступінь тяжкості порушених функцій, але й такі показники, як: тип перебігу захворювання (прогресуючий, регресуючий, ремітуючий, стабільний), клінічний прогноз (сприятливий, несприятливий, невизначений), рівень ураження аналізатора (периферичний, центральний, поєднаний), стадія компенсації (компенсована, субкомпенсована, декомпенсована). Дослідження наведених показників і врахування їх під час оцінки тяжкості захворювання

дозволили об'єктивніше вирішити експертні питання, зокрема збільшити ступінь ВПП у 8,6 % випадків, зменшити – у 3,1 %.

На *другому етапі* визначаються трудові можливості працівника за станом здоров'я відповідно до нормативних державних [6] і відомчих документів, які регламентують допуск осіб до певних видів робіт і протипоказані умови праці хворих з патологією органа слуху та вестибулярного апарату, а також інформаційно-методичних розроблень, затверджених МОЗ України. Спостереження показали, що принципово важливим є встановлення, по-перше, міри доступності професійної діяльності хворим за станом здоров'я у зв'язку з КВР, по-друге, – протипоказаних їм видів і умов праці. Наприклад, через розвиток значної приглухуватості хворим не доступні роботи радіо-телефоніста, водія автомобіля, пілота, продавця, тваринника та інших професій, де якість і обсяг роботи вимагають високої гостроти слуху і розбірливості мовлення. Хворим з вестибулярною дисфункцією не досяжна праця на висоті, біля рухомих механізмів, така, що вимагає спільних значних фізичних зусиль кількох працівників для виконання певних робіт, частих нахилів, поворотів голови і тулуба, а також інші види робіт, пов'язані з навантаженням на вестибулярний аналізатор і стимуляцією лабіринтів кутовими і прямолінійними прискореннями. Крім того, відомо, що хворим із КВР протипоказані роботи в умовах впливу таких несприятливих виробничих чинників, як шум і вібрація, дія хімічних речовин – нейротропних отрут, часта різка зміна температури навколишнього середовища, та інших факторів, які можуть призвести до прогресування і зриву компенсаційно-адаптаційних можливостей організму.

Третій етап охоплює встановлення професійної придатності постраждалого за основною професією відповідно до стану здоров'я. Об'єктивне вирішення питань цього етапу можливе лише за умови додержання загальновідомих положень щодо професійної діяльності людини [15].

Відомо, що професійна придатність розглядається як здатність працівника до роботи за своєю професією (фахом) і кваліфікацією чи іншою адекватною йому професією (фахом).

Професія – це рід трудової діяльності людини, яка володіє комплексом спеціальних знань, практичних навичок, одержаних шляхом спеціальної освіти, навчання чи досвіду, які надають можливість виконувати роботу в певній сфері суспільного виробництва. Якщо людина володіє кількома професіями, то основною вважається та, яка безпосередньо передувала трудовому каліцтву чи професійному захворюванню, а для осіб некваліфікованої праці – та, що виконувалась найтриваліший час [16].

Дослідження показали, що за співвідношенням показників порушення слуху і вестибулярної функції та вимог професійної діяльності до аналізаторних систем доцільно розрізняти п'ять варіантів оцінки професійної придатності хворої людини за основною професією: 1) “Професійно придатний у повному обсязі”; 2) “Професійно придатний за умови зменшення обсягу роботи”; 3) “Професійно придатний за умови виключення із трудового процесу певних обсягів роботи, технологічних операцій та зниження кваліфікації”; 4) “Професійно придатний за умови зміни графіку роботи, санітарно-гігієнічних умов праці”; 5) “Робота за основним фахом не досяжна, протипоказана”.

Четвертий етап – прогнозування професійної придатності та заходів із раціонального працевлаштування хворого в разі неможливості продовжувати трудову діяльність за основною спеціальністю (фахом).

Наші спостереження показали, що, з експертного погляду, впродовж цього етапу важливо встановити: коло професій, доступних і непротипоказаних постраждалому за станом здоров'я та з урахуванням його віку, освітнього рівня; потребу, терміни та умови перенавчання і перекваліфікації; можливість професійного росту і підвищення кваліфікації за новою спеціальністю та відсутність професійних чинників негативного впливу на стан слухового і вестибулярного аналізаторів та інших органів і систем організму під час роботи за новою спеціальністю; наявність робочих місць для працевлаштування хворого за місцем проживання, а також ставлення працівника до необхідності подальшої трудової діяльності, схильність до певної професійної праці з урахуванням стану здоров'я.

Серед обстежених хворих основну групу (86 %) склали особи робітничих спеціальностей виробничої сфери, яких за кваліфікаційним рівнем можна поділити на чотири групи робітників: 1) висококваліфікованої праці; 2) кваліфікованої праці; 3) низькокваліфікованої праці; 4) некваліфікованої праці. До висококваліфікованих належать робітники, які мали VI і V розряди, до кваліфікованих – IV і III, до низькокваліфікованих – особи третьої та четвертої груп (I–II розряди). Робітники перших двох груп мали значно ширші можливості для раціонального працевлаштування, проте це потребувало відносно тривалого часу для перенавчання і перекваліфікації. При перепрацевлаштуванні низькокваліфікованих робітників, як правило, виникали труднощі у зв'язку із значними обмеженнями у виборі нової професії через вади слуху і вестибулярну дисфункцію. Працевлаштування із зниженням кваліфікації на два і більше розряди суп-

роводжувалося значними матеріальними збитками для хворих, тому потреба у компенсації та відшкодуванні за погіршення здоров'я таким хворим була досить великою.

П'ятим етапом є безпосереднє встановлення рівня ВПП і ступеня обмеження життєдіяльності постраждалого внаслідок трудового каліцтва або професійного захворювання за станом слухового і вестибулярного аналізаторів та з урахуванням інших патологічних змін в організмі. Згідно з нормативними положеннями, які діють в Україні, під час встановлення ступеня ВПП у відсотках МСЕК повинна виходити з можливостей потерпілого за станом здоров'я виконувати роботу за фахом (основною професією) або рівнозначну йому за кваліфікацією та оплатою.

Встановлено, що, з точки зору МСЕ, важливо враховувати дві обставини: по-перше, різні професії висувають неоднакові вимоги до організму, по-друге, одні й ті самі наслідки ураження слухового та вестибулярного аналізаторів неоднаковою

мірою порушують працездатність осіб різних професій. Наприклад, у зв'язку з вестибулярною дисфункцією II ступеня хворий не допускається до роботи водієм автобуса і повністю втрачає професійну працездатність. Тоді як працівникам слюсарних спеціальностей з аналогічною патологією протипоказана робота лише в умовах підвищеного навантаження на вестибулярний апарат, і вони можуть продовжити роботу за спеціальністю з певними обмеженнями. На аналогічні ситуації вказують й інші дослідники [9].

Виходячи з результатів досліджень, вважаємо, що під час встановлення ступеня ВПП необхідно дотримуватися певної системності, яка охоплює визначення вихідної величини відсотків і надбавки до них залежно від ступеня впливу медичних і соціальних чинників на стан професійної працездатності та життєдіяльність постраждалого і їхньої сумачії. Критерії встановлення ступеня ВПП у відсотках залежно від впливу медичних і соціальних чинників наведено у таблиці 2.

Таблиця 2. Критерії встановлення ступеня стійкої втрати професійної працездатності залежно від впливу медичних і соціальних чинників

Показники чинників впливу	Ступінь втрати професійної працездатності, %
Вихідний рівень відсотків відповідно до тяжкості порушеної функції	Мінімальний у разі важкого порушення здоров'я згідно з наказом МОЗ України № 238
Прогресуючий і ремітуючий перебіг захворювання з несприятливим і невизначеним клінічним прогнозом щодо нормалізації та відновлення функції	5–10
Доступна робота за основною професією або рівнозначною за кваліфікацією з незначними обмеженнями трудової діяльності	До 5
Доступна робота за основною професією або рівнозначною за кваліфікацією із значними обмеженнями трудової діяльності (значне зменшення обсягу роботи, значні зміни умов праці тощо)	5–15
Робота за основною професією не доступна або протипоказана в разі можливості працевлаштування на роботу нижчої кваліфікації і виконання роботи: висококваліфікованої; кваліфікованої; низькокваліфікованої; некваліфікованої	5 10 15 20
Потреба тривалого (більше ніж 6 міс.) перенавчання для набуття нової висококваліфікованої або кваліфікованої професії	До 5
Вимушене працевлаштування на роботу нижчої кваліфікації, ніж доступна за станом здоров'я і професійним рівнем, через відсутність відповідних робочих місць для інвалідів	5–10

Досвід показує, що вихідною величиною доцільно вважати мінімальний ступінь ВПП, регламентований при тих чи інших порушеннях слухової та вестибулярної функцій чинним нормативним документом [14]. Цю величину, на нашу думку, можна порівняти зі ступенем функціональних порушень ураженої системи. Діапазон

відсотків, передбачений нормативним документом за даним ступенем функціональних порушень, дозволяє враховувати й інші показники тяжкості професійного захворювання чи наслідків трудового каліцтва, а саме: тип і важкість перебігу, стадію компенсації та клінічний прогноз щодо нормалізації поруше-

ної функції слухового і вестибулярного аналізаторів та ін.

Так, у 38 % обстежених хворих спостерігався прогресуючий або ремітуючий перебіг захворювання, що вказувало на невизначений або несприятливий клінічний прогноз і потребу в проведенні активних реабілітаційних заходів. Урачування вказаних обставин вимагало збільшення ступеня ВПП, порівняно з вихідним рівнем, на 5–10 %. Наприклад, у хворого на кохлеарний неврит професійної етіології через приглухуватість III ступеня мінімальний ступінь ВПП, згідно з нормативним документом, становить 15 %. Оскільки перебіг захворювання прогресує повільно, надбавку визначали у розмірі 5 %. Тоді ВПП за показниками порушення стану здоров'я постраждалого, склала 20 % (15+5). Внаслідок черепно-мозкової травми у хворого розвинулася вестибулярна дисфункція II ступеня, що зумовило мінімальний ступінь ВПП, який дорівнював 15 %. Через ремітуючий перебіг захворювання напади середньої тяжкості, схильність патологічного процесу до прогресування розмір надбавки становить 10 %, а ВПП за станом здоров'я – 25 % (15+10).

Подальшими кроками МСЕ є визначення впливу соціальних чинників на ступінь ВПП постраждалого. Якщо за станом здоров'я хворі могли продовжувати трудову діяльність за основною професією або рівнозначною за кваліфікацією з незначними обмеженнями, що не потребувало великих зусиль для перенавчання і перекваліфікації, ступінь ВПП, встановлений за станом здоров'я, не змінювали або визначали надбавку, що становила не більше ніж 5 %.

У випадках, коли хворому була доступна робота за основним фахом із значними обмеженнями (зменшення обсягу роботи, значні зміни умов праці тощо), надбавка до відсотків ВПП складала 5–15 %. Наприклад, у разі переведення слюсаря-судноскладальника IV розряду через прогресуючий кохлеарний неврит шумової етіології та приглухуватість III ступеня на роботу слюсарем-судноскладальником II розряду в цех, де немає впливу шкідливого виробничого шуму, надбавка до встановлених відсотків ВПП за станом здоров'я становила 15 %. Встановлення максимальної за величиною надбавки було зумовлене потребою в компенсації значного зменшення заробітної плати хворого у зв'язку із зниженням кваліфікації та втратою підвищеного схемного посадового окладу за роботу в небезпечних для здоров'я та особливо тяжких умовах праці. Отже, ВПП склала 35 % (20+15).

Постраждалим, яким була недосяжною і протипоказаною робота за основним фахом, перенавчання і перекваліфікація потребували трива-

лих термінів (більше ніж 6 міс.), а раціональне працевлаштування було можливим лише на роботі, відмінній від основної професії та нижчої кваліфікації, надбавку до відсотків встановлювали у межах 5–20 %. Якщо ж постраждалі внаслідок перепрацевлаштування можуть виконувати висококваліфіковану роботу, надбавка може становити 5 %, кваліфіковану – 10, низькокваліфіковану – 15, некваліфіковану – 20 %. Наприклад, водія автомобіля I класу у зв'язку з наслідками виробничої травми органа слуху, прогресуючою приглухуватістю III ступеня можна раціонально працевлаштувати автослюсарем IV розряду. Згідно з розрахунками, ступінь ВПП буде дорівнювати 30 % (20+10).

Дослідження показали, що серед працездатних осіб майже у 18 % випадків професійна реабілітація була утруднена через відсутність робочих місць для працевлаштування постраждалих з оптимальним використанням їхньої залишкової працездатності. На нашу думку, у випадках, коли з об'єктивних причин людина змушена працевлаштовуватися на роботу нижчої кваліфікації, ніж їй доступна за станом здоров'я, під час визначення сумарної оцінки ВПП МСЕК необхідно враховувати ці обставини. Залежно від різниці кваліфікаційного рівня оптимально доступної професії та професії фактично можливого працевлаштування надбавка до відсотків може становити 5–10 %. Ілюстрацією до цього положення є приклад, наведений вище, за умови, що фактичне працевлаштування водія можливе автослюсарем не IV розряду, а лише II. При цьому сумарна величина відсотків ВПП складатиме: 35 % (30+5).

Актуальною проблемою, яка має практичне значення в діяльності МСЕК, є встановлення обсягу компенсації у випадку поєднання КВР, пов'язаних із виробничою діяльністю людини, та професійних захворювань або травматичних ушкоджень інших органів і систем організму.

Відомо, що патогенетичні механізми багатьох професійних захворювань і травматичних ушкоджень органів та систем організму мають спільні риси, а клінічні прояви патологічних порушень багато в чому подібні [9, 19]. У зв'язку з цим, як свідчать дані літератури [9, 18], автоматичне додавання відсотків, установлених за кожним патологічним станом, буде недоцільним.

Проведені нами численні спостереження показали, що у випадках, коли патологія слухового і вестибулярного аналізаторів поєднувалася з порушеннями інших функціональних систем організму, необхідно визначати інтегральний показник, що складатиметься з величини відсотків, установлених за провідним захворюванням, і надбавки до відсотків, установлених

відповідно до проявів поєднаного професійного захворювання або наслідків виробничої травми. Якщо у клінічній картині захворювання переважали КВР, за вказаною вище системою, згідно з тяжкістю ураження аналізаторів, визначали ступінь ВПП і додавали величину відсотків, яку встановлювали відповідні суміжні спеціалісти (хірург, невропатолог, терапевт, окуліст) залежно від тяжкості поєднаної патології.

Коли КВР поєднувалися з тяжкими патологічними змінами інших органів і систем, то до встановлених відсотків за основним захворюванням додавали відповідні відсотки, які співвідносилися з тяжкістю ураження слухового і вестибулярного аналізаторів. У таблиці 1 наведено розроблені нами кількісні показники максимальної надбавки до відсотків ВПП залежно від тяжкості вестибулярної дисфункції та порушення слуху.

За нашими спостереженнями, у 8,6 % обстежених хворих внаслідок виробничого травматизму розвинулася вестибулярна дисфункція значного (IV) ступеня, що призвело до тяжкої соціальної дезадаптації, коли потерпілі могли виконувати роботу лише у пристосованих умовах. Тому, відповідно до нормативного документа ВПП їм була встановлена у межах 60–70 %. Крім того, зазначений стан постраждалих відповідав вимогам Інструкції “Про встановлення груп інвалідності”, що є підставою для встановлення другої групи інвалідності.

У 52,3 % випадків питання про встановлення групи інвалідності вирішувалося позитивно за

умови, що ВПП, за нашими розрахунками, перевищувала 25 %. В окремих випадках, коли, незважаючи на значні КВР, які давали право на визначення ступеня ВПП близько 30 %, хворим було доступне широке коло професій висококваліфікованої та кваліфікованої праці й була можливість раціонального працевлаштування, група інвалідності не встановлювалася.

У 39,1 % випадків, за нашими розрахунками, ступінь ВПП хворими не перевищував 25 %, тому їм було відмовлено у встановленні групи інвалідності.

Проведені дослідження дозволили визначити діапазони відсотків, які характеризують ступінь втрати професійної працездатності за тяжкістю порушень слуху і вестибулярної функції та впливом КВР на життєдіяльність постраждалих (табл. 1).

Отже, вивчення особливостей МСЕ осіб із порушеннями здоров'я внаслідок виробничого травматизму і професійних захворювань органа слуху і вестибулярного аналізатора показало, що методичні підходи до проведення експертизи не відповідають сучасним вимогам і потребують перегляду насамперед шляхом удосконалення нормативної бази, розроблення єдиного нормативного документа. Опрацьовані нами критерії встановлення ступеня ВПП постраждалими з КВР можуть бути рекомендовані для використання у діяльності лікувально-профілактичних закладів і МСЕК, а також для врахування під час розроблення вдосконаленого нормативного документа щодо експертизи втрати професійної працездатності.

Список літератури

1. Бабияк В.И., Акимов Г.А., Базаров В.Г., Филимонов В.Н. Вестибулярные и слуховые нарушения при шейном остеохондрозе. – К.: Здоров'я, 1990. – 191 с.
2. Благовещенская Н.С. Отоневрологические симптомы и синдромы. – М.: Медицина, 1990. – 432 с.
3. Заболотный Д.И., Клименко Д.И., Розкладка А.И. и др. Проблемы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов с заболеваниями уха, горла и носа // Тез. VIII з'їзду оториноларингологів України. – К., 1995. – С. 10–12.
4. Заболотный Д.И., Мітін Ю.В., Драгомирецький В.Д. Оториноларингологія. – К.: Здоров'я, 1999. – 368 с.
5. Інструкція про встановлення груп інвалідності: Наказ МОЗ України №16.01./20 від 20.12.91.
6. Іпатов А.В., Сергієні О.В., Войтчак Т.Г. та ін. Терміни та поняття у медико-соціальної експертизі. – Дніпропетровськ: УкрДержНДІ МСПІ, 2001. – Вип. 1. – 91 с.
7. Іпатов А.В., Ферфільфайн Й.Л., Сергієні О.В. Теоретичне обґрунтування принципів відшкодування збитку здоров'ю, нанесеному під час виконання професійних обов'язків // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – Київ-Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – № 4. – С. 17–19.
8. Клименко Д.И. Хронічні захворювання слухового і вестибулярного аналізаторів (клініка, діагностика, відновне лікування, медико-соціальна експертиза, професійна реабілітація). – Дніпропетровськ: ДДУ, 1997. – 140 с.
9. Корчагина В.Г. Определение степени утраты трудоспособности рабочим и служащим, получившими увечье или иное повреждение здоровья, связанное с работой // Руководство по врачебно-трудовой экспертизе / Под ред. Ю.Д. Арбатской. – М.: Медицина, 1981. – Т. 1. – С. 269–287.
10. Маруніч В.В., Іпатов А.В., Сергієні О.В. та ін. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2000 рік (аналітико-інформаційний довід.). – Дніпропетровськ: Пороги, 2001. – 112 с.
11. Москаленко В.Ф., Дзяк Г.В., Василюшин Р.Й. 2001 рік – рік охорони здоров'я населення України // Мед. перспективи. – 2001. – № 1 (6). – С. 4–6.
12. Положення про медико-соціальну експертизу // Постанова Кабінету Міністрів України від 22.02.92 р. № 83.

13. Пономаренко В., Нагорна А., Степаненко А., Корнута Н. Стандарти медичних технологій // Укр. журн. мед. техніки і технології. – 1999.– № 4.– С. 14–16.
14. Про затвердження Критеріїв встановлення ступеня стійкої втрати професійної працездатності у відсотках, особливостей працевлаштування хворих та інвалідів, внесення змін і доповнень до Порядку встановлення ступеня втрати професійної працездатності у відсотках, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 22.11.95. // Наказ МОЗ України № 238 від 05.08.98. № 212.
15. Про затвердження Положення про порядок проведення медичних оглядів працівників певних категорій // Наказ МОЗ України від 31.03.94. № 45.
16. Про затвердження Порядку встановлення медико-соціальними експертними комісіями ступеня втрати професійної працездатності у відсотках працівникам, яким заподіяно ушкодження здоров'я, пов'язане з виконанням трудових обов'язків // Наказ МОЗ України від 22.11.95. № 212 .
17. Про затвердження Порядку організації та проведення медико-соціальної експертизи втрати працездатності // Постанова Кабінету Міністрів України від 4.04.94. № 221.
18. Сергиєни Е.В., Ипатов А.В., Клименко Д.И. и др. Методические подходы к установлению процентов утраты профессиональной трудоспособности при сочетанной патологии // Современные проблемы медико-социальной экспертизы и реабилитации: Тез. докл. XXI областной науч. конф. – Днепропетровск, 2000. – С. 12–14.
19. Суворов Г.А., Шкаринов Л.Н., Денисов Э.И. Гигиеническое нормирование производственных шумов и вибраций. – М.: Медицина, 1984. – 240 с.
20. Черепно-мозговая травма // Руководство по врачебно-трудовой экспертизе / Под ред. Ю.Д. Арбатской. – М.: Медицина, 1981. – С. 395–430.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ЭКСПЕРТИЗЫ УТРАТЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ В РЕЗУЛЬТАТЕ КОХЛЕО-ВЕСТИБУЛЯРНЫХ РАССТРОЙСТВ

А.В. Ипатов, Д.И. Клименко (*Днепропетровск*)

Исследованы особенности экспертизы утраты профессиональной трудоспособности больных с кохлео-вестибулярными расстройствами. Обоснованы усовершенствованные методические подходы и критерии оценки влияния медицинских и социальных факторов на жизнедеятельность и трудоспособность больных.

URGENT PROBLEMS TO IMPROVE EXPERTISE OF PROFESSIONAL WORKING-ABILITY LOSS CAUSED BY COCHLEA-VESTIBULATORY APPARATUS DISORDERS

A.V. Ipatov, D.I. Klimentko (*Dnipropetrovsk*)

Some expertise patterns of professional working-fitness in patients with cochleo- vestibulatory apparatus disorders were examined. The more sophisticated methodological approaches to estimate effects of various medical and social factors on the patients daily- life activities and working - ability were also grounded.

УДК 312.6:616-053.7:364.29

Т.К. НАБУХОТНИЙ, В.П. ПАВЛЮК, Т.С. МАКІЄНКО, О.В. КОТІЛОВ, Г.П. МОСІЄНКО

СТАН СОЦІАЛЬНО-ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ПІДЛІТКІВ, ЯКІ ПРОХОДЯТЬ СОЦІАЛЬНУ РЕАБІЛІТАЦІЮ В МІСЦЯХ ПОЗБАВЛЕННЯ ВОЛІ

Українська військово-медична академія,
Вінницька обласна клінічна лікарня

Останнім часом серед підлітків спостерігається зростання захворюваності на різні хвороби. Викликає занепокоєння стан їхнього нервово-психічного здоров'я [2]. Особливу проблему в підлітків становлять вегетативні дисфункції та невротоподібні стани. На тлі несформованих нейроендокринних зв'язків виникають порушення їх адаптації, що проявляються девіантними формами поведінки (алкоголізмом, наркоманією, підлітковою проституцією, суїцидом, правопорушеннями) та часто пов'язані з різними формами психічної патології. У 20–70 % дітей і підлітків, які перебувають на обліку в міліції, інстанціях і комісіях у справах неповнолітніх, зустрічаються неврози, психопатії, аномалії особистості, психопатоподібні стани [1,3]. Особливої уваги заслуговує вивчення стану здоров'я підлітків, які скоїли протиправні вчинки і перебувають у місцях позбавлення волі.

Нами вивчено деякі показники стану здоров'я підлітків, які проходять соціальну реабілітацію в професійно-технічному училищі. З них 15-річних юнаків було 24 (26,7 %), 16-річних – 27 (30 %), 17-річних – 36 (40 %), 18-річних – 3 (3,3 %), засуджених до позбавлення волі на 3 роки – 47 (52,2 %), на 2 роки – 33 (36,7 %), 2,5 – 2 (2,2 %), 1,5 – 4 (4,4 %), рік – 4 (4,4 %). 61 – 67,8 % підлітків проживає у великих містах, 29 (32,2 %) – у селах.

Із повних сімей було 27 юнаків (30 %), неповних – 51 (56,7 %). З неповних сімей росли без батька 48 підлітків (94,1 %), без матері – 3 (5,9 %), сиріт було 12 (13,3 %), з яких троє юнаків не мають батьків (25 %), а у 9 сиріт батьки позбавлені батьківських прав (75 %).

Із соціально благополучних сімей було 27 юнаків (30 %), з малозабезпечених – 33 (36,7 %), з благополучних – 10 (11,1 %). Соціальний статус сім'ї не відомий у 9 підлітків (10 %); один юнак – бомж (1 %).

Підлітків з багатодітних сімей було 29 (32,2 %), з них 2 сиріт (2,2 %) внаслідок поз-

бавлення батьків батьківських прав. Алкоголізм спостерігався у 21 сім'ї (23,3 %). Причому його було виявлено у 9 (31 %) багатодітних сім'ях, у 20 (56 %) соціально неблагополучних сім'ях, одній (3 %) малозабезпеченій сім'ї, 17 (33 %) неповних сім'ях 4 (15 %) повних сім'ях, 8 (53 %) сім'ях, де є ув'язнені.

До позбавлення волі на обліку в міліції перебували 14 підлітків (15,6 %). Із них жителів міст було 10 (71 %), сіл – 4 (29 %). Це переважно (12 – 85,7 %) підлітки з соціально неблагополучних і багатодітних сімей. Скоїли злочин уперше 76 юнаків (84,4 %).

Слід зазначити, що в 15 сім'ях (16,7 %) були ув'язнені близькі родичі, з яких у 6 сім'ях – мати (6,7 %), у 3 – батько (3,3 %), в 5 – брати (5,6 %), в одній – відчим (1,1 %).

Групові злочини скоїли 69 підлітків (76,7 %), одноосібні – 21 (22,2 %). Серед групових злочинів, скоєних жителями міст, було 49 (71 %), сіл – 20 (29 %), серед одноосібних – 16 (76 %) і 5 – (24 %) відповідно. За характером злочинів переважали крадіжки – 71 (78,9 %), злочинів сексуального характеру було 2 (2,2 %), вбивств – 1 (1,1 %). Розбої, шахрайство та ін. спостерігались у 15 випадках (16,7 %); за торгівлю наркотичними засобами ув'язнено одного підлітка (1,1 %).

До позбавлення волі 17 юнаків (18,9 %) навчались у школі-інтернаті. Серед них було 10 сиріт (11,1 %) та 7 (7,8 %) із неблагополучних і малозабезпечених сімей. Третина підлітків (33 %) мала проблеми з навчанням і залишалася повторно в одному класі. Серед них із повних сімей було 9 юнаків (30 %), із неповних – 17 (57 %), сиріт – 4 (13 %).

Систематично курять 66 (95,6 %) підлітків із 69. Із 7 років курять 24 (36 %) юнаки. Батьки 55 підлітків (80 %) теж курять.

Вживали алкогольні напої 67 підлітків (97 %), із них регулярно – 21 юнак (30 %), періодично – 46 (67 %). Уперше почали вживати алкогольні на-

пої у 7–8 років 7 чоловік (10,5 %). Скоїли злочин у стані алкогольного сп'яніння 20 підлітків (29 %).

Вживали наркотичні засоби 33 юнаки (48 %), із них регулярно – 6 (9 %), періодично – 27 чоловік (39 %).

Гетеросексуальні контакти мали 46 юнаків (66,6 %), із них до 12 років – 4 (9 %) осіб. Гомосексуальні контакти – 2 підлітки (3 %).

Неблагополучною своєю сім'єю вважають 20 юнаків (29 %). Часті сварки між батьками були у 29 сім'ях (42 %). Незадовільні матеріально-побутові умови в сім'ї відмітив 21 юнак (30 %). Часто піддавались приниженню з боку дорослих 29 підлітків (42 %). Батьки часто били 22 юнаків (32 %). Втікали з дому 50 підлітків (73 %).

Висловили жаль з приводу скоєного правопорушення 53 підлітки (77 %). 24 юнаки (35 %) вважали своє покарання справедливим, 34 (49 %) – надмірним, а 11 осіб (16 %) не могли оцінити міру своєї вини.

Добре уявляли своє майбутнє 34 підлітки (49 %), хотіли продовжити свою освіту 40 юнаків (58 %), у вузах – 35 (51 %). Бажання здобути інтелектуальну професію виявили 5 підлітків (7 %). Не вміють добре писати і читати 4 юнаки (6 %).

Більшість підлітків (52–75 %) виявила негативне ставлення до соціально-політичного устрою в Україні й прагнення жити в іншій країні.

Самооцінка власного здоров'я свідчить про таке: вважає себе фізично здоровим 41 підліток (59 %), таким, що часто хворіє, – 19 (28 %). Не змогли оцінити стан свого здоров'я 9 юнаків (13 %).

Було проведено анкетування 67 підлітків. Про-

яви вегетативних дисфункцій виявлено у 54 осіб (81 %), екстраверсії – у 53 (79 %), амбіверсії – у 7 (11 %) та інтраверсії – у 6 (10 %). Посилення ознак нейротизму спостерігалось у 47 юнаків (70 %), емоційна стабільність – у 19 (28 %).

Рівень тривожності вивчали у 67 підлітків. Високий рівень загальної тривожності діагностовано у 4 юнаків (6 %), дещо підвищений – у 17 (25 %), нормальний – у 46 (68 %). За рівнем шкільної тривожності підлітки поділялись так: 8 осіб (12 %) – високий рівень тривожності, 15 (22 %) – підвищений, 44 юнаки (66 %) – нормальний. Дещо нижчим був рівень самооцінної тривожності. Так, високий рівень виявлений у 2 юнаків (3 %), дещо підвищений – у 22 (33 %) і нормальний – у 43 (64 %). Така сама закономірність простежувалась і з боку міжособистісної тривожності: високий рівень був у 3 осіб (5 %), дещо підвищений – 23 (34 %) і нормальний – у 41 (61 %).

Підвищення загального рівня тривожності найчастіше спостерігалось у підлітків із неблагополучних (10–15 %) і неповних (9–45 %) сімей та серед юнаків, які повторно залишалися в одному класі (9–45 %).

Отже, у підлітків переважає нормальний рівень тривожності при різних її формах. У чверті юнаків він був підвищеним.

Типи особистості вивчались у 64 підлітків. Органічну природу психопатії не підтверджено у жодного юнака, не виявлено також серед підлітків схильності до симуляції чи агравації.

Типи акцентуації, встановлені за допомогою анкетного аналізу, наведено в таблиці 1.

Таблиця 1. Типи акцентуації у підлітків, позбавлених волі

Тип акцентуації	Кількість підлітків	
	абсолютна	відносна, %
Епілептоїдний	21	32
Епілептоїдно-істероїдний	5	8
Епілептоїдно-шизоїдний	3	5
Шизоїдний	5	8
Істероїдний	3	5
Психоастенічний	5	8
Психоастенічно-сенситивний	3	5
Гіпертимний	4	6
Гіпертимно-нестійкий	3	5
Не встановлений	2	3
Інші типи	10	15
Разом	64	100

Як видно з таблиці 1, серед підлітків найчастіше зустрічається епілептоїдний тип (32 %), значно рідше – інші типи особистості. Серед інших типів акцентуації з однаковою частотою (1,6 %) траплялися лабільний, лабільно-істе-

роїдний, лабільно-сенситивний, лабільно-циклоїдний, шизоїдно-сенситивний, шизоїдно-психоастенічний, шизоїдно-нестійкий, істероїдно-нестійкий, гіпертимно-істероїдний і нестійкий типи.

Переважають рис жіночої статі спостерігалось у 7 підлітків (11 %).

Майже у половини юнаків (30–47 %) виявлено ризик виникнення соціальної дезадаптації, у 15 осіб (23 %) – ризик формування психопатії. Психологічну схильність до делінквентності діагностовано у 26 підлітків (41 %), до алкоголізації – у 34 юнаків (53 %). Виставляли на показ свою алкогольну залежність 6 чоловік (9 %). Підвищена відвертість проявлялась у 12 підлітків (19 %); ризик до розвитку депресії встановлено в 11 осіб (17 %).

Конформність виявлено у 20 юнаків (31 %). За рівнем конформності вони поділялись таким чином: помірна конформність – 34 (53 %), середня – 9 (14 %), висока – один (2 %) підліток.

Серед юнаків (25–39 %) частіше виявлялась помірна реакція емансипації, у 20 (31 %) – виражена, в 11 (17 %) – слабка, у 6 (9 %) – сильна.

Ризик виникнення соціальної дезадаптації частіше зустрічався в епілептоїдного (10–48 %) і шизоїдного (4–80 %) типів акцентуації. Здатність формування психопатії також переважала у цих самих типів акцентуації (24 і 60 % відповідно).

Психологічна схильність до делінквентності при різних типах акцентуації мала такий розподіл: епілептоїдний тип – 6 (29 %), епілептоїд-

но-шизоїдний – 2 (67 %), гіпертимний – 4 (80 %), істероїдний – 3 (100 %), шизоїдний – 3 (60 %), психоастенічний – один (20 %).

Психологічну схильність до алкоголізації при епілептоїдному типі було виявлено у 11 осіб (52 %), шизоїдному – в 3 (60 %), істероїдному – в 3 (100 %), психоастенічному – в 3 (60 %), гіпертимному – в 4 (100 %), гіпертимно-нестійкому – у 2 (67 %).

Ризик виникнення депресії у разі психоастенічного синдрому виявлений у 2 юнаків (4 %), психоастенічно-сенситивного – у 2 (66 %), епілептоїдного – у 2 (10 %).

Сильна реакція емансипації спостерігалась у випадку епілептоїдного типу в 7 юнаків (33 %), епілептоїдно-істероїдного – в 3 (60 %), епілептоїдно-шизоїдного – в 2 (67 %), шизоїдного – в 3 (60 %), істероїдного – в 2 (67 %), психоастенічного – в 2 (4 %), гіпертимного – у 2 (50 %).

Нонкорфізм зустрічався у 3 юнаків (14 %) епілептоїдного типу, у 3 (60 %) – шизоїдного і у 2 (67 %) – психоастенічно-сенситивного.

Отже, у більшості підлітків, які проходили соціальну реабілітацію в місцях позбавлення волі, спостерігалися різні форми психічних і психотичних порушень, які потребують відповідної корекції.

Список літератури

1. Баранов А.А. Состояние здоровья детей и подростков в современных условиях: проблемы, пути решения // Рос. педиатр. журн. – 1998. – № 1. – С. 5–8.
2. Богатирьова Р.В., Горбань Е.М., Гойда Н.Г. та ін. Стан і перспективи розвитку пріоритетного наукового напрямку "Охорона здоров'я дітей шкільного віку та підлітків" // Лікар. справа. – 2000. – № 1. – С. 3–6.
3. Вельтищев Ю.Е. Экологически детерминированная патология детского возраста // Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. – 1996. – № 2. – С. 5–12.

СОСТОЯНИЕ СОЦИАЛЬНО-ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ, ПРОХОДЯЩИХ СОЦИАЛЬНУЮ РЕАБИЛИТАЦИЮ В МЕСТАХ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ

Т.К. Набухотный, В.П. Павлюк, Т.С. Макиенко, О.В. Котилев, Г.П. Мосиенко (Киев, Винница)

Изложены результаты социально-психологического состояния 96 юношей 15–18 лет, находящихся на социальной реабилитации в местах лишения свободы. У большинства из них выявлены различные формы психических и психологических нарушений, требующих соответствующей коррекции.

THE STATE OF SOCIO-PSYCHIC HEALTH OF TEENAGERS UNDERGOING SOCIAL REHABILITATION AT PENITENTIARIES

T.K. Nabukhotny, V.P. Pavliuk, T.S. Makiyenko, O.V. Kotilov, H.P. Mosiyenko (Kyiv, Vinnitsa)

The results of socio-psychological state of 96 teenagers aged 15–18 yrs undergoing social rehabilitation at penitentiaries have been presented. Most of them appeared to suffer from different forms of psychic and psychological disorders demanding corresponding corrections.

УДК 312.6:616-057.36:358

А.С. КОТУЗА (КИЇВ)

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЧИННИКІВ СПОСОБУ ЖИТТЯ ТА ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЛЬОТНОГО СКЛАДУ ВІЙСЬКОВО-ПОВІТРЯНИХ СИЛ УКРАЇНИ

Українська військово-медична академія

Одним із важливих чинників боєздатності Збройних Сил України, є стан здоров'я їх особового складу. Це стосується також такого роду Збройних Сил, як Військово-повітряні сили (ВПС), зокрема їх льотного складу (ЛС).

Соціологічне дослідження впливу на стан здоров'я льотного складу (ЛС) чинників ризику професійної діяльності та способу життя складалося з таких етапів: створення анкети анонімного опитування; опитування льотчиків і штурманів ВПС; зведення і групування зібраних анкетних даних; статистичного аналізу. Методом дослідження було особисте інтерв'ювання ЛС ВПС України [1, 2].

Анкетним опитуванням було охоплено 537 осіб. У ході дослідження було сформовано репрезентативну вибірку ЛС із 439 осіб (із них льотчиків – 329 чоловік, штурманів – 110) та контрольну групу із 98 військовослужбовців. Розподіл ЛС за родом авіації був таким: винищувальна – 128 чоловік; штурмова – 35; бомбардувальна – 115; транспортна – 130; розвідувальна – 31. Розподіл респондентів за віком: 21–25 років – 78 осіб; 26–30 – 118; 31–35 – 114; 36–40 – 71; понад 40 років – 58. Розподіл за стажем роботи: до 5 років – 53 чоловіки; 6–9 – 138; 10–14 – 98; 15–19 – 90; більше 20 років – 60 чоловік. Розподіл за групами здоров'я: I група – 242 особи; II – 197. Респонденти контрольної групи не контактували з професійношкідливими чинниками льотної діяльності, їхній розподіл повністю відповідав аналогічному розподілу основної групи.

Основним інструментом соціологічного дослідження була анкета, розроблена працівниками ВМЦ ВПС та Українським інститутом громадського здоров'я. Вона складається із 62 закритих запитань українською мовою, які стосуються соціально-побутових умов, способу життя, шкідливих звичок тощо. В анкеті є запитання, на які передбачався не один, а кілька варіантів відповідей.

