

**ТЕЗИ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
«МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ПИТАННЯ
У РЕФОРМУВАННІ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я»,
ПРИСВЯЧЕНОЇ ПАМ'ЯТІ ПРОФЕСОРА
В.М. ПОНОМАРЕНКА**

24–25 жовтня 2013 р.

Київ

За науковий зміст матеріалів конференції редакція відповідальності не несе

УДК 617.75:616-053.2-084.001.57

Л.В. Андрейчин, С.В. Збітнева (Чернівці, Київ)

**ОСОБЛИВОСТІ ОПТИМІЗОВАНОЇ
МОДЕЛІ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
ДИТЯЧОМУ НАСЕЛЕННЮ З ХВОРОБАМИ
ОРГАНА ЗОРУ ТА ЇХ ПРОФІЛАКТИКИ**

**Міжнародний науково-практичний центр Східної медицини «Прозріння»
Центр мікрохірургії ока**

Оптимізація медичної допомоги дітям шкільного віку з патологією органа зору залежно від соціального стану їхніх сімей і місця перебування передбачає подальший розвиток системи медичної допомоги дітям на засадах, які мають забезпечити: доступність якісних медичних послуг відповідно до медичних показань для всіх дітей, які їх потребують; впровадження сучасних вискоєфективних медичних технологій, які базуються на доказовій базі; відповідність структури медичних послуг, які фінансуються державним коштом із різних джерел, реальним медичним потребам дитячого населення; захист сімей від зубожіння, пов'язаного з необхідністю самостійно оплачувати необхідні медичні послуги для дітей; підвищення ефективності використання

всіх наявних у системі медичної допомоги видів ресурсів.

Методологія розбудови завдань, спрямованих на досягнення кінцевої мети, підвищення доступності, якості та ефективності діяльності офтальмологічної педіатричної служби, вирішення конкретних проблем, а також стратегічних напрямів їх розвитку, – запропонована в розробленій нами оптимізованій моделі медичної допомоги дітям шкільного віку з патологією органа зору залежно від соціального стану їхніх сімей і місця перебування.

Ця модель має п'ять складових: показники, завдання, функції, організаційна структура та ресурси.

Ключовою ідеєю є послідовне вирішення пріоритетного завдання щодо забезпечення всіх дітей неза-

лежно від соціального статусу сімей, в яких вони проживають, та місця перебування доступною та ефективною медичною допомогою у напрямку збереження і зміцненню здоров'я органа зору з використанням міжсекторального підходу в організації та фінансуванні вказаного виду медичної допомоги дітям.

Зазначена модель базується на новій організаційній системі надання первинної та вторинної медичної допомоги населенню з використанням: існуючих елементів системи охорони здоров'я, які забезпечують дитячому населенню офтальмологічну допомогу (лікарів-офтальмологів дитячих закладів охорони здоров'я, медичних працівників навчальних загальноосвітніх закладів); існуючих складових, але частково змінених за рахунок функціональної їх оптимізації: впровадження індикаторів оцінки діяльності офтальмологічної педіатричної служби, впровадження системи контролю

за виконанням рекомендацій лікарів-офтальмологів дитячих у навчальних закладах і сім'ях, розробка інформаційно-методичних матеріалів для батьків, педагогів і дітей зі збереження та зміцнення здоров'я органа зору; якісно нових елементів (школа «Здорового зору дітей», міжсекторальний підхід шляхом залучення педагогів, органів соціального захисту населення, сім'ї), інтеграція яких із раніше існуючими та функціонально удосконаленими надала моделі нових якостей із досягненням основної мети дослідження.

Інноваційним є обґрунтування принципово нових функціонально-організаційних підходів до організації діяльності офтальмологічної педіатричної служби. Вони полягають у комплексному міжсекторальному підході до збереження і зміцнення здоров'я органа зору в дітей незалежно від соціального статусу їхніх сімей та місця перебування.

Дата надходження рукопису до редакції: 18.10.2013 р.

УДК 616.61:312.6(477)

В.В. Бідний (Київ)

СТАН ПОШИРЕНOSTІ ІНФЕКЦІЙ НИРОК СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

Клінічна лікарня «Феофанія»

Вивчено та проаналізовано стан поширеності інфекцій нирок серед різних категорій населення України за 2011–2012 рр.

У ході дослідження встановлено, що серед усього населення України в зазначений період спостерігалася тенденція до зростання рівня поширеності інфекцій нирок (1665,2 і 1666,5 на 10 000 тис. населення відповідно). При цьому зареєстровано достовірні відмінності рівнів поширеності серед населення інфекцій нирок у розрізі регіонів: від 762,5 у Запорізькій до 3224,6 у Дніпропетровській областях. Різниця – 4,23 разу ($p \leq 0,01$).

Рівень поширеності інфекцій нирок серед дорослого населення країни за два роки зріс на 15,7 і у 2012 р. становив 1808,3 на 100 000 відповідного населення. У розрізі регіонів указаний показник коливався від 682,6 у Запорізькій, 1005,3 у Львівській, 1175,7 у Во-

линській областях до 3614,9 у Дніпропетровській, 2491,2 у Чернігівській, 2379,5 у Херсонській областях.

Серед дитячого населення (до 14 років включно) рівень поширеності інфекцій нирок зменшився на 0,14 на 100 000 відповідного населення і в 2012 р. становив 9,03. Спостерігалися достовірні коливання досліджуваного показника в розрізі регіонів країни. Так, у Миколаївській області показник становив 3,45, а в Полтавській – 17,55. Різниця граничних показників рівня поширеності інфекцій нирок серед дитячого населення була достовірною і дорівнювала 5,09 разу.

Серед підлітків (15–17 років) рівень поширеності інфекцій нирок мав тенденцію до зростання і в 2012 р. становив 144,1 на 100 000 відповідного населення. Граничні коливання показника в регіональному аспекті були достовірними і дорівнювали 3,86 разу: від 64,1 у Миколаївській до 247,7 у Дніпропетровській області.

Дата надходження рукопису до редакції: 21.10.2013 р.

М.Д. Близнюк (Київ)

ЩОДО МОЖЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ЛІКАРЯМИ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ УРАЖЕНЬ ПЛЕВРИ (ЗА ДАНИМИ СОЦІОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ)

Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України

Соціологічне дослідження проведено серед 412 лікарів, які надають первинну медичну допомогу населенню і працюють у містах обласного значення – 84 (20,4%), районних центрах – 216 (52,4%) і селах 112 (27,2%).

Результати проведеного дослідження вказали на недостатній рівень настороженості та недостатній рівень знань лікарів первинної ланки охорони здоров'я щодо уражень плеври в пацієнтів, які до них звернулися по медичну допомогу. Так, на вірний типовий симптомокомплекс запального ураження плеври вказали тільки 37,1% опитаних лікарів первинної ланки. Враховуючи, що ураження плеври може бути і синдромом/ускладненням неінфекційного захворювання, нами досліджено рівень знань респондентами отриманих у ході візикального обстеження пацієнтів даних, які підтвердили можливість (попередній діагноз) ураження плеври з розробкою відповідної подальшої тактики. Лише 42,3% лікарів первинної ланки під час огляду та обстеження пацієнта

змогли встановити ураження плеври. При цьому достовірної різниці у відповідях дільничних лікарів-терапевтів, дільничних лікарів-педіатрів і лікарів загальної практики / сімейних лікарів при статистичній обробці результатів не виявлено.

Отримані результати дослідження серед лікарів первинної ланки вказали на недостатній рівень їх знань щодо діагностичної цінності різних методів дослідження (лабораторних, променевих, інструментальних) у верифікації діагнозу ураження/захворювання плеври. Так, 12,6% опитаних зазначили, що верифікувати ураження плеври можна завдяки дослідженню мокротиння, 6,3% – клінічному дослідженню крові, 7,7% – спірографії, 19,2% – флюорографії. При цьому всі лікарі загальної практики / сімейні лікарі можуть направити пацієнтів на флюорографію, 51,5% – на клінічний аналіз крові, 41,0% – на рентгенографію і рентгеноскопію, 33,0% – на дослідження мокроти, 23,5% – на спірографію, 4,1% – на плевральну пункцію, 1,2% – на ультрасоноскопію.

Дата надходження рукопису до редакції: 21.10.2013 р.

В.Я. Бойко (Рівне)

ЕКОНОМІЧНІ ВТРАТИ РІВНЕНСЬКОЇ ОБЛАСТІ ВНАСЛІДОК ХВОРОБ ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ

Департамент охорони здоров'я Рівненської обласної державної адміністрації

Середні економічні втрати від одного випадку захворюваності в області за 2012 р. становили 970,85 грн. У перерахунку на зареєстроване число захворювань (2012 р. – 1 539 592 376 випадків) економіка облас-

ті втратила 1,58 млрд грн від недовиробленої внаслідок захворюваності валової продукції. Найбільші економічні втрати область зазнала від хвороб системи кровообігу (525,8 млн грн), органів дихання (185,6 млн грн), органів травлення (159,2 млн грн), кістково-м'язової системи (90,4 млн грн), сечостатевої системи (82,9 млн грн). Структура економічних втрат наведена в таблиці.

Розрахунки економічних втрат від одного випадку захворюваності проведено за формулою:

$$C = \left[(П + Б) \times (t \times 0,75 \times \frac{П}{Ч}) \right] + Л =$$

$$= [(54,9 + 127,26) \times 0,75 \times 58,8] + 270,92 + 6,65 = 970,85 \text{ грн}$$

де,

С – середні економічні втрати від одного випадку захворюваності;

П – національний прибуток (чиста продукція), який виробляється на одного працюючого за один робочий день (13 785 грн/ рік поділено на 251 робочий день=54,9 грн);

Б – середньоденний розмір допомоги по тимчасовій непрацездатності за рахунок коштів соціального страхування (127,8 грн);

t – середня тривалість одного випадку захворюваності в календарних днях (2012 р. – 11,59);

0,75 – коефіцієнт переведення календарних днів у робочі;

П/Ч – частка працюючих (П) у загальній чисельності населення (Ч) – 58,8%;

Л – вартість лікування в розрахунок на одного хворого за один календарний день (разом одного відвідування та одного ліжко-дня при стаціонарному лікуванні) – розрахунково 270,9 грн та 6,65 грн.

Таблиця

Структура економічних втрат унаслідок захворюваності населення

Патологія	Зареєстровано всього, випадків (2012, абс.)	Структура, %	Середні економічні втрати від недовиробленої в результаті захворюваності валової продукції, грн
Усі хвороби	1 585 819,0	100,0	1 539 592 376,2
Новоутворення	39 103,0	2,5	37 963 147,6
Хвороби ендокринної системи, розлади харчування	99 112,0	6,2	96 222 885,2
Розлади психіки та поведінки	41 940,0	2,6	40 717 449,0
Хвороби нервової системи	53 319,0	3,4	51 764 751,2
Хвороби ока та придаткового апарату	93 182,0	5,9	90 465 744,7
Хвороби системи кровообігу	541 586,0	34,2	525 798 768,1
Хвороби органів дихання	191 171,0	12,1	185 598 365,4
Хвороби органів травлення	163 942,0	10,3	159 163 090,7
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	43 088,0	2,7	41 831 984,8
Хвороби кістково-м'язової системи	93 144,0	5,9	90 428 852,4
Хвороби сечостатевої системи	85 393,0	5,4	82 903 794,1
Травми, отруєння та деякі інші наслідки	49 971,0	3,2	48 514 345,4
Інші	90 868,0	5,7	88 219 197,8

Дата надходження рукопису до редакції: 21.10.2013 р.

И.А. Бугоркова (Донецк)

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ДОНЕЦКОЙ ОБЛАСТИ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Донецкая область является промышленным регионом, где преобладают такие отрасли производств (горнодобывающая, металлургическая, химическая, энергетическая и др.), которые характеризуются вредным воздействием на экологическую среду.

Высокая концентрация вредных веществ в атмосферном воздухе приводит к ухудшению качества питьевой воды, продуктов питания и к снижению резистентности организма. Неблагоприятные экологические условия непосредственно отражаются на состоянии здоровья проживающего населения, особенно детского.

Распространенность стоматологических заболеваний среди населения в Донецкой области, как и в Украине, так в других странах мира, занимает одно из первых мест. Состояние стоматологической помощи как наиболее массового вида медицинского обслуживания имеет первостепенное значение в охране здоровья населения.

Проведенный мониторинг по детскому населению позволил установить, что на территории Донецкой области всего проживает 4 390 293 человек, из них 688 763 детского населения (15,7%). Системный анализ показал, что в период 2010–2012 гг., количество детского населения уменьшилось на 2 230 человек (2010 г. – 690–993), в т.ч. детей проживающих в сельской местности 597 чел. (2010 г. – 59 805 чел., 2012 г. – 59 209 чел.). Изучение возрастной структуры детского населения позволило установить, что численность снизилась только в подростковой группе 15–18 лет (с 137 014 в 2010 г. до 127 912 в 2012 г.). В других возрастных группах численность детей значительно увеличилась (в возрасте до 2 лет – на 5 363 ребенка, в возрасте от 3–6 лет на 2 036, возрастной группе от 7–14 лет на 889 детей).

Для выявления стоматологической заболеваемости у детского населения проведены клинические осмотры с использованием дополнительных методов исследования. Осмотры проведены сотрудниками кафедры стоматологии детского возраста ФИПО ДонНМУ с заполнением специально разработанной наблюдательной карты.

Клиническими осмотрами охвачены самые важные подгруппы детского населения (6, 12, 15 лет), которые являются специфическими ключевыми воз-

растными группами с разными уровнями заболеваемости, уровнями интенсивности и распространенности болезней пародонта.

Нами проанализировано 1250 наблюдательных карт, из них в возрастной группе 6-летних – 417; 12-летних – 414; 15-летних – 419.