Анкета містить паспортну частину, яка дає відомості про льотну спеціальність, стаж роботи та професійний маршрут. Низка запитань стосується режиму праці (тривалість робочої зміни, рівномірність і послідовність навантаження, на-

явність обідньої перерви, часу на відпочинок у процесі роботи тощо), суб'єктивної оцінки умов праці (робоча поза, мікроклімат, шум тощо), її важкості та напруженості, за якими оцінюється функціональний стан організму протягом робочого дня (час та причини виникнення стомлення, шляхи його подолання). На думку деяких авторів, ці дані надзвичайно інформативні, тому що суб'єктивні прояви відображають стан об'єктивних процесів у свідомості або відчуттях працівників. Крім того, анкета дозволяє виявити поінформованість ЛС про особливості впливу на організм несприятливих чинників професійної діяльності, заходи, які попереджують або зменшують цей вплив, наявність у персоналу спеціальних засобів захисту, а також роль медичної служби в запобіганні формуванню професійно зумовлених захворювань [3].

За допомогою деяких запитань досліджувалися соціально-побутові та житлово-побутові умови респондентів, їхнє сімейне положення, кількість та вік дітей, характер відносин в сім'ї, фактичний дохід на одного члена сім'ї, витрати часу на побутову роботу, відпочинок під час відпустки та у вихідні дні тощо. Особливу увагу приділяли відомостям про спосіб життя: характер харчування, заняття спортом, наявність шкідливих звичок тощо.

Найвагоміше місце в анкетному опитуванні займає інформація про стан здоров'я. З огляду на це, в анкетну карту було включено запитання, що містять суб'єктивні скарги опитуваних, думку ЛС про професійну зумовленість окремих недуг, наявність гострих захворювань, перенесених за останні 3 роки до проведення анкетування, і хронічних, на які хворіли впродовж усієї льотної діяльності, причину їхнього виникнення (враховувались вік, дата настання захворювання, види застосовуваного лікування, оформлення листків тимчасової непрацездатності, дотримання термінів профілактичного лікування тощо), про задоволеність медичною допомогою та шляхи її вдосконалення. В анкеті містяться також запитання про задоволеність роботою [1].

Відмінне професійне здоров'я ЛС ВПС – не-

обхідний складник тривалого професійного довголіття та активного соціального життя після звільнення з військової служби. Запорукою цього є здоровий спосіб життя, адже, за даними деяких авторів, серед чинників ризику, які впливають на стан здоров'я, більше ніж 50 % припадає на спосіб життя [4].

У ході дослідження встановлено, що 68 % анкетованих проживають у незадовільних побутових умовах, близько 2/3 сімей (від $(56,7 \pm 6,4)\%$ у контрольній групі до $(77,4 \pm 3,4)\%$ серед льотчиків та $(68,9 \pm 2,5)\%$ серед штурманів) характеризуються задовільним соціальним мікрокліматом, матеріальна забезпеченість сімей ЛС ВПС (станом на 01.04.2000) не задовільна: в сім'ях льотчиків на одного члена сім'ї в місяць припадає $(203,8 \pm 4,5)$ грн, штурманів – $(194,9 \pm 5,6)$ грн ($(178,3 \pm 4,7)$ грн – у контрольній групі). У більшості сімей ЛС немає дітей, що, можливо, непрямо підтверджує низький рівень їхнього матеріального забезпечення.

Як показало дослідження, час, затрачений на проїзд до місця роботи, переважно не перебільшував 1 год ($86,3-92,7\%$ респондентів), обмежена тривалість нічного сну (6 год і менше) була характерною для $(35,8 \pm 2,5)\%$ льотчиків, $(27,3 \pm 2,5)\%$ штурманів, $(23,5 \pm 4,3)\%$ військовослужбовців контрольної групи, $6,2\%$ респондентів приділяли 3 та більше годин читанню літератури (в тому числі спеціальної), заняттям із дітьми, іншим справам, $17,9-26,4\%$ анкетованих взагалі не мали часу для такого виду діяльності. Більшість опитаних ($66,3\%$) вважає своїм повсякденним заняттям у вільний від роботи час перегляд телевізійних передач, читання газет, бездіяльний відпочинок, зрідка – придбання товарів домашнього вжитку (порядок подання відповідей відповідав такому в анкетах). Внаслідок такого режиму дня 34% ЛС відзначали стомленість на початку робочого дня, яке пов'язували з незадовільним самопочуттям (36%), значним навантаженням домашньою роботою (38%), відсутністю повноцінного відпочинку після роботи напередодні (близько 48% опитаних).

Як відомо, однією з важливих умов доброго здоров'я, високої трудової і соціальної активності є повноцінне харчування та його регулярність. Однак триразове повноцінне харчування мають лише $17,9-24,5\%$ респондентів, "як доведеться" харчуються $3,6-16,3\%$ опитаних. Особливо несприятливим є приймання їжі під час обідньої перерви, якою у $21,4-27,4\%$ військовослужбовців контрольної групи та ЛС є принесений із дому сніданок.

При вивченні фізичної активності ЛС було встановлено, що тільки $16,4-20,9\%$ ЛС регулярно займаються фізкультурою та спортом. Чверть

обстежених має надлишкову масу, чому сприяє як гіподинамія, так і нераціональне харчування. Дослідження шкідливих звичок показало, що $36,4\%$ анкетованих курять, 45% з них – більше однієї пачки на день, близько $82,1\%$ вживають алкогольні напої, причому $10,2-12,7\%$ – частіше одного разу на місяць, але не рідше одного разу на тиждень, $37,7-46,4\%$ – один раз на тиждень і частіше. Лише $17,9-26,4\%$ респондентів не вживають алкогольних напоїв зовсім. Зауважимо, що серед ЛС рівень поширеності шкідливих звичок вищий, ніж у контрольній групі.

Санаторно-курортного лікування потребують 54% ЛС, з них $85,5\%$ ним не забезпечуються. Значна частина ($55-57,1\%$) ЛС проводить відпустку вдома, $13,3-22,5\%$ – на дачі й лише $7,3-10,2\%$ – на туристичних базах, $14,3-19,4\%$ у будинках відпочинку.

Вищенаведені результати соціологічного дослідження відображено на рисунку 1.

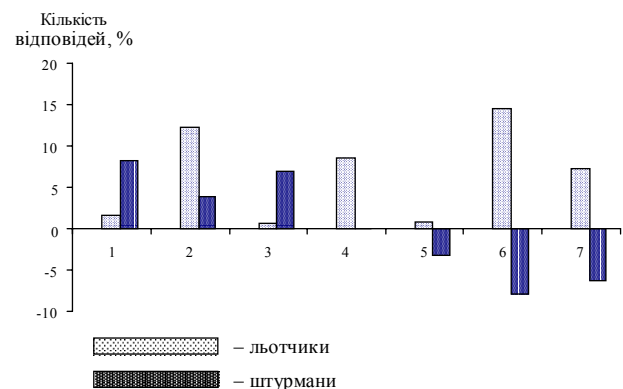


Рис. 1. Результати оцінки соціально-побутових умов ЛС ВПС за даними анкетного опитування:

0 – оцінка окремих чинників у контрольній групі, %; збільшення кількості відповідей, порівняно з контрольною групою, у групах льотчиків і штурманів ВПС має додатні значення, зменшення – від'ємні; 1 – триразове харчування; 2 – тривалість нічного сну менше ніж 6 год; 3 – заняття фізкультурою та спортом; 4 – вживання алкогольних напоїв; 5 – поширеність куріння; 6 – відсутність повноцінного відпочинку після роботи; 7 – відсутність відновлення працездатності після відпочинку та сну.

"Профіль" способу життя, зображений на рисунку за такими показниками, як регулярність харчування, тривалість нічного сну, зайнятість у побуті, відсутність повноцінного відпочинку після роботи, вживання алкогольних напоїв та поширеність куріння, відсутність відновлення працездатності після відпочинку та сну, наочно свідчить про несприятливу ситуацію, що спостерігається серед ЛС України. Отримані дані незаперечно свідчать про низьку соціальну активність та цілеспрямованість ЛС щодо збереження професійного здоров'я.

Оцінка режиму та умов роботи, її важкості, напруженості та впливу на стан здоров'я і працездатність засвідчує, що 71,8–83,7 % військовослужбовців працюють переважно в денний час, інші періодично мають нічні чергування. Тривалість робочого дня льотчиків і штурманів різна, що пов'язано з особливостями покладених на них професійних обов'язків. Тривалість робочого дня до 7 год встановлена у 38,3 % льотчиків, 7–8 – 28,3, понад 8 год – 33,4 %, у штурманів ці показники склали 22,7; 44,6; 32,7 % відповідно. В контрольній групі переважали військовослужбовці (64,3 %), із 7-годинним робочим днем.

Близько 70 % опитаних військовослужбовців вважають, що їхня робота має циклічний і послідовний характер. Поряд із цим, приблизно 30 % ЛС і 43 % осіб контрольної групи відзначають, що їхня робота не послідовна. Найбільше професійне навантаження в усіх трьох групах спостерігається в понеділок із зменшенням до кінця тижня. Однак у контрольній групі воно розподіляється протягом тижня більш-менш рівномірно, про що стверджують близько третини анкетованих.

До початку робочого дня приблизно 1/3 опитаних відчувають стомленість – від помірної до сильної, причому ЛС вірогідно частіше ($p < 0,05$) починає роботу з відчуттям легкої втоми. Зауважимо, що 26,4–32,7 % опитаних до настання робочого дня мають різноманітні скарги. Так, ЛС частіше скаржиться на загальну слабкість і головний біль (21 % льотчиків, 16,4 % штурманів, 14,3 % опитаних контрольної групи). У процесі роботи втома виникала раніше в групах ЛС, ніж у контрольній групі. Якщо в контрольній групі через 3–4 год роботи відчуття втоми було у (10,3±3,7) % опитаних, то в групах ЛС ці показники становили (21,9±2,3) % і (20,9±3,9) % відповідно ($p < 0,01$ порівняно з контролем).

До кінця робочого дня серед ЛС переважали скарги на головний біль ((38,3±2,7) %), загальну слабкість ((48,7±4,7) %), стомлення очей ((25,4±5,2) %), біль у ділянці шийного та поперекового відділів хребтового стовпа ((24,8±5,4) %), що пов'язано з вимушеною робочою позою та впливом несприятливих чинників польоту: значним психоемоційним навантаженням, прийняттям відповідальних рішень за умови дефіциту часу, ударним і радіальним перевантаженням, перепадами атмосферного тиску, гіпоксією тощо.

Отже, отримані дані свідчать про суттєві відмінності в оцінці напруженості робочого дня, ступеня напруженості роботи та її динаміки протягом робочого дня серед ЛС та осіб контрольної групи. Льотчики та штурмани ВПС вірогідно частіше оцінюють свою працю як напружену та дуже напружену – (63,8±2,6) % та (54,5±4,7) % відпо-

відно, в контрольній групі – (46,9±3,8) % ($p < 0,05$), (рис. 2).

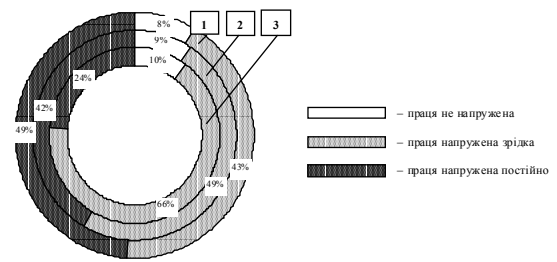


Рис. 2. Характеристика напруженості роботи анкетованих військовослужбовців ВПС:

1 – льотчики; 2 – штурмани; 3 – контрольна група.

Після вивчення динаміки напруженості роботи протягом робочого дня серед анкетованих льотчиків і штурманів та осіб контрольної групи було встановлено такі особливості:

- по 15,5 % льотчиків і штурманів мають відчуття напруженості на початку робочого дня (4,1 % осіб контрольної групи);
- для 19,8 % льотчиків, 18,2 % штурманів і більше половини (52 %) осіб контрольної групи характерне формування відчуття напруженості до обідньої перерви;
- майже однакова кількість (64,7 % льотчиків і 66,4 % штурманів) представників ЛС відчувають розвиток напруженості після обідньої перерви та під кінець робочого дня (рис. 3).

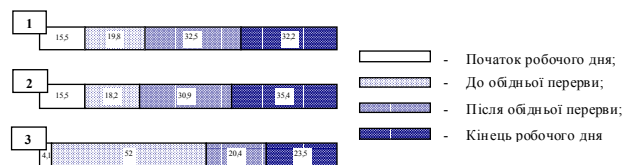


Рис. 3. Динаміка напруженості роботи, %, впродовж робочого дня у ЛС та анкетованих військовослужбовців ВПС:

1 – льотчики; 2 – штурмани; 3 – контрольна група.

На думку анкетованих, їх більше стомлює високий ступінь напруженості роботи ((52,3±2,8) % льотчиків, (50,9±4,3) % штурманів), а також перенапруження уваги ((40,6±2,3) % льотчиків, (37,6±3,6) % штурманів) і висока відповідальність ((35,1±3,7) % та (28,1±2,6) % відповідно). Найкраще знімають втому, на думку, (46,6±5,2) % льотчиків і (37,2±3,4) % штурманів), душ і відпочинок лежачи, а також зміна характеру діяльності ((28,7±3,9) %), прогулянка та музика ((37,8±2,3) % і (25,6±3) % відповідно).

Дані оцінки тяжкості роботи засвідчують, що важкою вважають свою професію 18,5–20,9 % ЛС (контрольна група – 12,2 %), середньої важкості – (76,9±2,3) % льотчиків і (70,0±4,4) %

штурманів (у контрольній групі – (61,2±4,9) %). Вибіркові дані дослідження режиму роботи наведено на рисунку 4.

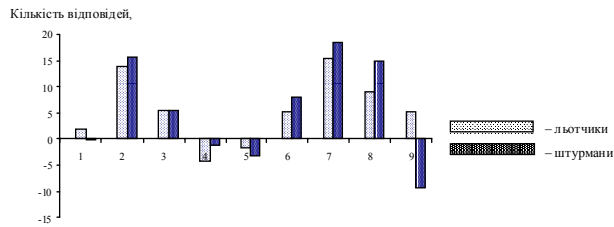


Рис. 4. Результати оцінки режиму роботи за даними анкетного опитування:

0 – оцінка окремих чинників у контрольній групі, %; збільшення кількості відповідей, порівняно з контрольною групою, у групах льотчиків і штурманів ВПС має додатні значення, зменшення – від’ємні; 1 – наявність помірної втоми до початку робочого дня; 2 – виникнення втоми через 3-4 год роботи; 3 – наявність втоми після роботи; 4 – скарги на головний біль, пов’язаний із роботою; 5 – скарги на біль у спині та попереку, пов’язаний із роботою; 6 – вплив виробничих чинників на розвиток втоми; 7 – постійне нерво-емоційне напруження на роботі; 8 – робоча поза сидячи; 9 – вимушена робоча поза.

На несприятливі чинники професійної діяльності як на причину розвитку втоми вірогідно частіше вказують льотчики ($p < 0,01$), для відповідей штурманів характерне перебільшення негативного впливу професійних чинників на розвиток втоми ($p > 0,05$).

Більшість опитаних (65 % осіб контрольної групи, 78,8 % льотчиків, 82,4 % штурманів) оцінює своє здоров’я як задовільне та добре. Структуру самооцінки стану здоров’я анкетованих наведено на рисунку 5.

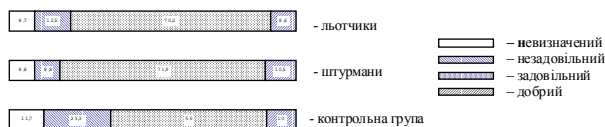


Рис. 5. Самооцінка стану здоров’я анкетованих представників ЛС та осіб контрольної групи.

Протягом року, що передував опитуванню, не хворіли на гострі захворювання 34,5–41,6 % анкетованих. Серед гострих захворювань переважали гострі респіраторні вірусні інфекції, найбільша частота (40–65,5 %) яких спостерігалась у осінньо-весняний період. За медичною допомогою не звертались 51,6 % осіб контрольної групи, 67,9 % льотчиків і 64 % штурманів ВПС. Основною причиною звертання до лікаря для 21,8–27,2 % опитаних було отримання лікарняного листка, для 7,5–8,8 % ЛС та 26,6 % осіб контрольної групи – контроль за станом здоро-

в’я. При цьому часто звертались за медичною допомогою лише 1,1–3,3 % опитаних, дуже рідко – 45–53,6 %.

Хронічні захворювання вірогідно частіше визначались у (72±2,5) % льотчиків проти (55,0±5,0) % осіб контрольної групи ($p < 0,01$) та (69,3±4,4) % штурманів ($p < 0,05$). Серед причин виникнення гострих респіраторних і хронічних захворювань льотчики та штурмани ВПС достовірно частіше (за винятком хронічних захворювань у льотчиків, де ($p < 0,1$) називають умови праці).

У структурі хронічних захворювань серед льотчиків, штурманів та осіб контрольної групи перше місце посідають хвороби кістково-м’язової системи та сполучної тканини (46, 50 та 38 % відповідно). Друге місце займають хвороби системи кровообігу (35, 31 і 14 %), третє – хвороби органів травлення – (15, 13 і 28 %).

Незважаючи на наявність гострих і хронічних захворювань із загостреннями, 30,4 – 38,6 % опитаних за останні 3 роки не брали лікарняні листки, 37,7–43,3 % раз за останні 2–3 роки були на лікарняному. Особи, які часто хворіють (4 і більше разів на рік), становлять 2,6–2,9 %, але в контрольній групі цієї категорії осіб немає. Потрібно зазначити, що в разі у наявності: (58,9±2,7) % льотчиків 1–3 захворювань на рік лише (27,9±2,5) % із них не ходили на роботу через тимчасову втрату працездатності. Аналогічні показники для штурманів склали (55,6±4,7) % і (21,1±3,9) % відповідно, для осіб контрольної групи (46,7±5,0) % і (25,1±4,4) %. Отже, фактичне перебування на лікарняному листку за станом здоров’я від належного у льотчиків, штурманів і осіб контрольної групи становить 47,3; 37,9 і 53,7 % відповідно.

Наведені дані свідчать про те, що в разі меншої питомої ваги осіб, які мають гострі захворювання, та меншої частоти розвитку хвороб особи контрольної групи частіше користуються лікарняними листками, хоча вони гірше оцінюють своє здоров’я. Встановлені факти можуть вказувати, з одного боку, на уважливіше ставлення осіб контрольної групи до свого здоров’я, з іншого – на наявність більших можливостей лікуватись у зв’язку з меншою дефіцитністю їхніх спеціальностей і легшим усуненням їх відсутності на роботі порівняно з представниками ЛС. Незважаючи на наявність у значної кількості осіб хронічних захворювань, 18,4 % льотчиків і 25 % штурманів не підлягають диспансерному лікарському нагляду проти 21,6 % осіб контрольної групи, 76,4–82,2 % не дотримуються термінів профілактичного лікування, хоча більша половина осіб (68,5 % – льотчиків, 62,3 % штурманів проти 56,6 % осіб контрольної групи) повинні виконувати ті чи інші лікарські призначення.

Під час дослідження організації медичного спостереження та лікування анкетованих встановлено, що медичне обслуговування 21,1–26,2 % льотчиків і штурманів ВПС (32,5 % – контрольна група) проводять на базі медичної служби військових частин, у 26,5 % випадків (32,5 % – контрольна група) – у цивільних поліклініках, в інших випадках – самостійно. Тобто як за формою організації (місце проведення) (35,0–50,2 %), так і за змістом (призначення методів лікування) 52,9–76,3 % анкетованих займаються самолікуванням. Такий стан справ пов'язаний насамперед із незадовільним медичним забезпеченням (на 57,5–75,0 %) і низьким рівнем надання медичної допомоги.

Під час вивчення причин погіршення стану здоров'я впродовж останніх трьох років встановлено, що льотчики та штурмани в 9,9–16,7 % випадків бачать причину цього в несприятливих умовах праці, тоді як у контрольній групі жоден з опитаних дану причину не вказав. Більшість опитаних (47,8–52,6 %) вважає головною причиною погіршення стану здоров'я вплив незадовільних житлово-побутових умов, 21,1–31,1 % льотчиків та штурманів – комплексу несприятливих чинників (26,6 % – контрольна група). Тоді як 82–93 % ЛС вказують на вплив стану здоров'я на працездатність, а отже, на безпеку польотів і успішність виконання поставленого завдання.

У разі вивчення “профілю” здоров'я представників ЛС ВПС, наведеного на рисунку 6, встановлено, що серед них при вищому рівні суб'єктивної оцінки здоров'я нижчий індекс здоров'я, більша

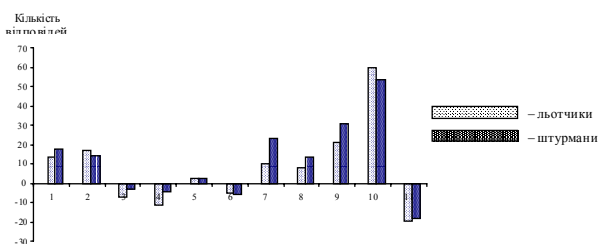


Рис. 6. Результати оцінки стану здоров'я ЛС ВПС за даними анкетного опитування:

0 – оцінка окремих чинників у контрольній групі, %; збільшення кількості відповідей, порівняно з контрольною групою, в групах льотчиків і штурманів ВПС має додатні значення, зменшення – від'ємні; 1 – задовільна самооцінка здоров'я; 2 – наявність хронічних захворювань; 3 – індекс здоров'я (частка осіб, які не хворіли в минулому році); 4 – особи, які не мали ГРВІ; 5 – перебування на лікарняному 4 і більше разів; 6 – дотримання термінів профілактичного лікування в разі наявності хронічних захворювань; 7 – самолікування з приводу ГРВІ; 8 – зв'язок хронічних захворювань з умовами праці; 9 – погіршення стану здоров'я, пов'язан з умовами праці; 10 – вплив низького рівня здоров'я на працездатність; 11 – звертання в медичну службу з приводу контролю за станом здоров'я.

частка осіб, які мають хронічні захворювання та часто хворіли впродовж року. Крім того, серед ЛС значна кількість осіб займаються самолікуванням, а також встановлено статистично вірогідний зв'язок хронічних захворювань і погіршення здоров'я протягом останніх трьох років з умовами праці.

Для встановлення залежності захворюваності та стану здоров'я обстеженого ЛС від віку, стажу професійної діяльності, виробничих і соціально-гігієнічних чинників застосовували метод множинного кореляційно-регресійного аналізу, який дозволяє виявити не тільки частку впливу одного чинника, а й комплексу чинників. Аналіз взаємодії вивчених чинників проводили з позицій системного підходу, який припускає, що корисним результатом оцінки стану здоров'я ЛС є мінімізація рівня захворюваності або максимізація стану здоров'я. Тому по кожній інформаційній групі розраховували коефіцієнт множинної кореляції (R) комплексу соціально-гігієнічних чинників з рівнем здоров'я ЛС. Для визначення окремих показників, більше пов'язаних із рівнем здоров'я, застосовували покроковий множинний кореляційний аналіз.

Для кореляційно-регресійного аналізу було виділено чотири групи чинників, які впливають на здоров'я: 1) умови побуту; 2) спосіб життя; 3) умови професійної діяльності; 4) організація медичного забезпечення.

Достатньо сильний зв'язок встановлено з чинниками, які формують образ інформативних ознак для першої групи: наявністю житла, сімейним станом, доходом на одного члена сім'ї, зайнятстю у побуті, регулярністю та якістю харчування. Коефіцієнт множинної кореляції для даної групи чинників у льотчиків дорівнював 0,7586 (коефіцієнт детермінації – 48,2 %), штурманів – 0,6387 (49,5 %), осіб контрольної групи – 0,5865 (45,6 %). Для другої групи такими чинниками були: взаємовідносини в сім'ї, тривалість нічного сну, заняття фізкультурою та спортом, вживання алкогольних напоїв, куріння. Коефіцієнти множинної кореляції для даної групи чинників у льотчиків, штурманів і осіб контрольної групи склали, відповідно, 0,7785; 0,7451 і 0,6981, коефіцієнти детермінації – 58,3, 54,7; 52,6 %.

Загальна залежність між рівнем захворюваності з тимчасовою втратою працездатності у випадках на 100 спеціалістів (Y) та комплексом соціально-гігієнічних чинників, що характеризують побут, може бути виражена у вигляді рівняння регресії, наведених у таблиці 1.

Користуючись цими рівняннями, можна з детермінованістю 48–58 % визначати захворюваність із тимчасовою втратою працездатності.

Умови праці можна відобразити за допомогою напруженості та складності роботи, впливу

Таблиця 1. Рівняння регресійної залежності захворюваності з тимчасовою втратою працездатності ЛС від чинників побуту та способу життя

Анкетована група	Рівняння
<i>Вплив чинників побуту</i>	
Льотчики	$Y=0,351+0,401 X_1+0,322+0,345 X_2+0,018 X_3-0,105 X_4+0,08 X_5$
Штурмани	$Y=0,254+0,251 X_1+0,154+0,231 X_2-0,006 X_3-0,153 X_4+0,14 X_5$
Контрольна група	$Y=0,351+0,401 X_1+0,322+0,345 X_2+0,018 X_3-0,105 X_4-0,05 X_5$
X_1 – наявність житла; X_2 – сімейне положення; X_3 – дохід на одного члена сім'ї; X_4 – зайнятість у побуті; X_5 – регулярність та якість харчування	
<i>Вплив чинників способу життя</i>	
Льотчики	$Y=0,272+0,201 X_1+0,147+0,341 X_2+0,107 X_3-0,075 X_4+0,07 X_5$
Штурмани	$Y=0,164+0,181 X_1+0,161+0,287 X_2-0,121 X_3+0,253 X_4-0,04 X_5$
Контрольна група	$Y=0,141+0,321 X_1+0,122+0,345 X_2-0,018 X_3+0,117 X_4+0,03 X_5$
X_1 – відносини в сім'ї; X_2 – тривалість нічного сну; X_3 – заняття фізкультурою та спортом; X_4 – вживання алкогольних напоїв; X_5 – куріння	

шуму та інших чинників професійної діяльності на організм ЛС, організації навчально-бойової діяльності та відпочинку.

Значення коефіцієнтів множинної кореляції для цього чинника більші серед льотчиків – 0,7921 (60,5 %), ніж штурманів – 0,7246 (56,7 %). Рівняння регресії для чинників професійної діяльності наведено в таблиці 2.

Організацію медичного забезпечення ЛС характеризували за допомогою таких показників:

рівень закладу медичної служби, що проводить лікувальні та профілактичні заходи, їх якість і тривалість, динамічний лікарський нагляд за станом професійного здоров'я ЛС. Значення коефіцієнтів множинної кореляції для цього чинника більші серед льотчиків – 0,8241 (коефіцієнт детермінації – 69,2 %), ніж штурманів – 0,7846 (61,1 %). Рівняння регресії для чинників організації медичного забезпечення наведено в таблиці 3.

Таблиця 2. Рівняння регресійної залежності захворюваності з тимчасовою втратою працездатності ЛС від чинників професійної діяльності

Анкетована група	Рівняння
Льотчики	$Y=0,057+0,077 X_1+0,238+0,345 X_2-0,018 X_3-0,119 X_4-0,145 X_5$
Штурмани	$Y=0,044+0,068 X_1+0,124+0,191 X_2-0,016 X_3+0,153 X_4-0,159 X_5$
X_1 – напруженість роботи; X_2 – складність роботи; X_3 – шум; X_4 – ефективність засобів захисту; X_5 – організація навчально-бойової діяльності та відпочинку	

Таблиця 3. Рівняння регресійної залежності захворюваності з тимчасовою втратою працездатності ЛС від чинників медичного забезпечення

Анкетована група	Рівняння
Льотчики	$Y=0,127+0,329 X_1+0,443+0,311 X_2+0,234 X_3+0,299 X_4$
Штурмани	$Y=0,145+0,266 X_1+0,394+0,231 X_2+0,286 X_3+0,313 X_4$
X_1 – динамічний лікарський нагляд; X_2 – рівень лікувально-профілактичного закладу; X_3 – ефективність проведення лікувально-профілактичних заходів; X_4 – тривалість проведення лікувально-профілактичних заходів	

Використовуючи метод множинного кореляційного аналізу, ми намагалися встановити кількісну залежність змін стану здоров'я ЛС, критеріями якого, крім захворюваності з тимчасовою втратою працездатності, є також хронічна захворюваність і дискваліфікація, від віку, стажу професійної діяльності, загального нальоту годин на літаках і вертольотах, несприятливих чинників професійної діяльності. При цьому не ставили собі за мету охопити всі нозологічні форми. Особлива увага зверталася на хвороби, які є найчастішою причиною дискваліфікації ЛС, а саме: хвороби органів кровообігу, травлення,

кістково-м'язової системи та сполучної тканини.

Потрібно зауважити, що значення коефіцієнтів кореляції між рівнем окремих хронічних захворювань (класів хвороб) і чинниками професійної діяльності коливалось від 0,14 до 0,41 (слабкий та помірний кореляційних зв'язок). При цьому були виявлені деякі відмінності впливу окремих професійних чинників. Напруженість льотної праці більшою мірою корелює з рівнем захворюваності на хвороби системи кровообігу (коефіцієнт парної кореляції $r=0,34$ – у льотчиків, $r=0,29$ – у штурманів), важкість роботи – з рівнем захворюваності на хвороби органів травлення ($r=0,26$ –

0,21 – у льотчиків, $r=0,22-0,19$ – у штурманів), найвагоміші несприятливі чинники професійної діяльності (шум, вібрація та електромагнітне випромінювання) – з рівнем захворюваності на хвороби нервової системи ($r=0,36-0,31$ – у льотчиків, $r=0,32-0,29$ – у штурманів).

У комплексі чинників, які впливають на стан здоров'я, значення R для віку тих, хто працює, серед льотчиків дорівнює 0,43, серед штурманів – 0,38, стажу роботи – 0,41 і 0,40 відповідно, загального нальоту годин – 0,43 і 0,38, шуму – 0,45 і 0,39, вібрації – 0,39 і 0,4, електромагнітного випромінювання – 0,36 і 0,38.

Наведені дані свідчать про наявність тісного зв'язку між станом здоров'я ЛС і соціально-гігієнічними чинниками, які на нього впливають, зокрема умовами праці – основним чинником зміни стану здоров'я в процесі професійної діяль-

ності ЛС. Однак отримані математичні моделі дозволяють з рівнем детермінованості близько 65 % розрахувати показники захворюваності та здоров'я в конкретних соціально-гігієнічних умовах.

Узагальнюючи наведені дані, можна зробити висновок, що більша частина опитаних ЛС ВПС і військовослужбовців контрольної групи не веде здоровий спосіб життя, має незадовільні соціально-побутові умови, які в поєднанні з чинниками професійної діяльності сприяють погіршенню стану їхнього професійного здоров'я. Крім того, назріла гостра потреба активного пропагування здорового способу життя серед ЛС та виділення коштів на його моральне і матеріальне заохочення, а також створення та впровадження в повсякденну діяльність ЛС сучасних реабілітаційно-відновних і рекреаційних технологій.

Список літератури

1. *Паніна Н.В.* Проект і програма емпіричного дослідження // Технологія соціологічного дослідження. – К.: Наук. думка, 1996. – С. 11–32.
2. *Рейзема Я.В.* Информационный анализ социальных процессов. – М.: Наука, 1982. – 198 с.
3. *Соціальна медицина та організація охорони здоров'я* / За ред. Ю.В. Вороненка, В.Ф. Москаленка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – С. 95–101.

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ФАКТОРОВ ОБРАЗА ЖИЗНИ И ПРОФЕСІОНАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІТНОГО СОСТАВА ВОЕННО-ВОЗДУШНИХ СИЛ УКРАЇНИ

А.С. Котуза (Київ)

Освещены медико-социальные особенности факторов образа жизни и профессиональной летной деятельности, их влияние на состояние здоровья летного состава Военно-воздушных сил Украины по данным анонимного анкетного опроса. Сделан вывод о целесообразности активного пропагандирования здорового способа жизни, финансирования на его моральное и материальное поощрение, а также внедрения в повседневную профессиональную деятельность летного состава ВВС современных реабилитационно-восстановительных и рекреационных технологий.

MEDICAL AND SOCIAL CHARACTERISTICS OF LIFE STYLE FACTORS AND OF OCCUPATIONAL ACTIVITY OF THE FLYING PERSONNEL IN AIR FORCES OF UKRAINE

A.S.Kotuz (Kyiv)

Medical and social peculiarities of life style factors and of occupational flying activity were examined as well as their effect on the health status of the flying personnel of Air Forces in Ukraine using anonymous questioning.

A conclusion was made on the necessity to actively promote a healthy life style, to give a financial support for its moral and material stimulation as well as to implement modern technologies for rehabilitation, recovery and recreation of the flying personnel of Air Forces.

УДК.616.3 - 006.6.(575.171)

Б.А. ДУСЧАНОВ, М.Р. САМАНДАРОВ (УТРЕНЧ)

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА ЗЛОЯКІСНІ ПУХЛИНИ ОРГАНІВ ТРАВНОГО ТРАКТУ СЕРЕД РІЗНИХ ЕТНІЧНИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ ХОРЕЗМСЬКОЇ ОБЛАСТІ УЗБЕКИСТАНУ

Ургенчський філіал 1-го Ташкентського державного медичного інституту

Вступ. Соціальна природа раку найбільш чітко виявляється в етнічній диференційованості частоти цього захворювання [2,5]. Більшість локалізацій раку на території Узбекистану в етнічному аспекті маловивчена. Наявні одиничні дані про рак стравоходу в Республіці Каракалпакстан [3]. Етнічні аспекти онкозахворюваності органів травлення вивчено в цілому по Узбекистану [5]. Але в цитованій роботі дані про вікові особливості захворюваності на рак органів травлення стосуються Узбекистану в цілому, тоді як регіони його далеко не однакові в екологічному відношенні. Зокрема, автор не навів стандартизованих за віком показників по Хорезмській області, що безпосередньо прилягає до зони Аральської екологічної кризи. У цьому ж дослідженні вперше аналізується частота раку органів травлення семи локалізацій серед різних етнічних груп населення в умовах Хорезмської області: рак стравоходу (РС), шлунка (РШ) і товстої кишки (РТК).

Матеріали і методи дослідження. Проаналізовано первинні матеріали онкологічного диспансеру Хорезмської області про захворювання на злоякісні новоутворення зазначених локалізацій за 1978–1990 рр.: медичні карти амбулаторного хворого (форма № 025/у), медичні карти стаціонарного хворого (форма № 003/у), контрольні карти диспансерного спостереження (форма № 30-6), повідомлення (форма №-281-6). У цей період був найбільш повним диспансерний облік в Узбекистані й, розрахунки захворюваності та розрахунки частот раку за ці роки можна вести, спираючись на переписи населення 1979 і 1989 рр. У 90-і ж роки в Узбекистані істотно змінилася демографічна ситуація, інтенсифікувалися міграції різних етнічних груп населення і не проводився загальний перепис населення країни. Використано стандартні комп'ютерні програми статистичних розрахунків за загальноприйнятими методами [2, 3]. Розраховано стандартизовані за віком частоти раку на 100000 населення кожного етносу та їх 95 % інтервали вірогідності

[1] для малої кількості спостережень відповідно до розподілу Пуассона.

Результати дослідження та їх обговорення.

Випадки захворюваності на РС відзначено у восьми клінічних групах (табл. 1). За весь період спостереження виявлено 1309 випадків. Захворюваність на РС по області склала в ІП 11.26 о/оооо, а в СП – 19.47. Чоловіки хворіли на РС статистично вірогідно частіше від жінок як у ІП, так і, особливо, в СП ($p < 0,05$). Однак серед казахів жінки занедужували частіше, ніж чоловіки ($p > 0,05$). Не було статистично значущих міжстатевих розходжень усередині майже всіх окремих етнічних груп населення як у ІП, так і в СП ($p > 0,05$). Виняток становили лише узбеки ($p < 0,05$). Узбеки хворіють значно рідше від інших етнічних груп, поступаючись у цьому тільки російському населенню. У СП узбеки обох статей хворіли вірогідно рідше, ніж росіяни, розходження між чоловіками цих етносів у СП не достовірні ($p > 0,05$), однак серед жінок це розходження було статистично значущим ($p < 0,05$). Міжстатеві розходження в частоті РС підсилювалися, а міжетнічні згладжувалися при переході до СП. У цілому відзначено тенденцію до переваги захворюваності на РС у корінних середньоазіатських етносів, за винятком узбеків.

Випадки захворюваності на РШ відзначено у восьми етнічних групах (табл. 2). Захворюваність по області склала в ІП 5,83 о/оооо, а в СП – 8,59. Чоловіки хворіли на РШ частіше від жінок, що було статистично вірогідно ($p < 0,05$). У СП міжстатеві розходження значно підсилювалися ($p < 0,01$). Цю особливість відзначено й усередині всіх етнічних груп. При цьому статистично значущі міжстатеві розходження усередині окремих етнічних груп населення в ІП і СП виявлено в узбеків і корейців, а в казахів – у СП ($p < 0,05$). Найчастіше на РШ хворіють корейці та росіяни, наступними є татари і казахи (захворюваність німців у розрахунок брати не можна через нечисленність популяції і великий інтервал 95 % вірогідності).

Таблиця 1. РАК СТРАВОХОДУ (показники захворюваності на 100000 населення в Хорезмській області серед різних етнічних груп у середньому за рік у період 1978–1990 рр. і їх 96 % достовірні межі)

Етноси	Стать	Кількість хворих	ІІІ	96 % достовірні межі	СП	96 % достовірні межі
Узбеки	Ч	676	12,48	11,51-13,50	24,11	22,23-26,09
	Ж	539	9,76	8,92-10,65	16,75	15,31-18,28
	Заг.	1215	11,11	10,43-11,82	19,87	18,66-21,14
Росіяни	Ч	4	5,94	1,61-15,22	6,39	1,73-16,37
	Ж	6	5,69	2,08-12,41	3,58	1,31-7,82
	Заг.	10	5,79	2,78-10,65	4,39	2,10-8,08
Казахи	Ч	21	24,96	15,45-38,18	51,31	31,76-78,51
	Ж	27	31,31	20,63-45,71	56,46	37,21-82,43
	Заг.	48	28,17	20,76-37,35	53,36	39,33-70,76
Туркмени	Ч	5	14,54	4,71-33,88	26,73	8,66-62,29
	Ж	4	11,89	3,23-30,45	14,99	4,07-38,37
	Заг.	9	13,23	6,06-25,14	20,53	9,40-39,00
Татари	Ч	5	14,43	4,67-33,61	18,84	6,10-43,90
	Ж	11	15,41	7,68-26,65	12,07	6,02-20,88
	Заг.	16	15,09	8,63-24,44	12,92	7,39-20,93
Корейці	Ч	6	16,41	6,02-35,77	20,90	7,67-45,56
	Ж	3	7,65	1,57-22,34	7,97	1,64-23,29
	Заг.	9	11,88	5,44-22,57	13,03	5,96-24,76
Інше населення	Заг.	4	–	–	–	–
	Ч	719	12,57	11,65-13,54	23,88	22,14-25,72
	Ж	590	9,98	9,12-10,90	16,32	14,92-17,81
	Заг.	1309	11,26	10,57-11,98	19,47	18,28-20,72

Таблиця 2. РАК ШЛУНКА (показники захворюваності на 100000 населення в Хорезмській області серед різних етнічних груп у середньому за рік у період 1978–1990рр. і їх 96 % достовірні межі)

Етноси	Стать	Кількість хворих	ІІІ	96 % достовірні межі	СП	96 % достовірні межі
Узбеки	Ч	397	1,33	6,57-8,14	12,07	10,82-13,41
	Ж	177	3,21	2,73-3,74	4,56	3,88-5,32
	Заг.	574	5,25	4,80-5,72	7,99	7,30-8,71
Росіяни	Ч	19	28,23	17,00-44,04	28,15	16,94-43,91
	Ж	18	17,08	10,13-26,99	11,32	6,71-17,89
	Заг.	37	21,43	15,08-29,52	16,23	11,43-22,36
Казахи	Ч	18	21,39	12,68-33,80	36,45	21,61-57,59
	Ж	5	5,80	1,88-13,51	9,21	2,98-21,45
	Заг.	23	13,50	8,56-20,25	21,93	13,90-32,89
Туркмени	Ч	4	11,63	3,16-29,78	13,83	3,76-35,40
	Ж	0	0	-	-	-
	Заг.	4	5,88	1,60-15,06	6,73	1,83-17,22
Татари	Ч	8	23,08	9,95-43,86	27,20	11,72-51,67
	Ж	12	16,81	8,69-29,41	10,50	5,43-18,38
	Заг.	20	18,86	11,52-29,04	13,82	8,44-21,28
Корейці	Ч	17	46,49	27,33-74,38	47,55	27,96-76,08
	Ж	1	2,55	0,06-14,21	1,59	0,04-8,88
	Заг.	18	23,75	14,09-37,53	22,11	13,11-34,94
Інші Усе населення	Заг.	4	-	-	-	-
	Ч	465	8,13	7,39-8,92	13,17	11,97-14,45
	Ж	213	3,61	3,12-4,13	4,88	4,22- 5,59
	Заг.	678	5,83	5,38-6,31	8,59	7,92- 9,30

У цілому можна відзначити тенденцію до переваги захворюваності на РШ у некорінних середньоазійських етносів. Випадки захворюваності

на колоректальний рак (КРР) виявлено в п'ятьох етнічних групах (таб. 3). Захворюваність на КРР по області склала в ІІІ 2,52о/оооо, а в СП – 4,16.

Чоловіки хворіли на КРР частіше від жінок, що, однак, статистично не було достовірно ($p > 0,05$). Не було статистично значущих міжстатевих розходжень і всередині окремих етнічних груп населення як у ІП, так і в СП ($p > 0,05$). Причому міжстатеве розходження підсилювалося при переході до СП. Росіяни й татари хворіли на КРР частіше від інших етносів. При цьому статистично достовірне розходження по ІП відзначено між росіянами й узбеками за показником для обох статей у цих групах ($p < 0,05$). При переході до СП це розходження згладжувалося до рівня статистичної невірності ($p > 0,05$). У цілому можна відзначити тенденцію до переваги захворюваності на КРР у некорінних середньоазіатських етносів. Міжетнічні

суперечності можуть бути пояснені лише в межах принципу системної додатковості між екологічними і генофенотипічними факторами індивідуального розвитку багатоклітинного тіла людини [5]: евристична повнота пояснення вимагає розгляду їх як єдиного факторного комплексу, регульованого способом життя як соціально регламентованим алгоритмом регуляції онтогенезу багатоклітинного тіла людини. Зокрема, можливо, узбеки рідше вживають тютюн і алкоголь, що підсилюють ризик захіорюваності на РС, РШ і КРР [7-9]. У цілому результати аналізу вказують на наявність суттєвих резервів соціальної профілактики раку органів травлення в Приаралі, в поєднанні з етнічним фактором.

Таблиця 3. КОЛОРЕКТАЛЬНИЙ РАК (показники захворюваності на 100000 населення в Хорезмській області серед різних етнічних груп у середньому за рік у період 1978-1990 рр. і їх 96 % достовірні межі.

Етноси	Стать	Кількість хворих	ІП	96 % достовірні межі	СП	96 % достовірні межі
Узбеки	Ч	148	2,73	2,30-3,22	4,91	4,13-5,79
	Ж	122	2,21	1,83-2,64	3,61	2,99-4,32
	Заг	270	2,47	2,17-2,79	4,19	3,68-4,74
Росіяни	Ч	4	5,94	1,62-15,20	7,01	1,91-17,90
	Ж	8	7,59	3,27-15,00	6,11	2,63-12,00
	Заг.	12	6,95	3,59-12,20	6,16	3,18-10,80
Казахи	Ч	2	2,38	0,29-8,58	4,35	0,53-15,70
	Ж	1	1,16	0,03-6,46	2,31	0,06-12,90
	Заг.	3	1,76	0,36-5,14	3,36	0,69-9,81
Татари	Ч	2	5,77	0,70-20,80	5,76	0,70-20,80
	Ж	4	5,60	1,52-14,30	4,18	1,14-10,70
	Заг.	6	5,66	2,08-12,30	4,60	1,69-10,00
Корейці	Ч	2	5,47	0,66-19,70	5,52	0,67-19,90
	Ж	0	0	–	–	–
	Заг.	2	2,64	0,32-9,53	2,56	0,31-9,26
Усе населення	Ч	158	2,76	2,35-3,23	4,90	4,17-5,73
	Ж	135	2,29	1,89-2,73	3,58	2,96-4,28
	Заг.	293	2,52	2,21-2,85	4,16	3,66-4,71

Висновки 1. Міжстатеві розходження в частоті статистично достовірні при раку стравоходу та шлунка. Причому в усіх цих випадках переважає захворюваність чоловічого населення.

2. Відзначено достовірні міжетнічні розход-

ження в частоті при всіх трьох локалізаціях раку. Корінні середньоазіатські жителі хворіли на рак шлунка та колоректальний рак рідше від некорінних, а рак стравоход переважав у корінних жителів – казахів.

Список літератури

1. Аксель Е.М., Двойрин В.В. Статистика злокачественных новообразований (заболеваемость, смертность, тенденции, социально экономический ущерб, продолжительность жизни) / Под ред. Н.Н. Трапезникова. - Москва, 1992. - 308 с.
2. Бекчан А. Физическое тело человека (или непрочитанные лекции (о полноте человеческой природы). - Ташкент: Изд-во им. Абу-Али ибн-Сино, 1997.-312с..
3. Кабулов М.К. Динамика общей онкологической ситуации и распространенность рака пищевода в регионе Южного Приаралья // Вестник Каракалпакского отделения Академии наук Республики Узбекистан. - 1999, № 2. - С. 20-24.
4. Кутлумуратов А.Б. Популяционные аспекты онкоэпидемиологии (на модели Узбекистана) // 1-й съезд онкологов СНГ", 3-6 декабря, 1996 г.: Материалы съезда. Москва, - 1996. Ч.1. - С. 34-35.

5. Кутлумуратов А.Б. Этнические аспекты онкозаболеваемости органов пищеварительной системы в Узбекистане: Автореф. дис.... д-ра.мед.наук.– Ташкент, 1993.– 41 с.
6. Лакин Г.Ф. Биометрия. М.: Высш. шк., 1990. – 352 с.
7. Стуконис М.К, Основные аспекты эпидемиологии рака: Автореф. дис.... д-ра. мед. наук. – М., 1990. 61 с,
8. Raitiola H.S., Pukander J.S., Etiological factors of laryngeal cancer // Acta Otolaryngol. – 1997. – № 529. – P. 215-279.
9. Schlecht N.F., Franco E.I., Pintos J. et al. Interaction between tobacco and alcohol consumption and the risk of cancers of the upper aerodigestive tract in Brazil // Am. J. Epidemiol. – 1999. – Vol. 1, № 150 (11). – P. 1129-1137.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА СРЕДИ РАЗЛИЧНЫХ ЭТНИЧЕСКИХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ ХОРЕЗМСКОЙ ОБЛАСТИ УЗБЕКИСТАНА

Б.А. Дусчанов, Г. Г. Самандаров (Ургенч)

Проанализированы первичные материалы онкологического диспансера Хорезмской области о заболевании злокачественным новообразованиями указанных локализаций за 1978-1990 г. Установлено, что межполовые расхождения в частоте статистически достоверные при раке пищевода и желудка. Причем во всех этих случаях преобладала заболеваемость мужского населения. А также достоверные межэтнические расхождения в частоте при всех трех локализациях рака. Коренные среднеазиатские жители болели на рак желудка и колоректальный рак реже некоренных, а рак пищевода преобладал у коренных жителей – казахов.

MORBIDITY BY MALIGNANT ORGANS SWELLINGS OF DIGESTIVE TRACT AMONG DIVERSE ETHNIC POPULATION GROUPS OF AREA CHOREZMY OF UZBEKISTAN

Duschanov B.A., Samandarov G.G. (Urgench)

Are analyzed primary materials of oncologic dispensary Choresmy of domain of disease by malignant neoplasms of stated localizations after 1978-1990 г.. established, that intersex divergence in frequency statistic reliable attached to gullet cancer and stomach. In all of these cases prevailed morbidity of masculine population. And also reliable subethnic divergences in frequency attached to all of three shrine localizations. Central asiatic aborigin; ached more thin unreported on stomach cancer and colorectum cancer, and a gulli cancer prevailed in aboriginal – kazakhs.

І.В. ЖУЛКЕВИЧ

ВИЗНАЧЕННЯ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАХОДІВ ПРИ УРАЖЕННІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ В ГЕМАТОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ МЕТОДОМ ДИСКРИМІНАНТНОГО АНАЛІЗУ

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

Вторинний остеопороз (ОП) більш поширений [6], ніж ураження кісткової тканини (КТ), внаслідок первинного ОП. Останній, на думку експертів ВООЗ, що обґрунтована результатами широкомасштабних тривалих епідеміологічних досліджень [3, 5, 12], займає третє місце після серцево-судинних захворювань та цукрового діабету в рейтингу основних медико-соціальних проблем сьогодення. За даними наукової літератури [2], в Україні розповсюдженість ОП серед населення віком 50-59 років складає 13,0 % серед жінок і 3,0 % – серед чоловіків, його частка зростає у вікових групах. Проте поширення вторинних уражень КТ внаслідок гематологічної патології значно переважає рівень остеопені-

них та остеопоротичних змін КТ у загальній популяції [1]. Великі матеріальні витрати на діагностичні та лікувальні заходи [11] в групах підвищеного ризику складають пріоритетний напрям наукових досліджень медиків та страхових компаній – ринкових постачальників медичних послуг. Проте технічне оснащення для ранньої діагностики остеопенічних та остеопоротичних змін в Україні тільки набуває свого впровадження і може бути охарактеризоване за класом точності, достовірністю отриманих результатів, швидкістю дослідження, вартістю, а також ступенем опромінення, яке одержує пацієнт. Сучасні методи дослідження мінеральної щільності КТ (МЩКТ) наведено в таблиці 1.

Таблиця 1. Методи дослідження мінеральної щільності кісткової тканини

Метод	Англомова назва методу
Однофотонний (радіонуклідний)	Single-energy photon absorptiometry (SPA)
Однофотонний (рентгенологічний)	Single-energy x-ray absorptiometry (SXA)
Двофотонний (радіонуклідний)	Dual-energy photon absorptiometry (DPA)
Двофотонний (рентгенологічний)	Dual-energy x-ray absorptiometry (DXA)
Комп'ютерна томографія	Quantitative computed tomography (QCT)
Ультразвукові методи	Quantitative ultrasound (QUS)
Радіографічні методи	Radiographic absorptiometry (RA)

Найбільш валідними методами визначення МЩКТ є одно- і двофотонна рентгеновська кісткова денситометрія (абсорбціометрія) для периферичного (променева кістка і п'ята) й осьового (проксимальний відділ стегнової кістки і хребет) скелета. Рядом досліджень [4, 8] було доведено, що, вимірюючи МЩКТ за допомогою цих методів, можна прогнозувати виникнення переломів, однак як у наукових дослідженнях, так і в клінічній практиці використовується весь арсенал технічних засобів для визначення МЩКТ. Пошук шляхів прогнозування стану кісткової тканини на додіагностичному етапі представлений у науковій літературі тільки поодинокими дослідженнями [6]. Зокрема, зроблено спробу створити клінічний алгоритм для ідентифікації жінок з ревматоїдним артритом і високим ступенем ризику виникнення ОП [9]. Хоча таких досліджень ще небагато, од-

нак, як визначають у своїх керівних принципах південно-африканські дослідники асоціації ОП [10], в них є нагальна клінічна потреба.

Нами на основі комплексного денситометричного дослідження стану КТ поперекового відділу хребта (ПВХ), проведеним методом подвійної рентгеновської абсорбціометрії в 79 хворих на первинну гематологічну патологію (гострі та хронічні лейкози), зроблено спробу статистичними засобами визначити контингент хворих, у яких в результаті головного захворювання можуть виникнути остеопоротичні та остеопенічні ураження КТ, а відтак, взявши це за основу, спланувати майбутні головні профілактичні заходи щодо виявлення майбутніх та попередження прогресування існуючих уражень КТ.

За основу своєчасного виявлення змін МЩКТ у когорті гематологічних хворих взято денситометричну діагностику стану КТ ПВХ і морфологі-

чно верифікований гематологічний діагноз. Показанням до проведення денситометричного дослідження є побудована нами прогностична модель стану КТ ПВХ в обстежених хворих.

Методом вирішення поставленого діагностичного завдання обрано дискримінантний аналіз. Для цього було створено навчальну матрицю, яка описує за 16 ознаками три види стану КТ ПВХ у гематологічних хворих з первинними ураженнями гемопоетичної системи.

Такими ознаками стали вивчені нами найбільш прості та доступні в широкій клінічній практиці показники і найвагомші фактори ризику виникнення ОП: стать пацієнта (використано кодуючу ознаку: чоловіки – 1, жінки – 2); менопауза в жінок (наявність – 1, відсутність – 2); вік, роки; маса тіла, кг; довжина тіла, см; дійсний об'єм тіла, л; біомас-індекс, кг/м²; абсолютна поверхня тіла, м²; відносна поверхня тіла, см²/кг; відносна маса тіла, кг/м²; знежирена маса тіла, кг; ураження лімфопоетичного відростка системи кровотворення – 1; ураження мієлопоетичного відростка системи кровотворення – 2; морфологічний клас уражених клітин (використано кодуючу ознаку: бластні клітини-родоначальники рядів – 3, клас дозріваючих клітин – 2); вік настання менархе, роки; тривалість менопаузи, роки.

Таблиця 2. Основні обчислені показники даних дискримінантних функцій

Функція	Значення	Відсоток внеску	Канонічна кореляція	λ	χ^2	p
F ₁	0,28	75,47	0,47	0,72	59,55	0,001
F ₂	0,08	22,53	0,28	0,92	14,34	0,040

$F_1 = 10,06 + 1,79x_1 + 2,83x_2 + 0,25x_3 - 0,06x_4 + 1,07x_5 + 0,28x_6 - 0,007x_7 + 0,009x_8;$

$F_2 = 19,55 + 4,25x_1 - 0,68x_2 - 0,76x_3 + 0,28x_4 + 1,53x_5 + 0,49x_6 - 0,006x_7 - 0,005x_8,$

де x_1 – стать пацієнта, бали; x_2 – наявність менопаузи, бали; x_3 – ураження відростка кровотворної системи, бали; x_4 – клас уражених клітин кровотворної системи, бали; x_5 – знежирена маса тіла, кг; x_6 – біомас-індекс, кг/м²; x_7 – абсолютна поверхня тіла, м²; x_8 – вік, роки.

Обчислено координати центроїдів трьох станів КТ для груп обстежених хворих: у яких не виявлено ураження КТ ПВХ – $F_1 = -0,40$; $F_2 = 0,25$; у яких виявлено остеопенічні ураження КТ ПВХ – $F_1 = -0,60$; $F_2 = 0,35$; у яких виявлено остеопоротичні ураження КТ ПВХ – $F_1 = 1,05$; $F_2 = 0,17$.

У таблиці 3 наведено середні значення та середні квадратичні відхилення вибраних діагностичних ознак у кожній групі хворих з денситометрично встановленим видом ураження КТ ПВХ. На основі отриманих значень ми зробили висновки про неможливість прогнозування стану КТ ПВХ в обстежених нами хворих за однією окремо визначеною ознакою.

Стан КТ ПВХ у пацієнтів з первинними ураженнями системи гемопоезу характеризувався якісним показником – балом: нормальний стан КТ ПВХ – 1 бал; остеопенічні ураження КТ ПВХ – 2 бали; остеопоротичні ураження КТ ПВХ – 3 бали.

Методом дискримінантного аналізу отримано характеристики двох дискримінантних функцій (F_1 та F_2), які з математичної точки зору найкраще описуються за восьма вибраними нами ознаками (стать, вік, наявність чи відсутність менопаузи, біомас-індекс, знежирена маса тіла, абсолютний об'єм тіла, ураження відростка системи кровотворення та морфологічний клас уражених клітин крові) вираженими в балах чи одиницях натурального вимірювання. Обчислено числові вирази власного значення функції, внеску кожної функції та показників канонічної кореляції, які було оцінено за критеріями л (критерій Уїлкса (Wilks) та F (табл. 2). Аналіз наведених даних виявив, що для вирішення поставленого завдання достатньо використати дискримінантні функції F_1 та F_2 , які за сумою своїх ознак пояснюють 98-відсоткові зміни дисперсії кінцевого рівняння. Вищенаведене дозволяє зробити висновок, що для вирішення поставленого діагностичного завдання досить застосувати дві знайдені функції. Отримано такі дискримінантні рівняння:

Для вивчення можливих зв'язків стану КТ з виділеними діагностичними ознаками обчислено матрицю внутрішньогрупової коваріації та кореляції (табл. 4) ознак стану КТ ПВХ. Аналізуючи отримані значення коваріаційних та кореляційних коефіцієнтів, відзначимо, що використані нами ознаки впливу на стан КТ у обстежених гематологічних пацієнтів корелюють між собою різнонаправлено та з різним ступенем проявляють глибину лінійного парного взаємозв'язку, а при визначенні їх повної внутрішньогрупової взаємодії встановлено достатньо високий внесок кожної з вивчених ознак у кінцеву інформацію про стан КТ ПВХ.

У таблиці 5 наведено результати вирішення поставленого діагностичного завдання для всього контингенту гематологічних пацієнтів, що ввійшли в матрицю навчальної вибірки. З цієї таблиці випливає, що точність вирішення поставленого діагностичного завдання для першої групи гематологічних пацієнтів, які не мали ураження КТ ПВХ, складає 63,0 %, для гематологічних хворих з остеопенічними ураженнями ПВХ – 37,5 %, а для групи хворих з остеопоротичними ураженнями – 71,4 %.

Таблиця 3. Середні значення та середні квадратичні відхилення діагностичних ознак у групах хворих з денситометрично встановленим типом ураження КТ

Діагностичні ознаки	Групи гематологічних хворих		
	без уражень КТ	з остеопенією	з остеопорозом
Стать	1,46±0,50	1,50±0,50	1,63±0,49
Наявність менопаузи	1,10±0,30	1,29±0,46	1,57±0,50
Ураження відростка	1,38±0,49	1,49±0,50	1,46±0,51
Клас ураження клітин	2,16±0,66	2,03±0,58	2,14±0,49
Знежирена маса тіла	48,08±8,15	48,83±6,79	45,28±6,38
Біомас-індекс	24,46±4,03	25,11±3,20	25,01±5,93
Абсолютна поверхня тіла	1,83±0,22	1,86±0,17	1,77±0,19
Вік пацієнта	43,51±16,35	48,61±14,21	53,94±17,14

Таблиця 4. Матриця внутрішньогрупової коваріації і кореляції ознак стану КТ ПВХ

Ознаки	Стать	Менопауза	Ураження відростка	Клас уражених клітин	Знежирена маса тіла	Біомас-індекс	Абс. поверхня тіла	Вік
Стать	<u>0,25</u> 1,00	<u>0,12</u> 0,59	<u>0,02</u> 0,07	<u>0,01</u> 0,01	<u>-2,33</u> -0,64	<u>-0,07</u> -0,04	<u>-450,52</u> -0,46	<u>-0,29</u> -0,04
Менопауза	<u>0,12</u> 0,59	<u>0,17</u> 1,00	<u>-0,01</u> -0,06	<u>0,01</u> -0,02	<u>-0,86</u> -0,29	<u>-0,44</u> 0,26	<u>-100,90</u> -0,13	<u>2,73</u> 0,43
Ураження відростка	<u>0,02</u> 0,07	<u>-0,01</u> -0,06	<u>0,25</u> 1,00	<u>-0,07</u> -0,24	<u>-0,23</u> -0,06	<u>-0,44</u> -0,21	<u>-0,90</u> -0,09	<u>-1,75</u> -0,22
Клас уражених клітин	<u>0,01</u> 0,01	<u>0,01</u> -0,02	<u>-0,07</u> -0,24	<u>0,36</u> 1,00	<u>-0,26</u> -0,06	<u>-0,49</u> -0,20	<u>-117,91</u> -0,10	<u>-1,07</u> -0,11
Знежирена маса тіла	<u>-2,34</u> -0,64	<u>-0,87</u> -0,29	<u>-0,23</u> -0,06	<u>-0,27</u> -0,06	<u>53,92</u> 1,00	<u>13,43</u> 0,44	<u>13874,80</u> 0,97	<u>10,28</u> 0,09
Біомас-індекс	<u>-0,07</u> 0,44	<u>0,44</u> 0,26	<u>-0,44</u> -0,21	<u>-0,49</u> -0,20	<u>13,43</u> -0,04	<u>17,42</u> 1,00	<u>4926,85</u> 0,60	<u>28,20</u> 0,43
Абс. поверхня тіла	<u>-450,52</u> 0,97	<u>-100,90</u> -0,13	<u>-90,49</u> -0,09	<u>-117,92</u> -0,10	<u>13874,80</u> -0,46	<u>4926,85</u> 0,60	<u>3,81E⁶</u> 1,00	<u>5127,87</u> 0,17
Вік	<u>-0,30</u> 0,09	<u>2,74</u> 0,43	<u>-1,75</u> -0,22	<u>-1,07</u> -0,11	<u>10,28</u> -0,04	<u>28,20</u> 0,43	<u>5127,87</u> 0,17	<u>247,09</u> 1,00

Примітка. Чисельник – коефіцієнт коваріації, знаменник – коефіцієнт кореляції.

Таблиця 5. Результати і точність вирішення діагностичного завдання

Групи центроїдів	Норма		Остеопенія		Остеопороз		Усього	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1	51	63,0	19	23,5	11	13,6	81	100
2	23	31,9	27	37,5	22	30,6	72	100
3	6	17,1	4	11,4	25	71,4	35	100

Примітки: 1 – група гематологічних хворих, які не мали ураження КТ; 2 – група гематологічних хворих з остеопенічними ураженнями КТ; 3 – група гематологічних хворих з остеопоротичними ураженнями КТ.

Для зручності вирішення даного діагностичного завдання в клінічних умовах ми візуалізували двовимірний графік нормованих значень кожної з функцій (станів КТ ПВХ в обстежених гематологічних хворих), на який нанесено просторове розміщення центроїдів та цифровані нульові й інші нормовані значення дискримінантних функцій з ціною поділки 0,5 (рис. 1).

Таким чином, у результаті вирішення поставленого завдання ми отримали два вирішальні правила для доденситометричної діагностики стану КТ ПВХ у гематологічних хворих з первинними ураженнями кровотворної системи.

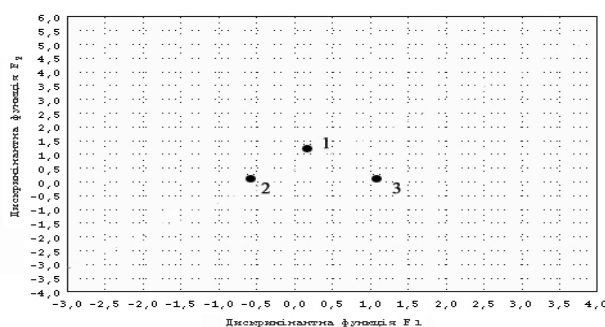


Рис. 1. Графік просторового розміщення центроїдів для визначення стану кісткової тканини у хворих з патологією гемопоезу

Перше – за отриманими анамнестичними, паспортними та антропометричними даними про пацієнта з первинним ураженням гемопоетичної системи, спираючись на верифікований гематологічний діагноз, обчислюють дискримінантні функції F_1 і F_2 , що описують діагностичні ознаки стану КТ конкретного гематологічного хворого.

Друге – отримані значення функцій F_1 і F_2 наносяться на графік (рис. 1), на якому оцінюють відстань нанесеної точки від центроїдів 1-3. Найменша відстань від точки перетину значень F_1 і F_2 до точки розміщення будь якого центроїда на графіку буде вказувати на найбільш імовірний стан кісткової тканини у конкретного пацієнта.

До особливостей отриманої математичної моделі доденситометричного прогнозу стану КТ

відносять наявність у ній якісно-кількісної оцінки стану МЩКТ, що, з однієї сторони, спирається на критерії діагностики остеопоротичних та остеопенічних уражень за ВООЗ [7, 14], а з іншої – дозволяє використати з метою діагностичної оцінки стану КТ не тільки апаратуру для подвійної рентгенівської абсорбціометрії, а й будь-які з наведених вище методів дослідження стану КТ в обстежених (табл. 1).

Висновки. Створена і впроваджується в клінічну практику система доденситометричної оцінки стану КТ у хворих з гострими і хронічними лейкозами, яка дозволяє за простими клінічними ознаками прогнозувати у них стан КТ і на основі отриманих даних вирішити питання про доцільність дослідження МЩКТ одним з доступних методів її вивчення.

Список літератури

1. Жулкевич І.В. Стан мінеральної щільності кісткової тканини поперекового відділу хребта при ураженні різних паростків кровотворення.- Шпитальна хірургія. – 2000. – № 3. – С. 80-85.
2. Поворознюк В.В. Вікові особливості губчастої кісткової тканини у жителів України: дані ультразвукової денситометрії // Журнал АМН України – 1997. – Т. 3, № 1. – С. 127-133.
3. Подрушняк Е.П. Остеопороз – проблема века. – Симферополь: Одиссей, 1997. – 108 с.
4. Audran M., Chappard D., Legrand E. et al. Bone microarchitecture and bone fragility in men: DXA and histomorphometry in humans and in the orchidectomized rat model // Calcif Tissue Int. – 2001. – Vol. 69(4). – P. 214-217.
5. Badia X., Prieto L., Rose M., Diez-Perez A. Development of the ECOS-16 clinical questionnaire for the assessment of the quality of life in patients with osteoporosis // Med. Clin. (Barc). – 2000. – Vol. 114, № 3. – P. 68-75.
6. Compston J. Secondary causes of osteoporosis in men // Calcif. Tissue Int. – 2001. – Vol. 69(4). – P. 193-195.
7. Kanis A., Torgerson D., Cooper C. Comparison of The European and USA Practice Guidelines for Osteoporosis // TEM. – 2000. – Vol. 11, № 1. – P. 28-32.
8. Kanis J.A., Johnell O., Oden A. et al. Diagnosis of osteoporosis and fracture threshold in men // Calcif. Tissue Int. – 2001. – Vol. 69(4). – P. 218-221.
9. Kvien T.K., Haugeberg G., Uhlig T. et al. Data driven attempt to create a clinical algorithm for identification of women with rheumatoid arthritis at high risk of osteoporosis // Ann. Rheum. Dis. – 2000. – Vol. 59. – P. 805-811.
10. Hough S. Osteoporosis Clinical Guideline. South African Medical Association-Osteoporosis Working Group // Afr. Med. J. – 2000. – Vol. 90. – P. 907-944.
11. Reginster J.Y., Ben Sedrine W., Gosset C. Bone-specific treatment design in the treatment of postmenopausal osteoporosis. Pharmaco-economic aspects // Rev. Med. Liege. – 1998. – Vol. 53, № 5. – P. 290-293.
12. Scheidt-Nave C., Ziegler R., Raspe H. Epidemiology of osteoporosis // Med. Klin. – 1998. – Vol. 15, № 93(2). – P. 7-11.
13. Construction of an algorithm for quick detection of patients with low bone mineral density and its applicability in daily general practice / Van der Voort D.J., Dinant G.J., Rinkens P.E. et al. // J. Clin. Epidemiol. – 2000. – Vol. 53. – P. 1095-1103.
14. World Health Organisation. Assesment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis: Technical report series 843. – Geneva: WHO, 1994. – 48 p.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ПОРАЖЕНИИ КОСТНОЙ ТКАНИ В ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ МЕТОДОМ ДИСКРИМИНАНТНОГО АНАЛИЗА

И.В. Жулкевич

На основе комплексного денситометрического исследования состояния костной ткани поясничного отдела позвоночника, проведенного методом двойной рентгеновской абсорбциометрии у больных острыми и хроническими лейкозами, сделана попытка статистическими средствами дискриминантного анализа определить контингент больных, у которых в результате основного заболевания могут возникнуть остеопоротические и остеопенические изменения костной ткани. Создана и внедряется в клиническую практику система доденситометрической оценки состояния костной ткани у гематологических больных, которая, используя простые клинические признаки, прогнозирует состояние костной ткани. На основании полученных прогнозов возможно решение вопроса о

необходимости проведения денситометрического исследования конкретному больному одним из доступных методов. По прогностическим оценкам, возможно спланировать профилактические мероприятия по выявлению будущих и предупреждению прогрессирования существующих поражений костной ткани поясничного отдела позвоночника.

DEFINITION OF PREVENTIVE MEASURES AT A DEFEAT OF BONE TISSUE IN HEMATOLOGICAL PRACTICE BY THE METHOD OF THE DISCRIMINATION ANALYSIS

I.V. Shulkevych

On the basis of complex densitometry research of bone tissue of a lumbar part of a backbone carried spent method double x-ray absorptiometry at the patients acute and chronic leukemia, makes attempt by statistical means of the discrimination analysis to define a quota of the patients, at which as a result of the basic disease can arise osteoporotic and osteopenia of change of bone tissue. Created system to densytometrition estimations of a condition bone tissue at hematological patients also takes root into clinical practice which using simple clinical attribute predicts of a condition bone tissue. On the basis of the received forecasts the decision of a question on necessity of realization densitometry research to the concrete patient by one of accessible methods of its study is possible. On prognosis estimations is possible to plan the future preventive measures on revealing future and prevention progressive of existing defeats bone tissue lumbar part of a backbone.

ІНФОРМАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ В УПРАВЛІННІ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я

УДК 614.2:001.8:025.4

М.В. ОЛЕНІН, Ю.А. ХУНОВ (КИЇВ, ЛУТАНСЬК)

ІНФОРМАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: СТАН, ПРОБЛЕМИ

Український інститут громадського здоров'я,
Управління охорони здоров'я Луганської обласної держадміністрації

Інформаційні технології стрімко впроваджуються в усі галузі медицини, зокрема в систему охорони здоров'я. Накопичено вже великий позитивний досвід застосування інформаційних технологій в управлінні охороною здоров'я, комп'ютерній діагностиці, в тому числі телемедичній, у медичній освіті й науці.

Інформатизація суттєво змінює довідковий бік професійної діяльності працівників системи охорони здоров'я і формуватиметься на основі, зокрема, забезпечення швидкого отримання та передавання потрібних фахівцям повідомлень за

допомогою сучасної обчислювальної техніки. Для реалізації цих задумів намічено заходи, що передбачають стратегію і тактику інформатизації медицини. Стратегія полягає в корінних змінах політики інформатизації за такими напрямками:

- 1) розроблення нормативно-правової бази інформатизації системи охорони здоров'я;
- 2) удосконалення організаційного забезпечення інформатизації;
- 3) удосконалення кадрового забезпечення інформатизації;
- 4) створення технічної бази інформатизації;

5) забезпечення програмних засобів інформатизації [5].

Методологія формування інформаційної бази системи охорони здоров'я охоплює такі етапи:

1) визначення головної мети системи медичної інформації та показників, за якими вона здійснюється;

2) розроблення ієрархії цілей для кожного рівня та ланки управління охороною здоров'я;

3) визначення інформаційних потреб управління охороною здоров'я – обсягу та характеру необхідної інформації;

4) розроблення типових форм первинної медико-статистичної інформації;

5) розроблення методики збирання та обробки інформації [4].

Національна система охорони здоров'я повинна мати інформаційно-комп'ютерне забезпечення науковою, медико-статистичною, демографічною, фінансово-економічною, соціологічною та іншими видами інформації.

Провідне місце в лікувальному процесі належить діагностично-консультативній системі, яка повинна складатися з довідково-діагностичних систем і консультативної системи медичної діагностики. Об'єднувальною комп'ютерною системою може стати автоматизоване робоче місце медичного працівника. Важливим програмним продуктом, який необхідно розробити, є комп'ютерна експертна система медицини. Вона повинна охоплювати медичні стандарти, бази знань і комп'ютерні інтелектуальні системи.

Необхідною є також побудова математичної моделі індексу здоров'я [1].

Тепер уже ні в кого не викликає сумнівів те, що питання інформатизації досить важливе для формування нових механізмів і процесів, спрямованих на підвищення якості медичної допомоги в системі охорони здоров'я. Зокрема, першою є потреба створення інформаційно-аналітичних систем, які допомагали б медичним працівникам використовувати впроваджені на галузевому рівні механізми акредитації закладів охорони здоров'я, уніфікувати стандарти медичних технологій діагностично-лікувального процесу надання стаціонарної допомоги дорослому і дитячому населенню.

Розроблення програмних засобів інформаційної підтримки зазначених механізмів підвищення якості медичної допомоги є необхідним і корисним для управлінського апарату медичних закладів, організаторів охорони здоров'я, лікарів [3].

Складовою частиною кожного лікувально-діагностичного процесу є медична процедура. На підставі створеної інформаційної технології з медичних процедур формуються стандарти якості лікувальної допомоги, а в разі наявності витрат

на медичні послуги отримується їх економічне обґрунтування. Зазначена технологія дозволила автоматизувати розрахунки та корекцію заробітної плати співробітників лікувального закладу, обчислювати середню заробітну плату на конкретну процедуру [2].

За час здобуття Україною незалежності проведено значну роботу з формування теоретичних основ інформатизації системи охорони здоров'я. Розроблено Концепцію державної політики інформатизації системи охорони здоров'я, спрямовану на ліквідацію відставання охорони здоров'я в галузі інформатизації від передових світових держав, інтеграцію до інформаційного простору, міжнародного співтовариства.

Правову базу розширено до п'яти законів України, указів Президента України, постанов Кабінету Міністрів України, наказів Міністерства охорони здоров'я України щодо інформатизації галузі.

Потребує створення єдиний медичний інформаційний простір України, що має ґрунтуватися на новітніх інформаційних і телекомунікаційних технологіях, медичних інформаційно-аналітичних системах, які повинні складатися з галузевих регіональних баз даних, системи медико-статистичної інформації й аналізу. Створення такого інформаційного середовища забезпечить процес управління охороною здоров'я своєчасною й достовірною інформацією.

Державна політика у сфері інформатизації системи охорони здоров'я України спрямована на розвиток галузевого інформаційного середовища, створення умов економічно виправданого використання сучасних інформаційних технологій для забезпечення інформаційної, системно-аналітичної й експертної підтримки прийняття рішень.

У нових економічних умовах істотно змінюється організація інформаційного забезпечення управління охороною здоров'я, найважливішими принципами якого є своєчасність, проблемна зорієнтованість, аналітичність, вірогідність, здатність до максимального повного узагальнення при обмеженому обсязі та наявності засобів оцінки інформації, обґрунтованість висновків і рекомендацій.

Аналіз інформаційних потреб лікарів показав, що впровадження електронних засобів ведення інформації про пацієнтів з ефективною обробкою великих обсягів даних про них без втручання людини значно зменшує загальну вартість медичного обслуговування. Однак упровадження комп'ютерних технологій має низку перешкод: відсутність нормативної бази для електронних медичних документів, висока вартість повного комплексу програмного забезпечення й устаткування, відсутність національних державних стандартів із подання медичної інформації й зображень. Крім того, існує деяка обережність лікарів

щодо застосування обчислювальної техніки. Ця обережність, насамперед, зумовлена труднощами роботи непідготовлених користувачів з обчислювальною технікою, сумнівами щодо точності "комп'ютерних" рішень, захищеності інформації від несанкціонованого доступу, необхідністю чекання відповіді, упередженістю пацієнтів.

Інформатизація стає однією з найважливіших складових частин існуючих і нових програм з охорони здоров'я, поєднує комплекс заходів щодо розробки і впровадження організаційного, методичного, програмного й технічного забезпечення цих проектів. Насамперед до них можна віднести інформатизацію системи державних органів керування різних рівнів, створення інформаційно-аналітичних систем забезпечення практичної охорони здоров'я, медичної освіти, науки, процесу державної акредитації та стандартизації медичних технологій тощо.

Однією з найважливіших проблем інформатизації галузі є проведення сертифікації програмних продуктів медичного призначення. У більшості випадків медичні інформаційні системи потребують уважного вивчення з огляду можливості нанесення шкоди здоров'ю пацієнтів за допомогою неякісної інформації, одержавної під час застосування систем.

В Україні створюються Галузева комісія сертифікації програмних продуктів та програмних компонент апаратно-програмних комплексів медичного призначення, база даних, розробляються підходи до аналізу інформації, одержуваної на розгляд цією комісією.