Результаты проведенного исследования показали, что в исследуемых группах распространенность кариеса временных зубов у 6-летних детей составила $86,7 \pm 4,2\%$, в постоянных зубах у 6-летних детей наблюдались признаки данного заболевания в $11,2 \pm 1,3\%$ случаев. В группе 12-летних детей этот показатель составил $85,1 \pm 4,5$, а к 15 годам распространенность кариеса постоянных зубов увеличилась до $89,1 \pm 4,4\%$.

Изучение пародонтологического статуса в вышеперечисленных группах позволило установить следующие показатели. Встречаемость признаков заболевания пародонта в группе 12-летних детей составила: кровоточивость десен – $11,7 \pm 2,6\%$, наличие зубного камня – $1,9 \pm 0,07\%$, гингивиты – $16,2 \pm 2,4\%$ при здоровом пародонте у $70,2 \pm 3,5\%$; в группе 15-летних – кровоточивость десен – $21,3 \pm 2,4\%$, зубной камень – $14,6 \pm 1,9\%$, гингивиты – $26,3 \pm 2,6\%$ при здоровом пародонте у $62,2 \pm 4,1\%$. Группу детей 6-летнего возраста мы не стали оценивать по критерию «пародонтологический статус» в связи с физиологическим прорезыванием зубов в этом возрасте, чтобы избежать ошибок при диагностике болезней пародонта.

Результаты проведенного исследования показали, что распространенность кариеса постоянных зубов в контрольных группах исследования увеличилась с $11,2\%$ до $89,1\%$ и соответствовала высокому уровню распространенности кариеса зубов. Распространенность болезней пародонта не вышли за границы низкого уровня: индекс кровоточивости – до $22,0\%$, распространенность зубного камня – до $15,0\%$, в целом гингивиты составили до $27,0\%$.

На основании проведенного исследования можно констатировать, что оказываемая стоматологическая помощь не всегда отвечает потребностям детского населения области, необходимо расширить

ее объем и улучшить качество. Незначительное улучшение демографических показателей, увеличение численности детей (в возрасте до 2 лет на 5 363 ребенка, в возрасте от 3–6 лет на 2 036), в перспективе

приведет к увеличению роста заболеваемости. Полученные данные свидетельствуют о необходимости в оптимизации работы стоматологической службы в Донецкой области.

Дата надходження рукопису до редакції: 21.10.2013 р.

УДК 613.9-053.2/.5:796.011.3

В.Л. Весельський (Київ)

ВИКОРИСТАННЯ СУЧАСНИХ ПІДХОДІВ ДО ОЦІНКИ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ РІЗНОГО ВІКУ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Національна академія медичних наук
ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН»

Стан здоров'я підростаючого покоління і фізичний розвиток дітей є індикатором розвитку суспільства в будь-якій країні. Саме тому в складних соціально-економічних і несприятливих екологічних умовах, що склалися останніми роками в Україні, постійно вивчається стан здоров'я та фізичний розвиток дітей різного віку. Результати спостереження лікаря первинної ланки (загальної практики / сімейної медицини) за розвитком дитини дають змогу виявити особливості її фізичного розвитку, дозрівання, темпів і гармонійності формування тіла, а у разі відхилень можуть стати універсальним діагностичним критерієм для визначення ризику розвитку захворювання і своєчасного вирішення питання про додаткове обстеження.

Мета роботи – вивчити описані в наукових публікаціях підходи до оцінки фізичного розвитку, його темпів і гармонійності в дітей різного віку.

Матеріали та методи

У дослідженні використано бібліосемантичний, аналітико-синтетичний методи дослідження.

Результати дослідження та їх обговорення

Темпи росту і розвитку можуть порушуватися внаслідок різних хронічних захворювань дитячого

віку. На практиці для контролю медиків за розвитком дитини першочергове значення має широкий комплекс нормативних показників або стандартів розвитку, які розробляються і широко використовуються із залученням насамперед методу антропометрії. Основними показниками, що широко застосовуються в Україні для оцінки фізичного розвитку дитини, є маса тіла, динамічні зміни якої свідчать про розвиток кістково-м'язового апарату, м'яких тканин і внутрішніх органів, та довжина тіла, яка характеризує індивідуальні процеси росту. Експериментальним шляхом встановлено рекомендовані вікові періоди проведення антропометричних досліджень для дітей перших років життя (період новонародженості, 3, 6, 12, 24 місяці), яких дотримуються у своїй практиці лікарі первинної ланки, педіатри. Для оцінки рівня індивідуального соматичного здоров'я старших дітей і підлітків використовуються методи розрахунків індексів, оцінка яких проводиться на підставі їх граничних значень (Куценко Т.Ю., Анапасенко Г.Л., 1999 р.). Найпершими в житті антропометричними показниками, що вимірюються при народженні, є довжина та маса тіла, які мають свої вікові особливості вимірювання. Є кілька типів масо/зростових індексів: масо/зростовий індекс розраховується як процент співвідношення фактичної маси даного пацієнта до ідеальної маси тіла людини такого ж зросту; індекс масо/ростового співвідношення: маса

тіла/зріст; індекс Quetelet: маса/зріст²; індекс Ponderal: зріст/квадратний корінь маси тіла. У підлітковому віці при антропометричних дослідженнях часто використовуються індекси: Пін'є, Ерісмана, життєвий, силовий, швидкісно-силовий та інші індекси. Важливим антропометричним показником фізичного розвитку дитини вважається індекс Ерісмана, фізична працездатність визначається за допомогою проби Руф'є, для оцінки стану серцево-судинної системи застосовується тест Робінсона. При масових обстеженнях осіб у спеціально обладнаних кабінетах здоров'я застосовується тест Астранда—Ріммінг із навантаженням на велоергометрі та/або Степ-тест.

Висновки

Стан індивідуального фізичного здоров'я дитини визначається за даними антропометрії, результатами дослідження деяких фізіологічних показників, оцінка яких проводиться з урахуванням віку, статі, географічних, кліматичних та інших параметрів. Результати вивчення вітчизняних і закордонних літературних джерел підкреслюють необхідність створення та використання в щоденній практиці лікаря регіональних модифікованих шкал регресії маси тіла, оцінок зросту та інших антропометричних показників, оскільки найбільш близькою до «ідеальної» вважається оцінка показників фізичного розвитку дитячої популяції за регіональними шкалами регресії.

Дата надходження рукопису до редакції: 16.10.2013 р.

УДК 616.12-008.33:614.25:378.09

Л.І. Галієнко, О.О. Голубенко (Київ)

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ДОДИПЛОМНОЇ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ ІЗ ПИТАНЬ ПРОФІЛАКТИКИ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

У 2012 р. в Україні зареєстровано понад 12 млн осіб, хворих на артеріальну гіпертензію (АГ), що становить майже третину дорослого населення. Щорічно АГ вперше виявляється приблизно у 430 тис. пацієнтів. Артеріальна гіпертензія підвищує ризик смерті від серцево-судинних хвороб утричі. Медико-соціальна та економічна значущість проблеми АГ висуває зростаючі вимоги до вдосконалення її профілактики.

Мета роботи — висвітлити актуальні питання додипломної підготовки лікарів щодо профілактики АГ.

Матеріали та методи

Методи: бібліографічний, медико-статистичний та соціологічний. Джерела дослідження: статистичні дані Державної служби статистики України, Центру медичної статистики МОЗ України, вітчизняна та зарубіжна література, матеріали власних досліджень.

Результати дослідження та їх обговорення

Проведений аналіз показує, що останніми десятиліттями зростає вплив АГ на формування рівня здоров'я української нації. Протягом 1991–2011 рр. захворюваність та поширеність АГ збільшилися майже втричі; рівень первинної інвалідності дорослого населення внаслідок АГ зріс на 20,0%, населення працездатного віку — на 16,7%.

Первинна профілактика АГ сьогодні розглядається з позиції загальної профілактики хвороб системи кровообігу і полягає у попередженні, своєчасному виявленні й корекції доведених факторів ризику: тютюнопаління; гіперхолестеринемії; надмірної маси тіла; недостатньої фізичної активності та зловживання алкоголем. Значною мірою ефективність такої профілактики залежить від підготовки медичних працівни-

ків, а особливо лікарів первинної ланки, як на додипломному, так і на післядипломному рівнях.

У результаті соціологічних досліджень серед студентів I–VI курсів Національного медичного університету імені О.О. Богомольця встановлено, що більшість майбутніх лікарів має теоретичні знання з профілактики АГ і заходів, що можуть знизити ризик її розвитку, а саме: обізнані з питань зменшення споживання солі, відмови від тютюнопаління, підтримання оптимальної маси тіла, збалансованого харчування, регулярної фізичної активності, відмови від зловживання алкоголем, максимально можливого уникання стресів тощо. Проте існує потреба у вдосконаленні підготовки студентів на додипломному етапі з питань сучасних методів ефективної корекції факторів ризику розвитку АГ, форм і стандартів проведення профілактичної роботи для забезпечення ними дієвої профілактики АГ у їх майбутній практичній роботі.

Висновки

Медико-соціальна та економічна значущість проблеми АГ висуває зростаючі вимоги до вдосконалення її профілактики, діагностики та лікування.

Підвищенню ефективності профілактики АГ сприятиме забезпечення належної профілактичної підготовки лікарів із цієї проблеми на додипломному та післядипломному етапах, формування у них готовності до проведення санітарно-освітньої роботи серед населення з питань здорового способу життя, набуття практичних умінь стосовно своєчасного виявлення факторів ризику АГ, їхньої корекції за допомогою модифікації способу життя та фармакотерапії, забезпечення дієвої діагностики та лікування хворих відповідно до чинних стандартів медичної допомоги при АГ на різних рівнях.

Дата надходження рукопису до редакції: 03.10.2013 р.

УДК 616-084-052.000.34

В.В. Глуховський, Н.Ф. Шишацька, О.Т. Дорохова (Донецьк)

ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВА НАСЕЛЕННЯ НА ОТРИМАННЯ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

**Донецький національний медичний університет імені М. Горького
Південноукраїнський центр з прав громадян в охороні здоров'я
Донецьке обласне клінічне територіальне медичне об'єднання**

Завдання нашого дослідження – вивчити стан забезпечення права громадян на отримання профілактичної медичної допомоги. Соціологічним дослідженням охоплено 4 групи респондентів: керівники закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) (300 осіб), ключові особи (керівники охорони здоров'я регіонального рівня) (27 осіб), представники організацій пацієнтів (25 осіб) і пацієнти (400 осіб). Обробка отриманих результатів проведена з використанням програми обробки даних SPSS. Індекс оцінки розраховано як різниця між позитивними і негативними відповідями на кожне запитання у співставленні із загальною кількістю респондентів. Значення індексу коливалося від +1 до -1. Таким чином, чим вища його позитивна величина, тим вищий, на думку респондентів, рівень реалі-

зації права населення по кожному конкретному питанню – індикатору, і навпаки.

При аналізі реалізації даного права вивчалось 14 питань-індикаторів у групі організаторів охорони здоров'я. При цьому реалізація права громадян на отримання профілактичної допомоги розглядалася в двох площинах – власне профілактичні (медичні) заходи, пов'язані з обстеженням населення (7 питань), й оцінка інформаційних кампаній, спрямованих на профілактику захворювань населення (7 питань).

Результати соціологічного дослідження серед медичних працівників щодо оцінки реалізації права населення на отримання профілактичної медичної допомоги шляхом визначення профілактичних про-

грам показали, що найвищу оцінку організатори охорони здоров'я надали таким профілактичним заходам, як скринінг раку шийки матки з цитологічним обстеженням мазків (керівники закладів охорони здоров'я – 0,66, керівники регіональних управлінь охорони здоров'я – 0,85) і скринінг гіпертонії у дорослого населення (0,54 і 0,78 відповідно). Мінімальну позитивну оцінку отримало забезпечення населення скринінговими дослідженнями на виявлення гепатиту С (0,06 і 0,04). Негативну оцінку отримав скринінг колатерального раку для всіх осіб віком 50 років і старше зі щорічним фекальним тестуванням на приховану кров або колоноскопією (-0,21 і -0,37 відповідно), що вказало на недоступність даного методу профілактичного обстеження для населення.

Серед громадських інформаційних компаній профілактичної спрямованості на рівні регіонів найбільш часто проводилися громадські заходи, присвячені питанням профілактики ВІЛ-інфекції (0,81 і 0,93 відповідно), заходи профілактичної спрямованості боротьби з тютюнопалінням (0,72 і 0,93 відповідно), зловживанням алкоголем (0,67 і 0,81 відповідно) та попередження інфекцій, які передаються статевим шляхом (0,69 і 0,85 відповідно).

Найменший рівень оцінки (0,16 і 0,26 відповідно) отримали громадські заходи, скеровані на профілактику розладів психіки та поведінки, що вказало на не пріоритетність серед медичних працівників вказаної патології та необхідності проведення профілактичних заходів.

Наступним кроком дослідження було встановлення рівня оцінки пацієнтами та представниками

організацій пацієнтів доступності профілактичних заходів і пріоритетності профілактичної діяльності на рівні закладів охорони здоров'я й медичних працівників. Отримані результати вказали на низький рівень оцінки респондентами можливості реалізації ними права на отримання профілактичної медичної допомоги. Так, достатньо високо і позитивно опитані оцінили тільки можливість рентгенологічного обстеження органів грудної клітки з профілактичною метою (представники організацій пацієнтів – 0,6, пацієнти – 0,51).

Максимально негативну оцінку отримали такі індикатори, як «огляд проктолога» (-0,52 і -0,06 відповідно), «огляд окуліста» (-0,44 і -0,21 відповідно), можливість електрокардіографічного обстеження з профілактичною метою (-0,36 і -0,09 відповідно).

Результати дослідження вказали на негативну оцінку респондентами активної профілактичної дії медичних працівників. Так, індикатор «запрошення протягом останніх 12 місяців відвідати заклад охорони здоров'я для профілактичного огляду» оцінили відповідно на -0,20 і -0,40, а «інформування медичними працівниками протягом останніх 12 місяців про методи профілактики захворювань» – відповідно на 0,08 і -0,60.