Значну роль в інформатизації системи охорони здоров'я України відіграють громадські організації. Найбільша й найстарша з них – Українська асоціація "Комп'ютерна медицина" (УАКМ) (www.uacm.cit-ua.net), яка об'єднує сьогодні близько 80 науково-дослідних, вищих медичних навчальних, наукових, науково-виробничих установ, закладів, організацій та понад 1500 індивідуальних членів. Через те, що УАКМ – національний член Міжнародної асоціації (IMIA) та Європейської федерації медичної інформатики (EFMI), українські фахівці беруть участь у роботі міжнародних робочих груп, зокрема у розробці міжнародних проектів у галузі медичної інформатики й телемедицини. У складі УАКМ працює вчена рада, до якої входять понад 60 фахівців, у тому числі й відомі закордонні експерти – фахівці з різних галузей медичної науки, які мають великий досвід створення медичних інформаційних технологій. Усе це сприяє розвитку інформатизації системи охорони здоров'я на сучасному рівні та інтеграції у світовий інформаційний простір.

В Україні створюється галузева комп'ютерна мережа "Укрмеднет". Серйозними проблемами,

що стоять перед національною системою охорони здоров'я, залишаються впровадження системи спеціалізованих баз даних, створення інфраструктури в регіонах України.

Поява великих можливостей із запам'ятовування та збереження впорядкованих даних є могутнім поштовхом до розвитку реєстрів і баз даних медичного призначення. В Україні формується реєстр ліквідаторів і потерпілих від Чорнобильської аварії, що нараховує близько одного мільйона потерпілих. Але під час експлуатації реєстру виникають проблеми, пов'язані з необхідністю застосування сучасних технологій побудови й ведення баз даних, оптимальним використанням інформації.

Планується створення галузевих баз даних на основі сучасних "Open-M"-технологій. Основою таких баз можуть стати чинні національні й галузеві реєстри (Чорнобильський, онкологічний, діабетичний та ін.). Створюються профільні WWW-сервери на базі провідних науково-дослідних установ України, клінічних і теоретичних кафедр вищих медичних навчальних закладів і післядипломної освіти, спеціалізованих медичних центрів. Більшість інститутів і вищих медичних навчальних закладів має Web-сторінки.

Одним із напрямків використання медичних інформаційних систем є госпітальні інформаційні системи (ГІС), якими оснащують медичні заклади та їхні підрозділи. Їх широко впроваджують у поліклініках. До складу таких систем входять автоматизована реєстратура, формалізовані медичні карти обліку й аналізу відвідування, захворюваності, профілактичних оглядів, диспансеризації, тимчасової непрацездатності, щеплень, флюорографічних досліджень, планування й обліку роботи лікарів, формування всієї звітної-статистичної та аналітичної документації про діяльність поліклінік і підрозділів.

У деяких центральних районних лікарнях ГІС функціонують на основі комп'ютерних технологій ведення історій хвороб і медичних карт амбулаторних хворих. Широкий набір прикладних програм ГІС дає можливість створювати різні інформаційно-обчислювальні мережі, зорієнтовані на виконання великого спектра завдань з організації керування лікувальним процесом у медичних закладах (клінічних, діагностичних, економічних).

Могутнім сучасним інструментом проведення медико-соціальних і медико-екологічних досліджень є інформаційна географічна система (ІГС). Кожна країна, що веде моніторинг здоров'я населення, демографічних, екологічних, економічних і соціальних параметрів, може аналізувати захворюваність і смертність населення залежно від впливу чинників навколишнього середовища. У зв'язку з цим, виникають питання, пов'язані з

розробленням комплексної системи моделювання й прогнозування показників здоров'я та використанням їх у формуванні ІГС.

Існуючі на європейському рівні інформаційні географічні системи переслідують дві мети: географічний моніторинг середовища і здоров'я та оцінку ризику здоров'я з розробленням рекомендацій щодо управління відомими небезпечними чинниками середовища. Наведена проблема актуальна й для України, тому створюються обласні медичні інформаційно-аналітичні центри, в яких передбачаються ІГС. На відміну від традиційних центрів статистики, завдання зазначених центрів значно ширші. Це створення регіонального компонента галузевої медичної комп'ютерної мережі, створення і наповнення спеціалізованих регіональних баз даних, організація телемедичних консультативних центрів, упровадження сучасних комп'ютерних методів функціональної діагностики в лікувальних закладах тощо.

Поширення останнім часом мультимедійних комп'ютерів і комунікаційних технологій зумовило стрімкий розвиток телемедичних технологій. Так, за згодою з Європейською комісією з телемедицини на базі кафедри клінічної інформатики й інформаційних технологій у керуванні охороною здоров'я Харківської медичної академії післядипломної освіти створений і функціонує з 1997 р. Український сервер Європейської обсерваторії з телемедицини (ЄНТО), що належить до всесвітньої мережі серверів на національних мовах, до якої також входять Франція, Швеція, Португалія, Фінляндія, Греція, Іспанія, Аргентина.

У Харкові та Житомирі функціонують телеконсультативні медичні центри, у Києві – телемедичний центр “Патолог” із ЯМР-томографії. Але робота в них проводиться ще недостатня.

Телекомунікаційні технології впроваджуються в базу та післядипломну медичну освіту. Існуючий потенціал вищих медичних навчальних закладів і післядипломної освіти повинен стати фундаментом для створення розвиненої мережі дистанційного навчання, підвищення кваліфікації фахівців.

Дотепер залишаються недостатньо використаними можливості телекомунікаційних технологій у наукових дослідженнях. Першочерговими завданнями в цьому напрямі є розширення міжнародного досвіду з організації та проведення наукових телеконференцій на регіональному й національному рівнях.

Робота галузі в умовах інформатизації потребує постійної підготовки відповідних кадрів, планування підготовки нових кадрів, здатних обслуговувати, використовувати і розвивати інформаційну структуру системи охорони здоров'я. Сьогодні в державі фактично не готують наукових кадрів із медичної інформатики. Тому до-

цільно розробити питання про включення в перелік наукових спеціальностей спеціальності “Медична інформатика” і відкриття міжвідомчої спеціалізованої вченої ради з медичної інформатики в одній із науково-дослідних установ системи Міністерства охорони здоров'я України.

Не менш важливе значення має навчання середнього медичного персоналу. В умовах функціонування ІГС істотно підвищується роль медичної сестри у веденні медичної документації.

Підсумовуючи наведене, до пріоритетних груп інформаційних систем можна віднести:

- системи, що забезпечують інформаційну підтримку процесів керування службою охорони здоров'я регіону, медичним закладом;

- системи, що забезпечують інформаційний супровід профілактичних і діагностично-лікувальних процесів.

Реалізація цих стратегічних планів можлива за умови виконання таких конкретних завдань:

- реалізація програми інформатизації системи охорони здоров'я з урахуванням реалій і стратегії соціально-економічного розвитку країни, основних напрямів розвитку інформатизації у державі;

- формування сучасної інфраструктури інформатизації системи охорони здоров'я з модернізацією галузевої комп'ютерної мережі “Укрмеднет” на основі застосування сучасних телекомунікаційних технологій, галузевої системи баз даних, створення регіональних центрів інформатизації системи охорони здоров'я в окремих найбільш підготовлених регіонах країни;

- розроблення підходів до формування комп'ютерної мережі, що об'єднувала б Міністерство охорони здоров'я України з найбільш зацікавленими в його роботі міністерствами і відомствами;

- створення комплексу спеціалізованих за окремими галузями медицини Web-серверів, що забезпечуватимуть інформаційну підтримку діяльності науковців, лікарів, студентів вищих медичних навчальних закладів, а також населення;

- створення конкурентоспроможних засобів інформатизації діагностичного процесу, що будуть адекватними досягненням вітчизняної та світової науки;

- розроблення сучасної інформаційно-аналітичної системи моніторингу стану здоров'я населення і демографічної ситуації в Україні;

- розроблення широкого спектра інформаційних госпітальних систем;

- створення інформаційно-аналітичної системи для аналізу стану медико-санітарної допомоги населенню держави;

- розроблення інформаційно-аналітичної системи забезпечення наукових досліджень у галузі;

- створення інформаційно-довідкових систем забезпечення навчального процесу за окремими розділами медицини;
- розроблення інформаційно-аналітичної системи аналізу даних Всеукраїнського перепису населення, що сприятиме виробленню адекватної стратегії збереження здоров'я населення й оперативному вирішенню поточних питань керування системою охорони здоров'я.

Список літератури

1. *Базилевич Я., Огірко І.* Післядипломна медична освіта з інформатизації та моделювання // Укр. мед. вісті. – 1998. – Т. 2: Матеріали VII Конгр. світової федерації укр. лікар. товариств; число 1–2 (59–60). – С. 71.
2. *Березницький Я., Гравіровська Н., Буренко А., Ковальова В.* Взаємозв'язок інформаційної технології та ціноутворення в клінічній медицині // Укр. мед. вісті. – 1997. – Т. 1: Матеріали укр.-канад. конф.; число 2–3 (57–58). – С. 110.
3. *Кальниш В.В., Степаненко А.В.* Сучасне забезпечення процесу державної акредитації, стандартизації медичних технологій з використанням автоматизованих інформаційних систем // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2000. – № 2. – С. 58–61.
4. *Лехан В., Барвінко О., Сокульський А., Максименко О.* Модель системи інформаційного забезпечення медичної допомоги // Укр. мед. вісті. – 1998. – Т. 2: Матеріали VII Конгр. світової федерації укр. лікар. товариств; число 1–2 (59–60). – С. 73.
5. *Пономаренко В.М., Кальниш В.В., Майоров О.Ю.* Шляхи інформатизації медичної галузі // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2000. – № 2. – С. 54–58.

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: СОСТОЯНИЕ, ПРОБЛЕМЫ

В.М. Пономаренко, Ю.А. Хунов (Киев, Луганск)

Освещаются вопросы информатизации медицины с применением современных информационных технологий в управлении здравоохранением Украины, компьютерной диагностике, в том числе телемедицине, медицинском образовании и науке.

Создание информативной базы здравоохранения позволит сформировать новые механизмы, направленные на улучшение качества медицинской помощи, создание информационно-аналитических систем, внедрение на отраслевом уровне механизмов аккредитации учреждений здравоохранения, унифицирование стандартов медицинских технологий диагностическо-лечебного процесса стационарной помощи взрослому и детскому населению, а также решение одной из важнейших проблем информатизации отрасли – проведение сертификации программных продуктов медицинского назначения.

INFORMATION TECHNOLOGIES IN PUBLIC HEALTH: STATE OF ART, PROBLEMS

V.M. Ponomarenko, U.A. Khunov (Kyiv, Lugansk)

The problems of medicine informatization with application of actual information technologies in management of public health in Ukraine, in computer diagnostics, including telemedicine, in medical education and science are laid down.

The development of informative base in public health will allow to form new mechanisms aimed at improvement of medical care, creation of information- analytical systems, introduction of accreditation mechanisms for medical institutions at a departmental level, unifications of standards of medical technologies for diagnostics-treatment process in inpatient care of adult and children population as well as in solving one of the most important problem in medicine - informatization of medicine- oriented software certification.

УДК 614.1.002.6(477)

Л.М. РОМАНЮК

СУЧАСНИЙ СТАН СИСТЕМИ МЕДИКО-СТАТИСТИЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ В УКРАЇНІ

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

Проблема інформаційного забезпечення управління охороною здоров'я є дуже складною, оскільки потребує системного та комплексного підходу до її вирішення.

Інформаційна ланка найважливіша в управлінському циклі. Її основу становить медико-статистична інформація, зокрема три основні групи показників: показники здоров'я населення, дані про матеріально-кадрові ресурси системи охорони здоров'я та показники діяльності медичних закладів.

Сьогодні Україна перейшла на власну національну систему медико-статистичного обліку та звітності. За роки незалежності в нашій державі прийнято низку законодавчих актів стосовно реформування державної і, зокрема, медичної статистики. Ось основні з них.

1. Концепція побудови національної статистики України (постанова Кабінету Міністрів України від 4.05.1993р. № 326). Згідно з нею, передбачено такі першочергові завдання, як:

- розробка інформаційної бази впровадження нових методів медичного обслуговування населення;
- перехід на міжнародну методологію при визначенні живонароджених та мертвнонароджених;
- обов'язкове використання Міжнародної статистичної класифікації хвороб 10-го перегляду як основного нормативного документа для проведення всіх медико-статистичних робіт в Україні;
- удосконалення методики обліку та розробки даних про природний та міграційний рух населення, широке застосування в демографічній статистиці міжнародних порівнянь.

2. Програма реформування державної статистики на період до 2002 р. (постанова Кабінету Міністрів України від 27.06.1998 р. № 971). Вона передбачає перехід України на міжнародну систему обліку та статистики, ширше використання вибіркового дослідження, комбінованих методів спостереження та аналізу, запровадження моніторингу за рядом актуальних проблем.

3. Закон України "Про концепцію Національ-

ної програми інформатизації" від 4.02.1998р.. Він передбачає створення єдиної інформаційної системи обліку стану здоров'я громадян України.

4. Наказ МОЗ України від 21.05.1998 р. № 127 "Концептуальні основи створення Єдиного інформаційного поля системи охорони здоров'я України". Згідно з ним передбачено такі заходи для реформування служби медичної статистики:

- удосконалити систему статистичних показників та створити на цій основі медико-статистичну інформаційну базу всіх ієрархічних рівнів;
- удосконалити систему підготовки кадрів служби медичної статистики;
- з метою раціонального використання коштів та отримання достовірної інформації впровадити в практику вибіркового дослідження;
- створити інфраструктуру медико-статистичної служби в державі, обласні центри медичної статистики, провести реорганізацію оргметодвідділів обласних лікарень, організувати інформаційно-аналітичні відділення лікувально-профілактичних закладів замість їх оргметодкабінетів і кабінетів обліку та медичної статистики.

Центр медичної статистики МОЗ України та Український інститут громадського здоров'я у 1998 р. підготували короткий адаптований варіант Міжнародної статистичної класифікації хвороб 10-го перегляду. Статистична класифікація складається з трьох основних розділів: I. Повний перелік тризначних рубрик і чотиризначних підрубрик; II. Короткий алфавітний покажчик; III. Основні рекомендації для кодування даних про смертність і захворюваність. На відміну від Класифікації 9-го перегляду, Міжнародна статистична класифікація 10-го перегляду містить 21 клас (9-й перегляд містив 17 класів). Введено 4 нові класи:

VII. Хвороби ока та додаткового апарату.

VII. Хвороби вуха та соскоподібного відростка.

XX. Зовнішні причини захворюваності та смертності.

XXI. Фактори, що впливають на стан здоров'я населення.

Дана Класифікація впроваджена в практику діяльності всіх медичних закладів України та є обов'язковою для використання при проведенні статистичних розробок і формуванні державних та галузевих звітів.

Окрім цього, низкою наказів МОЗ України узаконено такі види облікової медичної документації:

1. Медична облікова документація, що використовується в стаціонарних лікувально-профілактичних закладах (наказ МОЗ України від 26.07.1999 р. № 184).

2. Медична облікова документація, що використовується в поліклініках (амбулаторіях) (наказ МОЗ України від 27.12.1999 р. № 302).

3. Медична облікова документація, що використовується в стаціонарах та поліклініках (амбулаторіях) (наказ МОЗ України від 29.12.2000 р. № 369).

4. Медична облікова документація, що використовується в інших закладах охорони здоров'я (наказ МОЗ України від 5.08.1999 р. № 197).

5. Медична облікова документація, що використовується в санітарно-профілактичних закладах (наказ МОЗ України від 11.07.2000 р. № 160).

6. Медична облікова документація, що використовується в лабораторіях лікувально-профілактичних закладів (наказ МОЗ України від 04.01.2001 р. № 1).

На замовлення Центру медичної статистики МОЗ України альбомами цих облікових форм та окремі бланки видає поліграфічне підприємство "ПОЛІУМ" (25006, м. Кіровоград, а/с – 1/42, тел. (0522) 22-39-29, 55-15-52). Їх може замовити кожен медичний чи навчальний заклад. Наприкінці 2001 р. Центр медичної статистики та підприємство "ПОЛІУМ" підготували нову роботу – альбом "Типові інструкції щодо заповнення форм первинної документації лікувально-профілактичних закладів". Ця робота є особливо важливою, актуальною і необхідною для практичної охорони здоров'я. Вона не має аналогів у колишній союзній медико-статистичній інформації і містить необхідні пояснення щодо заповнення та ведення всіх форм первинної медичної документації.

Звітні форми медичної документації були затверджені в 1992-1993 рр. Міністерством статистики України за поданням Міністерства охорони здоров'я.

Основні з них такі:

1. Звіт про кількість захворювань, зареєстрованих у хворих, які проживають у районі обслуговування лікувального закладу (форма № 12).

2. Звіт про кількість травм та отруєнь серед дорослих, підлітків та дітей (форма № 50-здоров).

3. Звіт про медичні кадри (форма № 17).

4. Звіт про причини тимчасової непрацездатності (форма № 23 ТМ).

5. Звіт про захворюваність та контингенти хворих із психічними розладами (форма № 10).

6. Звіт про хворих із злоякісними новоутвореннями (форма № 35-здоров).

7. Звіт про захворюваність на венеричні хвороби та профілактичні заходи (форма № 9).

8. Звіт про захворюваність та контингенти хворих на алкоголізм, наркоманії, токсикоманії (форма № 11).

9. Звіт про медичну допомогу вагітним, роділлям і породіллям (форма № 21).

10. Звіт про медичну допомогу дітям (форма № 31-здоров).

Аналізуючи нинішню систему медико-статистичної інформації загалом, слід відмітити, що вона дісталась Україні у спадок від радянської медицини. Її було перекладено на українську мову. Модернізації та корекції зазнали лише окремі її облікові й звітні форми. Суттєві зміни не було внесено. Її основними вадами залишаються орієнтація на централізовану систему управління та виключно суцільний метод збору статистичного матеріалу, відсутність в облікових формах даних, які б давали змогу не лише фіксувати хвороби і причини смерті, а й визначати причини їхнього поширення, аналізувати захворюваність серед вікових та соціальних прошарків людності. Суттєвим недоліком існуючої системи медико-статистичної інформації є також відсутність даних для визначення вартості та ефективності медичної допомоги, які особливо необхідні для повноцінного функціонування медичних закладів в умовах ринку.

Для вдосконалення існуючої системи медико-статистичної інформації необхідно виконати такі завдання:

1. Обґрунтувати засади інформаційного забезпечення управління медичною допомогою.

2. Визначити медико-статистичні критерії здоров'я населення, передовсім соціального характеру, та внести відповідні зміни в облікові медичні документи.

3. Обґрунтувати критерії вартості медичної допомоги із внесенням необхідних даних в облікові форми.

Створити автоматизовані довідкові системи для забезпечення провідників усіх рівнів необхідною інформацією.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ МЕДИКО-СТАТИСТИЧЕСКОЙ ИНФОРМАЦИИ В УКРАИНЕ*Л.Н. Романюк (Тернополь)*

Проведен анализ современного состояния системы медико-статистической информации. Изложены основные нормативные документы, касающиеся её реформирования, указаны пути усовершенствования системы.

THE MODERN STATE OF THE SYSTEM OF THE MEDICAL STATISTIC INFORMATION IN UKRAINE*L.N. Romaniuk (Ternopil)*

Analysis of the modern state of the medical statistic information system was performed. There were presented the basic normative documents connected with the reformation of the system. There were pointed out some ways of its improvement.

ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

УДК 614.2:616-082(477)

*В.М. ПОНОМАРЕНКО, О.М. ЦІБОРОВСЬКИЙ, Л.І. ГАЛІЄНКО, В.С. ГУМЕННИЙ (КИЇВ)***ОСНОВНІ ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ**

Український інститут громадського здоров'я

На сучасному етапі реформування системи охорони здоров'я України відбувається складний процес структурно-функціональної перебудови вітчизняної спеціалізованої служби, здійснюються пошук і запровадження реальних шляхів раціоналізації її функціонування, підвищення якості та ефективності спеціалізованої і високоспеціалізованої медичної допомоги. На зміну застарілим стереотипним уявленням про пріоритетність спеціалізації медичної допомоги, гіперболізацію ролі лікарень у медичному обслуговуванні та екстенсивне нарощування ліжкового фонду приходить зважене розуміння нагальної необхідності вдосконалення організації та управління галуззю, усунення диспропорцій у розвитку амбулаторно-поліклінічної і стаціонарної допомоги, підвищення рівня надання медич-

ної допомоги та забезпечення економічності функціонування спеціалізованої служби за рахунок упорядкування її мережі, ліжкових потужностей, запровадження сучасних ресурсозберігальних медичних технологій [1–6].

Важливим завданням є реструктуризація системи медичної допомоги з чітким перерозподілом видів та обсягів медичного обслуговування між первинною, вторинною і третинною ланками, оскільки невирішеність цієї проблеми призводить до нераціонального використання дороговартісної спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги і, як наслідок, до невиправданих ресурсних витрат галузі [5].

Діюча спеціалізована служба системи МОЗ України – це досить широка мережа лікувально-профілактичних закладів (ЛПЗ) різного ієрархіч-

ного рівня і функціонального призначення, що охоплює 3049 лікарняних закладів різного типу, в тому числі 25 обласних, 592 міських, 104 дитячих міських, 125 спеціалізованих, 486 центральних районних, 93 психіатричних і наркологічних лікарень, 491 диспансер і 6456 амбулаторно-поліклінічних закладів (АПЗ) (самостійні поліклініки, поліклінічні відділення лікарень, диспансери, медико-санітарні частини тощо), в складі яких розгорнуто понад 28 тис. спеціалізованих відділень (кабінетів) [3, 5].

Спеціалізована медична допомога вторинного рівня надається міському населенню спеціалізованими відділеннями (кабінетами) територіальних міських поліклінік і лікарень, клініко-діагностичними центрами, пологовими будинками, спеціалізованими лікарнями, диспансерами тощо, сільському населенню – спеціалізованими відділеннями (кабінетами) поліклінічних відділень і стаціонарами центральних районних (ЦРЛ) і районних лікарень.

До закладів, що надають високоспеціалізовану медичну допомогу (ТМСД) міському і сільському населенню, належать спеціалізовані медичні заклади загальнодержавного рівня: центри та диспансери загальнодержавного підпорядкування, клініки науково-дослідних інститутів (НДІ) Міністерства охорони здоров'я та Академії медичних наук України, а також обласні медичні заклади – обласні лікарні, спеціалізовані лікарні та диспансери (схема 1).

Останнім часом з метою вдосконалення діяльності спеціалізованої служби в системі охорони здоров'я України здійснено перепідпорядкування мережі НДІ – центрів високоспеціалізованої медичної допомоги Академії медичних наук України, впорядкування мережі лікувально-профілактичних закладів вторинного і третинного рівнів, раціоналізацію їхніх ліжкових потужностей відповідно до динаміки медичних потреб населення, інтенсифікацію їхньої діяльності на основі запровадження сучасних медичних технологій діагностики і лікування, стандартів якості надання спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги, опрацювання порядку акредитації ЛПЗ і ліцензування спеціалізованої медичної допомоги.

Реорганізація інфраструктури спеціалізованої служби торкнулась як мережі спеціалізованих відділень (кабінетів) АПЗ, так і спеціалізованих стаціонарів лікарняних закладів різного типу. Велику увагу було приділено амбулаторній ланці спеціалізованої служби. Зокрема, за період із 1991 по 2000 р. відбулося помітне скорочення кількості спеціалізованих відділень (кабінетів) за окремими профілями, в тому числі психотерапевтичних (на 34,6 %), лікарського контролю (на

39,2 %), профілактичних (на 24,1 %), відновного лікування (на 40,98 %), ревматологічних (на 2,2 %). Водночас істотно зросла кількість медико-генетичних консультацій (на 54,3 %), консультацій "Шлюб і сім'я" (на 54,3 %), пульмонологічних відділень (на 27,8 %).

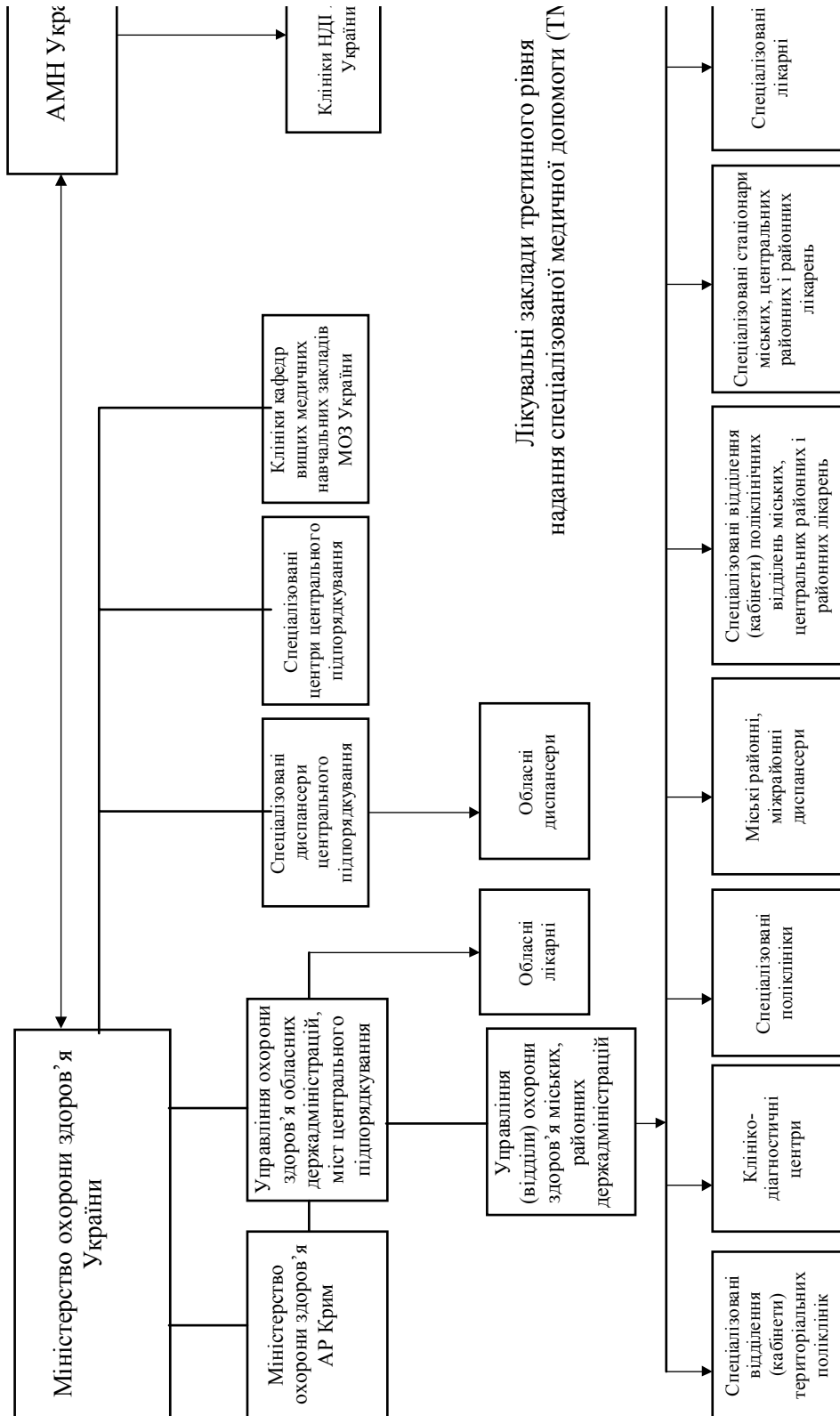
Збільшилася (на 3–9,7 %) кількість урологічних, кардіологічних, ендокринологічних, травматологічних, онкологічних і гастроентерологічних відділень (кабінетів) у складі амбулаторно-поліклінічних закладів [6].

Порівняно з 1991 р. на 19,3 % скоротилася мережа міських лікарень, на 9,9 % – диспансерів різного профілю, в тому числі кардіологічних (на 27,3 %), наркологічних (на 87 %), лікувально-фізкультурних (на 21,7 %). Водночас із поступовою реорганізацією мережі стаціонарних медичних закладів різного типу здійснено впорядкування їхнього ліжкового фонду, переважно за рахунок згортання непрацюючих і неефективно працюючих ліжок за більшістю профілів. Такі структурні зміни відбулися здебільшого серед хірургічних, інфекційних, загальнотерапевтичних, гінекологічних ліжок і психотерапевтичних ліжок для дорослих і дітей, кількість яких зменшилася на 69, 65,2; 64,1; 39 і 33 % відповідно.

На тлі скорочення мережі диспансерів помітно зменшилась і їхня ліжкова потужність, зокрема кількість ліжок наркологічних диспансерів зменшилася на 58,7 %, шкірно-венерологічних – на 31,3 %, протитуберкульозних – на 22,0 %.

Загальна потужність ліжкового фонду лікарняних закладів різного типу становить нині 434,1 тис. ліжок, із яких майже чверть (23 %) припадає на ліжка загальнотерапевтичного профілю, 77 % – на спеціалізовані та високоспеціалізовані ліжка різного профілю, в тому числі 16,1 % – хірургічні, 11,1 % – психіатричні, 9,7 % – дитячі неінфекційні, 6,4 % – інфекційні ліжка для дорослих. Приблизно однаковою є кількість неврологічних, туберкульозних, пологових і гінекологічних ліжок (5,3–6,1 %), онкологічних та отоларингологічних (2-й; 1,9 %), решта (6,8 %) припадає на ліжка інших профілів: дерматовенерологічні, наркологічні, офтальмологічні, відновного лікування тощо.

Зазначені структурні зміни в спеціалізованій службі загалом здійснюються з урахуванням динаміки захворюваності та медичних потреб населення. Проте зустрічаються й певні організаційні недоліки, зокрема скорочення ліжкового фонду і зниження рівня забезпеченості населення ліжками протитуберкульозного, шкірно-венерологічного профілів і ліжками відновного лікування для дорослих, що не відповідає сучасному стану здоров'я населення України і потребує відповідного управлінського вирішення.



Лікувальні заклади вторинного рівня надання спеціалізованої медичної допомоги (ВМСД)

Схема 1. Організація надання спеціалізованої медичної допомоги населенню України.

Кадрове забезпечення спеціалізованої служби залишається досить стабільним, хоча останнім часом спостерігається певний перерозподіл питомої ваги окремих фахівців у загальній кількості лікарів з відповідною зміною забезпеченості населення лікарями певного фаху. Зокрема, збільшилася забезпеченість населення лікарями допоміжних лікувально-діагностичних відділень, у тому числі ендоскопістами (на 100 %), лікарями ультразвукової (на 250 %) та функціональної діагностики (на 333 %). Проте забезпеченість населення лікарями загальної лікарської практики (сімейними лікарями) становить нині лише 0,06 лікаря на 10 000 населення, що не відповідає сучасній потребі галузі в цих фахівцях.

На сьогодні спостерігається скорочення загальних обсягів госпіталізації населення в лікарняні заклади різного типу, пов'язане з раціоналізацією технології надання медичної допомоги, оптимізацією використання дороговартісного ліжкового фонду, зокрема спеціалізованого і високоспеціалізованого, широким застосуванням стаціонарзамінних форм медичної допомоги. Так, порівняно з 1991 р., обсяги госпіталізації зменшилися на 24 % і становили у 2000 р. 9558 тис. чоловік, серед яких 30,4 % становили сільські жителі.

Основні обсяги стаціонарної допомоги госпіталізованим хворим надаються на базі міських і центральних районних лікарень (25,4 % та 25,5 % відповідно), решта хворих отримує стаціонарну допомогу в умовах обласних лікарень, диспансерів різного профілю, пологових будинках, спеціалізованих лікарнях і клініках НДІ.

У структурі госпіталізованих хворих, як і в попередні роки, перше рангове місце займають пацієнти з хворобами системи кровообігу (15,6 %), друге – хворі з ускладненнями вагітності, пологів і післяпологового періоду (12,6 %), третє і четверте місця поділяють пацієнти пульмонологічного (10,7 %) та гастроентерологічного (10,5 %) профілів. Позитивними тенденціями впродовж 1991–2000 рр. можна вважати подальше зменшення питомої ваги пацієнтів з ускладненнями вагітності, пологів і післяпологового періоду (з 19,3 до 12,6 %), хворих на інфекційні та паразитарні хвороби (з 4,5 до 3,5 %) та певну стабілізацію частки хворих, госпіталізованих з приводу хвороб крові та кровотворних органів (1991 р. – 0,3 %, 1998 – 0,4 %, 2000 р. – 0,34 %). Водночас спостерігається помітне збільшення питомої ваги пацієнтів з новоутвореннями (1991 р. – 5,1 %, 2000 – 5,8 %) і уродженими аномаліями (1991 р. – 0,2 %, 2000 – 0,33 %), що загалом відображає сучасну динаміку захворюваності населення за класами хвороб (рис. 1).

Незважаючи на існуючі ресурсні обмеження, система охорони здоров'я України задовольняє здебільшого потреби населення в хірургічній до-

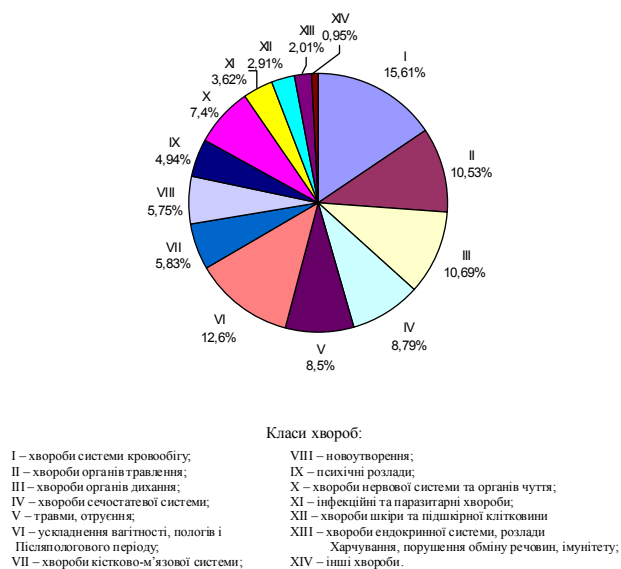


Рис. 1. Структура хворих (дорослих та підлітків), госпіталізованих у 2000 р. у лікарняні заклади України за класами хвороб.

помозі. Так, за останні 10 років обсяги оперативних втручань, здійснюваних у лікарняних закладах різного типу, не скоротились і становили у 2000 р. 2445,8 тис. операцій (на 9,2 % більше, ніж у 1991 р.). Кількість операцій збільшилася, переважно за рахунок операцій на нервовій системі (на 17,1 %, в тому числі на головному мозку – на 43,6 %), органах дихання (на 12,5 %), зору (на 10,7 % внаслідок розширення обсягів мікрохірургічних операцій – на 39,8 %, операцій з приводу глаукоми – на 50,3 %, катаракти – на 24,1 %).

У структурі оперативних втручань, як і в попередні роки, переважають акушерські операції (21,7 %), операції на органах травлення (14,1 %), жіночих статевих органах (14,5 %), шкірі та підшкірній клітковині (13,8 %). Післяопераційна летальність характеризується позитивною динамікою як у середньому (1991 р. – 0,99 %, 2000 р. – 0,76 %), так і за окремими видами оперативних втручань. Така динаміка особливо виразна у разі операцій на підшлунковій залозі (в 1992 р. – 20,81%, в 2000 р. – 17,2 %), стравоході (в 1992 р. – 12,4 %, 2000 р. – 5,92 %), серці (в 1991 р. – 6,18 %, в 2000 р. – 3,38 %), у тому числі на відкритому (1991 р. – 13,41 %, в 2000 – 10,6 %), холецистектомії з приводу хронічного калькульозного холециститу (в 1991 р. – 1,08 %, в 2000 – 0,69 %) тощо.

Проте при операціях на нервовій системі та органах дихання спостерігається збільшення, порівняно з 1991 р., післяопераційної летальності на 3–6 %, у тому числі після операцій на головному мозку – на 8,4 %, пульмонектомії – на 8,8 %. У разі операцій на вусі рівень післяопераційної летальності зріс із 0,17 % у 1991 р. до 0,23 % – у 2000 (рис. 2).

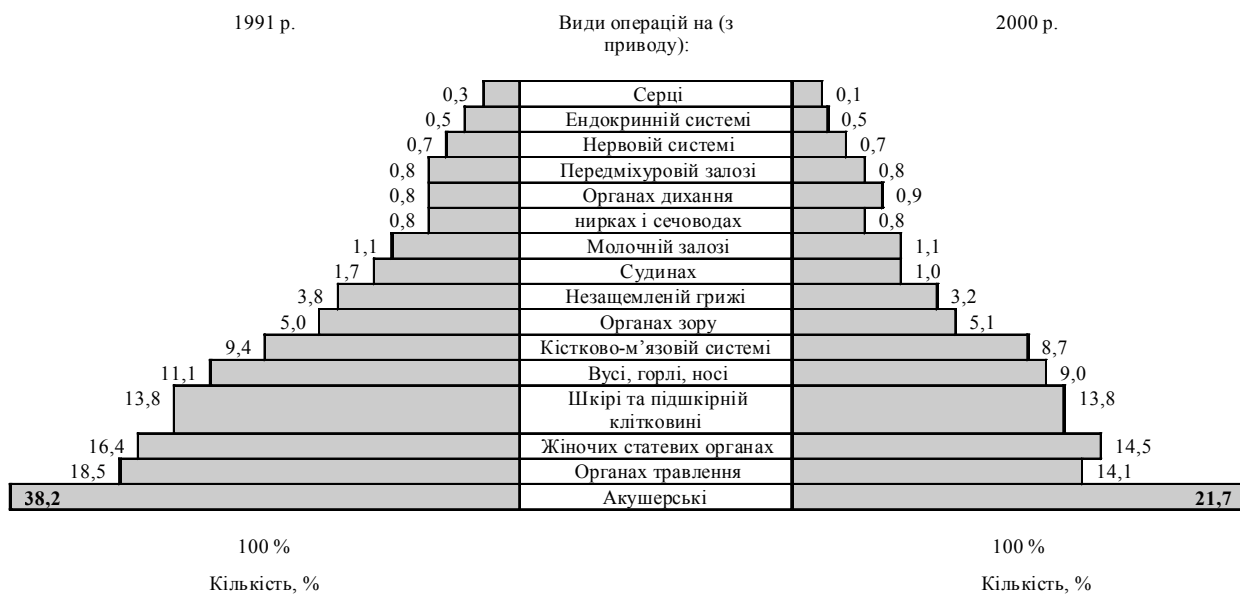


Рис. 2. Структура оперативних втручань у лікарняних закладах України впродовж 1991–2000 рр.