Таким чином, результати проведеного соціологічного дослідження показали недостатній рівень реалізації права населення на отримання профілактичної медичної допомоги, що потребує прийняття управлінських рішень з метою усунення існуючих недоліків на всіх рівнях управління в системі охорони здоров'я країни.

Дата надходження рукопису до редакції: 21.10.2013 р.

А.Є. Горбань, Л.І. Закрутько, О.П. Житніков (Київ)

ДОСЛІДЖЕННЯ СПЕЦИФІЧНОГО ІНСТРУМЕНТАРІЮ ТРАНСФЕРУ ТЕХНОЛОГІЙ НА ТЕРИТОРІЇ УКРАЇНИ

Український центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи

Трансформація наукових розробок в інноваційний продукт і можливість його подальшого трансферу – надзвичайно актуальне питання сьогодення, підтверджується досвідом розвинутих країн світу, який показує, що треба підключати додатковий резерв авторів розробки, зацікавлених у результаті своєї праці на конкурентоспроможному ринку. Серед факторів, які стримують інноваційну діяльність, можна назвати такі: відсутність фінансування; відсутність технологічної бази; низький рівень компетентності розробників у питаннях організації процесу трансферу технологій, а також проблеми з відсутністю необхідних навичок для підготовки об'єктів права інтелектуальної власності. Серед проблем, які стримують розвиток інноваційної діяльності різних науково-технічних галузей, визначають передусім недостатнє інформаційне забезпечення інноваційної діяльності.

Парадоксальна ситуація в Україні останніх років – повільне припинення діяльності наукових (науково-технічних) установ через відсутність попиту на їх продукцію з боку виробників. Останні припинили свою діяльність через відсутність нових ідей і розробок для виробництва конкурентоспроможної продукції та зниження показників споживчого попиту на кінцеву продукцію. Аналіз сучасних наукових джерел свідчить, що кожен рік розроблюється безліч перспективних технологій, напрямків і тематик, зокрема, у сфері охорони здоров'я, але більшість не доходить до етапу впровадження. З огляду на це необхідно створити замкнутий цикл забезпечення трансферу технологій, розвитку не тільки існуючих вітчизняних, але й їх ефективної взаємодії з іноземними мережами трансферу технологій.

Серед реалізації подібних міжнародних проектів можна виділити Російський проект Gate2RuBIN, який об'єднує найбільшу у світі мережу підтримки бізнесу та інновацій – Enterprise Europe Network (EEN) і консорціум із трьох мережевих організацій:

- Союз Інноваційно-технологічний центр Росії (Союз ІТЦ);

- Некомерційне партнерство «Російська мережа трансферу технологій» (Russian Technology Transfer Network – RTTN);
- Російське агентство підтримки малого і середнього бізнесу (РА ПМСБ).

Методологія трансферу технологій, прийнята в EEN і Gate2RuBIN, була раніше успішно апробована як в Європі – у рамках Мережі Innovation Relay Centres (мережа IRC діяла в 1995–2008 рр. IRC була попередником EEN за напрямом трансферу технологій), так і в Росії – у рамках Російської мережі трансферу технологій (діє з 2002 р.).

На даний момент в Україні існує певна кількість центрів трансферу технологій, бізнес-інкубаторів і технопарків, серед яких за методологією та моделлю, подібною до Європейської мережі «релей-центрів» IRC, можна виділити Національну мережу трансферу технологій (НМТТ), Українську мережу трансферу технологій (УТТН) та Українську інтегровану систему трансферу технологій (УІСТТ).

Сьогодні в Україні існує проблема того, що українські мережі трансферу технологій, згадані вище, працюють майже паралельно, а їхні бази не об'єднані в єдину універсальну базу. Також вагомою проблемою мереж є те, що вони не є повноправними незалежними учасниками європейської мережі EEN, а проводять свою діяльність через шлюзи інших держав, відповідно до цього процес трансферу технологій між нашою державою та європейськими країнами є більш тривалим. Аналіз цих проблем наводить на думку, що рішення може бути в об'єднанні Українських мереж в єдину мережу трансферу технологій з подальшим її інтегруванням до мережі EEN, як незалежного повноправного учасника цієї мережі. Таке рішення може створити передумови для ефективної спільної роботи, а також забезпечить вихід українських власників наукових розробок і підприємств замовників інноваційних розробок на європейський та світовий ринок трансферу технологій.

Дата надходження рукопису до редакції: 25.09.2013 р.

А.Є. Горбань, Л.І. Закрутько, О.О. Древіцька, А.М. Костюченко (Київ)

НАУКОВО-ІНФОРМАЦІЙНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРИ ЛІКУВАННІ СОЦІАЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В УКРАЇНІ

Український центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи МОЗ України

Показник смертності від хвороб, зумовлених СНІДом, зріс за останніх п'ять років на 50% і становив 8,5 на 100 тис. населення. Туберкульоз, як найбільш поширене коморбідне захворювання при ВІЛ-інфекції, став основною причиною захворюваності та смертності у хворих на СНІД. За статистичними даними МОЗ, у 2012 р. число хворих на туберкульоз в Україні перевищило 1% населення, з яких 600 тис. – на диспансерному обліку, і майже у кожного четвертого з числа диспансеризованих (142 тис.) зареєстровано відкриту форму туберкульозу. Така статистика потребує невідкладних заходів у процесах: профілактики та організації медико-санітарної допомоги, своєчасного лікування, впровадження нових ефективних методів лікування і реабілітації пацієнтів.

Мета роботи – провести моніторинг основних засобів наукової комунікації за розділами «ВІЛ-інфекція/СНІД» і «Пульмонологія та фтизіатрія у сфері охорони здоров'я України» ретроспективно за останні п'ять років (2008–2012 рр.).

Матеріали та методи

Проаналізовано основні засоби наукової комунікації за напрямками «ВІЛ-інфекція/СНІД» і «Пульмонологія та фтизіатрія» за 2008–2012 рр.: реєстри з'їздів, конгресів, симпозіумів і науково-практичних конференцій; реєстри галузевих нововведень; методичні рекомендації, узгоджені МОЗ України та інформаційні листи, про інноваційні медичні технології, запропоновані до впровадження в діяльність закладів охорони здоров'я України.

Використано ряд методів наукового дослідження: системний аналіз, експертна оцінка, статистичний аналіз тощо.

Результати дослідження та їх обговорення

За період 2008–2012 рр. за напрямом роботи «ВІЛ-інфекція/СНІД» і «Пульмонологія та фтизіатрія» проведено: 21 науковий медичний форум, випущено 15 методичних рекомендацій, 20 інформаційних листів, подано до реєстру галузевих нововведень 57 інноваційних пропозицій.

За результатами експертних оцінок, найбільш ефективними у процесах поширення науково-медичної інформації для практичних лікарів були науково-практичні форуми. Слід зазначити, що у 2012 р. підвищилася активність фахівців із напрямку «Пульмонологія та фтизіатрія»: проведено 7 форумів, з них 1 симпозіум і 6 науково-практичних конференцій (з кількістю учасників понад 150 фахівців у кожній). За тематикою форумів (на симпозіумі, проведеному у Донецьку та на київських і львівському науково-практичних конференціях) висвітлено питання туберкульозу, легеневої патології та суміжних дисциплін, у тому числі проблеми імунології та СНІДу.

У цілому можна спостерігати тенденцію зростання активності щодо інформаційного забезпечення і впровадження результатів наукових розробок у практику лікарів-фтизіатрів та їхніх колег, які займаються проблемами ВІЛ/СНІДу. Щодо якості контенту науково-медичних форумів слід зазначити недостатність наступності та послідовності за результатами їх проведення: відсутні чіткі резолюції та їх виконавці, відсутні звітування за реалізовані рішення, що ускладнює здійснення моніторингу за ефективністю проведених заходів.

Висновки

Вищезазначена кількість методичних рекомендацій та інформаційних листів свідчить про потребу в підвищенні рівня інформаційно-методичної компетентності науково-педагогічних працівників і лікарів із метою сприяння їх науковим розробкам та можливості впровадження новітнього досвіду в практику.

Дата надходження рукопису до редакції: 25.09.2013 р.

Н.Р. Готь (Львів)

СТРАТЕГІЧНІ НАПРЯМИ ІННОВАЦІЙНОГО РОЗВИТКУ ОБЛАСНОЇ КЛІНІЧНОЇ ЛІКАРНІ ЯК РЕГІОНАЛЬНОГО ЦЕНТРУ ВИСОКОСПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Львівська обласна клінічна лікарня

Оптимізація роботи обласної лікарні, як регіонального центру високоспеціалізованої медичної допомоги, в умовах реформованої системи охорони здоров'я з пріоритетним впровадженням первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини та формуванням госпітальних округів зі створення лікарень нового типу за інтенсивністю лікувального процесу, потребує розробки концептуальних підходів і стратегічного плану інноваційного розвитку за етапами, які залежать від стану реформування системи охорони здоров'я в регіоні та від стану розвитку та ресурсного забезпечення лікарні.

Оптимізація діяльності обласної лікарні має здійснюватися на основі наукового аналізу й прогнозу розвитку медико-демографічної ситуації в регіоні та прогнозу потреби у високоспеціалізованій медичній допомозі з урахуванням проведення запланованих змін на первинному та вторинному рівнях медичної допомоги.

Реалізація інноваційного розвитку лікарні може проводитися за таких напрямів:

- оптимізація структури та потужності лікарні;
- оптимізація системи взаємодії із закладами охорони здоров'я, які функціонують у регіоні і надають медичну допомогу дорослому населенню, та клініками державного рівня;

- підвищення рівня кваліфікації лікарського та середнього медичного персоналу лікарні;
- впровадження ефективних медичних технологій діагностичного та лікувального процесів, які базуються на даних із доведеною ефективністю;
- оснащення лікарні сучасним обладнанням, необхідним для використання сучасних медичних технологій;
- забезпечення сталого фінансового розвитку лікарні та впровадження сучасних ефективних методів фінансового менеджменту;
- професійна та наукова співпраця з вищими медичними навчальними закладами;
- впровадження системи безпеки пацієнтів при перебуванні в закладі охорони здоров'я;
- підвищення рівня інформаційної підтримки процесів управління лікарнею та прийнятті лікарських рішень у клінічній практиці;
- моніторинг та оцінка діяльності закладу в цілому, структурних підрозділів і персонального кожного медичного працівника лікарні.

Інноваційний розвиток обласної лікарні має проводитися комплексно і поетапно, він охоплює всі сфери діяльності лікарні і скерований на підвищення якості та ефективності надання високоспеціалізованої медичної допомоги.

Дата надходження рукопису до редакції: 21.10.2013 р.

О.З. Децик, Ж.М. Золотарьова (Івано-Франківськ)

ПРО АКТУАЛЬНІСТЬ ВКЛЮЧЕННЯ ПИТАНЬ ІЗ ПОДОЛАННЯ ПРОФЕСІЙНОГО СТРЕСУ В ПРОГРАМИ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ СФЕРИ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Професійна діяльність медичних працівників у сфері паліативної та хоспісної допомоги (ПХД) супроводжується постійними стресами, високим психологічним і фізичним навантаженням. Унаслідок розвивається емоційне та фізичне виснаження (синдром емоційного вигорання – СЕВ) медичного персоналу, яке негативно впливає на якість виконання ними професійних обов'язків і може приводити до плінності кадрів. Це вказує на важливість формування необхідних знань і вмінь із профілактики СЕВ. За рекомендаціями європейських експертів з надання паліативної допомоги (2009), ці питання слід включити до програм післядипломної освіти.

Мета роботи – встановити наявність СЕВ у медичних працівників і потребу в психологічній підтримці й корекції.

Матеріали та методи

За спеціальною програмою опитано 389 медичних працівників, розділених за ступенем контакту з невиліковними хворими на три групи (211 осіб сфери ПХД, 111 медиків первинної ланки і 67 організаторів охорони здоров'я). Дослідження проведено на базі медичних закладів м. Івано-Франківська. Інтенсивність СЕВ оцінено за методикою В. Бойка.

Результати дослідження та їх обговорення

У результаті дослідження у 54,0±2,5% усіх респондентів виявлено сформований СЕВ: середнього рівня – у 37,3±2,5%, високого – у 7,7±1,4%, критичного – у 9,0±1,5%. Не встановлено суттєвої різниці ($p>0,05$) у частоті СЕВ серед порівнюваних груп. Проте кожен десятий організатор охорони здоров'я (10,4%), так само як і працівник сфери ПХД (10,4%),

порівняно з медичними працівниками первинної ланки (5,4%), перебував у критичній стадії СЕВ. Встановлено суттєві відмінності ($p<0,05$) у частоті різних проявів СЕВ серед лікарів і середнього медичного персоналу, які постійно контактують з інкурабельними хворими. Серед лікарів СЕВ виявлявся у 1,5 разу частіше порівняно з середнім медичним персоналом – відповідно у 67,7±4,8% і 47,5±4,6%, у т.ч. в 15,1±3,7% і 6,8±2,3% – СЕВ критичного рівня. Доведено, що шанси виникнення СЕВ достовірно зростали за наявності вищої освіти (OR=1,68; 95%CI=1,11–2,56; $p<0,05$) і не залежали від віку, статі, місця проживання, кваліфікації ($p>0,05$).