Одними із важливих завдань удосконалення організації спеціалізованої служби на сучасному етапі є раціоналізація використання ліжкового фонду і скорочення тривалості перебування хворих у стаціонарах без зниження якості та ефективності лікувально-діагностичного процесу. Інтенсифікація роботи спеціалізованих ліжок, що відбувається в останні роки, характеризується певним збільшенням зайнятості ліжок, їх обсягу та скороченням перебування хворого на ліжку, хоча ці показники мають досить широкий діапазон та залежать від профілю ліжок і типу лікарняних закладів.

За період із 1991 по 2000 р. середня кількість днів зайнятості лікарняних ліжок зросла на 4,5 % і становить 323,9 дня. Найінтенсивніше працювали ліжка радіологічних і рентгенологічних (374,6 дня) відділень, неврологічних для дорослих (350,1), онкологічних для дорослих (341,5), офтальмологічних (338,9). Проте робота пологових ліжок, зокрема ліжок патології вагітних, та інфекційних для дорослих і дітей відрізняється певним недовантаженням (середня кількість днів зайнятості ліжок становить, відповідно, 236,1 та 244,7 дня). Хоча середня тривалість перебування хворого на ліжку впродовж 1991–2000 рр. загалом ще не зазнала істотних змін (1991 р. – 16,5 дня, 2000 р. – 14,9 дня), спостерігається помітне поліпшення цього показника за окремими профілями ліжок. Так, тривалість перебування хворого на ліжку психіатричного профілю зменшилася на 9,7 дня (для дорослих і дітей), наркологічного – на 16,1 дня, тоді як тривалість перебування хворого на ліжках туберкульозного профілю збільшилася з 75 днів у 1991 р. до 83,4 дня у 2000 р., що, можливо, пов'язано з формуванням резистентних форм туберкульозу,

ускладненнями клінічного перебігу хвороби, тяжкістю патологічного процесу тощо.

У лікарняних закладах вторинного рівня – багатопрофільних міських і центральних районних лікарнях (ЦРЛ) – найраціональніше використовується ліжковий фонд ЦРЛ (середня тривалість перебування хворого на ліжку в міських лікарнях становить 12,8 дня, ЦРЛ – 11,9). При цьому за період із 1993 по 2000 р. дещо поліпшився цей показник у міських лікарнях більшості областей (у 1993 р. – 14,8 дня, 2000 р. – 12,8). Певне зменшення тривалості лікарняного лікування відбувається і в обласних лікарнях, де середня тривалість перебування хворого на ліжку скоротилася на 3,6 дня. порівняно з 1993 р., і становить 12,8 дня.

Підвищенню якості спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги сприяють запровадження в медичну практику сучасних медичних технологій профілактики, діагностики і лікування різних категорій хворих, стандартів якості діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги за окремими профілями, проведення акредитації та ліцензування лікувально-профілактичних закладів різного рівня.

Наведені дані щодо сучасного стану організації діяльності спеціалізованої служби дозволяють зробити висновок про формування тенденції до певної інтенсифікації функціонування спеціалізованих медичних закладів, хоча, безумовно, ще не використано всі резерви вдосконалення їхньої діяльності, підвищення якості та ефективності спеціалізованої ланки.

Вирішення нагальних проблем, що стоять сьогодні перед спеціалізованою службою, нерозривно пов'язане з раціоналізацією функціонування

всіх ланок системи охорони здоров'я, вдосконаленням їхньої інфраструктури, ресурсної бази і технологічного забезпечення, подальшою реструктуризацією системи надання медичної допомоги зі зміщенням пріоритетів у медичному обслуговуванні в бік первинної ланки і поступовим переходом до загальної лікарської практики – сімейної медицини.

Раціоналізації використання дороговартісного спеціалізованого і високоспеціалізованого лікарняного ліжкового фонду, підвищенню якості та ефективності спеціалізованої медичної допомоги та скороченню ресурсних витрат галузі спри-

ятимуть подальший розвиток стаціонарозамінних форм медичної допомоги, оптимальний перерозподіл обсягів медичного обслуговування між закладами первинного, вторинного і третинного рівнів, структурно-функціональна диференціація мережі та ліжкових потужностей лікарняних закладів зі створенням лікарень (відділень) для надання екстреної медичної допомоги, планового лікування хронічних хворих, відновного лікування і реабілітації, медико-соціальної допомоги, запровадження дійової системи управління якістю спеціалізованої медичної допомоги на різних рівнях її надання [1, 2, 4–5].

Список літератури

1. Алексеева Н.А., Якушев А.М. Структурная перестройка стационаров в условиях крупного города // *Здравоохранение Рос. Федерации*. – 2000. – № 1. – С. 10–11.
2. *Охорона здоров'я в Україні: проблеми та перспективи* / За ред. В.М. Пономаренка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 1999. – 310 с.
3. *Охорона здоров'я України: результати діяльності (щорічна доп. 1999 р.)* / За ред. В.Ф. Москаленка. – К., 2000. – 511 с.
4. Пономаренко В.М. Основні проблеми реформування системи охорони здоров'я // *Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України*. – 1999. – № 1. – С. 7–10.
5. *Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України* // Указ Президента України від 7. 12. 2000. № 1313/2000.
6. *Статистичні матеріали* Центру медичної статистики МОЗ України. – К., 2000.

ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УКРАИНЕ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

В.М. Пономаренко, О.М. Циборовский, Л.И. Галиенко, В.С. Гуменный (Киев)

Представлены основные тенденции структурно-функциональной перестройки специализированной медицинской помощи в Украине, освещены современное состояние организации и функционирования этой службы, перспективы ее дальнейшего развития.

MAIN TRENDS IN DEVELOPMENT OF SPECIALIZED MEDICAL CARE DELIVERY SYSTEM IN UKRAINE

V.M. Ponomarenko, O.M. Tsiborovsky, L.I. Haliyenko, V.S. Gumenny (Kyiv)

The main trends of structural and functional reorganization process of the specialized medical care delivery system now going on in Ukraine were presented.

УДК 614.2:[61:355/359](477)

В.В. ПАСЬКО, С.В. ІВАНОВ (КИЇВ)

ПРОБЛЕМИ ТА ОБГРУНТУВАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ НАУКОВОЇ І НАУКОВО-ТЕХНІЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНІЙ СЛУЖБІ УКРАЇНИ

Українська військово-медична академія

Події і зміни останнього десятиліття в масштабах держави і Збройних сил (ЗС) визначили напрямки і шляхи перетворень у системі охорони здоров'я, в тому числі військовій. Мета цих перетворень – створення сучасної, високоефективної, економічно доцільної системи медичного забезпечення ЗС України, яка повністю відповідає поставленим завданням на мирний і воєнний часи [1].

На час здобуття Україною в 1991 р. незалежності й створення власних ЗС та інших військових формувань серед 34-х військово-навчальних закладів, дислокованих тоді в Україні, не було жодного, який би здійснював підготовку кадрових військових лікарів та провізорів і проводив науково-дослідну роботу в галузі військової медицини. Історично склалося так, що всі ці заклади перебували на території Російської Федерації. Україні від наукового військово-медичного потенціалу колишнього СРСР залишились лише військові кафедри вищих медичних навчальних закладів.

Почати довелося з очевидного – переконувати в необхідності створення в Україні власної національної системи військово-медичної освіти і науки. Бо тоді, восени 1991 р. мало хто мав хоч яке уявлення, якими ж повинні бути ЗС нашої молоді держави, яка щойно проголосила свою незалежність [15].

Зважаючи на цю обставину, в листопаді 1991 р. була розпочата робота щодо створення національної системи військово-медичної освіти і науки.

Наукові дослідження в цей період були спрямовані на опрацювання організаційної структури і принципів її функціонування, розробку методик і технологій навчально-виховного процесу. Паралельно створювались належна законодавча база і відповідні організаційні структури.

Практичне розв'язання цих досить складних проблем вимагало створення військово-медичної науково-дослідної структури, формування творчих наукових колективів та наукових шкіл,

які б охоплювали весь спектр військово-медичних досліджень. Відсутність в Україні власної системи наукових досліджень у галузі військової медицини і підготовки наукових та науково-педагогічних військово-медичних кадрів призвела до суттєвого зниження методичного рівня наукової роботи в цій галузі, деморалізації наукових колективів, припинення діяльності наукових шкіл військово-медичного спрямування, втрати спадкоємності й збереження наукового досвіду і традицій у проведенні наукових досліджень у галузі військової медицини.

Історично склалося так, що на теренах України підготовка науково-педагогічних і наукових кадрів в інтересах військово-медичної служби не велась [3]. Активізації роботи у цьому напрямку сприяли Державна національна програма "Освіта" ("Україна XXI століття") [4] та Проспект-програма "Військова освіта" ("Збройні Сили України XXI століття") [2]. Згідно з Постановою Кабінету Міністрів України від 19.08.1992 р. № 490 "Про реформу системи військової освіти" [11] у складі Військово-медичного відділення при Українському державному медичному університеті ім. О.О. Богомольця (ВМВ при УДМУ) передбачено докторантуру й ад'юнктуру. Комплектування докторантури та ад'юнктури здійснювалось відповідно до наказу міністра освіти і міністра оборони "Про підготовку науково-педагогічних і наукових кадрів в ЗС України" [10] від 01.12.1993 р. № 280/416 та річних планів комплектування, які затверджувались начальником Генерального штабу ЗС України.

Високий рівень вимог, що висувались до ВМВ при УДМУ, і специфічність технології підготовки та вдосконалення військово-медичних та наукових кадрів зумовили його організаційну структуру. Було створено потужний, за вимогами того часу, науковий центр (військової медицини), призначений відіграти важливу роль у становленні та розвитку в Україні власної військово-медичної науки, в складі якого функціонували науково-дослідні лабораторії із провідних напрямків

військової медицини: бойової хірургічної травми, бойової терапевтичної патології, військово-професійної патології і профілактики та ін. У процесі подальшого реформування медичної служби ЗС України було створено Науково-дослідний інститут проблем військової медицини ЗС України, основу якого склав науковий центр (військової медицини) ВМВ при УДМУ із залученням сил і засобів Науково-дослідного центру професійного здоров'я льотчиків ЗС України.

Становлення і розвиток національної системи військово-медичної освіти і науки нерозривно пов'язані із створенням єдиного навчально-наукового центру військової медицини в нашій державі – Української військово-медичної академії (УВМА).

У цей час Міністерство охорони здоров'я (МОЗ) України і Головне військово-медичне управління Міністерства оборони України важливе місце відводять науковим розробкам з оптимальної організаційно-функціональної структури Державної служби медицини катастроф, пошуку ефективних шляхів оптимізації управлінських рішень на організацію медичного забезпечення у надзвичайних ситуаціях [7]. У квітні 1995 р. колегією МОЗ України було прийнято рішення про створення єдиної системи підготовки лікарів як з екстремальної, так і з військової медицини та формування відповідних кафедр екстремальної і військової медицини у вищих медичних навчальних закладах.

Важливого значення для військово-медичної науки в той час набувають такі наукові напрямки: дослідження механізмів і закономірностей впливу екологічних факторів на організм людини, наукове обґрунтування заходів щодо оздоровлення навколишнього середовища, умов військової праці; розробка наукових основ реанімації та інтенсивної терапії при виникненні масових уражень внаслідок катастроф; вивчення патологічних станів, що виникають у різних екстремальних ситуаціях; розробка актуальних питань радіаційної медицини; пошук засобів і методів профілактики, збереження і відновлення психофізіологічних резервів. Ці напрямки стали основою для проведення дисертаційних досліджень. Наступним кроком в історії розвитку системи військово-медичної освіти і науки є становлення УВМА та подальший її розвиток відповідно до вимог часу. Найсуттєвішими науковими проблемами, які потребували термінового вирішення, були: опрацювання принципів функціонування УВМА в існуючій специфічній її структурі й удосконалення цієї структури, а також подальший пошук шляхів удосконалення всієї системи військово-медичної освіти і науки. Пошук відбувся у царині вдосконалення методик і органі-

зації навчального процесу, запровадження сучасних дидактичних та інформаційних технологій і відповідних засобів навчання, забезпечення вчасної корекції організаційної структури відповідно до вимог часу.

Головним для військово-медичних науковців було те, що на практиці перевірялась дієвість концептуальних засад та організаційних форм ведення наукової роботи у вищих військових навчальних закладах, які були введені в дію відповідними наказами міністра оборони та начальника Генерального штабу ЗС України [5, 6, 8, 14]. Тобто наукова робота впевнено ставала на шлях систематизації, керованості, спрямування на всебічне наукове забезпечення діяльності ЗС.

На жаль, забезпечення наукової роботи у ЗС України в той час було в цілому адекватним загальним умовам фінансування науки в державі. За експертними оцінками, у 1996-1997 рр. воно здійснювалося у розмірі не більше як 15 % від потреб. Виходячи з цього, Міністерство оборони України мало вкрай обмежені кошти навіть для фінансування пріоритетних напрямків воєнної науки, спрямованих на виконання першочергових завдань будівництва та розвитку ЗС України, – 12,8 % від потреб. Звичайно, вкрай обмежене фінансування змушувало військових медиків розробляти різноманітні варіанти додаткових шляхів фінансування.

Ця проблема була досить складною. Аналіз військово-медичного наукового потенціалу дозволив встановити, що, по-перше, вона полягала у відсутності досвіду співробітництва з підприємцями у представників військово-медичної науки. Відсутність у медичній службі ЗС інноваційних та інших фондів розвитку військово-медичної науки, а також комерційних структурних підрозділів, гальмувала проведення прикладних і пошукових досліджень у галузі військової медицини.

По-друге, розвиток будь-якої науки, і зокрема військово-медичної, неможливий без залучення молодих талановитих науковців, – інтелектуального потенціалу нації [9]. Але вони, на жаль, не завжди чітко уявляли проблеми й завдання, які повинні розв'язувати, нерідко зводячи їх до аналізу та узагальнення досвіду медичного забезпечення у минулих війнах з використанням здебільшого методів історико-аналітичного дослідження і компіляції.

У літературних джерелах [12, 13] розглядалися особливості виконання наукової роботи у військово-медичних підрозділах і частинах, методики збирання, аналізу й оформлення наукових матеріалів. Але спеціальних нормативних документів щодо організації та проведення наукової і науково-технічної діяльності та підготов-

ки науково-педагогічних і наукових кадрів у медичній службі ЗС України на сучасному етапі не існувало. Концептуально не були визначені організаційні форми функціонування військово-медичних наукових колективів і їх співпраця з науково-дослідними установами МОЗ, АМН і НАН України. Науково-дослідні лабораторії, які входили до складу кафедр УВМА, зосереджувались на проведенні чітко відокремлених, звужених наукових досліджень, зусилля співробітників кафедр екстремальної і військової медицини вищих медичних закладів освіти спрямовувались на виконання окремих ініціативних науково-дослідних робіт, більшість яких не відповідала військово-медичній тематиці й дублювала наукові напрямки цивільної охорони здоров'я. Проте передумови інтеграції військово-медичної і цивільної науки були створені: одержано принципову згоду Президії АМН України про відкриття в АМН України секції "Військова та екстремальна медицина". Щодо організаційних форм проведення наукових досліджень в інтересах військової медицини виявилось, що наявних сил військово-медичної науки було недостатньо, щоб покрити всі наукові напрямки на фундаментальному рівні.

Науковий аналіз вищезазначених проблем дав можливість визначити причини їх виникнення:

- відсутність єдиного державного механізму регулювання науки, зокрема військово-медичної (форми і терміни її планування та фінансування, впровадження її досягнень, оновлення організаційної структури наукових колективів);
- відсутність узаконеного права власності дослідників і організацій-розробників на інтелектуальний продукт, що не дозволяло його реалізувати за цінами світового ринку знань;
- відсутність платоспроможного попиту на нові медичні технології;
- відсутність зацікавленості конкретного науковця в інтенсифікації наукової діяльності та впровадженні розробок.

Таким чином, аналіз основних проблем організації наукової і науково-технічної діяльності у медичній службі ЗС України дозволив зробити такі висновки:

- відсутність військово-медичної науково-дослідної структури, наукових колективів та шкіл, добре налагодженої та ефективно функціонуючої системи наукових досліджень і підготовки наукових та науково-педагогічних військово-медичних кадрів в Україні на час здобуття незалежності являла собою одну з найбільших медико-соціальних, організаційних та наукових проблем, що стало передумовою для створення національної системи військово-медичної освіти і науки;
- започаткована у 1993 році система військово-медичної освіти і науки молоді незалежної

держави потребувала поетапного вдосконалення, охоплення нових рівнів та напрямків освіти і науки, виправлення вад та недоліків, що виявлялись часом;

- необхідність більш досконалої технології і координації наукових досліджень, підвищення якості управління на сучасному етапі розвитку військової медицини стала основною вимогою до наукової розробки комплексу заходів щодо оптимізації системи наукової і науково-технічної діяльності у ЗС України.

Порівняльний аналіз організаційно-функціональної структури відповідних існуючих підрозділів управління в інших країнах дозволив виявити найбільш доцільні форми організації наукової і науково-технічної діяльності у медичній службі ЗС України на даному етапі розвитку вітчизняної військової медицини.

На основі структурно-функціонального аналізу існуючої організаційно-штатної структури військово-медичних закладів і установ нами проведено дослідження і розроблено найбільш оптимальну систему військово-медичної науки в Україні (рис. 1).

Для здійснення останнього враховували:

- проблеми та недоліки, виявлені у процесі аналізу наукової і науково-технічної діяльності у медичній службі ЗС України з часу їх створення;
- рівень організації і координації наукових досліджень в інтересах забезпечення реалізації основних напрямків розвитку вітчизняної військової медицини;
- якість планування наукової і науково-технічної діяльності та контролю за його виконанням;
- відповідність наукових досліджень, організаційно-штатної структури наукових підрозділів і колективів профілю та покладеним завданням;
- рівень організації підготовки наукових і науково-педагогічних кадрів та відповідність обсягу науково-дослідних робіт вимогам до рівня акредитації.

Сформовані та впроваджені науково-організаційна і науково-дослідна підсистеми через визначений механізм причинно-наслідкових зв'язків суб'єкта й об'єкта управління забезпечують функціонування національної системи військово-медичної освіти і науки з високим кінцевим результатом. Сукупність усіх видів ресурсів підсистем складає потенціал національної системи військово-медичної освіти і науки як її здатність виконувати свої функції в сучасних специфічних умовах. Цільовий ефект усієї системи досягається тим, що при "витрачанні" потенціалу певна його частина обов'язково "реалізовуватиметься" цільовим призначенням.

Таким чином, на даний час в Україні створено високоефективну систему наукових досліджень



Рис. 1. Організаційна структура системи військово-медичної науки в Україні.

у галузі військової медицини, яка забезпечує належний рівень діяльності військово-медичної служби і надалі не потребує кардинальних органі-

заційних змін, а лише наполегливої систематичної праці щодо її подальшого розвитку і вдосконалення.

Список літератури

1. Білий В.Я., Пасько В.В. Головні напрямки будівництва і розвитку військової медицини в Україні // Актуальні проблеми військової медицини: Тези доповідей наук.-практ. конф. – К., 1995. – С. 5-7
2. Військова освіта (Збройні Сили України XXI століття). Розділ: Наукова діяльність у системі військової освіти // Проспект-програма ГУВО МО України, 1993. – С. 28-30.
3. Ніколайчук О.П. Організація набору до докторантури і ад'юнктури Військово-медичного відділення та шляхи її удосконалення // Актуальні проблеми військової медицини: Тези доп. наук.-практ. конф. – К., 1995. – С. 39-40.
4. Освіта (Україна XXI століття). Розділ: Наукова діяльність у системі освіти // Державна національна програма – С.34-37.
5. Положення про наукову роботу в ЗС України // Наказ МО України № 384 від 20.10. 97.
6. Положення про порядок створення (передачі) науково-технічної продукції за договорами в ЗС України // Наказ МО України № 36 від 17.02. 94.
7. Про взаємодію служб Збройних Сил України та інших військових формувань із державною системою охорони здоров'я по створенню загальнодержавної системи екстреної медицини // Постанова Кабінету Міністрів України № 819 від 16.10.95.
8. Про затвердження Концепції наукової роботи у ЗС України // Наказ МО України № 154 від 07.05.97.
9. Про наукову і науково-технічну діяльність // Закон України від 01.12.98.
10. Про підготовку науково-педагогічних і наукових кадрів в ЗС України // Наказ Міністра освіти і Міністра оборони України № 280/416 від 01.12. 93.
11. Про реформу системи військової освіти // Постанова Кабінету Міністрів України № 490 від 19.08.92.
12. Сидельников А.И. Методика проведення військово-наукової роботи // Воєн.-мед. журн.– 1983. – № 2.– С. 18-23.
13. Сидельников А.И. Научная работа военного врача // Воєн.-мед. журн. – 1981.– № 4. – С. 12-16.
14. Типове положення про науковий центр вищого військового навчального закладу МО України // Наказ МО України № 6 від 04.01.94.
15. Шкідченко В.П. Стратегія України у сфері реформування Збройних Сил: здобутки та погляд у майбутнє // Наука і оборона. – 2000. – № 4. – С. 3-9.

ПРОБЛЕМЫ И ОБОСНОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ НАУЧНОЙ И НАУЧНО-ТЕХНИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЕ УКРАИНЫ*В.В. Пасько, С.В. Иванов (Киев)*

Изучены проблемы и недостатки, выявленные в процессе анализа научной и научно-технической деятельности медицинской службы Вооруженных сил Украины с момента их создания, а также уровень организации и координации научных исследований в интересах обеспечения реализации основных направлений развития отечественной военной медицины. На основе структурно-функционального анализа существующих организационно-штатных структур военно-медицинских учреждений и заведений разработана и представлена наиболее оптимальная система военно-медицинской науки в Украине.

PROBLEMS AND FOUNDATION OF ORGANIZATION OF SCIENTIFIC AND TECHNICAL ACTIVITY IN MILITARY MEDICAL SERVICE OF UKRAINE*V.V. Pas'ko, S.V. Ivanov (Kyiv)*

Scientific and technical activity of Ukraine Armed Forces medical service since the moment of its creation have been analyzed, problems and disadvantages have been studied and level of organization and coordination of scientific researches in interests of provision and realization of main directions of development of native military medicine as well. On the basis of structural and functional analysis of existing stuff organization of military medical establishments most optimal system of military medical science in Ukraine is developed and represented.

УДК 616-082(083.74):001.8

*Т.С. ГРУЗЕВА (КИЇВ)***НАУКОВЕ ОБГРУНТУВАННЯ РОЗРОБКИ ДЕРЖАВНИХ СОЦІАЛЬНИХ НОРМАТИВІВ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ СТАЦІОНАРНОЮ МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ**

Український інститут громадського здоров'я

Стан здоров'я населення є індикатором громадського розвитку, відображенням соціально-економічного та гігієнічного благополуччя країни. Це важливий економічний, трудовий, оборонний та культурний потенціал суспільства. У сучасних умовах особливого значення набувають пізнання об'єктивних закономірностей формування здоров'я населення, оцінка зрушень, що відбуваються, визначення тенденцій, виявлення регіональних проблем у здоров'ї та спектра факторів, які їх зумовлюють.

Рівень громадського здоров'я залежить від багатьох чинників, зокрема від соціально-економічного становища держави, трудової зайнятості насе-

лення, реального рівня заробітної платні, пенсійного забезпечення, гігієни праці, можливості здорового харчування і відпочинку, стану навколишнього середовища, генетичної компоненти тощо. Медична допомога визначає здоров'я лише на 10–15 %.

Європейська політика щодо досягнення здоров'я для всіх на ХХІ ст. спрямована на те, щоб до 2020 р. населення стало більш здоровим і мало більш можливості для забезпечення стабільного і безперервного поліпшення здоров'я. Ця мета може бути досягнута за умови гарантії доступу до належного медико-санітарного обслуговування.

Медичне обслуговування населення в радянській період регламентувалося нормативами забезпеченості амбулаторно-поліклінічною та стаціонарною медичною допомогою, які представлені в роботах І.Д. Богатирьова (1976), Г.А. Попова, А.П. Жука, Г.А. Новгородцева, Г.А. Базіяна (1982), О.О. Логінової (1984), В.І. Канта, П.І. Калью, В.А. Міняєва. В Україні проблемами обґрунтування нормативів для певних груп населення займалися Л.Г. Лекарьов, Г.М. Зелізінська, Л.А. Авербух, Ф.С. Рюхов (1980).

Нормативи формувалися залежно від економічного розвитку та накопиченого досвіду організації охорони здоров'я. Але на всіх етапах об'єктивною базою для наукового планування медичної допомоги та побудови мережі лікувально-профілактичних установ була потреба населення в медичній допомозі, залежно від стану його здоров'я.

Соціально-економічні перетворення в 90-х рр. призвели до негативних тенденцій у стані здоров'я населення, зростання смертності, захворюваності, тимчасової непрацездатності та інвалідності, змін у структурі захворюваності.

Разом із тим, відбуваються зміни в організації надання медичної допомоги населенню відповідно до Концепції розвитку охорони здоров'я населення України. Основними з них є пріоритетний розвиток (первинної медико-санітарної допомоги) на засадах лікаря загальної практики (сімейного лікаря), концентрація висококваліфікованої медичної допомоги, делегування частини медичних послуг стаціонарів в амбулаторно-поліклінічні структури, підвищення ефективності роботи й упорядкування мережі стаціонарних установ охорони здоров'я з урахуванням перегляду підходів до її призначення та завдань, поява нових форм обслуговування, таких, як денні стаціонари, стаціонари вдома, заклади медико-соціальної допомоги.

За таких умов колишні нормативи забезпеченості населення медичною допомогою, розроблені на матеріалах тепер уже 30-річної давності, не відповідають сучасним потребам.

Держава взяла на себе відповідальність і зобов'язання щодо здоров'я громадян. Конституцією України остаточно проголошено, що "Людина, її життя і здоров'я... визнаються в Україні найвищою цінністю" (ст. 3), що "Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування... Держава створює умови для ефективного та доступного для всіх громадян медичного обслуговування" (ст. 49). Ці положення втілено і в "Основах законодавства України про охорону здоров'я".

З метою успішної реалізації державної політики України щодо збереження і зміцнення здоров'я населення в останні роки прийнято вагомий пакет

нормативно-правових актів з питань охорони здоров'я. Вони визначають реформаторський вектор розвитку медичної сфери. Результатами стратегії розвитку системи охорони здоров'я є суттєве збільшення асигнувань на охорону здоров'я.

У 1996–2000 рр. фактичний обсяг видатків на охорону здоров'я збільшився з 3,2 до 4,3 млрд грн, тобто в 1,3 раза. Програмно-цільовий принцип фінансування системи охорони здоров'я дав змогу спрямувати кошти на виконання найбільш пріоритетних державних, галузевих програм та комплексних заходів програмного характеру. Майже всі державні програми, пов'язані з охороною здоров'я, у 2000 р. було профінансовано в повному обсязі, що забезпечило зменшення малюкової та материнської смертності, захворюваності на керовані інфекції. Проте витрати на охорону здоров'я поки що не відповідають реальним потребам. Не розв'язано проблему гарантування державою безоплатного обсягу надання медичної допомоги державними і комунальними закладами охорони здоров'я.

Для узгодження зобов'язань та фінансових можливостей галузі необхідними є визначення і встановлення державних соціальних стандартів та нормативів у сфері охорони здоров'я.

На сьогодні є потреба в удосконаленні наукового обґрунтування цієї проблеми. В Україні розроблено "Орієнтовні нормативи потреби у стаціонарній допомозі дітям, вагітним, роділлям, породіллям та гінекологічним хворим". Але нормативи потреби дітей в амбулаторно-поліклінічній допомозі не опрацьовано. Не визначено також нормативів забезпеченості дорослого населення амбулаторно-поліклінічною та стаціонарною медичною допомогою.

Постановою Кабінету Міністрів України "Про затвердження нормативів потреб у стаціонарній медичній допомозі в розрахунку на 10 тис. населення" від 28.06.1997 р. № 640 було встановлено нормативи забезпеченості населення України лікарняними ліжками. Згідно з цим документом рівень забезпеченості населення ліжками на 01.01.1998 р. повинен складати 90 ліжок, а на 01.01.1999 – 80 ліжок на 10 тис. населення відповідно. Проте такий рівень не було науково обґрунтовано об'єктивними методами. Цей показник було диференційовано лише за областями. Розподілу нормативного показника за профілем ліжок та рівнями надання медичної допомоги не визначено. Для його розрахунку першочерговим завданням є встановлення потреб населення у медичній допомозі й пріоритетності надання допомоги певним категоріям громадян при певних видах патології за умов планування гарантованих обсягів медичної допомоги. Це якісно новий підхід, порівняно з існуючим плануванням мережі ЛПУ згідно з нормативами.

Визначення належного гарантованого обсягу медико-санітарного обслуговування базується на обґрунтуванні потреб населення у різних видах амбулаторно-поліклінічної і стаціонарної медичної допомоги та шляхів його забезпечення. Воно спрямоване на обґрунтування, формування та впровадження складових системи надання медичної допомоги населенню України на основі поглибленого вивчення стану його здоров'я з урахуванням сучасних форм організації медичного обслуговування. Досягнення мети передбачає вивчення сучасного стану проблеми визначення потреби населення у медичній допомозі; аналіз стану здоров'я різних статево-вікових (діти, дорослі, населення працездатного та непрацездатного віку), територіальних, соціальних, професійних груп населення України за даними звертань у лікувально-профілактичні установи та даними медичних оглядів у динаміці двадцятирічного періоду; виявлення залежності стану здоров'я населення від рівня забезпеченості медичною допомогою; вивчення фактичних обсягів амбулаторно-поліклінічної, стаціонарної, швидкої та невідкладної медичної допомоги на різних рівнях її надання; проведення експертної оцінки та визначення потреби; вивчення доступності медичної допомоги для різних контингентів населення тощо.

Обґрунтування та визначення потреби у медичному обслуговуванні дозволять підвищити доступність і гарантувати надання медичної допомоги різним верствам населення.

Згідно з Законом України "Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії", до державних соціальних нормативів у сфері охорони здоров'я віднесено 8 груп нормативів, у тому числі нормативи забезпечення стаціонарною медичною допомогою. Над їх розробкою працюють спільні робочі групи Міністерства охорони здоров'я України та Академії медичних наук України. Робочою групою з розробки нормативів забезпечення населення стаціонарною медичною допомогою до Класифікатора державних соціальних стандартів віднесено нормативи забезпеченості дитячого та дорослого населення України лікарняними ліжками за профілями медичної допомоги та нормативи кількості днів роботи лікарняних ліжок для дорослого і дитячого населення в рік.

З метою обґрунтування нормативів забезпеченості населення стаціонарною медичною допомогою проведено спеціальне дослідження з визначення потреб у стаціонарному медичному обслуговуванні дітей і дорослих.

Аналіз наукової літератури з питань визначення потреб населення у медичному обслуговуванні, попередній досвід роботи дозволили обґрунтувати методику дослідження. Вона полягає у поглибленому вивченні здоров'я населення і фак-

тичних обсягів медичної допомоги та визначенні оптимальних обсягів адекватних видів лікувально-профілактичного обслуговування з урахуванням рекомендацій експертів. Дослідження проводили на територіях, які репрезентативно представляють різні регіони України. Обсяг вибіркової сукупності склав у цілому 360 тис. осіб, що дозволило отримати достовірні дані.

Досліджували захворюваність дорослого і дитячого населення за звертаннями в лікувально-профілактичні установи протягом року, частоту госпіталізації на профільні лікарняні ліжка різних видів надання медичної допомоги, її тривалість, захворюваність за даними комплексних медичних оглядів. Усі показники аналізували у розрізі класів хвороб, груп, окремих нозологічних форм.

Результати проведеного поглибленого вивчення стану здоров'я населення, фактичних обсягів медичної допомоги дозволили визначити рівні захворюваності населення, диференційовані за класами, групами, окремими нозологічними формами, статево-віковими групами, частоту госпіталізації на профільні лікарняні ліжка, її тривалість, виявити особливості цих показників.

Проведення поглиблених медичних оглядів населення висококваліфікованими клініцистами профільних науково-дослідних установ України дало можливість виявити функціональні порушення, хронічні хвороби, уточнити діагнози хвороб, дати рекомендації щодо наступного лікування і спостереження за хворими, уникнути гіпердіагностики, оцінити фактичні обсяги надання медичної допомоги населенню.

Отриманий і проаналізований у ході дослідження матеріал дозволив виявити фактичний рівень захворюваності дорослого населення, госпіталізації на профільні лікарняні ліжка. Рекомендації спеціалістів щодо лікування захворювань дали змогу встановити необхідний рівень госпіталізації хворих у стаціонари.

Розраховані показники потреби дорослого і дитячого населення в госпіталізації лягли в основу визначення потреби в лікарняних ліжках для забезпечення необхідних рівнів госпіталізації. Розрахунок проводили за загальноприйнятою методикою, формулою, яка враховує необхідну кількість госпіталізацій, середнє число днів перебування хворих на ліжку та кількість днів роботи ліжка в рік. У розрахунках застосовували показники роботи профільних ліжок, рекомендовані Міністерством охорони здоров'я, які передбачають ефективне їх використання, і показники тривалості лікування хворих у стаціонарах, передбачені Тимчасовими галузевими уніфікованими стандартами медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в ЛПЗ України.

Визначали потребу в лікарняних ліжках при окремих захворюваннях, суму ліжок при окремих захворюваннях, з якими хворих госпіталізують у відділення даного профілю. А сума необхідних профільних ліжок дає уявлення про загальну потребу дорослого населення у ліжковому фонді.

Загальний рівень госпіталізації дитячого населення, за даними дослідження, повинен складати 15,1 на 100 дітей. З урахуванням оптимальних показників роботи ліжок у рік та лікування хворих дітей у стаціонарах для забезпечення такого рівня госпіталізації доцільно мати 64,5 ліжка на 10 тис. дитячого населення. Визначений нами показник потреби дорослого населення у лікарняних ліжках складає 88,5 на 10 тис. відповідного населення. Враховуючи його, а також визначений нами і затверджений Міністерством охорони здоров'я як норматив показник потреби дитячого населення на рівні 64,5 ліжка на 10 тис. дитячого населення, загальна потреба населення у ліжковому фонді становитиме 83,8 ліжка.

Така кількість ліжок забезпечить необхідну кількість госпіталізацій у тому разі, якщо використання ліжкового фонду буде ефективним, процес лікування – інтенсивним відповідно до стандартів стаціонарної медичної допомоги. Якщо ці умови будуть порушені, для забезпечення необхідних рівнів госпіталізації вимагатиметься більша кількість ліжок.

Визначена нами потреба у профільних лікарняних ліжках є нижчою від попереднього нормативу забезпеченості 1989 р. на 35 %.

Порівняно з попереднім нормативом, знизилася

кількість ліжок з більшості профілів медичної допомоги. Потреба у ліжках деяких профілів допомоги не змінилася і залишається на високому рівні (ендокринологічна, алергологічна, нефрологічна), за деякими профілями визначено збільшення потреби у ліжках (гематологічний профіль – на 25 %, ендокринологічний хірургічний – на 150 %, інфекційний – на 7 %).

Дані дослідження показали досить високу потребу дитячого і дорослого населення у госпіталізації. Для її забезпечення необхідні значні ресурси. Задоволення потреб населення у стаціонарному лікуванні в умовах дефіциту фінансових, матеріально-технічних ресурсів можливе лише шляхом інтенсифікації лікувально-діагностичного процесу, впровадження сучасних технологій, дотримання раціональної тривалості перебування хворих у стаціонарах. Показники роботи ліжок та середні терміни перебування свідчать про наявність вагомих резервів інтенсифікації лікувально-діагностичного процесу в госпітальній ланці, раціоналізації використання дороговартісного ліжкового фонду.

Негативні тенденції в стані здоров'я населення вимагають поліпшення якості й підвищення ефективності амбулаторно-поліклінічної служби, розширення обсягів стаціонарозамінної медичної допомоги, стаціонарно-курортного і відновного лікування.

Затвердження нормативів забезпеченості населення стаціонарною медичною допомогою дозволить гарантувати громадянам України належний рівень медичного, у тому числі стаціонарного, обслуговування згідно з потребою.

НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ РАЗРАБОТКИ ГОСУДАРСТВЕННЫХ СОЦИАЛЬНЫХ НОРМАТИВОВ ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ СТАЦИОНАРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

Т.С. Грузева (Киев)

В статье освещена методология обоснования государственных социальных нормативов обеспечения населения Украины стационарной медицинской помощью. Определены показатели обеспеченности стационарной медицинской помощью, вошедшие в Классификатор социальных стандартов и нормативов в сфере здравоохранения. На основе углубленного изучения состояния здоровья разных возрастно-половых, региональных, социальных, профессиональных групп населения рассчитаны показатели обеспеченности детей и взрослых больничными койками за профилем медицинской помощи.

SCIENTIFICALLY - BASED ELABORATION OF THE STATE'S SOCIAL NORMATIVES OF INSTITUTIONALIZED MEDICAL CARE PROVISION FOR POPULATION

T.S. Hruzeva (Kyiv)

The methodology of substantiation of the State's social normatives of inpatient medical care provision for population in Ukraine has been highlighted. The whole number of these indices already included into "the Classificator of social standards and normatives in Ukrainian PHS" has been defined. The row of hospital - beds sufficiency provision rates in various clinical profiles has been separately calculated for children and adults based on the data outcomes of a comprehensive study of health conditions in different age-sexual as well as regional, social and occupational sections of population.

УДК 616-082(1-22)(477)

В.І. ПОЛЬЧЕНКО (КИЇВ)

СТРУКТУРНА ХАРАКТЕРИСТИКА МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ СІЛЬСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ УКРАЇНИ

Український інститут громадського здоров'я

У сучасних умовах, коли ще немає чіткої системи розмежування і структуризації лікувально-профілактичних закладів з надання амбулаторної та стаціонарної допомоги населенню на первинному, вторинному (спеціалізованому) і третинному (високоспеціалізованому) рівнях, уявлення, яке склалось про це на прикладі медичного обслуговування сільського населення, має певну пізнавальну цінність для оцінки стану медичної допомоги і визначення перспектив її подальшого розвитку. Для цього використовувалися звітні статистичні дані лікувально-профілактичних закладів України за 1991–2000 рр., а для їхнього аналізу – методи цільового групування та статистичних оцінок.