Як наслідок, третина (32,4±2,4%) всіх респондентів вказали, що мають потребу в психотерапевтичній підтримці, з них 26,7±2,2% бажають отримувати її періодично, а для 5,7±1,2% така допомога є вкрай необхідною. Причому найчастіше таку потребу висловлювали організатори охорони здоров'я (49,3±6,1%, у т.ч. 6,0±2,9% вказували на постійну потребу) і лікарі сфери ПХД (40,9±5,1% загалом, з яких уже кожному десятому (9,7±3,1%) ця допомога була вкрай необхідною), порівняно з медичними працівниками первинної ланки (відповідно 24,3±4,1% і 3,6±1,8%) і середнім медперсоналом ПХД (23,7±3,9% і 4,2±1,9%, $p<0,01$). Особливу потребу у психотерапевтичній допомозі відчували медичні працівники зі сформованим СЕВ (53,3–54,3%, $p<0,001$), при цьому кожен п'ятий (22,9%) з числа осіб із критичним рівнем СЕВ визнав її нагальність. Доведено, що шанси усвідомленої потреби у психотерапевтичній допомозі зростали із поглибленням СЕВ (OR=2,82; 95%CI=1,79–4,44; $p<0,001$). Незважаючи це, майже всі (96,9±0,9%) респонденти визнали, що ніколи не звертались по таку допомогу. Крім того, більше третини (36,0±2,4%) опитаних медиків просто не знали, де можна її отримати.

Висновки

Сформований синдром емоційного вигорання спостерігався у більшості респондентів. Третина медичних

працівників, різною мірою задіяних в обслуговуванні інкурабельних пацієнтів, потребувала психотерапевтичної підтримки, що вказало на необхідність включення питань профілактики СЕВ до програми післядипломної освіти.

Дата надходження рукопису до редакції: 25.09.2013 р.

УДК 616.89-053.5:316.35

О.О. Древіцька (Київ)

СОЦІАЛЬНІ ПОТРЕБИ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ПОГРАНИЧНИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Пограничні психічні розлади (ППР) найбільш поширені серед пацієнтів амбулаторної та стаціонарної ланок. Ці розлади являють собою континуум непсихотичних розладів: від короткотривалих і легких невротичних до більш тривалих неврозоподібних і різноманітних емоційно-поведінкових, із часто коморбідними до них мовними розладами та порушеннями розвитку шкільних навичок. Шифруються в дитячому віці ППР найчастіше діагнозами з рубрик F8, F9 за МКХ-10.

Мета роботи – довести необхідність соціальної (психологічної та логопедичної) допомоги дітям молодшого шкільного віку з ППР.

Матеріали та методи

Обстежено 168 дітей віком 7–10 років, які лікувалися у дитячому психіатричному центрі з приводу ППР. Обстеження включало клініко-психологічні дослідження, у тому числі показники інтелекта за тестом Векслера (WISC, адаптований Панасюком А.Ю., 1984).

Результати дослідження та їх обговорення

Виявлено пограничний когнітивний дефіцит (ПКД) у більшості дітей, які лікувалися з приводу ППР. У 53% дітей з ППР рівень вербального та у 24% – вербального і невербального IQ за тестом Векслера були у межах 70–85 (що умовно було нами позначено як ПКД). Оскільки вербальний інтелект є більш вразливим, то його характеристики виявилися особливо чутливими до дії різних факторів, а вербальний ПКД часто

був передумовою для виникнення ППР у дітей молодшого шкільного віку. Тільки 23% (39) дітей віком 7–10 років з ППР, які лікувалися у дитячому психіатричному центрі та були нами досліджені, мали вербальний і невербальний інтелект понад 85.

Обстеження емоційної сфери вказало на підвищений рівень тривожності (за тестом Теммла, Доркі, Амен) і внутрішні емоційні конфлікти (за кольоровим тестом відносин Еткінда) у дітей з ППР, що потребувало психологічної корекції. Статистичний аналіз показав суттєву роль ПКД у патогенезі емоційних розладів у дітей з ППР. Наявність ПКД стало для цих дітей окремим психогенним чинником, який потребував проведення психологічної корекції не тільки з дітьми, але й з їхніми батьками та вчителями.

Оскільки встановлено, що в патогенезі ППР беруть участь біологічні, психологічні та соціальні чинники, то їх корекція мала включати відповідну лікувальну тактику. Встановлено суттєву роль біологічних чинників у походженні ППР, і це вказало на важливість медико-соціальної, в тому числі логопедичної, допомоги цим дітям, які, на відміну від дітей з розумовою відсталістю та аутизмом, не мають жодної соціальної підтримки. Така ситуація загрозна через ризики подальшої соціальної дезадаптації для дітей з ППР, особливо з родин, які створюють такі ризики.

Висновки

Отже, завданням державного рівня є створення умов для соціалізації дітей з ППР, що слугуватиме профілактикою негативних процесів у суспільстві. Для

цього необхідно ширше впроваджувати логопедичну і психологічну допомогу, сприяти психологічній підтримці дітей: потрібно позицію надмірної вимогливості з боку батьків і вчителів змінити на позицію сприяння; слід проводити в достатньому обсязі доступну логопедичну та психологічну допомогу цим дітям, а також заняття, направлені на сенсорну інтеграцію; важливо сприяти розвитку компенсаторних задатків для адаптації та подальшої професійної самореалізації дітей з ППР.

Сучасні тенденції інклюзивного навчання, які впроваджує МОНмолодьспорту України в загальноосвітніх закладах у цілому сприяють гуманістичному розвитку суспільства, і в цьому аспекті необхідно розвивати толерантність школи, батьків і вчителів не тільки відносно дітей-інвалідів, але й відносно дітей із ППР і ПКД. Впровадження цього можливе при спільних зусиллях із боку МОЗ і МОНмолодьспорту, медичних і педагогічних закладів України.

Дата надходження рукопису до редакції: 30.09.2013 р.

УДК 314.4:616.-055.1-057.2:353

С.В. Дудник (Луганськ)

РЕГІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ СМЕРТНОСТІ ЧОЛОВІКІВ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ ЛУГАНСЬКОЇ ОБЛАСТІ ТА М. ЛУГАНСЬКА

Луганський державний медичний університет

Питома вага випадків смерті осіб працездатного віку за 2001–2011 рр. становила 20–25% у загальній структурі смертності населення Луганської області. Смертність чоловіків працездатного віку (ЧПВ) в 3,8–4 рази перевищила смертність жінок аналогічного віку. У 2002–2011 рр. смертність сільських ЧПВ перевищила в 1,2 разу смертність міських ЧПВ (сільські жителі: 2002 р. – 10,82‰, 2011 р. – 9,74‰; мешканці міст: відповідно 10,69‰ і 8,56‰). У структурі загальної смертності ЧПВ області І місце посіли хвороби системи кровообігу – ХСК (31,0%), ІІ – зовнішні причини (24,2%), ІІІ – новоутворення (13,1%), які постійно конкурували з хворобами органів травлення (ХОТ). Останніми роками в загальній структурі смертності зросла частка смертей ЧПВ від нервових хвороб у 1,4 разу, ХОТ у 1,3 разу, новоутворень у 1,3 разу, ХСК в 1,2 разу до вихідного року дослідження. У структурі смертності міських і сільських ЧПВ за роки спостереження зросла питома вага випадків смерті від новоутворень (в 1,3 разу в містах і в 1,1 разу в селах), ХОТ (в 1,4 і 1,3 разу відповідно), ХСК (в 1,2 і 1,3 разу відповідно), хвороб нервової системи – ХНС (в 1,4 і 1,1 разу відповідно). Коефіцієнти смертності в сільських ЧПВ вищі, ніж у міських, від новоутворень у 1,2 разу (127,77 на 100 тис. ЧПВ), зовнішніх причин в 1,4 разу (273,49 відповідно), ХСК в 1,2 разу (312,56 відповідно).

Смертність міських ЧПВ була вищою від ХНС (22,71 на 100 тис. ЧПВ), ХОТ (113,39 відповідно). За період 2001–2011 рр. спостерігалася тенденція до поступового зниження значень як загальних повікових показників смертності ЧПВ (16–29 років – на 27,7%; 30–39 років – на 23,6%; 40–49 років – на 36,2%; 50–59 років – на 24,1% до 2001 р.), так і повікових показників смертності за містом мешкання ЧПВ у кожній із вікових груп. Останніми роками смертність ЧПВ (за показниками смертності), які мешкали в містах області, була нижчою, ніж у сільських ЧПВ (2011 р.: 16–29 років – на 35%; 30–39 років – на 12,7%; 40–49 років – на 10,2%; 50–59 років – на 5%). Найбільша питома вага в загальній структурі смертності ЧПВ області спостерігалася у віковій групі 50–59 років, яка збільшилася за роки спостереження до вихідного року в 1,4 разу (52,8%), далі була група 40–49 років із тенденцією до зниження рівня смертності на 36% (відповідно 37,2% і 23,8%); питома вага у групі 30–39 років зросла в 1,1 разу (14,6% і 15,1%), і група 16–29 років із коливанням питомого вкладу в структуру загальної смертності ЧПВ. У кожній із вікових груп відмічалася своя структура смертності за причинами смерті. Структура смертності ЧПВ віком 50–59 років у 2011 р. була однаковою як для чоловіків-мешканців міст, так і сіл: І місце посіли ХСК (мешканці міст – 41,9%, мешканці сіл – 42,6%), ІІ – новоутво-

рення (відповідно 18,5% і 18,6%), III – зовнішні причини (відповідно 13,9% і 15,7%). Показники смертності сільських чоловіків віком 50–59 років були вищими від ХОД і зовнішніх причин в 1,2 разу, ніж в їх однолітків із міст. Смертність міських чоловіків була вищою, ніж у сільських чоловіків відповідного віку, від ХОТ в 1,3 разу і ХНС в 1,3 разу. Структура смертності вікової групи 40–49 років була теж однаковою для чоловіків міст і сіл області: I місце посіли ХСК (26,7% і 32,0% у селах області), II – зовнішні причини (25,2% і 30,7% відповідно), III – ХОТ (15,9% і 8,7%). У більшості років спостереження в сільських чоловіків даної вікової групи показники смертності від зовнішніх причин (в 1,4 разу), хвороби дихальної системи – ХДС (в 1,2 разу) і ХСК (в 1,3 разу) були вищими, ніж в їх однолітків із міст області, а в міських чоловіків була вищою смертність від ХОТ (в 1,7 разу) і ХНС (в 1,3 разу). Чоловіки віком 30–39 років міст і сіл області мали відмінності в структурі смертності від провідних причин смерті. Структура смертності сільських чоловіків (2011 р.) така: I місце – зовнішні причини (44,4%), II – ХОТ (12,1%), III – ХСК (10,5%); міських чоловіків: I місце – зовнішні причини (35,2%), II – інфекційні хвороби (19,9%), III – ХОТ (14,1%). Міські чоловіки цієї групи мали вищий рівень смертності від інфекційних хвороб (в 1,8 разу), ХНС (в 1,2 разу), ХОТ (в 1,1 разу), ніж їхні однолітки з сіл. У сільських чоловіків спостерігалася вища, ніж у міських чоловіків, смертність від новоутворень (у 2 рази) та зовнішніх причин (у 1,4 разу). У структурі смертності вікової групи чоловіків 16–29 років I місце посіли зовнішні причини (59,7% – у містах області, 65,9% – у селах області), II – у містах області належало ХОТ (10,5%), у селах інфекційним хворобам (8,0%), III – інфекційним хворобам у містах області (9,3%), ХСК і ХНС у селах (по 5,8%). Показники смертності сільських чоловіків цього віку вищі від інфекційних хвороб (у 1,2 разу), новоутворень (у 1,7 разу), ХСК (в 1,4 разу), зовнішніх причин (у 1,5 разу), ніж у міських чоловіків віком 16–29 років. Середній вік передчасно померлих чоловіків у 2008 р. дорівнював $46,92 \pm 0,23$ року (Std. Dev.: 9,878; 95% ДІ: 46,70–47,14). Найменший середній вік смерті ЧПВ спостерігався від інфекційних і паразитарних хвороб ($43,15 \pm 0,82$; Std. Dev.: 9,670; 95% ДІ: 42,35–43,96), за ними слідували зовнішні причини смерті ($43,40 \pm 0,5$; Std. Dev.: 11,103; 95% ДІ: 42,90–43,89), III місце посіли ХНС ($44,89 \pm 1,35$; Std. Dev.: 9,877; 95% ДІ: 43,55–46,22). Спостерігалася

статистично значуща різниця в середньому віці смерті залежно від причини смерті ($F=85,735$; $p<0,0005$), від тривалості хвороби, що спричинила смерть (раптова смерть, роки, місяці, дні: від раптової смерті ($44,69 \pm 0,41$; Std.Dev.: 10,586; 95% ДІ: 44,29–45,09), на відміну від смертей із тривалістю хвороби: дні ($46,41 \pm 0,64$), місяці ($48,66 \pm 0,57$), роки ($49,08 \pm 0,35$), ($F=102,102$; $p<0,0005$)), від характеру захворювання (хронічна, гостра форми, раптова смерть: середній вік померлих від хронічних захворювань становив $49,01 \pm 0,39$ (Std.Dev.: 8,739; 95% ДІ: 48,72–49,30), від гострих захворювань $46,54 \pm 0,5$ (Std.Dev.: 9,832; 95% ДІ: 46,05–47,02), з причини раптової смерті $44,12 \pm 0,46$ (Std.Dev.: 10,833; 95% ДІ: 43,567–44,57). Виявлений достовірний зв'язок між віком і причиною смерті (X-Пірсона – 670,110; кількість ступенів свободи – 24; $p<0,0005$), між соціальною зайнятістю і причиною смерті чоловіків (78,3% померлих чоловіків не працювали) (X-Пірсона – 206,611; кількість ступенів свободи – 8; $p<0,0005$), між причиною смерті та якістю надання допомоги – в 44,5% медична допомога не надавалась (X-Пірсона – 1474,036; кількість ступенів свободи – 16; $p<0,0005$), між тривалістю хвороби і структурою причин смерті чоловіків працездатного віку (X-Пірсона – 3550,558; кількість ступенів свободи – 58; $p<0,0005$), між причиною смерті та перебуванням на диспансерному обліку (X-Пірсона – 1274,907; кількість ступенів свободи – 8; $p<0,0005$), між наявністю або відсутністю інвалідності й причиною смерті (X-Пірсона – 710,405; кількість ступенів свободи – 24; $p<0,0005$). Найбільший ризик (OR) передчасної смерті (в 3,3 разу) від травм, отруєнь та дії деяких зовнішніх чинників порівняно з іншими віковими групами чоловіків мали особи віком 18–29 років (95% ДІ: 2,85–3,85). У віковій групі 30–39 років ризикові навантаження були більшими в 1,6 разу від травм, отруєнь і дії зовнішніх чинників (95% ДІ: 1,36–1,81), в 2,3 разу від інфекційних хвороб (95% ДІ: 1,88–2,84), в 1,2 разу від ХОТ (95% ДІ: 1,04–1,48), в 1,6 разу від ХНС (95% ДІ: 1,13–2,26), ніж у чоловіків іншого віку. У групі 40–49 років ризик передчасної смерті чоловіків був в 1,2 разу вищим від ХОТ (95% ДІ: 0,95–1,30), в 1,4 разу від інфекційних хвороб (95% ДІ: 1,14–1,63) порівняно з іншими віковими групами. У віковій групі чоловіків 50–59 років спостерігалася вище ризикове навантаження передчасної смерті від новоутворень (у 2,4 разу, (95% ДІ: 1,79–2,55)) і ХСК (в 2,1 разу, (95% ДІ: 1,90–2,32)), ніж у чоловіків іншого віку.

Дата надходження рукопису до редакції: 21.10.2013 р.

Н.С. Защик (Острог)

ФАКТОРИ РИЗИКУ ПОРУШЕНЬ ПСИХІКИ ТА ПОВЕДІНКИ У СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ

Острозька обласна психіатрична лікарня

Рівень ризику порушень психіки та поведінки у студентської молоді пов'язаний із рівнем психоемоційного навантаження і способом життя.

Первинні розлади психіки та поведінки студентської молоді є наслідком напруженого режиму дня: чим довша активна частина робочого дня студентів і його напруженість, тим вищі показники первинних психічних розладів. При постійному напруженому навчанні терміном 9–11 год. на добу та його щільності до 90% відмічається сильний кореляційний зв'язок показника і психічних розладів ($r=+0,93$).

Помірний кореляційний зв'язок між розвитком розладів психіки та поведінки і шкідливими звичками спостерігається у студентів, які страждають на ігromanію та

зловживають кавою, кріпким чаєм, слабоалкогольними напоями. Найбільш значущу роль у формуванні розладів психіки та поведінки відіграють зловживання алкогольними напоями та токсикоманія. Первинні розлади психіки й поведінки в даній категорії студентів у 2,2 разу вищі, ніж у студентів без цих шкідливих звичок.

Велике значення в розвитку розладів психіки та поведінки має форма і тривалість нічного сну. Найкращий вплив на оздоровлення психіки чинить здоровий сон протягом 8–9 год. Найвищий ризик розвитку розладів психіки та поведінки виникає внаслідок нічного сну з постійним безсонням, а також сон із пізнім початком (після полуночі) або з раннім закінченням (не пізніше 5–5,5 год.).

Дата надходження рукопису до редакції: 30.09.2013 р.

УДК 614.2.001.73:001.8

М.А. Знаменська, Г.О. Слабкий, М.В. Шевченко, В.А. Русняк (Київ, Донецьк)

ЩОДО ІНФОРМОВАНOSTІ ОРГАНІЗАТОРІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ПРО РЕЗУЛЬТАТИ НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ІЗ РЕФОРМУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика
Донецький національний медичний університет імені М. Горького
ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

За спеціально розробленою анкетною методом соціологічного дослідження охоплено 134 організатори охорони здоров'я в усіх регіонах

України, в тому числі 135 начальників управлінь охорони здоров'я обласного, міського і районного рівнів, 189 керівників закладів охорони здоров'я третинного

рівня медичної допомоги, 540 керівників закладів охорони здоров'я вторинного рівня медичної допомоги, 270 керівників закладів охорони здоров'я первинного рівня медичної допомоги.

У ході дослідження встановлено недостатній рівень інформування організаторів охорони здоров'я регіонального рівня і низький рівень інформування керівників закладів охорони здоров'я первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги щодо наукових досліджень із реформування охорони здоров'я України та їх можливості участі в роботі наукових зібрань організаторів охорони здоров'я й спеціалістів із соціальної медицини.

Запропоновано організувати випуск реферативного медичного журналу за спеціальністю «Соціальна медицина» на паперових та електронних носіях, з доступом до нього організаторів охорони здоров'я всіх рівнів надання медичної допомоги та висвітленням рефератів і режиму доступу до таких джерел інформації: документів і публікацій ВООЗ; основних монографій у країнах Європи, СНД та України; статей спеціалістів із соціальної медицини та організаторів охорони здоров'я країн СНД й України; методичних рекомендацій з організації охорони здоров'я, а також дисертаційних робіт за спеціальністю «Соціальна медицина», захищених в Україні, СНД та Європі.

Дата надходження рукопису до редакції: 21.10.2013 р.

УДК 616-073.7:725.5

О.Ю. Качур (Київ)

ОРГАНІЗАЦІЯ ДИСТАНЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ІНТЕРПРЕТАЦІЇ РЕЗУЛЬТАТІВ РЕНТГЕНОЛОГІЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТІВ В УМОВАХ ГОСПІТАЛЬНОГО ОКРУГУ

Міністерство охорони здоров'я України

В умовах формування госпітальних округів передбачається створити лікарні нового типу: лікарні інтенсивного лікування, у тому числі дитячого населення, лікарні планового лікування, лікарні відновного лікування і спеціалізовані медичні центри. Вказані типи лікарень створюються на базі існуючих закладів охорони здоров'я. Крім того, створюються центри первинної медико-санітарної допомоги.

Нові типи закладів охорони здоров'я, залежно від поставлених перед ними завдань, виконуватимуть різні функції, а відповідно матимуть різний рівень ресурсного забезпечення, у тому числі матеріально-технічного та кадрового. При цьому лікарні інтенсивного лікування, у тому числі дитячого населення, максимально укомплектовуватимуться ресурсами з можливістю цілодобового обстеження пацієнтів рентгенологічно з використанням сучасних методів діагностики. Для цього слід придбати відповідне обладнання, а в штатні розписи лікарень ввести необхідну кількість штатних посад відповідних лікарів-спеціалістів. Лікарні плано-

вого лікування, лікарні відновного лікування й спеціалізовані медичні центри у своїй діяльності продовжуватимуть використовувати існуючий ресурс рентгенологічного обладнання, яке вирізнятиметься своїми технічними характеристиками. Рівень кадрового забезпечення лікарськими та лаборантськими посадами теж буде однаковим. Він залежатиме від потужності закладу охорони здоров'я.

У таких умовах рентгенологічне відділення лікарні інтенсивного лікування має стати консультативним і методичним центром із забезпечення діяльності рентгенологічної служби в госпітальному окрузі. Результати рентгенологічного обстеження пацієнтів, проведеного в лікарнях планового лікування, лікарнях відновного лікування і спеціалізованих медичних центрах, при відсутності лікаря-рентгенолога інтерпретуватимуться лікарями-спеціалістами рентгенологічного відділення лікарні інтенсивного лікування.

Технічно це можна забезпечити за допомогою системи телемедичного консультування – за наяв-

ності в лікарнях цифрових рентгенологічних апаратів і відповідних систем передачі зображень. За їх відсутності – шляхом планової доставки рентгено-

логічних плівок. Відповідні механізми слід відпрацювати в ході проведення експерименту в пілотних регіонах.

Дата надходження рукопису до редакції: 21.10.2013 р.

УДК 616-08:614.8.026.003.12(084.3)

О.А. Каשתелян (Київ)

УНІФІКОВАНА КАРТКА ВИЯВЛЕННЯ ТА ОЦІНЮВАННЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ В ПАЦІЄНТІВ ЗАКЛАДІВ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ

Комунальне некомерційне підприємство
«Центр первинної медико-санітарної допомоги «Русанівка» Дніпровського району м. Києва»

Сучасна технологія профілактики кардіоваскулярної патології, як і багатьох інших неінфекційних захворювань, передбачає насамперед використання немедикаментозних засобів підвищення функціональних і компенсаторно-адаптаційних можливостей організму шляхом корекції / усунення факторів ризику та залучення пацієнтів до способу життя без шкідливих для здоров'я звичок.

У форматі участі в пілотному проєкті реформування системи охорони здоров'я в Україні нами розроблена і адаптована до умов амбулаторного прийому пацієнтів сімейним лікарем Картка скринінгу та оцінювання факторів ризику, яка слугувала підґрунтям надання персоналізованих профілактичних рекомендацій пацієнтам. Картка, поряд із паспортною частиною, містила графі запису результатів вимірювання антропометричних показників (зріст, маса тіла, індекс маси тіла, окружність талії) артеріального тиску і частоти серце-

вих скорочень у стані спокою, а також запис щодо шкідливих для здоров'я звичок.

Лікар обговорював отриману інформацію з пацієнтом і пропонував йому програму конкретних дій, спрямованих на корекцію / усунення факторів ризику та поліпшення загального стану здоров'я немедикаментозними засобами. Зміст цієї програми включав рекомендації щодо зміни поведінки самим пацієнтом із метою досягнення визначених лікарем конкретних показників (зменшення маси тіла і кількості щоденних сигарет, збільшення часу прогулянок тощо).

Апробація технології стандартизації виявлення і оцінювання факторів ризику та надання на цій базі персоналізованих рекомендацій пацієнтам може слугувати створенню критеріїв профілактичної діяльності сімейного лікаря і враховуватися при матеріальному стимулюванні якості й ефективності його роботи.

Дата надходження рукопису до редакції: 11.10.2013 р.

О.Б. Кощинець (Івано-Франківськ)

ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ ЧИННИКІВ ІНДИВІДУАЛЬНОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА РОЗВИТОК ПІЗНІХ СТАДІЙ ПЕРВИННОЇ ГЛАУКОМИ

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» МОЗ України

Глаукома є однією з важливих медико-соціальних проблем, яка уражає переважно осіб літнього віку, і приводить до незворотної сліпоты. За прогнозами Quigley Н.А. і Broman А.Т. (2006), у 2020 р. близько 80 млн людей страждатимуть на це захворювання. А це свідчить про важливість профілактики та виявлення чинників ризику його виникнення і несприятливого перебігу.

Мета роботи – вивчити вплив чинників індивідуального способу життя хворих на розвиток пізніх стадій первинної глаукоми.

Матеріали та методи

На базі трьох центральних районних лікарень Івано-Франківської області проведено медико-соціологічне обстеження 515 хворих на первинну глаукому: 347 з I–II (початковими) стадіями та 168 з III–IV (пізними) стадіями. У структурі хворих з пізними стадіями частка чоловіків переважала частку жінок (56,0% проти 44,0%), на протипагу статевому розподілу у групі порівняння (відповідно 46,1% і 53,9%, $p < 0,05$). Перевірка гіпотези про вплив чинників способу життя на розвиток пізніх стадій проводилась за допомогою розрахунку показника відношення шансів (OR) та його 95% довірчого інтервалу (95% CI), а нульової гіпотези – критерію відповідності 2.

Результати дослідження та їх обговорення

Встановлено, що сумарно третина респондентів, незалежно від віку та місця проживання, мали досвід куріння, у тому числі майже кожен десятий (8,5±1,2%) курив на момент опитування, а 27,2±2,0% постійно курили в минулому. Основна маса курців – це хворі чоловічої статі (17,3±2,4% курять і 52,8±3,1% курили, порівняно 0% та 2,3±0,9% серед жінок, $p < 0,001$). Частота цієї шкідливої звички серед опитаних із пізні-

ми стадіями захворювання була дещо вищою, ніж серед хворих із I–II: 9,5±2,3% курять і 33,3±3,6% курили в минулому, проти 8,1±1,5% і 24,2±2,3% відповідно ($p < 0,05$). Показано, що за наявності досвіду куріння існують вищі шанси розвитку пізніх стадій глаукоми (OR=1,57; 95% CI: 1,08–2,30).

Суттєво підвищує ризик виникнення пізніх стадій глаукоми зловживання алкоголем (OR=5,28; 95% CI: 1,01–27,48). Встановлено, що ця шкідлива звичка переважно поширена серед хворих чоловіків – регулярно вживають (раз на тиждень чи щодня) 27,7±2,8% із них проти 7,7±1,7% жінок ($p < 0,001$).

Гендерні відмінності виявлені при оцінці типу харчування. Показано, що респонденти чоловічої статі надають перевагу менш здоровій їжі, ніж жінки: рідше вживають свіжі овочі та фрукти (відповідно 39,9±3,1% проти 57,3±3,1%, $p < 0,001$), натомість частіше – жирну, гостру й солону їжу (відповідно 24,8±2,7% проти 9,6±1,8%, $p < 0,001$). Проте в дослідженні не отримано достатніх доказів, що тип харчування впливає на шанси розвитку пізніх стадій глаукоми і при недостатньому вживанні овочів і фруктів (OR=1,08; 95% CI: 0,75–1,56; $p > 0,05$), і при надмірному вживанні жирної, солоної та гострої їжі (OR=0,96; 95% CI: 0,58–1,56; $p > 0,05$).

Не менш важливим для формування здоров'я та довголіття, як відомо, є такий поведінковий чинник ризику більшості неепідемічних хронічних захворювань, як гіподинамія. Тільки третина хворих на глаукому (30,9±2,0%) вказали, що практикують фізичні вправи, з них лише 4,3±0,9% осіб роблять це систематично. Більшість (69,1±2,0%) респондентів незалежно від статевої належності та місця проживання ($p > 0,05$) зазначили, що майже ніколи не займаються фізичними вправами, причому з віком ця частка зростає до 95,5±2,2% ($p < 0,01$). Тривожить і значна поширеність гіподинамії у працездатному віці (до 55 років), де дві третини (68,0±9,3%) респондентів вказали, що майже ніколи не займаються фізичними вправами. Адже

в дослідженні доведено, що фізична пасивність достовірно збільшує ризик виникнення пізніх стадій глаукоми (OR=1,75; 95% CI: 1,15–2,66; $p<0,05$), оскільки серед хворих з III–IV стадіями хвороби відсоток фізично неактивних осіб більший, ніж в осіб із I–II стадіями – $76,8\pm 3,3\%$ проти $65,4\pm 2,6\%$ ($p<0,05$).