Відсутність сучасних статистичних даних, на жаль, унеможливила визначення й аналіз на загальних підставах обсягів надання сільському населенню України амбулаторно-поліклінічної допомоги на всіх трьох ієрархічних рівнях, у тому числі спеціалізованому. У зв'язку з цим, застосовувався метод екстраполяції відповідних да-

них минулих років коли вони подавались у звітах, на теперішній час. Враховуючи стабільність рівня забезпеченості сільського населення лікарями, визначався теперішній рівень відвідування сільським населенням лікарів, який становить 7–8 відвідувань із розрахунку на одного сільського жителя. У 1985 р. цей показник складав 7,7 лікарського відвідування на одного сільського жителя проти 14,4 – на одного міського. Імовірно, зазначене відставання спостерігається й зараз навіть з урахуванням відвідувань сільським населенням середнього медичного персоналу на самостійному амбулаторному прийомі та вдома (всього – близько 11–12 відвідувань на одного сільського жителя).

Динаміка даних про сільські дільничні заклади на рівні первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) засвідчує тенденцію до збільшення обсягів і поліпшення якісної структури амбулаторної допомоги за рахунок поступового заміщення фельдшерської допомоги лікарською (табл. 1).

Таблиця 1. Динаміка загальних обсягів надання амбулаторної допомоги сільському населенню України в дільничних закладах ПМСД у 1991, 1999 та 2000 рр.

Показник	1991	1999	2000
Кількість лікарських відвідувань (у тому числі відвідування стоматологів і зубних лікарів) у сільських закладах, млн	36,0	39,4	40,5
Те саме на одного сільського мешканця, млн	2,1	2,4	2,6
Кількість відвідувань на самостійному прийомі середнього медперсоналу ФАП, млн	62,1	58,2	57,4
Те саме на одного сільського мешканця, млн	3,7	3,6	3,6
Питома вага відвідувань у сільських закладах ПМСД, %: лікарів	36,7	40,4	41,4
	63,3	59,6	58,6

Примітка. * – оцінка за екстраполяцією даних 1985 р.

Проте наведені вище дані дають підстави стверджувати, що сільське населення на сучасному етапі розвитку системи охорони здоров'я лише в 1/3 випадків отримує лікарську амбулаторну допомогу і допомогу вдома безпосередньо на сільській лікарській дільниці, а у 2/3 випадків звертається за лікарською допомогою в спеціалізовані медичні заклади вторинного і тре-

тинного рівнів. Переміщення надання ПМСД на вторинний рівень і розширення участі лікарів "вузьких" спеціальностей в її наданні не тільки сприяють віддаленню цієї допомоги від місць проживання сільського населення, а й вважається надмірними і такими, що зумовлюють подорожчання медичної допомоги [2].

Отже, зовсім не значна частка надання ПМСД

лікарями безпосередньо на селі не може вважатися такою, що відповідає сучасним принципам та уявленням про повну її доступність для населення, і потребує заходів, спрямованих на її наближення. Саме цього вимагають і принципи пріоритетності ПМСД – основної частини національної системи охорони здоров'я [1, 3].

Розукрупнення сільських лікарських дільниць і наближення лікарської допомоги до місць проживання сільського населення стають особливо важливими в умовах переходу до сімейної медицини, який здійснюється в Україні згідно з Постановою Кабінету Міністрів України "Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я" від 20.06.2000. № 989.

Стаціонарна допомога сільському населенню у 2000 р. характеризувалася тим, що загальний рівень госпіталізації в лікарнях стаціонари становить 18,2 на 100 мешканців, що менше, порівняно з 1991 р. (25,7) і з міським населенням (19,9). Зниження рівня госпіталізації відбулося,

головним чином, за рахунок сільських дільничних лікарень, кількість яких зменшилася з 5,7 до 2,2 на 100 мешканців, а також спеціалізованих закладів вторинного рівня в сільських адміністративних районах (з 16,9 до 11,8 на 100 мешканців). В обох випадках це пов'язано зі значним скороченням лікарняних ліжок у сільських адміністративних районах, понад 60 % якого припадає на центральні районні лікарні та близько 40 % – на сільські дільничні лікарні. На цьому тлі проявилася тенденція до підвищення ролі високоспеціалізованих закладів третинного рівня у наданні сільському населенню лікарняної допомоги (табл. 2). Зміни в бік крайньої централізації цієї допомоги навряд чи можуть свідчити про наближення її спеціалізованих і неспеціалізованих видів до сільського населення.

У зв'язку з упровадженням замість скорочених лікарняних ліжок стаціонарозамінних форм медичного обслуговування на рівні ПМСД також відбулись істотні зміни як в обсягах, так і структурі стаціонарної допомоги сільському населенню (табл. 3).

Таблиця 2. Характеристика госпіталізації сільського населення України та розподіл її обсягів між лікарняними закладами всіх ієрархічних рівнів у 1991, 1999 та 2000 рр.

Показник	Рівень госпіталізації, на 100 мешканців			Питома вага госпіталізованих, %		
	1991	1999	2000	1991	1999	2000
Усього госпіталізовано в лікарнях стаціонари сільських мешканців, зокрема в:	25,7	18,2	18,2	100,0	100,0	100,0
– сільські дільничні заклади первинного рівня *;	5,7	2,3	2,2	22,2	12,5	12,0
– спеціалізовані заклади вторинного рівня **;	16,9	12,5	11,8	65,8	68,6	64,9
– високоспеціалізовані заклади третинного рівня ***	3,1	3,4	4,2	12,0	18,9	23,1

Примітка. * – сільські дільничні лікарні первинного рівня; ** – спеціалізовані заклади вторинного рівня (центральні районні лікарні, районні лікарні і диспансери, інші спеціалізовані заклади сільських адміністративних районів); *** – високоспеціалізовані заклади третинного рівня (обласні лікарні, обласні дитячі лікарні, диспансери та високоспеціалізовані клінічні центри загального призначення).

Таблиця 3. Загальні обсяги і структура надання стаціонарної допомоги сільському населенню України дільничними медичними закладами первинного рівня в 1991, 1999, 2000 рр.

Показник	Абсолютна кількість, тис.			На 100 мешканців			Питома вага, %		
	1991	1999	2000	1991	1999	2000	1991	1999	2000
Сільські мешканці, які лікувалися стаціонарно в закладах ПМСД, у тому числі в:	978,8	751,6	839,8	5,8	4,7	5,3	100	100	100
– цілодобових стаціонарах дільничних лікарень;	960,7	366,1	347,7	5,7	2,3	2,2	98,1	48,7	41,4
– денних стаціонарах;	13,2	214	273,1	0,1	1,3	1,7	1,3	28,5	32,5
– домашніх стаціонарах	4,9	171,5	219	–	1,1	1,4	0,6	22,8	26,1

Звичайно, вимушене скорочення цілодобових лікарняних ліжок у сільських дільничних лікарнях і заміна їх денними та домашніми стаціонарами дозволили підвищити економічну ефективність використання ліжок. Тільки за 1995–2000 рр. середня кількість днів зайнятості ліжок у сільських дільничних лікарнях збільшилася з 276,3 до 325,4 дня за рік, обіг лікарняних ліжок – з 16,9 до 23,2 раза на рік, а середня тривалість перебування хворого на ліжку скоротилася з 16,3 до 14 днів. Аналогічне поліпшення використання ліжок спостерігається і в центральних районних лікарнях.

Однак, як свідчать дані таблиці 3, обсяги обслуговування сільського населення в денних, домашніх і лікарняних стаціонарах первинного рівня загалом не досягли ще того рівня (на 100 мешканців), який був до реорганізації сільських дільничних лікарень (5,3 хворого у 2000 р. проти 5,8 – у 1991). Ще більший розрив у цілому стався, за даними таблиці 2 і 3, і за всіма ієрархічними рівнями надання стаціонарної допомоги, в тому числі за стаціонаророзамінними формами (21,3 хворого на 100 сільських мешканців у 2000 р. проти 25,8 – у 1991).

Внаслідок проведеної у 2000 р. реорганізації на рівні ПМСД у багатьох областях України в структурі стаціонарної допомоги сільському населенню понад 2/3 її загальних обсягів становлять стаціонаророзамінні форми. Особливо пріоритетними (у 82,2 % випадків) стали стаціонаророзамінні форми медичного обслуговування селян Житомирської області, що наближає цю область до повної заміни на селі цілодобових

лікарняних стаціонарів денними і домашніми стаціонарами. Проте постає питання про правомірність і доцільність таких крайніх тенденцій.

Зауважимо, що реорганізація сільських дільничних лікарень у сільські лікарські амбулаторії та створення при останніх денних стаціонарів замість цілодобових лікарняних не є оптимальними заходами в умовах сільської місцевості. На таких дільницях ускладнилося забезпечення стаціонарною допомогою більшості мешканців непунктових сіл, для яких лікування в разі відсутності цілодобових ліжок і заміни їх ліжками тільки денного перебування, з огляду на відомі територіальні та демографічні особливості, стало проблематичним і не завжди можливим. Саме цим, а також накопиченням контингентів хронічних хворих, можна пояснити доцільність збереження невеликих сільських дільничних лікарень, зорієнтованих на використання, відповідно до медичних показань, комбінованих стаціонарних форм медичної допомоги у вигляді ліжок як для денного перебування хворих (здебільшого мешканців пунктового села), так і для цілодобового (переважно мешканців позапунктових сіл).

Зміни, що сталися на рівні ПМСД у співвідношеннях її окремих видів (табл. 4), вказують на доцільність регламентації оптимальних їх значень, що дозволить підвищити ситуаційну надійність самодостатності ПМСД. Особливої уваги потребують принципово важливі співвідношення між амбулаторною і стаціонарною, стаціонарною і стаціонаророзамінними формами ПМСД (табл. 4).

Таблиця 4. Співвідношення обсягів надання сільському населенню України ПМСД за окремими їх видами в 1991 і 2000 рр.

Співвідношення	Стандартизована оцінка співвідношення, якщо знаменник дорівнює 1	
	1991	2000
Лікарська амбулаторна допомога	0,58	0,70
Фельдшерська амбулаторна допомога		
Лікарська амбулаторна допомога	37,4	42,2
Лікарняна допомога		
Лікарська + фельдшерська амбулаторна допомога	102,1	281,6
Лікарняна допомога		
Лікарська + фельдшерська амбулаторна допомога	100,2	116,6
Лікарняні + стаціонаророзамінні форми ПМСД		
Лікарняна допомога	53,1	0,71
Стаціонаророзамінні форми ПМСД		

Висновки. 1. Динаміка обсягів і поліпшення якісної структури амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги сільському населенню на рівні ПМСД, переміщення їх обсягів з рівня ПМСД на спеціалізований і високоспеціалізований ієрархічні рівні свідчать про необхідність визначення стратегічних напрямів розвитку цих видів допомоги з урахуванням оптимальних співвідно-

шень між ними та оптимальних критеріїв їх доступності для сільського населення.

2. Організаційне та інформаційне розмежування амбулаторно-поліклінічної і стаціонарної допомоги за рівнями їх надання сільському населенню (первинному, вторинному (спеціалізованому) і третинному (високоспеціалізованому)) стає необхідною умовою системної оцінки стану

цих видів допомоги та визначення подальших перспектив їхнього розвитку.

3. Назріла потреба у створенні організаційних моделей сільських медичних закладів, що забез-

печуватимуть рівноправну доступність амбулаторної та стаціонарної допомоги на рівні ПМСД мешканцям сільських населених пунктів з різними територіальними умовами розташування.

Список літератури

1. *Здоровье-21: Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ.* – Копенгаген: Европ. регион. бюро ВОЗ, 1999. – № 6: Европ. сер. по достижению здоровья для всех. – 310 с.
2. *Лехан В.Н.* Технология медицинской помощи населению // Матеріали 3-го з'їзду соц. гігієністів і організаторів охорони здоров'я України. – К., 1996. – Ч. 1. – С. 195–200.
3. *Основи законодавства України про охорону здоров'я* // Голос України. – 1992. – № 238 (488). – С. 7-12.

СТРУКТУРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СЕЛЬСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ УКРАИНЫ

В.И. Польченко (Київ)

Приведены результаты анализа статистических материалов последних 10 лет об уровнях и структуре оказания амбулаторной и стационарной помощи сельскому населению Украины. Сформулированы основные направления улучшения их системной организации.

STRUCTURAL CHARACTERISTICS OF MEDICAL CARE FOR RURAL PEOPLE

V.I. Polchenko (Kyev)

This article considers the results of statistical data analysis for 10 years about the level and structure of dispensary and hospital care of rural people of Ukraine. The basic tendency of system organisation improvement is formulated.

УДК 352.07:616-082(477.42):008

В.А. ЛУШКІН, А.С. МАЛИНОВСЬКИЙ, З.М. ПАРАМОНОВ, В.Й. ШАТИЛО, В.І. ХРЕНОВ

ПРО ЗАХОДИ ОРГАНІВ ВЛАДИ І МІСЦЕВОГО САМОВРЯДУВАННЯ З УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЖИТЕЛЯМ ЖИТОМИРСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Житомирська обласна державна адміністрація, Житомирська державна агроекологічна академія України, Управління охорони здоров'я Житомирської обласної державної адміністрації, обласний лікувально-профілактичний центр "Здоров'я"

Серед регіонів України Житомирщина має такі специфічні ознаки, які відрізняють її від інших областей нашої держави, ускладнюють вирішення і без того складних соціально-економічних проблем. Населення області найбільше потерпіло від Чорнобильської катастрофи. На початку поточ-

ного року чисельність населення, яке проживає в зонах радіоактивного забруднення, складала 375,9 тис. чоловік, що становить 26,5 % всього населення області, – 1 млн 424,9 тис., із яких 272,1 тис. дітей. Населення працездатного віку становить 54 % загальної чисельності. Демог-

рафічне навантаження на одну тисячу чоловік працездатного віку особами непрацездатного віку складає 854 чоловіки, з яких 383 дитини та 471 особа у віці, старшому за працездатний.

Природний приріст населення в області має від'ємний характер – (-7,4 ‰), народжуваність – 8,8 ‰, смертність – 16,2 ‰.

В області 54 міських і 1627 сільських поселень. На початку поточного року в міських поселеннях проживало 800,9 тис. чоловік, або 56,2 % загальної кількості населення області (проти 67,9 % – України).

Первинна медико-санітарна допомога населенню області надається 1081 лікувальним закладом, у тому числі 845 фельдшерськими пунктами (ФП), 185 лікарськими амбулаторіями (ЛА) та 30 дільничними лікарнями (ДЛ). Вторинна медична допомога надається у 28 територіальних медичних об'єднаннях, третинна і спеціалізована – у 25 лікувальних закладах. В області функціонує 286 амбулаторно-поліклінічних закладів загальною потужністю 30 466 відвідувань за зміну.

У сфері охорони здоров'я області на сьогодні працює 4776 лікарів і більше ніж 15 тис. середніх медичних працівників.

Незважаючи на соціально-економічну ситуацію, в останні три роки введено в експлуатацію поліклініки в м. Коростені та смт Червоноармійську, лікувальний корпус – у смт Лугинах, амбулаторію сімейного лікаря – у с. Слободі-Романівській, дитячу інфекційну реанімацію, в яких оздоблення та використання сучасних медичних технологій відповідають європейському стандарту якості.

В області не допущено вимушеного скорочення медичного персоналу, немає заборгованості із заробітної плати, низка пріоритетних програм (медикаментозне забезпечення госпіталю для інвалідів війни, забезпечення протитуберкульозними засобами, інсулінами, невідкладна допомога, боротьба з інфекційними хворобами, щеплення та ін.) повністю фінансується з державного бюджету.

Завдяки реформам у системі охорони здоров'я області вирішується багато проблем, що дало можливість ефективніше використовувати обмежені ресурси і досягати певних позитивних результатів.

Діяльність галузі постійно перебувала в полі зору державної адміністрації області, й кожен її крок мав конкретне спрямування на підвищення рівня організації надання медичної допомоги населенню.

З метою вдосконалення медичної допомоги, раціонального використання наявних ресурсів, реалізації указів Президента України видано шість розпоряджень голови обласної держадміністрації (ОДА), а у 2000 р. ці питання було розглянуто на сесії обласної ради народних депутатів:

1. Розпорядження голови ОДА від 27.02.97 № 102 “Про невідкладні заходи щодо збережен-

ня функціонування закладів охорони здоров'я в умовах дефіциту бюджетного фінансування”: реорганізація мережі й відкриття лікарських амбулаторій на базі ФАП, ФП у малонаселених пунктах, оптимізація ліжкового фонду, скорочення зайвих ліжок.

2. Розпорядження голови ОДА від 16.01.98 № 31 “Про додаткові заходи щодо забезпечення функціонування галузі охорони здоров'я в умовах обмеженого фінансування”: придбання санітарного транспорту, дооснащення пологових, дитячих, соматичних та інфекційних відділень, забезпечення холодильниками, телефонами, дооснащення інвентарем, апаратурою закладів ПМСД, вжиття заходів щодо протидії поширенню туберкульозу, реорганізація служби крові.

3. Розпорядження голови ОДА від 17.05.99 № 300 “Про заходи щодо поліпшення умов функціонування закладів охорони здоров'я у сільській місцевості області”: відкриття лікарських амбулаторій у населених пунктах з чисельністю понад 1000 жителів, придбання автономних джерел енергопостачання, квартир і виділення цільових кредитів для лікарів ДЛ і СЛА, телефонізація ДЛ, СЛА та ФП.

4. Розпорядження голови ОДА від 12.12.99 № 770 “Про поліпшення проведення диспансерних оглядів та оздоровлення сільського населення”: забезпечення ЦРЛ пересувними стоматологічними кабінетами, оснащення закладів ПМСД сучасним медико-діагностичним і лікувальним обладнанням, інструментарієм, підготовка фахівців з фізіотерапії та масажу для ФАП, ЛА, ДЛ.

5. Розпорядження голови ОДА від 30.10.2000 № 645 “Про додаткові заходи щодо поліпшення медичної допомоги населенню області”: створення інформаційно-аналітичного центру, впровадження цільових трансферів на пільгове забезпечення населення лікарськими засобами під час формування бюджету 2001 р. впровадження лікарняних кас у лікувально-профілактичних закладах області.

6. Розпорядження голови ОДА від 19.10.2000 р. № 616 “Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в області”: затвердження плану поетапного переходу на засади сімейної медицини, розроблення та затвердження нормативних документів для переходу на сімейну медицину, визначення бази передового досвіду з упровадження сімейної медицини.

Основні напрями реформування системи охорони здоров'я Житомирської області передбачали:

1. Наближення долікарської та лікарської допомоги до населення, насамперед сільської місцевості, шляхом відкриття фельдшерських пунктів у селах із кількістю жителів 100 чоловік і більше, а також лікарських амбулаторій у поселеннях з кількістю жителів 1000 чоловік і більше на базі існуючих фельдшерських пунктів (табл.).

Динаміка реорганізації мережі закладів ПМСД області протягом 1994–2000 рр.

Заклади ПМСД	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Дільничні лікарні	78	70	48	35	28	30	30
Лікарські амбулаторії	72	93	127	162	179	181	182
ФАП	886	872	863	851	844	848	850

2. Удосконалення амбулаторно-поліклінічної допомоги шляхом: розгортання ліжок денних стаціонарів на ФАП, у лікарських амбулаторіях, поліклініках із повноцінним обсягом лікувально-діагностичного процесу; організація одноденних хірургічних стаціонарів в амбулаторно-поліклінічних закладах; підготовка середнього медичного персоналу закладів первинної медико-санітарної допомоги з масажу, фізіотерапії та інтенсивної терапії.

3. Реформування первинної медико-санітарної допомоги на основі впровадження практики лікарів сімейної медицини.

4. Скорочення ліжок у зв'язку з розгортанням альтернативних денних стаціонарів, що сприяло оптимізації ліжкового фонду стаціонарів.

5. Удосконалення спеціалізованої медичної допомоги шляхом відкриття спеціалізованих центрів на базі існуючих профільних відділень великих лікарень, упровадження нових сучасних медичних технологій, високоточної лікувальної та діагностичної апаратури.

В області на базі фельдшерських пунктів відкрито 74 лікарські амбулаторії. У малих селах (близько 100 жителів) організовано 42 фельдшерські пункти. Це дало можливість наблизити лікарську допомогу до майже 120 тис. жителів сільської місцевості Житомирщини.

Значно скоротився радіус обслуговування медичними закладами жителів сільської місцевості, що свідчить про наближення медичної допомоги до людини (рис. 1, 2).

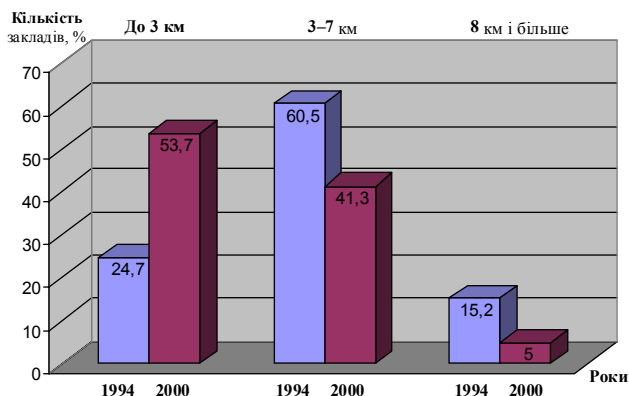


Рис. 1. Радіус обслуговування населення фельдшерсько-акушерськими пунктами

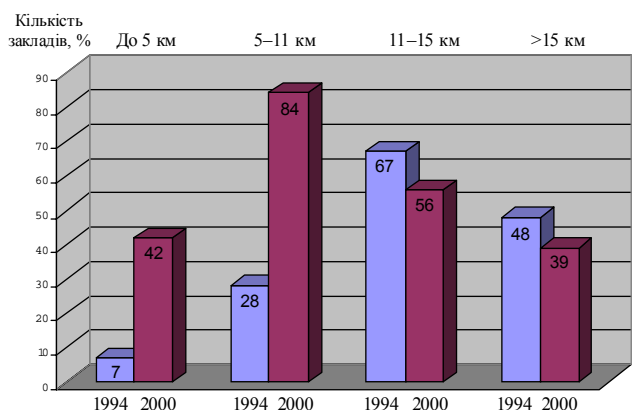


Рис. 2. Радіус медичного обслуговування населення лікарськими амбулаторіями та дільничними лікарнями

В амбулаторно-поліклінічних закладах розгорнуто 2300 ліжок денних стаціонарів, на яких у 2000 р. проліковано понад 87 тис. пацієнтів. Більше ніж 43 тис. хворих лікувалися в домашніх стаціонарах.

В одноденних хірургічних стаціонарах у 2000 р. виконано понад 91 тис. операцій (рис.3).

Реформування первинної медико-санітарної допомоги та амбулаторно-поліклінічної служби дало можливість вивільнити близько 6 тис. ліжок (45 % усього ліжкового фонду) в стаціонарах. Їх скорочення дозволило раціональніше використовувати бюджетні кошти.

Частину вивільнених коштів було застосовано для придбання магнітно-резонансного томографа, ендоскопічного малоінвазивного хірургічного обладнання, обладнання для Центру мікро-

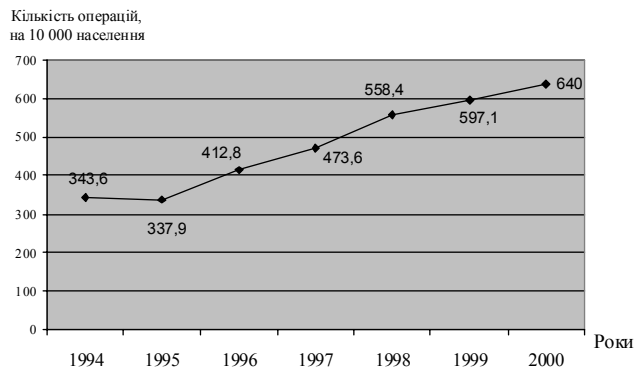


Рис.3. Кількість операцій, виконаних в амбулаторно-поліклінічних закладах Житомирської області, впродовж 1994–2000 рр.

хірургії ока тощо. Це дало можливість розгорнути 30 спеціалізованих центрів: опіковий, ревматологічний, інтенсивної терапії після хірургічних втручань, мікрохірургії ока, неінвазивної хірургії, медико-генетичного консультування, перинатальної патології тощо.

Загальна кількість пацієнтів, пролікованих у денних і цілодобових стаціонарах, поліпшила показники госпітальної допомоги населенню. Рівень госпіталізації у лікарняні, денні та домашні стаціонари у 2000 р. становив 24,1 на 100 чоловік, у 1994 – 22,7 (рис. 4).

Рівень госпіталізації,
на 100 чол.

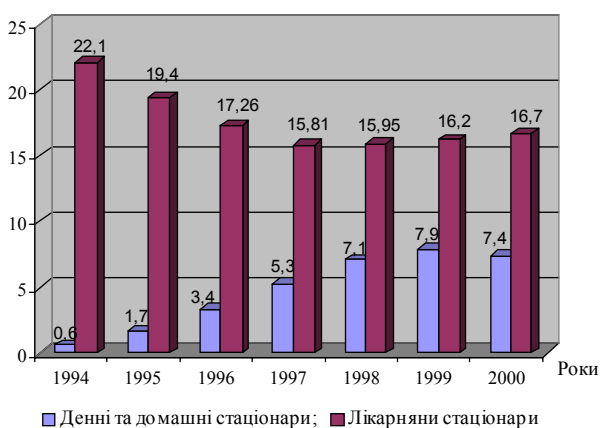


Рис. 4. Динаміка госпіталізації у закладах ПМСД населення Житомирської області впродовж 1994–2000 рр.

Згідно з розпорядженням обласної державної адміністрації, в області запроваджено сімейну медицину, на сьогодні вже працюють 83 лікарі загальної практики, а ще 145 лікарів проходять підготовку на очно-заочному трирічному циклі навчання.

Кінцевою метою реформування охорони здоров'я було підвищення якості та доступності медичної допомоги, насамперед у сільській місцевості. Якісні показники роботи лікувальних закладів області – свідчення позитивних зрушень:

1) покращився рівень відвідування на ФАП і вдома середніх медичних працівників, а також лікарів;

2) щороку збільшується кількість пролікованих у денних стаціонарах, у тому числі й у сільських закладах охорони здоров'я, а їхня питома вага серед усіх госпіталізованих сягає майже 50 %;

3) раціональне використання коштів і продумана політика органів державної влади дозволили розгорнути та забезпечити ефективну діяльність низки нових лікувально-профілактичних спеціалізованих закладів: протитуберкульозних, санаторіїв, чотирьох лікувально-санаторних центрів радіаційного захисту, обласного центру боротьби з ВІЛ-інфекцією тощо;

4) нині в області надаються майже всі види спеціалізованої медичної допомоги на рівні сучасних вимог.

Підсумовуючи вищевикладене, можна зробити **висновки**. Ефективна співпраця органів влади і місцевого самоврядування з медичною громадськістю дозволила реалізувати цілісну програму реформування системи охорони здоров'я області на основі реформування первинної медико-санітарної допомоги з упровадженням сімейної медицини, скороченням та інтенсивнішим використанням потужності стаціонарних ліжок, значно збільшити обсяг медичної допомоги в амбулаторно-поліклінічній службі, наблизити медичну допомогу до жителів сільської місцевості.

Раціональне використання коштів дало змогу в умовах жорсткого бюджетного дефіциту не допустити заборгованості із заробітної плати та інтенсивно впроваджувати нові сучасні технології надання спеціалізованої медичної допомоги населенню області.

На даному етапі необхідно продовжити вдосконалення первинної медико-санітарної допомоги, впровадження нових медичних технологій, сприяння утвердженню багатуокладної медицини (особливо приватної практики), залучати додаткові позабюджетні кошти в систему охорони здоров'я від діяльності лікарняних кас, страхових компаній, благодійних фондів та ін.

Це, у свою чергу, сприятиме покращанню якості медичної допомоги і життя людини.

О МЕРОПРИЯТИЯХ ОРГАНОВ ВЛАСТИ И МЕСТНОГО САМОУПРАВЛЕНИЯ ПО УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ СИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖИТЕЛЯМ ЖИТОМИРСКОЙ ОБЛАСТИ

В.А. Лушкин, А.С. Малиновский, З.М. Парамонов, В.И. Шатило, В.И. Хренов (Житомир)

Охарактеризовано ефективне співробітництво органів влади і місцевого самоуправління Житомирської області з медичною громадськістю по реалізації програми реформування здравоохорони області. Усовершенствование первинної медико-санітарної допомоги з впровадженням сімейної медицини, скорочення і разом з тим інтенсивне використання коечного фонду стаціонарів, впровадження нових медичних технологій, значительне збільшення обсягу медичної допомоги,

оказываемой населению амбулаторно-поликлинической службой, позволяют эффективно и рационально использовать ограниченные ресурсы и добиваться положительных результатов в улучшении организации и качества медицинской помощи.

ON MEASURES OF GOVERNMENTAL BODIES AND LOCAL SELF-MANAGEMENT IN IMPROVEMENT OF THE SYSTEM OF MEDICAL CARE FOR CITIZENS OF ZHITOMIR PROVINCE

V.A. Lushkin, A.S. Malinovsky, Z.M. Paramonov, V.I. Shatilo, V.I. Khrenov (Zhitomir)

An effective collaboration of governmental bodies and local self-management with medical communities in Zhitomir province in implementation of the program for reorganization of public health in this province is described. The improvement of the primary medical care through introduction of a family medicine, reduction and at the same time intensive use of the hospital bed capacity, introduction of new medical technologies, significant increase of the population in hospital and in in-patient department allow to effectively and rationally use the restricted funds and to obtain positive results in organization and the quality of the medical care.

УДК 614.2:[61:355/359](477)

В.В. ПАСЬКО, В.Л. САВИЦЬКИЙ (КИЇВ)

НАЦІОНАЛЬНА СИСТЕМА ПІДГОТОВКИ ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНИХ ФАХІВЦІВ

Українська військово-медична академія

Належний науковий супровід та освітнє забезпечення процесу реформування військово-медичної служби Збройних сил України є важливою передумовою його успішного здійснення.

Специфіка військово-медичної освіти в Збройних силах Російської Федерації визначається відсутністю багаторівневої структури на етапі додипломної підготовки, складністю і багатоступінчастою структурою післядипломного періоду навчання [1]. У системі вищої військово-медичної освіти, як відомо, тривалість підготовки офіцерів медичної служби для призначення на первинні посади становить у Військово-медичній академії 7 років, на військово-медичному факультеті після III-IV курсів цивільного медичного університету (академії, інституту) – 2-3 роки. Подальше підвищення професійного рівня військового лікаря передбачається в системі освіти військово-медичної служби (інтернатура, офіцерські курси, клінічна ординатура, факультет керівного медич-

ного складу, ад'юнктура, факультети перепідготовки і підвищення кваліфікації, докторантура), видів Збройних сил і родів військ (військові академії), у Військовій академії Генерального штабу Збройних сил, у навчальних закладах Міністерства охорони здоров'я РФ (факультети вдосконалення й академії післядипломної освіти).

Таким чином, на додипломному етапі здійснюється підготовка фахівця з вищою військово-спеціальною освітою. На післядипломному етапі особливо важливого значення набувають спеціалізація й удосконалення.

Додипломна підготовка офіцерів медичної служби в Росії проводиться різними шляхами [6,7]. Оптимальною варто вважати підготовку військових лікарів у Військово-медичній академії. Там майбутній офіцер медичної служби одержує фундаментальну військово-медичну освіту, адаптується до військової служби. Проте значні фінансові витрати на підготовку курсантів і обмежені

можливості навчально-матеріальної бази академії поки що не дозволяють збільшити кількість тих, що навчаються. На відміну від інших військових навчальних закладів, Військово-медична академія не має труднощів з набором. Конкурс абітурієнтів постійно залишається високим. Проте тенденція до зниження престижності служби офіцера, у тому числі й військового лікаря, призводить до того, що в академію поступають абітурієнти із середніми здібностями і зниженою мотивацією до навчання. Відбір їх за конкурсом атестатів про середню освіту не завжди виявляється ефективним, оскільки атестаційні оцінки часто не відповідають рівню знань випускника школи. Професійну орієнтацію учнів і їх "донавчання" деякою мірою здійснює підготовче відділення академії.

Навчання на військово-медичних факультетах при державних медичних університетах є другим видом підготовки військових лікарів. Набір на Військово-медичні факультети при Самарському, Саратовському і Сибірському (м. Томськ) державних медичних університетах за фахом "Лікувальна справа" проводиться після IV курсу медичних вузів усіх регіонів Росії. Три роки навчання на факультеті – достатній термін для адаптації слухача до виконання службових обов'язків в армійських умовах. Сформована за 30 років існування військово-медичних факультетів навчальна база дозволяє успішно готувати військових лікарів.

Головна проблема підготовки слухачів на військово-медичних факультетах – велика різниця навчальних планів комплектуючих вузів. Ця обставина зумовлює потребу в додатковому навчанні у позанавчальний час.

Цілком очевидно, що з'явилась необхідність перегляду ролі, завдань, структури, організації і порядку роботи інтернатів медичного складу. Вони повинні стати центрами післядипломної військово-медичної освіти в регіонах, отримати розвинуту навчально-матеріальну базу і підготовлений професорсько-викладацький склад. Один із можливих шляхів вирішення цієї проблеми – створення регіональних навчальних військово-медичних центрів підготовки фахівців. Такі центри, будучи установами при медичних університетах (академіях, інститутах) і залишаючись у підпорядкуванні начальника медичної служби військового округу (флоту), будуть здійснювати перепідготовку фахівців у регіонах [2].

Необхідність первинної спеціалізації в інтернатах, як обов'язковий етап післядипломного навчання військових лікарів з метою підвищення рівня клінічної підготовки, зумовила відкриття їх як у Військово-медичній академії, так і на військово-медичних факультетах при Самарському, Са-

ратовському і Сибірському державних медичних університетах.

З урахуванням можливостей навчально-матеріальної бази вищих військово-медичних навчальних закладів і гострої потреби військової (корабельної) ланки медичної служби у фахівцях первинну спеціалізацію проводять тільки лікарів лікувального профілю, а військових стоматологів і провізорів направляють у частини й установи відразу після одержання диплома.

Навчання в інтернаті академії ведеться за освітньо-професійними програмами, розрахованими на 44 тижні (близько 1600 годин), що в основному відповідає аналогічним програмам Міністерства охорони здоров'я Росії – 47-48 тижнів (близько 1700 годин). На професійну підготовку виділяється до 82 % навчального часу. Основна форма занять – самостійна робота з хворими під контролем викладача [4].

Офіцери медичної служби, які мають трирічний стаж роботи за спеціальністю, можуть поступати на факультет керівного медичного складу Військово-медичної академії або в клінічну ординатуру, де готуються висококваліфіковані фахівці для лікувально-профілактичної роботи. Багаторічний досвід їхньої підготовки показує, що ці форми навчання дозволяють ефективно здобувати спеціальні знання, виховувати висококваліфікованих організаторів і клініцистів, які володіють сучасними методами діагностики і лікування хвороб.

Проте значні фінансові витрати, необхідні для функціонування такої системи, і відсутність належної навчально-матеріальної бази не дозволили створити в незалежній Україні аналог наведеної системи підготовки військово-медичних фахівців.

У зв'язку із зазначеною ситуацією, для Збройних сил України було розроблено власну концепцію побудови системи військово-медичної освіти, яка полягає в:

- здійсненні військової підготовки лікарів (як кадрових, так і для запасу) лише на добровільних засадах;

- інтегруванні в загальнодержавну систему медичної освіти з максимальним використанням її можливостей та врахуванням її вимог до якості підготовки спеціалістів на світовому рівні;

- спільному навчанні всіх студентів на етапі загальнолікарської базової освіти з подальшою диференціацією на військових лікарів кадрових і запасу лише на етапі їхньої спеціалізації в інтернаті при вищих медичних навчальних закладах;

- створенні вищого військово-медичного навчального закладу нового типу з науковим центром;

- безперервності й етапності підготовки військово-медичних фахівців.

Враховуючи положення концепції розвитку військово-медичної освіти і науки, підготовка військово-медичних кадрів для медичної служби Збройних сил України здійснюється у два етапи: додипломний та післядипломний.

Додипломна підготовка проводиться на кафедрах екстремальної і військової медицини вищих медичних навчальних закладів Міністерства охорони здоров'я України. Ці кафедри створено відповідно до Постанови Кабінету Міністрів України "Про взаємодію медичних служб Збройних Сил України та інших військових формувань із державною системою охорони здоров'я і про створення загальнодержавної системи екстремальної медицини" від 16.10.1995 р. № 819 та Положення про кафедру екстремальної і військової медицини, введеного в дію спільним наказом Міністерства охорони здоров'я України і Міністерства оборони України "Про введення в дію Положення, Навчальної програми, Типового штатного розкладу кафедр екстремальної і військової медицини та організацію їх роботи" від 18.07.1996 р. На них здійснюється підготовка всіх студентів, інтернів і курсантів з питань організації медичного забезпечення населення у надзвичайних ситуаціях мирного і воєнного часів та з військової та військово-медичної підготовки за програмою офіцерів медичної служби запасу.

Навчання за програмою з організації медичного забезпечення населення і військовослужбовців у надзвичайних ситуаціях мирного і воєнного часів та з військової і військово-медичної підготовки офіцерів медичної служби запасу для всіх студентів вищих медичних навчальних закладів є обов'язковим і передбачене в навчальних планах підготовки лікарів, стоматологів і провізорів. Методичне керівництво організацією навчального процесу на кафедрах екстремальної і військової медицини здійснюється Українською військово-медичною академією, що забезпечує єдині підходи до навчання, цілісність системи військово-медичної освіти та її інтеграцію із загальнодержавною системою медичної освіти.

Навчальний процес на кафедрах супроводжується формуванням у студентів високих моральних, військово-професійних, психологічних і фізичних якостей майбутніх офіцерів медичної служби (кадру або запасу).

Після отримання диплома лікаря випускники вищих медичних навчальних закладів, які одержали звання офіцера медичної служби запасу і бажають присвятити себе служінню українському народові в лавах Збройних сил України, мають право вступу на конкурсних засадах до УВМА. Навчання в Академії здійснюється відповідно до державних стандартів освіти (рис. 1).

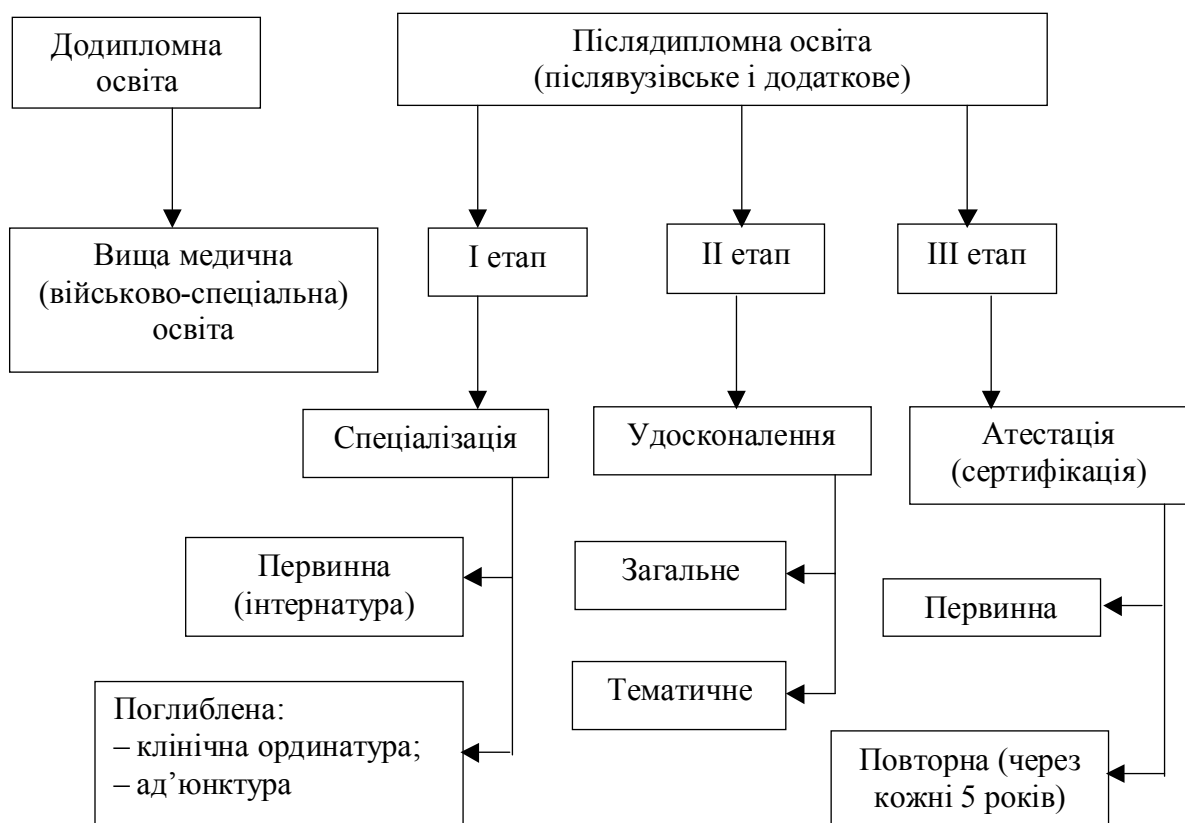


Рис. 1. Структура вищої військово-медичної освіти.

Сучасна загальнодержавна система освіти, що впроваджується в Україні, відповідає світовим вимогам. Вона передбачає можливість якісної підготовки висококваліфікованих фахівців, професійний рівень яких відповідає світовим стандартам.

Система військово-медичної освіти України інтегрована в систему військової освіти і має тісний взаємозв'язок з нею, а також у систему медичної освіти України [3]. Прийнята концепція перебудови системи військово-медичної освіти України запроваджується згідно з Постановою Кабінету Міністрів № 490 1992 р., наказами міністра оборони та міністра охорони здоров'я України і повинна забезпечити сучасний рівень підготовки військово-медичних фахівців і відповідати міжнародним вимогам до їх кваліфікації.

Для забезпечення високої кваліфікації військових лікарів (провізорів) доцільно проводити їх безперервне навчання та здійснювати об'єктивний контроль за рівнем їх кваліфікації.

Безперервне навчання – це постійне професійне навчання військових лікарів (провізорів). Його головними цілями є підготовка і перепідготовка військових фахівців, підвищення кваліфікації, вдосконалення їх професійної майстерності.

Основними ланками структури безперервного навчання військових лікарів (провізорів) є спеціалізація й удосконалення професійних знань та навичок.

Загальними принципами безперервного навчання військових лікарів (провізорів) повинні бути:

- планування й організація його за програмно-цільовим принципом;
- відображення в його змісті розвитку медицини й охорони здоров'я, динаміки науково-технічного прогресу.

Перепідготовка і підвищення кваліфікації військових лікарів (провізорів) у системі післядипломної підготовки повинна включати:

- навчання на факультеті підготовки військових лікарів УВМА;
- навчання в магістратурі УВМА;
- циклову підготовку на факультеті перепідготовки і підвищення кваліфікації військових лікарів (провізорів) УВМА.

Тривалість навчання на кожному циклі або курсі визначається навчальним планом і програмою. Доцільно було б мати такі види післядипломного навчання: спеціалізацію (перепідготовку); вдосконалення; передатестаційні цикли.

Спеціалізація – отримання військовим лікарем чи провізором однієї з лікарських і фармацевтичних спеціальностей, передбачених номенклатурою і затверджених наказом МОЗ України.

Підготовка спеціалістів проводиться на факультеті підготовки військових лікарів (ФПВЛ)

УВМА. Спеціалізація та перепідготовка військових лікарів з спеціальностей, що не передбачені на ФПВЛ, здійснюються на циклах спеціалізацій факультету перепідготовки і підвищення кваліфікації (ФППК) УВМА після закінчення навчання за основною (базовою) спеціальністю.

Перепідготовка військового лікаря (провізора) може проводитися з:

- нових лікарських (фармацевтичних) спеціальностей при призначенні офіцера на іншу посаду;
- з нових лікарських (фармацевтичних) спеціальностей при виникненні потреби в такому спеціалісті в лікувально-профілактичній установі.

Особи, які закінчили навчання на ФПВЛ та пройшли курси спеціалізації, підлягають атестації на визначення знань та практичних навичок із присвоєнням звання лікаря-спеціаліста (провізора загального профілю) з конкретної лікарської (фармацевтичної) спеціальності.

Військові лікарі (провізори), які пройшли спеціалізацію, повинні працювати за відповідним фахом.

Удосконалення – подальше підвищення професійних знань та навичок військового лікаря чи провізора з метою підтримання сучасного рівня підготовки [5].

Підвищення кваліфікації військових лікарів-спеціалістів (провізорів) здійснюється на ФППК УВМА, а також у Київській медичній академії післядипломної освіти МОЗ України на циклах тематичного вдосконалення. Тематичне вдосконалення передбачає підвищення кваліфікації з окремих розділів відповідної спеціальності.

Передатестаційні цикли проводяться з метою визначення рівня знань та вмінь, поглиблення теоретичної та практичної підготовки лікаря-спеціаліста відповідно до вимог кваліфікаційних характеристик другої, першої та вищої кваліфікаційних категорій, ознайомлення з останніми досягненнями в галузі медицини залежно від спеціальності.

Передатестаційні цикли для різних кваліфікаційних категорій проводяться окремо з урахуванням стажу роботи військового лікаря (провізора).

Самоосвіта військових лікарів (провізорів) є складовою частиною програми підготовки та поступового професійного росту кадрів і повинна систематично здійснюватися за індивідуальними планами, які складаються лікарями самостійно з урахуванням свого рівня професійної підготовки, завдань і особливостей практичної роботи терміном на один рік.

Доцільно мати такі форми післядипломного навчання: очну; заочно-очну; виїзди і цикли вдосконалення.

Очна форма – проводиться з повним відривом від виконання функціональних обов'язків на ФППК УВМА, в Київській академії післядипломної освіти. За цією формою проводяться цикли спеціалізації, тематичного вдосконалення та передатестаційні цикли.

Заочно-очна форма – складається з двох фаз. У період першої заочної фази військові лікарі (провізори) без відриву від роботи вивчають літературу і виконують контрольні завдання. Друга фаза (очна) проводиться на ФППК УВМА з повним відривом від роботи.

Виїзні цикли – проведення тематичного вдосконалення військових лікарів (провізорів) шляхом виїзду на місцеві бази за заявками органів управління військово-медичної служби.

Таким чином, в Україні на сьогодні сформовано цілісну систему підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації військово-медичних фахівців, яку представлено на рисунку 1. Основними характерними рисами системи військово-медичної освіти є поступовість, безперервність, тісна інтеграція з цивільною та світовою системами підготовки медичних фахівців.

Список літератури:

1. Бередин В.Г., Торопов Ю.В. Некоторые направления дальнейшего совершенствования военно-медицинской подготовки офицеров медицинской службы запаса // Воен.-мед. журн. – 1985. – № 7. – С. 20–25.
2. Білий В.Я., Пасько В.В., Солярик В.В. Новий ступінь розвитку системи військово-медичної освіти // Проблеми військової охорони здоров'я і шляхи її реформування (військово-медична освіта та наука в Україні): Зб. наук. праць. – Київ: УВМА, 1998. – С. 19–25.
3. Пасько В.В. Національна система військово-медичної освіти в Україні // Медична освіта. – 2000. – № 1. – С. 55–60.
4. Пасько В.В. Принципові положення побудови системи військово-медичної освіти і науки в Україні // Лікарська справа. – 1994. – № 2. – С. 107–111.
5. Пасько В.В. Система підготовки і атестації військово-медичного персоналу в Збройних Силах України // Військова медицина України. – 2001. – № 1. – С. 19–25.
6. Чиж І.М. Организационные принципы военного здравоохранения Российской Федерации (Основные положения в современной военно-медицинской доктрине) // Воен.-мед. журн. – 2001. – № 12. – С. 4–13.
7. Чиж І.М. Основные направления реформы военно-медицинского образования // Воен.-мед. журн. – 1997. – № 1. – С. 4–11.

НАЦИОНАЛЬНАЯ СИСТЕМА ПОДГОТОВКИ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ

В.В. Пасько, В.Л. Савицький

Статья посвящена анализу различий в подготовке военно-медицинских специалистов Вооруженных сил Украины и Российской Федерации. Определены место и роль Украинской военно-медицинской академии в системе военно-медицинского образования и науки Украины.

NATIONAL SYSTEM OF MILITARY MEDICINE PROFESSIONALS TRAINING

V.V. Pasjko, V.L. Savitsky.

Analysis of differences of military medicine professionals training in the Military Forces of Ukraine and the Russian Federation is represented. The role and part of the Ukraine Military Medicine academy in the military medicine education and science system in Ukraine are determined.

УДК 618.1-082-039.57

О.О.ВОРОНЦОВ, М.М.ВАСИЛЬЄВ

ЗГОДА-ЗАЯВА ЩОДО НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЖІНОЧИМИ КОНСУЛЬТАЦІЯМИ

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

Вступ. У роботі дільничних лікарів, на жаль, трапляються випадки, коли пацієнтки заявляють про свою відмову від діагностичних, профілактичних чи лікувальних заходів або ігнорують їх без усяких заяв. Це стосується як певних диспансерних груп гінекологічних хворих, так і вагітних жінок. Щодо останніх, то найбільш частою причиною є заміна амбулаторного режиму надання медичної допомоги на стаціонарний, призначення дородової підготовки тощо. Наслідком патронажу та додаткових роз'яснювальних бесід нерідко залишаються психоемоційна напруга та змарнований час, а ще розписки-відмови, які отримано від таких жінок. Намагання будь-як переконати пацієнтку сприймається частиною вагітних жінок примітивно як залякування і викликає ефект додаткового стресового фактора [1]. Проте, з точки зору дільничного лікаря, важливішою здається небезпека невиконання індивідуального плану ведення вагітної. Психоемоційна напруга, яка зростає, стосується не тільки відносин пацієнтки, лікаря та дільничної акушерки, але й дільничного лікаря та керівників, відповідальних за лікувальну роботу медичної установи. Метою роботи було дослідити можливість впливу на взаємовідносини працівників амбулаторної ланки та їх пацієнтів в умовах означеної ситуації.

Матеріали і методи дослідження. На кафедрі поліклінічної справи Тернопільської медичної академії, відповідно до діючого законодавства, розроблено оригінальну форму Згоди-Заяви щодо надання медичної допомоги жіночою консультацією. Для пацієнтки - це заява про добровільно прийняте рішення відмовитися від запропонованих лікарями заходів. Для лікувальної установи - це згода з рішенням дієздатної, об'єктивно інформованої людини, яке передбачено Основами законодавства про охорону здоров'я в Україні. Розроблена форма містить інформативну частину, що висвітлює конкретні розділи та статті Постанови Верховної Ради України. Наголос зроблено не тільки на правах пацієнтки, але й на її обов'язках, якими вона нехтує, підписуючи дану Згоду-Заяву. На звороті кожного бланка надруковано витяг із статей, на які є посилання. Ме-

дичну інформацію подано у вигляді окремих загальних пунктів-пояснень мети, змісту заходів, які було призначено, та можливих наслідків зволікання. Важливим є визнання хворим реальності звернення до лікаря у майбутньому, а також розуміння того, що дана Згода-Заява позбавляє його морального та юридичного права висловлювати будь-які претензії на адресу лікувальної установи. Разом із пацієнткою Згоду-Заяву підписує дільничний лікар та завідуючий жіночою консультацією. Відповідно до законодавства, при небажанні пацієнтки лікуватися, і підписувати Згоду-Заяву потрібно отримати підпис свідка.

Результати дослідження та їх обговорення. Розроблену форму Згоди-Заяви впроваджено в практику роботи жіночої консультації Тернопільського перинатального центру та жіночих консультацій м. Рівного. Актуальність даного питання та необхідність запропонованої форми визнаються лікарями кожного медичного закладу. Констатовано недостатню інформованість не тільки пацієнтів, але й медичних працівників щодо існуючого законодавства про охорону здоров'я. Домінуючим є хибне уявлення лікарів про свою відповідальність за здоров'я хворого, який, не зважаючи на всі пояснення, відмовляється від медичних приписів або порушує встановлений для нього режим. Громадяни, які нехтують обов'язками піклуватися про своє здоров'я і проходити профілактичні медичні огляди (стаття 10, розділ II та стаття 31, розділ IV), надають чинності статті 34, розділ V, згідно з якою лікар надалі не несе відповідальності за їх здоров'я. Аналогічна поведінка вагітної жінки певним чином впливає на державну допомогу, гарантовану статтею 57, розділ VII. Законом передбачено навіть право лікаря взагалі відмовитися від подальшого ведення пацієнта, але за умови, що це не загрожуватиме життю хворого і здоров'ю населення. Природно, що для акушерсько-гінекологічної ланки дана позиція лікаря не припустима і нам не відомі прецеденти. Водночас пацієнти часто використовують своє право відмовитися від "послуг" дільничного лікаря й отримати медичну допомогу за іншою адресою.

Неадекватність дії вагітної жінки, яка відмовляється від лікарських призначень, є проявом несвідомості та, перш за все реакцією на стресову ситуацію. Отже, дільничний лікар не має права поспішати з оформленням Згоди-Заяви. Наголошуємо, що мова йде не про випадки ургентної патології. По-перше, така пацієнтка обов'язково повинна отримати консультацію щодо стану свого здоров'я у керівника, відповідального за лікувальну роботу медичної установи. Цей захід відповідає бажанню майже кожної третьої вагітної та попереджає ймовірні зауваження керівників на адресу дільничного лікаря на зразок "Не вмієте розмовляти з хворими" тощо. Бланк Згоди-Заяви слід видавати на руки для уважного вивчення та, бажано, обговорення в сім'ї. Вагітна жінка та її рідні отримують можливість збагнути свої дії та дії лікарів у світлі існуючого Закону. Своєю офіційною формою Згода-Заява принципово відрізняється від довільної форми розписок, які написані тремтячою рукою і лише вказують на надзвичайну психоемоційну напругу. Не слід забувати, що в таких випадках вплив усних чи друкованих слів буде ефективнішим на фоні абсолютно потрібного вагітній жінці антистресового препарату Магне-В₆. Наступного дня, залежно від свого остаточного рішення, пацієнтка повертає дільничному лікарю Згоду-Заяву підписаною чи ні.

Зацікавленість практичних лікарів розробленою формою Згоди-Заяви можна пояснити її значенням як додаткового фактора виховної роботи. Відмова пацієнтки від діагностичних, профілактичних чи лікувальних заходів примушує лікарів займатися не тільки індивідуальною санітарно-освітньою роботою, але й питаннями законодавства, виховною роботою. Індивідуальні плани ведення вагітної, складені дільничними лікарями, виконуються свідомо, без зайвого нервового напруження, коли всі зацікавлені сторони відчувають не тільки свою відповідальність, але й правову захищеність.

Висновки. 1. Випадки відмови пацієнток від діагностичних, профілактичних чи лікувальних заходів спричиняють суттєве психоемоційне напруження в процесі надання медичної допомоги жіночими консультаціями.

2. Медичні працівники жіночих консультацій та їх пацієнтки недостатньо інформовані щодо своїх прав та обов'язків згідно з існуючим законодавством про охорону здоров'я в Україні.

3. Розроблена форма Згоди-Заяви щодо надання медичної допомоги є додатковим фактором виховної роботи з пацієнтками.

4. Розроблена форма Згоди-Заяви надає лікарям впевненості та психологічної врівноваженості у взаємовідносинах з пацієнтками на випадок відмови останніх від діагностичних, профілактичних чи лікувальних заходів.

Список літератури

1. Воронцов О.О., Гоцинський В.Б., Михайличко Н.В., Павліковська В.В. Дослідження стресового фактора у вагітних жінок // Здобутки клінічної та експериментальної медицини. Тернопіль: Укрмедкнига, 2001. – Вип 6. – С. 61-62.
2. Про охорону здоров'я // Основи законодавства України від 19.11.92 № 2801-ХІІ.

ДОГОВОР-ЗАЯВЛЕНИЕ ОБ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНСКИМИ КОНСУЛЬТАЦИЯМИ

А.А. Воронцов, Н.Н. Васильев (Тернополь)

Для случаев отказа пациенток от диагностических, профилактических или лечебных мероприятий разработана и применена оригинальная форма Договора-Заявления. Взаимоотношения между врачами и пациентками в таких ситуациях могут быть упорядочены путем официальной письменной информации о медицинских и правовых аспектах принимаемого решения.

CONTRACT-APPLICATION ABOUT RENDERING OF MEDICAL AID BY FEMALE ADVICES

А.А. Worontsov, N.N. Vasyljev

The original form of contract-application for cases of failure of the patients from diagnostic, preventive or medical measures is developed and applied. The mutual relation between the doctors and patients in such situations can be ordered by the official written information on medical and legal aspects of the accepted decision.

ДОСВІД ЕКОНОМІЧНОГО ГОСПОДАРЮВАННЯ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЖИТОМИРСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Управління охорони здоров'я Житомирської обласної держадміністрації,
Обласний лікувально-профілактичний центр "Здоров'я"

Реформування системи охорони здоров'я області передбачає, поряд із наближенням медичної допомоги до населення, раціональніше використання наявних коштів. Воно проводиться за пріоритетними напрямками реформування медичної галузі, а саме: розвиток амбулаторно-поліклінічної служби та поліпшення медичного обслуговування сільського населення; подальше розгортання ліжок денних стаціонарів; організація надання медичної допомоги в домашніх стаціонарах; розвиток сімейної медицини.

Усього за останні п'ять років в області відкрито 53 лікарські амбулаторії (ЛА) та 33 фельдшерські пункти (ФП) у малонаселених селах (рис.1). У кінці 2000 р. денні стаціонари (ДС) організовано у 245 лікувальних закладах проти 167 у 1996 р. Загальна кількість ліжок у ДС досягла 2278, або 16 ліжок на 10 000 населення. У них проліковано понад 87 тис. хворих. Економічний ефект, якби ці пацієнти лікувались у цілодобових стаціонарах, складав 7 млн грн. У ДС проліковано 43 тис. пацієнтів, або 295 на 10 000 населення. Нині в області працює 83 сімейні лікарі, ще 145 навчаються на очно-заочних курсах.

Наочним прикладом наведеного є реформування системи медичної допомоги у Новоград-Волинському районно-міському територіальному медичному об'єднанні (ТМО). У зв'язку з тим, що станція швидкої медичної допомоги також надавала невідкладну медичну допомогу, швидкість реагування при надзвичайних ситуаціях була недостатню, що суттєво впливало на якість послуг. Адміністрація районно-міського ТМО провела реорганізацію швидкої допомоги та організувала службу з надання консультативно-інформаційної та невідкладної допомоги населенню при поліклініці ТМО. Тепер станція швидкої допомоги звільнена від функцій надання невідкладної медичної допомоги й економічний ефект від цього за 2000 р. склав 42 660,99 грн.

У цьому самому ТМО впроваджено також експеримент щодо роботи молодшого медичного

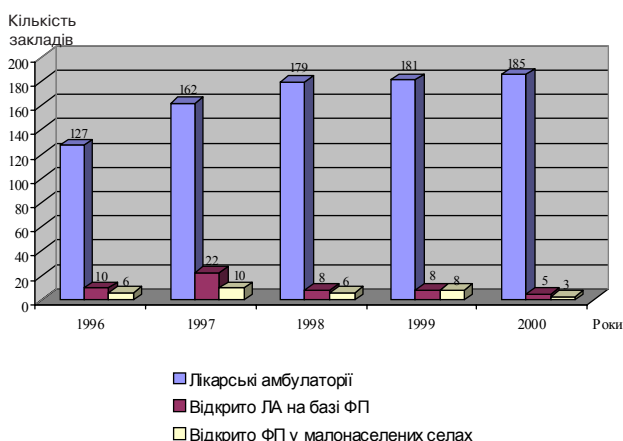


Рис. 1. Динаміка реформування закладів охорони здоров'я Житомирської області впродовж 1996–2000 рр.

персоналу. Суть його полягає в реорганізації роботи молодших медичних сестер у всіх відділеннях стаціонару лікувального корпусу, де з 14 молодших медсестер створено дві бригади для його прибирання. Завдяки цьому скорочено 28,75 посади молодшого медичного персоналу (із 78 залишилось 49,25 штатної одиниці). Економія бюджетних коштів за останні 6 місяців становить 13 832 грн, а за весь 2001 р. – прогнозується у розмірі 38 500 грн.

Цікавим є досвід роботи первинної медико-санітарної ланки Попільнянського району, де реформування лікувально-профілактичних закладів розпочато з 1994 р. Проведено реорганізацію 4 дільничних лікарень у ЛА. З метою наближення лікарської допомоги до жителів села відкрито 3 ЛА на базі фельдшерсько-акушерських пунктів (ФАП), побудовано 2 ФП у малонаселених селах. Почалось активне відкриття при амбулаторно-поліклінічних закладах ліжок денних і домашніх стаціонарів. Якщо у 1996 р. при амбулаторно-поліклінічних закладах було проліковано 1356 хворих, то у 2000 – 3436. Усі медичні працівники ФАП, ЛА, дільничних лікарень мають підготовку для проведення фізіотерапев-

тичного лікування та лікувального масажу. Це дало змогу значно збільшити кількість хворих, які пройшли лікування цими методами безпосередньо у зазначених закладах. Кількість фізіотерапевтичних процедур становить 16 329 (проти 10 301 у 1996 р.), процедур масажу – 14 984 (проти 1528 у 1996 р.). Зважаючи на те, що у денних і домашніх стаціонарах ЛПЗ первинної ланки лікується більше ніж 3000 хворих, що складає 25 тис. ліжок-днів, рівень госпіталізації на 100 жителів району дорівнює 12,4, економічний ефект – близько 140 тис. грн.

Внаслідок проведених реформ в Олевському районі області за 7 років реорганізовано 5 ДЛ у ЛА. На сьогодні їх у районі 16, з них 7 ЛА створено заново. Відкрито 6 ФП. У кожному закладі організовано денні стаціонари. Усього в денних стаціонарах 127 ліжок, а стаціонарні ліжка скорочено з 525 до 155. Протягом 1998–2000 рр. у денних стаціонарах проліковано 17,8 тис. хворих, у тому числі 14 тис. (70 %) жителів села. Економічний ефект за рік склав близько 200 тис. грн. Якби всі хворі лікувалися стаціонарно, то коштів знадобилося б у 2,5–3 рази більше. За підрахунками фахівців Олевського районного ТМО, протягом останніх 3 років за рахунок проведених реформ було заощаджено близько 6 млн грн.

Показовим є також досвід економічного господарювання в Ружинському районному ТМО, яке у 1999 р. взяло в оренду 26 га землі, а у 2000 – 65 га. За 2 роки господарювання вдалося придбати трактор ЮМЗ, створити своє підсобне господарство, де вигодовуються свині, а також молодняк великої рогатої худоби, для своїх працівників і на продаж. Це дало можливість, не маючи стартового капіталу, відкрити власну аптеку при ТМО, в якій введено додатково 9 робочих місць. Прибуток з аптеки використовується на забезпечення надання невідкладної допомоги, починаючи ФАП і закінчуючи районною лікарнею. На орендованій землі вирощують ячмінь, просо, гречку. Крім того, працювали за угодою в селянсько-фермерському господарстві, де обробляли цукровий буряк, моркву для поповнення раціону харчування хворих.

Протягом 2000 р. в області проводилася робота з утілення раціоналізаторських пропозицій у практику закладів охорони здоров'я. На розг-

ляд обласної комісії надійшло 48 раціоналізаторських пропозицій, 42 з яких вже впроваджено, що зменшило термін лікування хворих, поліпшило та вдосконалило технології лікування, засоби догляду за пацієнтами. Економічний ефект від утілення раціоналізаторських пропозицій у закладах і установах охорони здоров'я області склав більше ніж 30 тис. грн.

У 2000 р. управління охорони здоров'я обласної держадміністрації вживало заходів щодо збереження енергоресурсів. На централізоване опалення обласне стоматоб'єднання у 2000 р. витратило 35 774 грн. З переходом на автономне опалення у 2001 р. потреба у газі на рік коштувала 10 704 грн, а економія за рік становила 25 070 грн. Крім того, постійно контролюється подавання гарячої води і тепла залежно від потреби. В області встановлюють лічильники обліку споживання енергоресурсів, що дало змогу зменшити витрати теплової енергії та інших ресурсів у всіх закладах, що мають лічильники, наприклад у обласному тубдиспансері – на 47 %.

У 2001 р. планувалося провести заходи, спрямовані на скорочення енергоспоживання: здійснити реконструкцію мереж і систем споживання, регулювання та обліку споживання води, газу, теплової та електричної енергії, модернізувати загороджувальні конструкції, вікна, двері.

Проведені заходи з реформування медичної допомоги населенню, економічні методи господарювання, залучення коштів із різних джерел фінансування дають змогу системі охорони здоров'я області виживати в нелегких умовах бюджетного фінансування, надавати медичну допомогу мешканцям області.

Висновки. 1. Проведення реформування системи охорони здоров'я області шляхом розширення обсягу медичної допомоги в амбулаторних умовах дає можливість наблизити її до населення, раціональніше використовувати бюджетні кошти.

2. Розширення економічних видів діяльності закладів охорони здоров'я сприяє залученню додаткових коштів.

3. Реорганізація роботи персоналу в лікувально-профілактичних закладах має резерви для вдосконалення і значного економічного ефекту.

ОПЫТ ЭКОНОМИЧЕСКОГО ХОЗЯЙСТВОВАНИЯ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЖИТОМИРСКОЙ ОБЛАСТИ

З.М. Парамонов, В.И. Шатило, В.И. Хренов (Житомир)

Освещены мероприятия, проводящиеся в Житомирской области, по реформированию системы здравоохранения в регионе. Расширение амбулаторно-поликлинической службы, дневных стационаров, стационаров на дому, развитие семейной медицины, интенсивное использование экономических видов деятельности, реорганизация работы персонала учреждений здравоохранения способствуют приближению

медицинской помощи к населению, улучшению обслуживания и рациональному использованию бюджетных средств.

AN EXPERIENCE OF ECONOMIC MANAGEMENT IN HEALTH INSTITUTIONS IN ZHITOMIR PROVINCE

Z.M. Paramoniv, V.I. Shatilo, V.I. Khrenov (*Zhitomir*)

Measures aimed at health reorganization in Zhitomir province are described. Such measures as widening of in-patient and out-patient services, a net of day-time hospitals, home hospitals, development of family medicine, an extensive use of economic types of activity, reorganization of work of the personnel in public health institutions will help to near a medical aid to the population, to improve health care and to use rationally the budget funds.

УПРАВЛІННЯ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

УДК 614.253.6

О.Н. ЛИТВИНОВА

УПРАВЛІНСЬКА РОЛЬ КЕРІВНИКА СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

Діяльність доброго керівника або менеджера складається з ряду ролей, які йому доводиться виконувати. Одна з найскладніших – управлінська, яка впливає з того, що менеджер – це людина, яка відповідає за отримання результатів інших осіб.

Кінцева мета керівника у галузі охорони здоров'я – підтримувати та зміцнювати здоров'я населення. Хоча громадяни самі несуть відповідальність за стан власного здоров'я, багато чого в процесі підтримання їх здоров'я в належному стані можуть зробити саме керівники системи охорони здоров'я, працюючи злагоджено з лікарями, медсестрами й іншими представниками сфери охорони здоров'я та представниками зовнішнього середовища системи. Економічні, політичні та соціальні сили сьогодення змусять систему охорони здоров'я вийти за межі лікування гострих станів і перейти на рівень, де наголос робиться на благополуччі населення. Паростки цього процесу вже

бачимо в міжгалузевій комплексній програмі “Здоров'я нації” на 2002-2011 рр.

Концепція ролі керівника еволюціонує з часом. Ця еволюція буде продовжуватися, оскільки організації й оточення, в яких він працює, змінюються, неухильно впливаючи на роль керівника в системі охорони здоров'я.

Домінуючою проблемою управління охороною здоров'я залишається вартість медичної допомоги. Вона продовжує зростати, часто неконтрольовано, незважаючи на численні законодавчі акти та інші заходи, які проводять, щоб зупинити її зростання. Цей факт викликає великий інтерес в уряді, страхових товариств, споживачів і роботодавців. У сфері охорони здоров'я повинні запроваджуватися зміни, метою яких є перебудова системи заохочення та поведінки організації і фахівців галузі.

Пліч-о-пліч з проблемою вартості стоїть питання якості медичної допомоги. Сьогодні в

Україні спостерігається певна розбіжність у засобах лікування, різноманітності лікарської практики, процесах лікування та догляду, клінічних результатах та підходах до індивідуальності пацієнта.

Зміні зовнішнього оточення сприяють епідеміологічні зміни, зміни в складі робочої сили та все нові й нові технологічні проблеми. Структурні зміни в межах індустрії охорони здоров'я - перехід від стаціонарного до амбулаторного надання медичної допомоги, розширення керованої медичної допомоги, зміна демографічної ситуації та професійного складу медичних працівників, розширення групової практики – теж сприяють оновленню і зміні зовнішнього середовища організацій охорони здоров'я та ставлять додаткові вимоги до їх керівників.

Водночас відбуваються суттєві зміни в межах самих організацій охорони здоров'я. Поєднання змін у зовнішньому оточенні та внутрішніх організаційних змін тягне за собою нові можливості для керівників організацій охорони здоров'я, конфліктні ситуації та інші проблеми.

У науці управління є кілька моделей ролі керівника. У функціональній моделі роль керівника представлена виконанням основних видів управлінської діяльності, таких, як: планування, організаційна робота, укомплектування штатів, керівництво і контроль, але зовсім не враховується вплив зовнішнього оточення керівника.

Школа людських відносин у центр уваги ставить людину, її мораль та економічні блага. Знання та розуміння керівником соціальних потреб людей та шляхів їх задоволення на роботі стають головними елементами його ефективного управління. У цьому відношенні неформальні стосунки в організації є основним елементом успіху та перестають бути неофіційними і, часто, проблемними складовими діяльності організації. Тут увагу зосереджено на обов'язках керівників створювати і підтримувати колективну ефективну працю, створювати атмосферу відвертості, довіри і підтримки, а також систему співучасті у прийнятті рішень.

Владі та індивідуальній тактиці відводиться головна роль керівника у політико-персональній моделі. Це часто ілюструється виразами “керівник-звитяжець”, або “видатна людина” чи “унікальний керівник” і привертається увага до дару божого людини або політики сили. Таке нерідко спостерігаємо сьогодні в Україні. Даний підхід підкреслює значення лідерства та можливості керівника-особистості, й заперечує або ставить під сумнів можливість навчитись управління і вважає, що лідерами швидше народжуються, ніж стають.

Організаційна модель роль керівника бачить досить складною і бере до уваги як внутрішні,

так і зовнішні чинники, враховуючи їх взаємний вплив. При цьому підході організація розглядається як відкрита складна система, що функціонує на трьох рівнях: технічному, адміністративному та інституційному, або установчому.

Роль керівника є швидше збірним поняттям, що включає риси багатьох людей. Але вони мусять поєднуватись в одній особі, яка хоче досягти успіху на управлінській ниві. Мінцберг виділяв три групи ролей, які відіграє кожен керівник: це міжособові (головний керівник, лідер, зв'язкова ланка); інформаційні (отримувач інформації, розповсюдженець інформації, представник) та ролі, пов'язані з прийняттям рішення (підприємець, ліквідатор порушень, розподілювач ресурсів, особа, яка веде переговори). Такий підхід дієвий і сьогодні.

Проте нові умови існування організацій охорони здоров'я, про які йшлося вище, вимагають акценту на нові ролі керівника. Триєдність ролі керівника – керівник-конструктор; керівник-лідер; керівник-стратег стосується різних типів організації в системі охорони здоров'я та різних їх рівнів. Кожне значення цих функцій може змінюватись залежно від ситуації, рівня розвитку організації, її місця у життєвому просторі тощо. Вони можуть поєднуватись у керівникові в найрізноманітніших пропорціях, знову ж таки, залежно від ситуації.

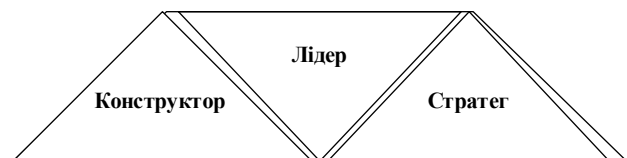


Рис. 1. Триєдність ролі керівника.

Керівник як конструктор – повинен спрямовувати свої сили та знання на такі справи: організаційна структура, новаторство, оновлення і зміни, управління виробничими функціями, інформаційні системи, постійне підвищення якості, управління людськими ресурсами, управління новими функціями та відносинами між спеціалістами і керівництвом.

Майбутні організації системи охорони здоров'я повинні бути гнучкими і здатними до пристосування, органічно взаємодіяти з навколишнім світом і мати здатність реагувати на невизначеність та мінливі умови оточення.

Найважче випробування для керівників полягає в об'єднанні інтересів лікарів і організації. Така інтеграція вимагає нових моделей взаємних зв'язків “лікар – організація”, нового осмислення цих зв'язків, більшої участі лікарів в управлінні та керуванні організаційною діяльністю.

Без залучення лікарів неможливо вирішити такі проблеми, як управління вартістю, покращання якості медичної допомоги, підвищення продуктивності праці й використання ресурсів, а також здійснення стратегічного планування. Лікарі повинні відігравати ключову роль у формуванні політики, прийнятті рішень, розподілі ресурсів, а також у розробці та здійсненні стратегічних заходів. Звичайно, поява керованої медичної допомоги дає змогу організаціям і лікарям усвідомити, що вони повинні діяти спільно, розділяючи ризик і розвиваючи механізм входження в ринок. Долі лікарів і організацій міцно переплелися, і в процесі еволюції ці зв'язки будуть набувати різних форм.

Керівник як стратег зобов'язаний підтримувати постійний зв'язок із зовнішнім світом для того, щоб своєчасно розпізнавати й оцінювати події, котрі можуть якимось чином вплинути на організацію. Сигнали від навколишнього середовища потрібно контролювати та аналізувати, при цьому велику увагу необхідно звертати на те, що має потенційне відношення до організації та її партнерів. Керівники в ролі стратегів повинні розглядати зв'язки між своєю організацією та її оточенням з двох точок зору: вони зобов'язані не тільки відчувати, але й впливати на оточення. Керуючи закладами громадської медичної допомоги, які задовольняють інтереси людей, керівники організацій охорони здоров'я повинні брати участь у проведенні громадської політики.

Керівник як лідер зобов'язаний активно шукати шляхи розвитку організації для того, щоб вона не лише відповідала реаліям сьогодення, але й мала перспективи на роки вперед. Незважаючи на впливи ззовні й внутрішні труднощі, яких неможливо уникнути, керівник повинен зберігати широту кругозору, пам'ятати про довгострокові перспективи і намагатися в майбутньому примножити цінності своєї організації. Керівники зобов'язані жити цінностями організації, демонструвати їх важливість при прийнятті рішень і включати їх у систему винагород організації, відображати їх у рішеннях, які приймаються, – це і є основою довголіття та успішності організації. Для того щоб бути визнаною і довговічною, поведінка організації повинна узгоджуватись з продекларованими нею цінностями; тобто слово не повинно розходитись з ділом.

У практичній діяльності щодо впровадження в життя політики організації керівникам дуже важливо звертати увагу на всі потреби працівників,

щоб ті повністю розкривали свій потенціал задля успіху організації. Наприклад, якщо допустити таку неукомплектованість штатів, при яких штатним медсестрам доведеться працювати від зорі до зорі, без достатнього відпочинку, то, ймовірно, це знизить їх бажання надавати пацієнтам високоякісну допомогу і працювати творчо. У періоди скорочень працівників, коли немає гарантій постійної зайнятості, прагнення робітника гарантувати собі безпеку впливає на такі риси поведінки, як співробітництво та ініціативність.

Неабияке значення в питаннях управлінської ролі керівника мають тендерні проблеми. Як складаються стосунки, коли начальник – чоловік, а підлеглі – жінки, або коли начальник – жінка, а підлеглі – чоловіки. Щодо взаємовідносин першого варіанту, то на сьогодні це звична ситуація і всі психологічні поради орієнтуються в основному саме на такі стосунки. А от коли керівником є жінка – ситуація не пересічна, особливо для України.