Висновки

Отримані результати вказують, що чинники нездорового індивідуального способу життя, такі як куріння, зловживання алкоголем і гіподинамія, збільшують ризик виникнення пізніх стадій глаукоми.

Дата надходження рукопису до редакції: 25.09.2013 р.

УДК 616-082-059.008

О.А. Кравець (Донецьк)

ДО ПИТАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ НА ПЕРВИННОМУ РІВНІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Донецький національний медичний університет імені М. Горького

На думку провідних фахівців у галузі медичної реабілітації, актуальними проблемами, які потребують наукового вирішення, є роль амбулаторно-поліклінічної ланки в реалізації заходів відновного лікування, створення чіткої системи медичної реабілітації для хворих різного профілю, схожої з тою, що існує, наприклад, для хворих на інфаркт міокарда. Незважаючи на те, що найвищого розвитку медична реабілітація досягла на санаторному етапі, глибоке обґрунтування її місця і організації в системі залишається науковою проблемою. Значним резервом в удосконаленні та розвитку медичної реабілітації, її етапності й наступності, що потребує нагального вивчення, є організація й проведення її сімейними лікарями з використанням сучасних фізичних чинників в умовах амбулаторії та вдома.

За останніх 20 років загальна потреба в медичній реабілітації зросла в 5,4 разу. Крім зростання рівня захворюваності, це обумовлено суттєвим прогресом у розробці й практичному застосуванні нових методів

і засобів реабілітації. Доведено, що медична реабілітація є різнодоступною для хворих із різною патологією. При хворобах опорно-рухового апарату вона використовується в 5,7 разу відносно частіше порівняно з іншими хворобами. Це є результатом історичного розвитку медичної реабілітації, який почався саме з цих хвороб. Водночас, суттєво рідше медична реабілітація використовується стосовно хвороб системи кровообігу (в 2,7 разу), хвороб органів дихання (в 6,7 разу), хвороб органів травлення (в 2,7 разу), що потребує прискореного розвитку її адекватних методів і засобів із метою більш позитивного впливу на громадське здоров'я. У сучасних умовах розвитку системи охорони здоров'я основним резервом збільшення можливостей медичної реабілітації є її розвиток на первинному рівні медичної допомоги шляхом відповідної підготовки сімейних лікарів і створення на лікарських амбулаторіях відповідних умов та організація лікарень відновного лікування у складі госпітальних округів.

Дата надходження рукопису до редакції: 21.10.2013 р.

К.С. Красовський (Київ)

ДИНАМІКА СМЕРТНОСТІ ВІД ПОВ'ЯЗАНИХ ІЗ ТЮТЮНОКУРІННЯМ ХВОРОБ В УКРАЇНІ ЗА 2008–2012 РОКИ

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

У 2008–2012 рр. рівень поширеності куріння тютюну в Україні суттєво зменшився. За даними звітів Державної служби статистики, кількість курців в Україні скоротилася з 10 069 000 у 2008 р. до 8 354 900 у 2012 р., або на 17%.

Мета роботи – з'ясувати вплив зменшення поширеності куріння на кількість смертей від хвороб, для яких тютюнокуріння є одним із провідних факторів ризику.

Матеріали та методи

Використано дані щодо кількості смертей від усіх зазначених у звітах Державної служби статистики причин серед чоловіків і жінок різних вікових груп в Україні за 2008–2012 рр.

Результати дослідження та їх обговорення

Хронічне обструктивне захворювання легень є хворобою, для якого активне куріння є головним фактором ризику смерті. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), 58% смертей від хронічних обструктивних захворювань легень в Україні зумовлені тютюнокурінням. Відомо, що активне і пасивне куріння обтяжує перебіг астми і може спричинити смерть.

Протягом 2008–2012 рр. кількість смертей від емфіземи в Україні зменшилася удвічі (з 117 до 60), а кількість смертей від астми – на 36% (з 305 до 196). Загалом кількість смертей від хронічних хвороб нижніх дихальних шляхів скоротилася з 14 542 до 9 911, або на 32%: на 34% для чоловіків і на 27% для жінок.

На розвиток серцево-судинних хвороб, особливо в старшому віці, крім куріння, впливає багато інших факторів. Водночас, наукові дослідження показують, що понад 50% смертей від інсульту серед людей до 65 років, зумовлені курінням. Тому нами проаналізовано дані щодо смертності від інсульту для людей працездатного віку (16–59 років для чоловіків, 16–55 років для жінок). Кількість таких смертей у 2008–2012 рр. скоротилася на 35%. Загалом смертність від хвороб системи кровообігу серед людей працездатного віку в 2008–2012 рр. зменшилася на 28%.

Тютюнокуріння може призвести до пожежі, яка в деяких випадках (особливо якщо курець перебуває у стані алкогольного сп'яніння) може зумовити смерть. Кількість смертей від нещасних випадків, спричинених дією диму, вогню та полум'я, зменшилися в Україні в 2008–2012 рр. на 41% серед чоловіків і на 21% серед жінок.

Тютюнокуріння може призвести до пожежі, яка в деяких випадках (особливо якщо курець перебуває у стані алкогольного сп'яніння) може зумовити смерть. Кількість смертей від нещасних випадків, спричинених дією диму, вогню та полум'я, зменшилися в Україні в 2008–2012 рр. на 41% серед чоловіків і на 21% серед жінок.

За даними ВООЗ, 26% смертей від туберкульозу в Україні зумовлені тютюнокурінням. Кількість смертей від туберкульозу органів дихання в Україні зменшилася з 6912 у 2008 р. до 4347 у 2012 р., або на 37%.

Дослідження показали, що куріння збільшує ризик системного червоного вовчаку в 1,5 разу. У 2008–2012 рр. кількість смертей від цієї хвороби скоротилася на 39%.

Пасивне куріння є одним з основних факторів синдрому раптової смерті немовляти. У 2008–2012 рр. кількість таких смертей зменшилася на 18%.

Висновки

Аналіз даних показав, що зменшення поширеності тютюнокуріння в 2008–2012 рр. сприяло скороченню рівня смертності серед населення України.

Зменшення смертності від астми та синдрому раптової смерті немовлят цілком вірогідно вплинуло на зниження рівнів пасивного куріння, яке також спостерігалось в Україні останніми роками.

Виявлені тенденції довели, що заходи контролю над тютюном, які вже проводилися в Україні, слід продовжувати, оскільки вони є ефективними щодо поліпшення здоров'я населення України, але їх слід посилити і забезпечити належними ресурсами для закріплення та розвитку позитивних тенденцій.

Дата надходження рукопису до редакції: 07.10.2013 р.

Є.М. Кривенко, О.Р. Ситенко (Київ)

ДОЦІЛЬНІСТЬ ДОСЛІДЖЕННЯ ГРОМАДСЬКОЇ ДУМКИ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

Дослідження громадської думки відіграє в охороні здоров'я значну роль. Управлінські рішення, що приймаються на рівні державних і регіональних структур охорони здоров'я з метою оптимізації їх функціонування, в умовах якісних змін соціально-економічного середовища, особливо в розбалансованих соціальних системах і швидкоплинній обстановці, потребують адекватних форм і методів отримання оперативної інформації.

Для своєчасної оцінки ситуації, яка склалася у свідомості споживачів послуг охорони здоров'я, установам різних рівнів, як комерційним, так і державним, потрібні фахівці з проведення досліджень громадської думки.

Таким чином, дослідження в охороні здоров'я мають стратегічну значущість у розвитку відносин із суспільством. Вони дають змогу впливати на цільові групи за допомогою отриманої інформації.

Значна частина досліджень у галузі охорони здоров'я проводиться не в комерційних цілях, тобто зібрана інформація якщо і поширюється в ЗМІ, то не як частина рекламної кампанії однієї з організацій охорони здоров'я, а лише з метою опублікування поточних даних про стан того чи іншого сектора охорони здоров'я.

У системі охорони здоров'я використовується кілька основних напрямів соціологічних досліджень.

Перший напрям пов'язаний із вивченням взаємодії системи охорони здоров'я і суспільства. Він дає змогу отримувати інформацію від населення про ефек-

тивність роботи системи охорони здоров'я, вивчати інформаційні запити цільових груп, мотивацію на зміну ставлення до власного здоров'я.

Другий напрям соціологічних досліджень вивчає проблеми в межах системи охорони здоров'я. Це і проблеми медичних працівників, пов'язані з їх професійною діяльністю, соціальним статусом у суспільстві, і взаємодія системи охорони здоров'я з іншими соціальними інститутами й державними органами.

Третій напрям – медико-соціологічні дослідження – пов'язаний із вивченням соціально-психологічних аспектів перебігу захворювань і дає можливість у перспективі прогнозувати групи ризику за деякими захворюваннями.

Результати соціологічних досліджень широко використовуються у діяльності профілактичних установ країни. На основі отриманих даних заклади пропонують різноманітні стратегії з профілактики захворювань і стимулювання здорового способу життя, поліпшення здоров'я населення тощо. Так, медико-санітарне просвітництво, спрямоване на боротьбу з курінням, найчастіше досить ефективно завдяки отриманій із проведених досліджень інформації.

Дослідження громадської думки сприяють створенню такої комунікаційної стратегії, завдяки якій, поряд з іншими завданнями, у різних верств населення сформується відповідне ставлення до здоров'я, хвороби і медичного обслуговування, медицини та організації охорони здоров'я.

Дата надходження рукопису до редакції: 25.09.2013 р.

М.О. Крисько (Київ)

ДО ПИТАННЯ ІНТЕГРАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ З ВІЛ/СНІДУ НА ПЕРВИННИЙ РІВЕНЬ

Центр мікрохірургії ока

Запропонована концептуальна модель інтеграції медичної допомоги з ВІЛ/СНІДУ на первинний рівень із метою підвищення ефективності протидії розвитку епідемії ВІЛ/СНІДУ. Центральне місце в запропонованій моделі посідає сім'я.

Теоретична основа розробки моделі – дані світової та вітчизняної літератури, база фактичних даних щодо захворюваності населення на ВІЛ/СНІД, темпів поширення інфекції серед населення, організації медичної допомоги і насамперед профілактичної діяльності, з використанням яких обґрунтовано та запропоновано кластерну модель інтеграції медичної допомоги з ВІЛ/СНІДУ на первинний рівень.

Ключовою ідеєю є послідовне вирішення пріоритетної проблеми підвищення ефективності профілактичної діяльності щодо зменшення темпів поширення епідемії ВІЛ/СНІДУ в Україні і поліпшення доступності та якості медичної допомоги ВІЛ-інфікованим і хворим на СНІД.

Основним напрямом діяльності є профілактична складова моделі, яка передбачає різні форми й методи роботи, направлені на дві категорії населення: здорових і ВІЛ-інфікованих. Профілактика ВІЛ-інфікування має проводитися на рівнях від індивідуального до рівня громади шляхом використання як індивідуальних, так і групових форм роботи із залученням до неї неформальних лідерів.

Структурна основа системи – це ресурси діючої системи охорони здоров'я. Її впровадження потребує додаткових фінансових ресурсів на матеріально-технічне забезпечення відповідно до галузевих стандартів.

До існуючої системи надання медичної допомоги з ВІЛ/СНІДУ запропоновано на першому рівні ввести:

- сім'ю і сімейних лікарів із визначенням їхніх функцій;
- НДО з визначенням їхніх функцій і обсягів.

До функцій сімейного лікаря з надання медичної допомоги з приводу ВІЛ/СНІДУ запропоновано включити:

- 1) інформаційно-освітню роботу на рівні сім'ї з проблеми ВІЛ/СНІДУ з формуванням у її членів навичок безпечної поведінки з пріоритетом організації профілактичної роботи серед молоді;
- 2) передтестове консультування;
- 3) медичне консультування та психологічна підтримка сім'ї на випадок ВІЛ-інфікування одного чи декількох членів сім'ї;
- 4) проведення призначеного спеціалістами з ВІЛ/СНІДУ лікування в домашньому стаціонарі;
- 5) навчання членів сім'ї догляду за хворим на СНІД;
- 6) забезпечення медичної допомоги вдома хворому на СНІД у термінальній стадії.

Дата надходження рукопису до редакції: 21.10.2013 р.

В.В. Кручаниця (Ужгород)

РЕГІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НАСЕЛЕННЯ НА ХРОНІЧНИЙ АЛКОГОЛІЗМ

Закарпатський обласний наркологічний диспансер

Рівень захворюваності дорослого населення на хронічний алкоголізм за період 2007–2011 рр. у цілому по Україні скоротився в 1,33 разу (у 2011 р. – 80,20 на 100 тис. дорослого населення). Рівень захворюваності на хронічний алкоголізм скоротився в усіх регіонах України, крім Миколаївської та Сумської областей. У Миколаївській області показник зріс в 1,12 разу (2011 р. – 111,37), а в Сумській області – в 1,39 разу (показник – 85,91).

Показник захворюваності дорослого населення на гострі психотичні алкогольні розлади (алкогольні психози) в цілому по країні скоротився в 2,23 разу і становив 9,24 на 100 тис. дорослого населення. При цьому скорочення зареєстровано в усіх регіонах України. Найнижчі

рівні захворюваності дорослого населення на гострі психотичні алкогольні розлади зафіксовано в Харківській (1,50), а найвищі – в Донецькій (21,52) областях. Різниця була достовірною і становила 14,35 разу.

Показник поширеності гострих психотичних алкогольних розладів (алкогольних психозів) серед дорослого населення в цілому по країні скоротився в 2,12 разу і становив 15,66 на 100 тис. дорослого населення. При цьому зменшення зареєстровано в усіх регіонах України. Найнижчі рівні поширеності серед дорослого населення гострих психотичних алкогольних розладів зафіксовано в Дніпропетровській (1,47), а найвищі – у Хмельницькій (39,28) областях. Різниця була достовірною і становила 26,72 разу.