Жінки емоційно чутливіші за чоловіків, у них переважають художній тип мислення та сенсорний тип нервової діяльності. Жінки – частіше екстраверти, менш схильні до егоїзму і більше здатні до глобального сприйняття ситуації, у них добре розвинена інтуїція. Жінки м'якші, але злопам'ятніші за чоловіків. Жінки – менеджери конкретніші у своїй діяльності та категоричніші у висловлюваннях за чоловіків – менеджерів. Працювати жінці – менеджеру важче, ніж чоловікові в основному через іронічне ставлення та егоїстичні наміри сильної половини і значно вищі вимоги до жінки. Те, що легко прощають чоловікові, не пробачать жінці. Жінки – менеджери витриваліші до навантажень і не спокушені чисто чоловічими розвагами, тому приділяють значно більше уваги роботі, але рідше добиваються успіхів у кар'єрі. За умов рівних відносин на визнання своєї поразки перед чоловіком чоловік реагує більше з досадою, ніж зі злобою. Щодо визнання себе переможеним жінкою, то чоловіки, як не парадоксально, але частіше реагують помстою і злими технологіями.

На сьогодні питання тендерної політики в управлінні стоїть особливо гостро у світі. Для України ця проблема загострюється ще й добре відомими нинішніми економічними та соціальними негараздами, коли дуже багато жінок вимушені легально чи нелегально покидати межі держави в пошуках задоволення первинних (за Маслоу) потреб.

УПРАВЛЕНЧЕСКАЯ РОЛЬ РУКОВОДИТЕЛЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

О.Н. Литвинова (Тернополь)

В работе показаны основные роли руководителя системы здравоохранения. Даны характеристики основной управленческой роли руководителя с позиций разных школ менеджмента. Единство позиций “руководитель-конструктор; руководитель-стратег; руководитель-лидер” составляет главное требование к будущему руководителю системы здравоохранения.

ADMINISTRATIVE ROLE OF THE CHIEF OF PUBLIC HEALTH SERVICES

O.N. Lytvynova (TERNOPYL)

In work the main roles of the chief of public health services are shown. The performances of a main administrative role of the chief from items of different schools of management are given. Unity of items “the chief-designer; the chief-strategy; the chief-leader” makes a main request to the future chief of public health services.

ІСТОРІЯ МЕДИЦИНИ

УДК 61(09) (477)

А.О. ГОЛЯЧЕНКО, В.М. РОМАНЮК

ПРОБЛЕМИ УКРАЇНСЬКОЇ ІСТОРІЇ МЕДИЦИНИ ТА ФАРМАЦІЇ.

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

Історія медицини та фармації України – частина її національної історії і культури. Її слід розглядати в контексті загальної історії України, тих соціально-економічних і політичних процесів, що вплинули на її розвиток.

Відновлення в 1991 р. незалежності Української держави дало можливість українським фахівцям-історикам приступити до перегляду багатотомового історичного шляху розвитку і написання правдивої історії нашої країни.

Історія України, якщо взяти відлік із християнських часів, сповнена драматичних подій. Понад 100 років українські землі були під монголо-татарським ігом, майже 300 років Лівобережною Україною володіли Велике князівство Литовське і Річ Посполита, більше 200 років

Правобережна Україна була під протекторатом Польщі й Туреччини, майже шість століть західноукраїнські землі входили до складу Польського королівства, Австро-Угорської імперії, панської Польщі, Закарпатська Русь і Північна Буковина віками відчували на собі володарювання Угорщини і румунських бояр.

Із середини XVII ст. починається 337-літній період перебування України у складі Московської держави, куди вона необачно потрапила “под высокую царскую руку”.

Повернення історичної правди, зокрема стосовно історії медицини, ліквідація “білих плям”, дослідження багатьох питань, які ще не так давно були за завісою таємничості, й нарешті, повернення незаслужено забутих імен – це ті ос-

новні стратегічні напрями, які застосовують сьогодні при дослідженні історії медицини суверенної України.

Найтрагічнішим у нашій історії є те, що довгий час самих понять “українська держава” й “українська медицина” не існувало. Видатних медиків-українців за походженням та їх наукові досягнення називали вітчизняними. При цьому забувалось те, що Вітчизною для них була Україна.

Особливу сторінку в історії України займає Західна Україна, 600-річне перебування якої під владою інших держав наклало суттєвий відбиток на розвиток усього краю і медицини зокрема. Ці землі багаті своїм історико-медичним минулим. Якщо суворо дотримуватись хронології, то саме тут з’явилися перші на території сучасної суверенної України вищі навчальні заклади, де вивчали медицину: Острозька (1578) і Замойська (1593) академії, найстаріший в Україні медичний факультет Львівського університету (1661).

Має свої особливості й хронологічна характеристика епохи після жовтневого перевороту 1917 р. Україна стала ареною кривавої боротьби за владу між совітською Росією та українськими державними формуваннями: Центральною радою, Гетьманатом, Директорією.

До недавнього минулого ці факти історії свідомо замовчувались або подавались в тенденційному вигляді. Потреба у відтворенні історичної правди змушує оцінювати їх по-новому.

Слід переглянути й історичні особливості розвитку медицини в радянських умовах. Необхідна об’єктивна, принципова і правдива оцінка цього періоду.

Починати ліквідувати “білі плями” треба з часів України-Руси, яку звично було називати Древньоруською державою. Тут гра слів, яку потім піднесли до рівня політики. “Русь” – це стародавня назва України, що пішла від слов’янських племен “русів” (“росів”), які ще в I тисячолітті нової ери проживали на території Середнього Придніпров’я і згодом, об’єднавшись, утворили державність “Руська земля”, яка після проголошення Києва столицею стала називатись “Київська Русь”.

За часів Київської Русі було побудовано Києво-Печерську лавру, яка нараховує 950 років і стала місцем заснування перших в Україні лікарень і притулків. Вона дала перших представників медичної професії, але в історико-медичному відношенні цей період досліджено слабо.

Особливе місце в історії України займає період козаччини. Саме з ним пов’язане існування Запорізької Січі. Але її історико-медичні аспекти відомі в основному з експозиції Музею медици-

ни, створеного стараннями видатного українського історика медицини О.А. Грандо, та досліджень М.К. Бородія. Історики медицини, насамперед областей, де були “козацькі вольності”, повинні зайнятися цими дослідженнями, не обмежуючись тільки Трахтемирівським та Межигірським козацькими шпиталями.

Потребують подальшого дослідження питання підготовки лікарів в Україні, зокрема в Замойській, і особливо, Острозькій академіях. Як значний культурний центр, саме Острозька академія дала Києво-Могилянському колегіуму перших викладачів, її вихованцем був гетьман України П. Сагайдачний, який разом з усім Запорізьким військом став колективним членом Київського братства і фінансово підтримував діяльність Києво-Могилянського колегіуму.

Взагалі Києво-Могилянський колегіум, а потім академія, як найбільший світський навчальний заклад Східної Європи, в історико-медичному аспекті майже не досліджено.

Майже нічого не відомо про діяльність в академії “медичного класу”, який існував ще до відкриття в Києві медичного факультету. Відроджена в наші дні Києво-Могилянська академія як гуманітарний університет якісно нового типу чекає своїх дослідників (істориків) медицини.

Понад 100 років в Україні існувало гетьманське правління. Цей період мало досліджено в історико-медичному аспекті. Зараз змінюються погляди на гетьманів, їх роль у боротьбі за самостійність України. По-новому, зокрема, висвітлюється постать Мазепи, який за 22 роки гетьманування в Україні відзначився широким меценатством, у тому числі будівництвом навчального корпусу Києво-Могилянської академії, яку за визнання внеску гетьмана в справу освіти свого часу називали Могиляно-Мазепинською. На утримання шпиталю при Києво-Печерському монастирі І. Мазепа подарував два села в Барішівському повіті Переяславського полку.

Досить неординарно вважається і постать останнього гетьмана К. Розумовського, який намагався перетворити Київську академію в університет, а також розробив проект створення в Батурині університету з медичним факультетом, для чого закупив за кордоном медичні прилади й інструменти, побудував як навчальну базу першу в Україні сільську лікарню, запроектував анатомічний театр.

“Білою плямою” залишається і питання благодійності в Україні. Це поняття взагалі вилучили з нашого лексикону, а тим часом саме на ниві медицини в дореволюційний період у цій галузі було зроблено чимало. Багато приміщень, в яких сьогодні містяться лікувальні заклади, колись називалися іменами своїх меценатів.

Зберегти від забуття імена меценатів і благодійників – обов'язок не лише істориків медицини, а й усіх лікарів.

Відомо, що Україна з давніх часів підтримувала міжнародні зв'язки в галузі медицини, але ці сторінки історико-медичного минулого розкриті далеко не повністю й обмежуються перетасуванням відомих подій і фактів. Зараз, коли суверенна Україна розширює коло міжнародного співробітництва, відтворення історичної правди в цьому напрямку має велике політичне значення.

Сказане стосується, зокрема, Львівського університету, становлення і розвиток медичного факультету якого відбувались під впливом і з безпосередньою участю представників Віденського, Празького, Ягеллонського та інших західноєвропейських університетів. Їх викладачі стали першими завідувачами кафедр медичного факультету, засновниками наукового медичного мислення на західноукраїнських землях.

Нарешті, як не прикро про це говорити, “білою плямою” залишається питання дослідження історії народної медицини України, інтерес до якої значно підвищився в останні роки.

Стосовно наших часів, то тут теж є “білі плями”, які потребують висвітлення, бо вони є наслідками сталінської політики щодо України. Серед них – штучні голодомори в Україні 1921-1922 і 1932-1933 рр. та їхні наслідки для здоров'я населення, а також виявлення і вивчення матеріалів про репресованих медиків України.

Належне місце повинен зайняти аналіз ролі так званих дискусій з вузлових медико-біологіч-

них питань на сумнозвісних академічних сесіях 1948, 1950, 1962, 70-х рр. з генетики, павловської фізіології, психології тощо та їхніх наслідків для України. Саме цей напрямок повинен висвітлити справжні причини відставання окремих галузей української медичної науки, що спостерігається ще й досі.

Нещодавно в нашому лексиконі з'явився термін “українська діаспора”. Відтворення діяльності її медичної частини за кордоном – важливе завдання історії медицини.

Найбільшим недоліком або провиною перед нащадками є відсутність науково обґрунтованої фундаментальної праці “Історія медицини України”, підготовка якої стала велінням часу.

В історії медицини як науки дуже багато болючих питань. Одними з них протягом багатьох років залишаються її викладання в медичних вузах та створення повноцінних науково-дослідних інституцій історико-медичного профілю. Без цього, а також без створення сучасного підручника, не може бути й мови про відродження історії медицини України. Незважаючи на те, що в умовах суверенітету це питання набуває державної і політичної ваги, вивчення історії медицини перебуває в занедбаному стані. І ще одним надзвичайно важливим питанням є підготовка і підвищення кваліфікації викладачів з історії медицини. Україна повинна сама створювати свою систему післядипломної підготовки в галузі історії медицини. Вирішення цього питання нерозривно пов'язане зі створенням в Україні хоча б єдиної самостійної кафедри історії медицини й охорони здоров'я.

ПРОБЛЕМЫ УКРАИНСКОЙ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ

А.О. ГОЛЯЧЕНКО, В.М. РОМАНЮК (Тернополь)

Исследованы современные проблемы воссоздания истории медицины Украины.

PROBLEMS OF UKRAINIAN HISTORY OF MEDICINE AND PHARMACY

A. GOLACHENKO, B. ROMANUK

This article presents today's actual problems of the reproduction of the history of medicine of Ukraine.

В.В. БЕСПАЛЬКО

СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ НАРКОМАНІЇ В УКРАЇНІ ТА КРАЇНАХ СНД (АНАЛІТИЧНИЙ ОГЛЯД)

Кам'янець-Подільський державний педагогічний університет

Вживання наркотичних засобів в Україні в умовах сьогодення набуло масового поширення [3, 4, 35]. Особливу небезпеку становить те, що більшість споживачів цих засобів – це особи молодого віку. Все більше неповнолітніх стає на шлях наркоманії з усіма її негативними наслідками: ВІЛ-інфікуванням, вірусним гепатитом, туберкульозом, венеричними захворюваннями, а також психічними та соматичними ускладненнями [3, 4, 11, 17, 18, 35]. Під впливом наркотиків все багато дітей і підлітків стають на злочинний шлях.

Наркотизація охопила всі регіони України. Загалом на обліку з приводу вживання наркотичних засобів у 1997 р. перебувало близько 64 тис. осіб (54,5 тис. – хворі на наркоманію, 9,1 тис. – особи, які епізодично вживають наркотичні засоби), а у 1999 р. – понад 68 тис.; захворюваність становила 20,8 на 100 000 населення [35]. За оцінками МВС України, реальна кількість хворих на наркоманію у 10–12 разів більша від офіційно зареєстрованої.

Серед особливостей поширення наркоманії в Україні слід виділити зміну соціального статусу типового хворого на наркоманію. Якщо раніше ця проблема була притаманна найбільш біднішому прошарку населення, то сьогодні на шлях наркотизації стає все більше підлітків із сімей з високим рівнем забезпеченості [11, 17, 18, 31, 32, 35].

Максимальні рівні ураженості наркоманією реєструються в Дніпропетровській, Донецькій, Миколаївській та Одеській областях і містах Києві та Львові. Захворюваність на наркологічні розлади в Україні загалом становить 2,07 на 10000 населення, а на токсикоманію – 0,03. Максимальні її рівні зареєстровано у Дніпропетровській, Донецькій та Одеській областях (відповідно 4,8; 2,98; 3,95 на 10 000 населення). Захворюваність на токсикоманію максимальна в Донецькій області (0,09) [31, 32, 35].

Ситуація ускладнюється експоненціальним зростанням кількості ВІЛ-інфікованих серед неповнолітніх споживачів наркотичних анагетиків. Щомісяця в Україні з'являється 500 нових ВІЛ-

інфікованих. Із 1987 по 2001 р. зареєстровано 36 тис. випадків ВІЛ-інфікування, з яких 2025 випадків у дітей. У 2000 р. виявлено 6212 ВІЛ-інфікованих, з яких 737 – дітей. 90 % цих дітей народжені ВІЛ-інфікованими матерями. Зареєстровано 634 дорослих хворих на СНІД і 13 дітей; померло 405 дорослих і 9 дітей.

Сучасний стан медицини і медичної науки в Україні не сприяє наданню ефективної наркологічної допомоги. Наркологічна служба не має необхідної фінансової підтримки, чіткої концепції з клінічної діяльності в разі наркоманії. Їй властива певна правова та організаційна недосконалість [3, 4, 11, 17, 18, 31, 32, 35]. Вкрай обмеженим є використання сучасних методів психосоціальної реабілітації та адаптації підлітків, хворих на наркоманію.

Не краще йдуть справи з проблеми наркоманії в інших пострадянських країнах. Особливо це стосується Російської Федерації. Через велику протяжність кордону між нашими країнами наркоситуація в Росії значно впливає й на стан наркоманії в Україні [4, 15, 20–23].

Росія стала основним транзитним шляхом для транспортування наркотичних засобів у Західну Європу. З 1992 р. поширеність наркоманії в Росії почала зростати швидкими темпами, а в 1996 р., як і в Україні, набула катастрофічних масштабів. За рік кількість осіб, хворих на наркоманію збільшилася на 30 тис. чоловік. Серед споживачів, як і в Україні, більшість складають неповнолітні та молоді особи віком до 20 років.

Із зростанням кількості хворих на наркоманію збільшується кількість злочинів, пов'язаних із вживанням наркотичних засобів. У 1992 р. їх було 19 тис., у 1997– 180, 1999 – 190, у 2000 – 210 тис. (за даними Міжнародної асоціації боротьби з незаконним обігом наркотиків).

За останні 2 роки в Росії з обігу вилучено 55–60 т різних наркотичних речовин. Найбільшого поширення набули, крім героїну, наркотичні засоби типу амфітаміну, психоделітики та, особливо, “екстазі”. Героїн та “екстазі” майже у повному обсязі потрапляють до Росії контрабанд-

ним шляхом, звідти – в інші країни СНД, у тому числі й в Україну [23, 24, 27, 29].

Основними наркотичними засобами, що надходять на російський ринок, є: макова соломка (з України – 15–20 т); ефедрин (із КНР); кокаїн (із країн Південної Америки); опій (із Нідерландів, Польщі, Німеччини).

Аналогічна ситуація склалась і в Білорусі та Молдові, хоча до розпаду Радянського Союзу кількість осіб (з розрахунку на 100 000 населення), хворих на наркоманію, в цих країнах була найнижчою. Але, починаючи з 1996 р., наркотичні засоби в цих країнах почали поширюватись активніше. У 1996 р. Молдова, як і Україна, поновила законодавство щодо проблеми наркоманії, але бажаних результатів це не принесло.

Серед колишніх закавказьких республік найбільш складна наркоситуація спостерігається в Азербайджані. Тут кількість осіб, залежних від психоактивних речовин, зросла більше ніж у 5 разів. Загострює ситуацію не тільки наявність власної бази наркотичної сировини (дикоросла конопля, опійний мак), але й близькість Туреччини, звідки здійснюється контрабанда наркотичних засобів у Росію та Європу, в тому числі й в Україну [14, 15–17, 20, 22]. За цих обставин, а також з урахуванням того, що у радянський період наркотики мали відносно активний обіг у країні, громадяни Азербайджану більше ніж їхні сусіди, втягнуті в наркобізнес, зокрема в торгівлю наркотиками, як у себе, так і в Україні.

У Грузії суттєвого росту поширення наркоманії не спостерігається. Після значного збільшення (більше ніж у 2 рази) у 1995 р. кількості осіб, які зловживають наркотичними засобами, подальше її зростання відбувалося повільно. За існуючими обмеженими даними, кількість хворих на наркоманію у Грузії щорічно збільшується, але незначно. Експерти вважають, що таких осіб у країні налічується приблизно 200 тис. чоловік; на 100 тис. мешканців припадає 17–18 чоловік, які офіційно зареєстровані у медичних закладах. Якісний склад наркотичних засобів обмежений. Близько 80 % хворих на наркоманію віддають перевагу опіюдам, решта – переважно канабісу. небезпечним є те, що правоохоронними органами Аджарії в горах Сванетії знайдені плантації коки. За деякими даними, наркоторговці намагались вирощувати її у великих обсягах. Якщо це так, то не виключено, що у колумбійських наркокартелів може з'явитися досить серйозний конкурент. Цьому може сприяти також складна політична і військова ситуація в регіоні [7, 8, 20, 21]. Враховуючи єдиний морський простір між Грузією та Україною, можна передбачати збільшення кількості кокаїну в Україні саме аджарського походження.

З усіх країн закавказького регіону та країн співдружності взагалі найбільш благополучною є ситуація в Вірменії [7, 9, 15, 16]. Хоча наркотики не обійшли стороною цю країну, однак великого поширення вони не набули після 1992 р. Не спостерігалось останнім часом різких вибухів зловживання наркотичними засобами. У контрабандних перевезеннях громадяни Вірменії також не помічені. Не потрапляли вони й у поле зору правоохоронних органів України, Росії та інших прикордонних країн, за винятком осіб, які постійно мешкають на їх території [16, 28, 30].

Ситуація з обігом наркотичних засобів у колишніх республіках Середньої Азії дуже різноманітна. Вона значно відрізняється за обсягами показників, динамікою і тенденціями. У Туркменістані, де раніше рівень вживання наркотиків був дуже високим, спостерігається послідовне його зниження. Це значною мірою пов'язується із зменшенням вживання опію (у вигляді відвару кокнару) людьми старшого віку. Але на цьому тлі важко не помітити, що зловживання наркотичними анальгетиками серед молоді, хоча й повільно, але зростає. Раніше цей процес був більш завуальованим [23, 25, 26, 30].

В Узбекистані проводиться жорсткіша політика стосовно поширення наркотичних засобів. Справа не тільки у здійсненні операцій з ліквідації плантацій опійного маку і канабісу, коли знищуються десятки тонн рослин. Сам факт проведення таких операцій позитивно впливає на формування у населення негативного ставлення до наркотичних засобів. Державним структурам, які проводять виховально-пропагандистські та адміністративно-каральні заходи, найчастіше вдається тримати ситуацію під контролем. Проте, хоча поширення наркотиків не зростає, це не дає підстав вважати, що проблем у країні не існує. Навпаки, той факт, що рівень наркотизації протягом останніх двох років не зменшується, свідчить про те, що проведені заходи є недостатніми. За таких обставин ситуація в будь-який момент може загостритися.

У Казахстані захворюваність на наркоманію з року в рік зростає. Обставини ускладнюються не тільки великою територією, що використовується для безпечних каналів транспортування наркотичних засобів, але й значними площами вирощування рослин, що є сировиною наркопродукції. Лише дикоросла конопля займає площу в 140 тис. га. Спеціалісти розрахували, що у Казахстані нарковиробники можуть щорічно видобувати до 2 тис. т ефедрини, з якої виготовляється ефедрин. Немає сумніву, що ця можливість активно використовується. Підтвердженням цьому є викриття кількох підпільних лабораторій з виготовлення ефедрину, який потім

переробляється в ефедрон (меткатіон) [15, 23]. Казахстан також є найбільшим виробником оц- того ангідриду, який використовується у підпільних лабораторіях для виготовлення героїну.

Список літератури

1. Белогуров С.Б. Наркотики и наркомания. – С.Пб.: Унив. кн., 1997. – 223 с.
2. Белогуров С.Б. Наркотики и наркомания: Книга для всех. – М.: Бином; С.Пб.: Унив. кн., 1997. – 112 с.
3. Білявський В.Г., Літвінов В.Б. Актуальні проблеми боротьби з наркоманією // Ліки. – 1997. – № 3. – С. 86–87.
4. Білявський В.Г., Серєда П.І. Контроль за наркотиками – справа державної ваги // Ліки. – 1996. – № 3. – С. 6–8.
5. Битенский В.С., Херсонский Б.Г., Дворяк С.В., Глушков В.А. Наркомании у подростков. – К.: Здоровье, 1989. – 215 с.
6. Волкова К.И., Кокосов А.Н. СПИД и туберкулез в свете возросшей наркомании // Клини. медицина. – 1999. – № 2. – С. 7–12.
7. Гишинский Я.И. Война с наркотиками или мирное сосуществование // Тез. конф. по проблемам девиантного поведения. – С.Пб., 1998. – С. 5–6.
8. Гишинский Я.И. Наркотизм: мифы и реальность // Молодежь. Цифры, факты, мнения. – 1996. – № 1. – С. 80–84.
9. Гишинский Я.И. Социология девиантного поведения и социального контроля // Социол. в России: ИС РАН. – М., 1996. – С. 485–514.
10. Горбачева А. Наркоманы есть везде // Врач. – 1998. – № 9. – С. 38–39.
11. Громов Л.О. Основні проблеми наркоманії // Ліки. – 1996. – № 3. – С. 3–6.
12. Гурвич И.Н. Социальная психология здоровья: Автореф. дис. д-ра психолог. наук. – С.Пб., 1998. – 35 с.
13. Дакселиус М., Константинов А. Преступный мир России. – С.Пб.: Библиополис, 1995. – 118 с.
14. Жариков Н.М. Лекции по клинической наркологии // Под. ред. Н.Н. Иванца. – М.: Б.и., 1995. – 164 с.
15. Иванец Н.Н., Анохина И.П., Стрелец Н.В. Современное состояние проблемы наркомании в России // Журн. неврологии и психиатрии им. Корсакова. – 1997. – Т.97. – № 6. – С. 19–22.
16. Иванов В.И. Куда устремилась наркомысль? // Мед. консультация. – 1996. – № 2(10). – С. 7.
17. Ивасюк В.П., Филиппович С.А. Государственная профилактика в сфере профилактики наркомании и СПИДа в Украине // Междунар. мед. журн. (X). – 1997. – Т. 3. – № 4. – С. 71.
18. Інформаційне повідомлення Комітету з контролю за наркотиками при МОЗ України // Ліки. – 1998. – № 3. – С. 114–115.
19. Клименко Т. Наркомания сегодня // Врач. – 1995. – № 4. – С. 34–36.
20. Колесникова Э.А. Наркомания – как угроза здоровью молодежи // Материалы ювенолог. конф. “Молодежь России – потерянное поколение или надежда XXI века?”. – С.Пб., 1998. – С. 98–99.
21. Литвинцев С.В. Наркомании в России и в Вооружённых Силах // Военно-мед. журн. – 1998. – Т. 319. – № 9. – С. 21–24.
22. Медична статистика України 1993–1997 рр. – К.: Центр мед. статистики МОЗ України, 1998. – 303 с.
23. Наркомания – всеобщее бедствие: Беседа с дир. НИИ наркологии МЗ РФ проф. Н. Иванцом // Врач. – 1998. – № 9. – С. 3–5.
24. Несколько слов о наркотиках // Авт.-сост. В.Ю. Котляков. – Люберцы: И.М-Информ, 1999. – С. 7–10.
25. О неотложных мерах по борьбе с распространением наркомании в России: Вокруг парламентских слушаний // Врач. – 1998. – № 9. – С. 5–9.
26. Попов В.А., Кондратьева О.Ю. Наркотизация в России – шаг до национальной катастрофы // Социолог. исследования. – 1998. – № 8. – С. 65–68.
27. Попова Л.А., Соломин В.П., Сопко Г.И., Бахтин Ю.К. Динамика отношения к потреблению психоактивных веществ в среде студентов за период 1992–1997 гг. // Материалы ювенолог. конф. “Молодежь России: потерянное поколение или надежда XXI века?”. – С.Пб., 1998. – С. 102–103.
28. Пятницкая И.Н. Наркомания как социальная и общемедицинская проблема // Рос. мед. журн. – 1996. – № 4. – С. 5–10.
29. Русакова М. Некоторые тенденции наркобизнеса в Санкт-Петербурге // Материалы ювенолог. конф. “Организованная преступность в России: теория и реальность”. – С.Пб.: ФИС Р АН, 1996. – С. 49–55.
30. Силласте Г.Г. Новая наркоситуация в России // Социолог. исследования. – 1994. – № 6. – С. 15–17.
31. Синицкий В.Н. Наркомания: современные представления // Журн. практ. врача. – 1996. – № 4. – С. 23–25.
32. Синицкий В.Н. Проблема наркомании в Украине: социально-психологические и медико-биологические аспекты // Мед. вести. – 1998. – № 4. – С. 13–16.
33. Скворцова Е.С. Потребление наркологически действующих веществ среди городских подростков-школьников России // Рос. мед. журн. – 1998. – № 6. – С. 22–26.
34. Скворцова Е.С., Черемных Л.Т. Особенности наркотизма среди подростков-школьников Российской Федерации // Пробл. соц. гигиены и история медицины. – 1998. – № 6. – С. 10–13.
35. Соціальна медицина і організація охорони здоров'я / За ред. Ю.В. Вороненка, В.Ф. Москаленка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 676 с.
36. Соціальна медицина і організація охорони здоров'я: Підручник / За ред. Н.І. Кольцової, О.З. Децик. – 2-е вид., перероб. і доп. – Ів.-Франківськ, 1999. – 304 с.

37. *Социальный контроль над девиантностью в современной России / Под ред. Я.И. Гилинского. – С.Пб.: Ф РАН, 1998. – 194 с.*

**СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ НАРКОМАНИИ В УКРАИНЕ И СТРАНАХ СНГ
(АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР)**

В.В. Беспалько (Камянец-Подольский)

Представлен анализ состояния употребления наркотических и психотропных средств в Украине и некоторых странах СНГ по данным литературы. Дана сравнительная характеристика уровня потребления наркотических средств в отдельных регионах Украины. Большое внимание уделено потреблению наркотических средств в Российской Федерации, наркорынок которой имеет приоритетное влияние на Украину. Приведены также цифры распространения наркомании в странах Закавказья, Средней Азии, некоторые аспекты борьбы с ней.

**EXTENT OF NOWADAYS DRUGS-ADDICTION PROBLEM IN UKRAINE AND IN SOME OTHER NIS
COUNTRIES (ANALYTICAL REVIEW)**

V.V. Bospalko (Kamyanets-Podilsky city)

The present situation with narcotics' and psychotropic drugs-consumption and addiction prevalence in Ukraine and in some other NIS countries was analysed. The data coverage was based on the information summond from various available sources. The comparative study of the prevalence in different regions of Ukraine was also carried out. A special attention was given to the situation in the Russian Federation because its internal narkotics' market profile has a priority impact on such in Ukraine. The drugs- addiction prevalence and preventive measures aimed at curbing this evil in countries of the Transcaucasus and Central Asian regions of the former USSR have been also outlined.

ДО ВІДОМА АВТОРІВ!

Редакція журналу “Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров’я України” запрошує Вас до активної співпраці!

Журнал належить до Переліку наукових видань, в яких можуть публікуватися основні результати дисертаційних робіт (розділ “Медичні науки”) ВАК України.

Тематична спрямованість журналу: питання державної політики охорони здоров’я; теоретичні основи охорони здоров’я; концептуальні основи реформування галузі; питання профілактики в охороні здоров’я; медико-демографічні та медико-соціологічні дослідження; вивчення та прогнозування здоров’я населення, розробка моделей управління здоров’ям; медичні проблеми здорового способу життя; організація охорони здоров’я населення; питання управління охороною здоров’я; економіка охорони здоров’я, страхова медицина; нормативне, правове, кадрове, інформаційне, матеріально-технічне, фінансове забезпечення системи охорони здоров’я; сучасні медичні технології; проблеми підготовки медичних кадрів та організація післядипломної освіти;

організація санітарно-епідеміологічної служби; комплексна інформація системи охорони здоров’я, її правове, інформаційне, програмне і технічне забезпечення; організація наукових досліджень у системі охорони здоров’я та впровадження нововведень; питання історії медицини, медичної етики та деонтології; проблеми організації наукової медичної інформації; організація охорони здоров’я та управління нею в екстремальних умовах; міжнародний досвід з організації охорони здоров’я;

міжнародне співробітництво з питань охорони здоров’я тощо.

До редакції (за адресою: Київ-54, вул. О.Гончара, 65) подаються роботи, що раніше ніде не друкувалися, не направлялися для опублікування в інші друковані видання, не мають інформації, що становить державну таємницю:

оригінальні статті, огляди літератури, короткі повідомлення, рецензії, реферати, інформація про роботу з’їздів, конференцій, симпозіумів, нарад, семінарів та інших наукових, науково-практичних і практичних заходів, а також рекламний матеріал; редакція надає різноманітні рекламні послуги.

Правила подання матеріалу для опублікування:

- Матеріал має супроводжуватись офіційним направленням від установи, в якій він був виконаний, з візою керівництва (наукового керівника), завіреною круглою печаткою установи, та **гарантійним листом про оплату із розрахунку 40 ум.од. за 1 авторський аркуш (40 000 знаків), оплата здійснюється установою або автором. Якщо матеріал не має гарантійного листа, він не розглядається, автору не повертається, а передається на розгляд лише після погашення заборгованості.**

- На останній сторінці статті мають бути власноручні підписи всіх авторів, прізвище, ім’я та по батькові, поштова адреса, номери телефонів (службовий, домашній) автора, з яким редакція буде спілкуватися.

- Авторський текстовий оригінал має складатися з трьох примірників українською мовою:

- тексту (обсяг оригінальних статей, у тому числі рисунків, літератури, реферату, не більше ніж 8 с., оглядів літератури, лекцій, проблемних статей - не більше ніж 12 с., коротких повідомлень, рецензій - не більше ніж 7 с.);

- списку літератури (якщо в статті є посилання, не більше ніж 20 літературних джерел, в оглядах - не більше ніж 50);

- таблиць;

- рисунків (не більше ніж 4) і підписів до них;

- рефератів українською, російською та англійською мовами обсягом не більше 1/3-1/2 с.

- Статті набираються на комп’ютері (в програмі Word 7.0, шрифтом 14 пунктів і не більше ніж 32 рядки на сторінці, зберігаються у форматі *.rtf), подаються роздруковані з дискетою. Ілюстрації (діаграми, графіки, схеми) будуються в програмах Word 6.0/7.0 або Excel 6.0/7.0 та у вигляді окремих файлів разом із текстовим файлом подаються на дискеті. Як виняток, авторський оригінал може бути надрукований на друкарській машинці (обсяг не більше ніж 12 с.) через 2 інтервали на одній сторінці аркуша формату А4 (210x297 мм), відступаючи від лівого краю 35 мм, правого - 10 мм, згори і знизу - по 25 мм (28-30 рядків на сторінці, 60-65 знаків, враховуючи пропуски, на рядку).

- На першій сторінці зазначаються: шифр УДК ліворуч, ініціали та прізвища авторів, місто в дужках, назва статті, назва установи, де працюють автори.

- Список літератури подається зразу ж за текстом. Автори згадуються за абеткою - спочатку праці вітчизняних авторів, а також іноземних, опублікованих російською чи українською мовою, далі іноземних

авторів, а також вітчизняних, опублікованих іноземною мовою. Всі джерела повинні бути пронумеровані та мати не більше ніж 5-7-річну давність. Посилання в тексті позначаються цифрами у квадратних дужках, мають відповідати нумерації у списку літератури. В бібліографічному описі книги потрібно зазначити прізвища та ініціали авторів, її назву (якщо чотири і більше авторів - назву книги, а потім за похилою лінією ініціали і прізвища всіх авторів або, якщо більше чотирьох, трьох авторів і слова "та ін."), місто, видавництво, рік видання, загальну кількість сторінок; статті - прізвище та ініціали авторів, назву періодичного видання (журналу, збірника наукових праць), рік, номер (том, випуск) і сторінки (початкова й остання);

автореферату дисертації - прізвище та ініціали автора, назву автореферату, далі із заголовної літери після двох крапок вказують, на здобуття якого ступеня захищається дисертація і в якій галузі науки, місто та рік видання, загальну кількість сторінок. Скорочення слів і їх поєднань приводять згідно з ДСТУ 3582-97 "Скорочення слів в українській мові у бібліографічному описі. Загальні вимоги та правила".

- Кількість ілюстрацій (рисунок, схеми, діаграми) має бути мінімальною. Таблиці і рисунки вміщують у текст статті відразу після першого посилання на них. У підписі до рисунка наводять його назву, пояснення всіх умовних позначень (цифр, букв, кривих тощо). Таблиці повинні бути компактними, пронумерованими, мати назву. Номери таблиць, їх заголовки та цифрові дані, оброблені статистично, мають точно відповідати наведеним у тексті. Формули надаються зробленими у редакторі формул Microsoft Equation 3.0. Як виняток, формули вписують темними чорнилами і розмічають усі елементи (латинські літери - синім олівцем, грецькі - червоним, великі і малі букви, подібні за написанням букви і цифри).

- Позначки різних мір, одиниці фізичних величин, результати клінічних і лабораторних досліджень слід наводити відповідно до Міжнародної системи одиниць (СИ), медичні терміни - згідно з Міжнародною анатомічною та Міжнародною гістологічною номенклатурами, назви захворювань - за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду, лікарські засоби - за Державною Фармакопеею (X, XI). Назви фірм і апаратів треба давати в оригінальній транскрипції.

- Скорочення у тексті слів, імен, термінів (крім загальновідомих) не допускається. Аббревіатура розшифровується після першого згадування і залишається незмінною протягом усього тексту.

- У рефератах потрібно вказати назву статті, ініціали та прізвище автора (авторів), місто в дужках, зазначити мету, об'єкт, методи дослідження, результати і висновки.

- Відповідальність за вірогідність та оригінальність поданих матеріалів (фактів, цитат, прізвищ, імен, результатів досліджень тощо) покладається на авторів. Статті, оформлені без дотримання правил, не розглядаються і не повертаються авторам.

- Редакція забезпечує рецензування статей, виконує спеціальне та літературне редагування, залишає за собою право скорочувати обсяг статей. Відмова авторам в опублікуванні статей може бути без пояснення її причини і не вважатиметься негативним висновком стосовно наукової та практичної значущості роботи.

- Вартість розміщення реклами на сторінках журналу:

- кольорова на зовнішній і внутрішній поверхнях обкладинки - 400 ум.од.;

- кольорова на вклейці:

- двостороння - 550 ум.од.;

- одностороння - 350 ум.од.;

- чорно-біла на аркушах формату А4 - 200 ум.од.;

- рекламні статті - 200 у.о. за 1 авт. арк.

- Зміст усіх випусків журналу, тези надрукованих статей українською, російською та англійською мовами, розділ "До відома авторів" та умови передплати розміщені на сервері Українського інституту громадського здоров'я за адресами:

http: www.uact.cit-ua.net/uiph

http: www.uact.kharkov.com/uiph.

- Придбати журнал Ви зможете за передплатою та в роздріб. Вартість передплати за один номер юридичними та фізичними особами 12 грн. 50 коп. Бажаючим його придбати потрібно звертатися за тел. (0352) 22-80-09.

Адреса редакції: 01601, м.Київ

вул.О.Гончара, 65

Український інститут громадського здоров'я

тел. (044) 216-81-51, 216-71-49

Адреса редакції

01601, м. Київ, вул. Олеся Гончара, 65
телефон (044) 216-81-51, 216-85-54, факс (044) 216-71-00 E-mail: health@uiph.kiev.ua

Адреса видавництва

46001, м.Тернопіль, майдан Волі, 1
Видавництво "Укрмедкнига" Тернопільської державної медичної академії ім. І.Я. Горбачевського
телефон (0352) 22-97-29, 22-44-92, 22-47-73
Розрахунковий рахунок видавництва № 35307312101 в Нац. банку м. Тернополя МФО 338415 Код ЄДРПОУ 23587539
для зарахування Тернопільській медичній академії на рахунок 07060223000067/1, код 02010830
для журналу "Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України"

Редактори:	<i>В.І. Ситар, Л.Д. Іваненко</i>
Художнє оформлення:	<i>Н.М. Лещук, П.С. Кушик</i>
Коректор	<i>О.П. Капкаєва</i>
Технічний редактор	<i>С.Т. Сисюк</i>
Комп'ютерний набір:	<i>Н.М. Лещук, Ю.П. Сідолака, І.В. Родіонова, О.В. Калюжна</i>
Комп'ютерна верстка	<i>І.Т. Славінська</i>
Перекладачі:	<i>І.Д. Близнюк-Ходоровський, М.М. Мекуш</i>

Здано до складання 07.04.2002. Підписано до друку 06.06.2002. Формат 60x84 1/8. Папір офсетний.
Друк офсетний. Ум. друк. арк 10,69. Обл.-вид. арк. 9,35. Наклад 300. Зам. № 106.