Дата надходження рукопису до редакції: 21.10.2013 р.

УДК 616-021-084:303.4(100)

Н.Т. Кучеренко (Київ)

ЄВРОПЕЙСЬКА СТРАТЕГІЯ ПРОФІЛАКТИКИ ХРОНІЧНИХ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

Масштаб поширення неінфекційних захворювань (НІЗ) викликає глибоку занепокоєність світової спільноти.

Так, 2/3 летальних випадків в усьому світі викликані НІЗ, головним чином, серцево-судинними, онкологічними, хронічними респіраторними захворюваннями та діабетом.

Мета роботи – висвітлити Європейську стратегію профілактики хронічних НІЗ.

Матеріали та методи

Серед причин подібної ситуації з НІЗ у світі зазначаються передусім так звані фактори ризику: вживання

тютюну, зловживання алкоголем, нездоровий режим харчування і недостатня фізична активність. Негативний безпосередній вплив на рівні поширеності НІЗ мають такі соціальні фактори, як якість життя людини, нерівний розподіл багатства, брак освіти, стрімка урбанізація і старіння населення, а також соціально-економічні, гендерні, політичні, поведінкові та екологічні детермінанти здоров'я. Згідно з висновками, зробленими у Політичній декларації наради високого рівня Генеральної Асамблеї з профілактики неінфекційних захворювань і боротьби з ними (від 19 вересня 2011 р.), вирішення проблем, пов'язаних із НІЗ, можливе тільки через взаємодопомогу та спільну роботу всіх суспільних структур, з-поміж яких органи державної влади, бізнес і представники громадського руху. При вивченні даної проблеми застосовано такі методи дослідження: статистичні, порівняльні.

Результати дослідження та їх обговорення

Позитивний результат можливий лише тоді, коли до участі в програмах партнерської співпраці для зміцнення здоров'я і скорочення факторів ризику поширення НІЗ будуть залучатися в тому числі й структури, не пов'язані з охороною здоров'я, приватний сектор і суспільство. До національних урядів світу ВООЗ звертається в даному документі з проханням активізувати роботу щодо формування партнерських зв'язків між урядом і суспільством, а також сприяти в нарощуванні потенціалу неурядових організацій, які займаються проблематикою НІЗ і діючих на національному та регіональному рівнях, з метою допомогти їм повністю реалізувати свої можливості як партнерів у справі профілактики НІЗ і боротьби з ними.

В Україні розроблено проект Загальнодержавної програми «Здоров'я – 2020: український вимір» відповідно до пріоритетів нової європейської політики та основних напрямів державної політики в охороні здоров'я. Програма є новим документом, що забезпечить реалізацію стратегічного планування та програмно-цільового методу в охороні здоров'я. Метою Загальнодержавної програми «Здоров'я – 2020: український вимір» є збереження та зміцнення здоров'я, профілактика захворювань, зниження рівня захворюваності, інвалідності й смертності населення, підвищення якості та ефективності надання медичної допомоги,

забезпечення соціальної справедливості та захисту прав громадян на охорону здоров'я.

Програмою передбачено впровадження стратегічного керівництва в інтересах здоров'я, тобто спільних дій сектору охорони здоров'я та інших, державного, приватного секторів і громадян в ім'я загальних інтересів. Стратегічним напрямом Програми є комплексна багатовекторна профілактика, яка охоплює усі прошарки населення, здійснюється в усі вікові періоди протягом життя, в усіх сферах діяльності і буття.

Розділами програми є: вдосконалення державної політики у сфері суспільної охорони здоров'я; формування здорового способу життя та профілактика хронічних НІЗ; охорона навколишнього середовища, створення здорового середовища проживання; інвестування в здоров'я здорових людей; удосконалення медичної допомоги населенню та профілактики НІЗ, розвиток системи надання медичної допомоги; стратегічне управління; кадрове забезпечення охорони здоров'я; фінансові ресурси та управління ними, забезпечення лікарськими засобами, виробами медичного призначення та обладнанням закладів охорони здоров'я і пільгових груп населення; оптимізація інформаційного забезпечення охорони здоров'я; розвиток медичної науки та створення ефективної системи впровадження в практику сучасних інноваційних технологій, забезпечення розвитку міжнародного співробітництва.

Висновки

Реалізація Програми дасть змогу досягти цільових показників щодо зменшення загального тягаря хвороб, скорочення поширеності серед населення чинників ризику, поліпшення соціально-економічних, екологічних детермінант здоров'я, скорочення нерівності у здоров'ї та його охороні, зміцнення системи охорони здоров'я, забезпечення населення доступною та якісною медичною допомогою, залучення громадськості й широкого кола інших діючих сил до справи охорони і поліпшення здоров'я, подовження середньої очікуваної тривалості життя та підвищення його якості.

Зважаючи на те, що лівова частка передчасної смертності українців пов'язана із хворобами серцево-судинної системи, онкологічними захворюваннями і травмами, у країні взято курс на зміни в системі охорони здоров'я з її переорієнтацією на профілактику захворювань, передусім неінфекційних.

Дата надходження рукопису до редакції: 08.10.2013 р.

В.А. Лахно, Г.И. Неуймина, Г.Н. Носенко (Симферополь)

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ САНИТАРНОЙ СЛУЖБЫ УКРАИНЫ

СЭС ОМО ГУ МВД Украины в АР Крым
Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского

Основным направлением деятельности Государственной санитарно-эпидемиологической службы (СЭС) Украины в 2013 г. является усовершенствование государственного надзора в сфере санитарного и эпидемического благополучия населения. Пути улучшения эффективности и результативности санэпиднадзора рассматриваются в проведении плановых мероприятий, снижении удельного веса безрезультативных выходов на объекты и обследований, устранении дублирования полномочий с другими контролирующими органами и учреждениями, усовершенствовании нормативно-правового обеспечения государственного санэпиднадзора. В результате административной реформы в Украине проведено реформирование государственной системы СЭС. Из 770 учреждений СЭС, в которых работало 52 944 человека, в настоящее время осталось 377 учреждений, в которых работают 29 996 сотрудников.

Несмотря на реформирование системы ГосСЭС, предусматривающую двухкомпонентную трехуровневую структуру (1-й уровень – центральный аппарат; 2-й – региональный; 3-й – местный), действие на Украине соответствующих законов [1, 2, 3] и имеющийся положительный опыт по организации и проведению государственного санитарного надзора, остаются следующие проблемы:

1. Обеспечения специалистов ГосСЭС Украины санитарными правилами и нормами. Так, из 277 действующих СанПиНов в Украине разработано 15, а остальные разработаны в бывшем СССР и не адаптированы для Украины.
2. Отсутствие гигиенических нормативов для контроля над организацией учреждений семейного отдыха, а также по обеспечению отдыха детей на базе образовательных и внешкольных учреждений.
3. Отсутствие единых межгосударственных критериев для определения уровня физического развития детей всех возрастных групп. В Автономной Республике Крым оздоравливаются дети из всех независимых государств бывшего СССР, где климато-географические, социально-экономические, этнические и другие условия разные. Сущест-

вующие стандарты требуют своевременной корректировки не реже одного раза в 10 лет.

4. Отсутствие критериев по оценке адаптационных возможностей детского организма в условиях Крыма, а также четких критериев по оценке эффективности оздоровления детей.

Общеизвестно, что интегральным показателем оценки состояния здоровья детей и подростков является их физическое развитие, которое позволяет проследить как глобальные, так и кратковременные изменения в определенной популяции на протяжении незначительного периода. Выявление отклонений в физическом развитии и функциональном состоянии детей и подростков позволяет на доназологическом этапе разработать и внедрить эффективную систему профилактических мероприятий, направленных на оздоровление детского и подросткового населения. Щудро С.А. разработана информационная технология оценки физического развития подростков, но, к сожалению, не существует стандартов оценки уровня физического развития детей и подростков в зависимости от климато-географических, этнических и других условий, что важно для Крыма.

Одним из основных показателей, свидетельствующих об ухудшении состояния здоровья человека в XXI веке, является снижение функциональных резервов его органов и систем. Поэтому в нынешних условиях активно развивается направление, которое базируется на оценке состояния здоровья с точки зрения адаптации. Изучение уровня адаптационных возможностей школьников с учетом возраста, пола и соматотипом позволит углубить и обобщить знания об особенностях роста и развития детского организма.

Существующая система государственного санитарного надзора требует корректировки в части организации контроля за детскими, подростковыми учреждениями, учреждениями отдыха на базе образовательных и внешкольных учреждений, а также учреждениями для семейного отдыха. Кроме того, необходимо разработать региональные и межгосударственные стандарты физического развития детей в зависимости от климато-географических условий.

Список літератури

1. *Про основні засади державного нагляду у сфері господарської діяльності: Закон України* [Електронний документ]. – Режим доступу : [http : www.rada.gov.ua](http://www.rada.gov.ua). – Назва з екрана.
2. *Національний план дій на 2013 рік по впровадженню Програми економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентноспроможна економіка, ефективна держава»* [Електронний документ]. – Режим доступу : [http : www.rada.gov.ua](http://www.rada.gov.ua). – Назва з екрана.
3. *Постанова Кабінету Міністрів України від 30.11.2011 р. № 1405 «Про затвердження критеріїв, за якими оцінюється ступінь ризику від провадження господарської діяльності»* [Електронний документ]. – Режим доступу : [http : www.rada.gov.ua](http://www.rada.gov.ua). – Назва з екрана.

Дата поступлення рукопису в редакцію: 25.09.2013 р.

УДК 614.2:616.12-084.003.12

З.В. Лашкул, В.Ф. Посний, В.С. Авраменко (Запоріжжя)

ОЦІНКА ЗНАТЬ ОРГАНІЗАТОРІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ В ПИТАННЯХ ПРОФІЛАКТИКИ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

Незважаючи на позитивну динаміку окремих показників здоров'я останніми роками, загальна смертність населення, в тому числі працездатного віку, значно перевищує аналогічні показники країн Євросоюзу. Темпи зростання тривалості життя населення в Україні є нижчими, ніж у розвинених європейських країнах. У структурі загальної смертності населення України серцево-судинні захворювання (ССЗ) становлять 65,8%. Тому пріоритетними напрямками реформування охорони здоров'я в Україні є зміщення акцентів із лікувальної роботи в бік профілактичної, результативність якої залежить передусім від організації цієї роботи в закладах охорони здоров'я. Дуже важливо знати, наскільки організатори охорони здоров'я, які проводять цю роботу, володіють сучасними знаннями й технологіями відповідно до програм профілактики ССЗ. Важливе значення щодо організації профілактичної роботи на місцях є формування особистого ставлення до власного здоров'я.

Мета роботи – в рамках виконання наукової роботи кафедри на тему: «Наукове обґрунтування вдосконалення роботи лікаря загальної практики по формуванню здорового способу життя у пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями» провести анкетування організаторів охорони здоров'я первинної ланки на знання

факторів, які впливають на показники захворюваності та смертності від серцево-судинних захворювань.

Матеріали та методи

Анкета розроблена співробітниками кафедри на основі рекомендацій із профілактики ССЗ і складається з таких розділів: дані про респондентів, їх ставлення до власного здоров'я, обізнаність у загальних питаннях профілактики ССЗ, питання діагностики гіпертонічної хвороби та дисліпідемій. В анкетуванні взяли участь 110 лікарів-організаторів охорони здоров'я Запорізької, Дніпропетровської, Херсонської та Миколаївської областей, які працюють у первинній ланці охорони здоров'я.

Результати дослідження та їх обговорення

Аналіз матеріалів, отриманих під час анкетування, показав, що понад 50% респондентів вірно назвали фактори ризику, які впливають на здоров'я, захворюваність і смертність від ССЗ.

Водночас, виявлено значні розбіжності в знаннях респондентів із діагностики гіпертонічної хвороби. Усього 52% респондентів правильно відповіли на запи-

тання, який цільовий рівень артеріального тиску слід підтримувати при лікуванні гіпертонічної хвороби, 45% лікарів надали правильні відповіді, який цільовий рівень артеріального тиску необхідно підтримувати у хворих із цукровим діабетом і хворобами нирок.

Особливо недостатні знання у респондентів виявлені щодо діагностики дисліпідемій.

Усього 40% респондентів правильно відповіли на запитання допустимих показників загального холестерину.

Особливе занепокоєння викликають результати анкетування з розділу ставлення лікарів до власного здоров'я.

Так, постійно турбувалися про власне здоров'я 46% респондентів, 54% – інколи.

Серед опитаних 82% мали надлишкову вагу, 72% оцінили свій рівень фізичної активності як недостатній. Палили 62% респондентів серед чоловіків і 12% серед жінок.

Оцінюючи результати анкетування лікарів-організаторів охорони здоров'я за розділами діагностики та профілактики гіпертонічної хвороби, дисліпідемій, слід

вказати, що кращі результати виявлено в організаторів охорони здоров'я, які за фахом терапевти, сімейні лікарі.

Висновки

Виявлена достатньо висока обізнаність усіх респондентів у питаннях факторів ризику виникнення та методів профілактики ССЗ.

Встановлені недостатні знання організаторів охорони здоров'я в питаннях діагностики гіпертонічної хвороби, порушень ліпідного обміну.

Особливе занепокоєння викликає особисте ставлення респондентів до власного здоров'я: 60% респондентів становлять групу ризику щодо розвитку ССЗ.

Вважаємо за необхідне включити питання первинної та вторинної профілактики ССЗ до програм із підготовки організаторів охорони здоров'я.

При призначенні головних лікарів центрів первинної медико-санітарної допомоги слід віддавати перевагу організаторам охорони здоров'я, які за фахом є сімейними лікарями, терапевтами.

Дата надходження рукопису до редакції: 25.09.2013 р.

УДК 614.2.001.73.003.12

В.М. Лехан, Л.В. Крячкова (Дніпропетровськ)

ОЦІНКА ДИНАМІКИ СТРУКТУРНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Дніпропетровська державна медична академія

Для оцінки результатів діяльності територіальних систем охорони здоров'я, що довготривалий час функціонували в рамках моделі Семашко, додатково до критеріїв, визначених Всесвітньою організацією охорони здоров'я (досягнення у поліпшенні стану здоров'я населення; дотримання фінансової справедливості; підвищення чутливості системи до очікувань населення) доцільно використовувати інтегральний показник структурної ефективності охорони здоров'я (ОЗ). Він характеризує, наскільки ефективно з погляду одержання кінцевих результатів використовуються наявні ресурси, тобто наскільки раціональний набір складових компонентів системи і наскільки дієві механізми взаємозв'язку між ними. Враховуючи це, показники структурної ефек-

тивності є відображенням структурних диспропорцій у системі охорони здоров'я і прогресу в їх подоланні.

Мета роботи – оцінити інтегральні показники структурної ефективності систем охорони здоров'я для визначення дієвості проведених заходів щодо модернізації галузі.

Матеріали та методи

Структурна ефективність системи ОЗ оцінювалася на підставі інтегрального показника, який визначався за значеннями окремих індикаторів структурної ефективності (частки витрат на стаціонарну допомогу в загальних витратах на охорону здоров'я; частки лікарів загаль-

ної практики / сімейних лікарів у загальному числі лікарів; числа лікарняних ліжок на 100 000 населення; частки лікарень із потужністю до 50 ліжок у загальній кількості закладів, які надають стаціонарну допомогу; частки лікарів первинної ланки в загальному числі лікарів; числа стаціонарів на 100 000 населення; числа ліжок-днів на одного жителя на рік). Їх кількість і внесок в інтегральний показник визначався експертним шляхом за 10-бальною шкалою. Інтегральний показник формувався таким чином, що перебував у діапазоні 0–1 та зростав зі збільшенням структурної ефективності.

Результати дослідження та їх обговорення

Аналіз інтегрального показника структурної ефективності охорони здоров'я України за 2006–2008 рр. показав, що він мав незначну позитивну динаміку (збільшився на 1,54% з 0,388 до 0,394), що відображало зусилля охорони здоров'я на шляху підвищення обсягів втручання на первинному рівні. Але коливання показника структурної ефективності в цей період вказували на відсутність системних заходів.

У 2009–2009 рр. інтегральний показник структурної ефективності зменшився на 9,39%, що пов'язано із загальною економічною кризою і підсиленням структурних диспропорцій через направлення обмежених фінансових ресурсів на утримання лікувальних закладів, більшість яких представлена ресурсовитратними

лікарняними установами. Але вже на наступний рік після прийняття державної програми щодо реформування галузі показник збільшився і досягнув у 2012 р. значення 0,412. Загалом за період із 2009 р. він зріс на 15,4%, але не досягнув середнього рівня, що пояснювалося залученням до інтенсивного процесу структурної оптимізації лише пілотних територій. Інтегральні показники структурної ефективності регіональних систем охорони здоров'я України у 2009–2012 рр. збільшилися майже на усіх територіях. Найбільше змінився показник структурної ефективності ОЗ на територіях пілотних регіонів – у Дніпропетровській (збільшення у 2,3 рази), Донецькій (збільшення на 72,33%) і Вінницькій областях (збільшення на 61,07%).

Побудова трендів зміни показника до 2014 р. за різними сценаріями показала, що з 2010 р. заходи щодо модернізації охорони здоров'я не проводилися, показник структурної ефективності національної охорони здоров'я фактично не відрізнявся від індикатора 2009 р.

Висновки

Отже, при проведенні системних заходів щодо реструктуризації галузі, подальшої еволюції системи первинної медичної допомоги та оптимізації роботи стаціонарного сектору із залученням стаціонарозамінних технологій, ситуація щодо оптимізації структурної ефективності може суттєво поліпшитися і потрібно продовжувати модернізацію системи ОЗ у цьому напрямку.

Дата надходження рукопису до редакції: 25.09.2013 р.

УДК 61:304.3:378

Л.О. Литвинова, Н.М. Захарова, Н.В. Гречишкіна, В.Б. Замкевич (Київ)

СУЧАСНІ ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ПИТАНЬ ВАЛЕОЛОГІЇ В МЕДИЧНОМУ ВУЗІ

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Висвітлення питань профілактики, валеології, здорового способу життя у медичних вузах передбачене певною мірою в усіх клінічних і гігієнічних дисциплінах, що вивчаються студентами. Проте за відсутності окремої обов'язкової дисципліни «Валеологія» значна роль відведена предмету «Соціальна медицина та організація охорони здоров'я», де розглядаються всі аспекти здоров'я населення. Питання промоції здоров'я висвітлені у главах нових підручників (підготовлених за

участю співробітників кафедри) із громадського здоров'я для студентів лікувальних і стоматологічних факультетів.

Опитування студентів старших курсів показало, що студенти не завжди чітко диференціюють рівні профілактики, а поняття здорового способу життя розуміють лише як відмову від тютюну та алкоголю. При опануванні студентами теорії й практики клінічної медицини з'ясовано, що в цілому вони орієнтовані на хворого, забуваючи про «здоров'я здорових».

Програма із «Соціальної медицини» на V курсі навчання передбачає лише двогодинне практичне заняття, присвячене методам і засобам гігієнічного виховання населення. Студенти опановують правове підґрунтя та напрямки формування здорового способу життя; складають план лекції санітарно-просвітницького напрямку та анкету-запитник для вивчення впливу певних чинників на здоров'я; ознайомлюються з міжнародними проектами навколо питань здорового способу життя («Здорові міста», «Європа без тютюну», «Обстеження стану здоров'я населення за допомогою опитувань», «Європейська мережа шкіл сприяння здоров'ю»).

Ми намагаємося диференційовано підходити до складання завдань і ситуаційних завдань на різних факультетах. Так, у навчанні студентів медико-профілактичного факультету акцентується увага на санітарно-просвітницькій роботі з колективами (працівниками підприємств, школярами та ін.) щодо підготовки лекцій, орієнтованих на цільову аудиторію, складання макетів листівок, плакатів профілактичної спрямованості. Студенти медичних факультетів (здебільшого майбутні сімейні лікарі) зацікавлені в роботі з окремим пацієнтом щодо формування у нього настанов на здоровий спосіб життя, розробку індивідуальної програми, спрямованої на підтримку і збереження здоров'я. При підготовці практичних завдань ми користуємося даними офіційної статистики Європейської бази даних «Здоров'я для всіх», де висвітлена інформація про вживання алкоголю, тютюнокуріння, забруднення довкілля, характер харчування, особливості проживання населення, характер водопостачання. Використання відповідних показників

дає змогу пов'язувати їх зі змінами у стані здоров'я населення. Проте у вітчизняній базі даних така інформація неповна, а за деякими позиціями – просто відсутня, що не дає змоги проводити порівняльний аналіз за відповідними показниками в різних областях України.

Поширенню валеологічних знань серед студентів сприяє співпраця кафедри з Київським міським центром здоров'я: провідні фахівці залучаються до читання лекцій, демонструють фільми, друковану продукцію центру. Наші студенти щороку беруть активну участь у проведенні міжнародної конференції, присвяченої Всесвітньому дню здоров'я, що проходить на базі Національного медичного університету, влаштовують численні заходи, наприклад, до Всесвітнього дня без тютюну – Круглий стіл «Майбутні медичні працівники – проти куріння»; до Всесвітнього дня серця – вимір артеріального тиску для киян тощо.

Навчальні плани також передбачають так званий елективний курс за вибором «Актуальні питання індивідуальної та громадської гігієни та профілактики» для студентів VI курсу медико-профілактичного факультету та «Валеологія» для студентів I курсу фармацевтичного факультету, однак останній більш потрібен на старших курсах медичних факультетів.

У подальшому слід розвивати і використовувати нові форми поширення валеологічних знань серед медичної спільноти: проводити індивідуальні консультації та виїзні тренінги валеологами і синологами; читати on-line лекції; створити відповідні сайти, вебінари і форуми з можливістю обговорення актуальних питань, обміну інформацією між лікарями, студентами та спеціалістами в галузі профілактики.

Дата надходження рукопису до редакції: 25.09.2013 р.

УДК 614.2:616-082.001.73

В.М. Лобас, Н.Р. Готь, Г.Я. Пархоменко (Донецьк, Львів)

ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ СТАЦІОНАРНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ОБЛАСНОЮ КЛІНІЧНОЮ ЛІКАРНЕЮ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Донецький національний медичний університет імені М. Горького
Львівська обласна клінічна лікарня

В організації надання високоспеціалізованої медичної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я на рівні обласної лікарні постає

низка нових завдань: запровадження системи ефективного менеджменту при функціонуванні наглядової ради; системи безпечного перебування пацієнтів у закладі

охорони здоров'я; стратегічне планування розвитку закладу охорони здоров'я в умовах конкуренції з приватними закладами охорони здоров'я, які активно розвиваються при впровадженні сучасних методів фінансування, що потребує від організаторів охорони здоров'я нових компетенцій, знань і професійних умінь.

Проведений аналіз вказує на те, що в обласні лікарні, де має надаватися високоспеціалізована, а відповідно, і високовартісна стаціонарна медична допомога, госпіталізується до 40,0%, які потребують виключно спеціалізованої медичної допомоги вторинного рівня. А отже, і без того недостатні ресурси, вкрай потрібні на розвиток обласного закладу, використовуються нерационально. Аналіз вказує на необхідність планування обсягів й потужності стаціонарного сектора для надання високоспеціалізованої як ургентної, так і планової медичної допомоги. Важливим завданням є розробка показів і системи підготовки до надання медичної допомоги в закладах охорони здоров'я третинного рівня надання медичної допомоги. Це завдання є комплексним і підлягає вирішенню на центральному галузевому рівні із залученням науковців, практичних лікарів та економістів.

Важливим є питання існування малопотужних обласних спеціалізованих закладів охорони здоров'я (ендокринологічних, дерматологічних, кардіологічних тощо). Існують окремі види високоспеціалізованої медичної допомоги, за якими допомога надається в міських (обласного центру) закладах охорони здоров'я. Медична допомога за такими спеціальностями, але за визначеними умовами, більш якісна, може надаватися в обласних лікарнях при значному

зниженні накладних, у тому числі адміністративних, витрат. Отже, поставлено завдання реорганізації частини закладів охорони здоров'я третинного рівня медичної допомоги шляхом об'єднання їх з обласними лікарнями.

Важливою складовою надання медичної допомоги в регіоні, у тому числі високоспеціалізованої, є її наступність. Дані досліджень вказують, що сьогодні вона використовується вкрай недостатньо. Оптимальним механізмом, який може забезпечити наступність у наданні медичної допомоги на її етапах і рівнях, має стати єдиний реєстр пацієнтів.

Постає питання і кадрової політики на рівні обласної лікарні. Ми впевнені в тому, що надавати високоспеціалізовану медичну допомогу повинні тільки високоспеціалізовані медичні працівники, як лікарі, так і середні медичні працівники. До речі, їх значення в наданні медичної допомоги пацієнтам слід значно підвищити. При цьому медичний персонал має бути мотивованим до якісної та ефективної праці. Це можна забезпечити шляхом усунення жорсткого централізованого нормування штатного розпису; впровадження економічних механізмів оплати праці, що може забезпечити їх професійну конкуренцію.

Інновацією кадрової політики може стати персоналізований автоматизований облік діяльності кожного медичного працівника лікарні за визначеними критеріями.

Таким чином, обласні лікарні мають стати в регіонах центрами з наданням консультативної, діагностичної та лікувальної високоспеціалізованої допомоги населенню.

Дата надходження рукопису до редакції: 21.10.2013 р.

УДК 614.2.008.2:001.8

В.М. Лобас, О.Т. Дорохова, Г.О. Слабкий, А.В. Владзимирський (Донецьк)

ОНОВЛЕНА МЕТОДОЛОГІЯ НАВЧАННЯ КЕРІВНИКІВ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ ФОРМУВАННЮ ЦІЛЕЙ ОРГАНІЗАЦІЇ

Донецький національний медичний університет імені М. Горького

Одним із найважливіших елементів управлінської діяльності в цілому і процесу планування зокрема є постановка цілей. Саме тому вивченню цієї

проблеми приділяється значна увага в післядипломній підготовці керівників, які працюють у системі охорони здоров'я. Розумінню актуальності вивчення цього роз-

ділу сприяє усвідомлення слухачами циклів підвищення кваліфікації того, що постановка цілей (насамперед особистих) допомагає людині вирішувати, що в його житті й роботі найприйнятніше та корисне, а також виробити критерії, які дають змогу судити про важливість дій. Без мети людина даремно витрачає сили, часто почувається деморалізовано і засмучено, не критично сприймає чужий вплив. Над людьми без чітких цілей зазвичай панують вимоги моменту. Водночас, правильно поставлені та періодично кориговані цілі забезпечують усвідомлену організацію життя і роботи, зміцнення почуття впевненості в собі, повагу оточення, а також можливість досягнення бажаних результатів. Керівник, який має навички правильного формулювання цілей особистих і колективних, здатний забезпечити успішну діяльність очолюваної ним організації.

З метою акцентування уваги на цих питаннях керівників, які підвищують кваліфікацію на кафедрі організації вищої освіти, управління охороною здоров'я та епідеміології Навчально-наукового інституту післядипломної освіти Донецького національного медичного університету імені М. Горького проводить навчання навичкам формулювання цілей, які визначають особисту і колективну діяльність. Відправним моментом слугує положення про те, що основна спільна мета організації – чітко виражена причина її існування – позначається як її місія. Цілі виробляються для забезпечення цієї місії. У процесі навчання підкреслюється, що значення відповідної місії, яка формально виражена і представлена співробітникам організації, неможливо перебільшити. Місія забезпечує напрям та орієнтири для визначення цілей і стратегій на різних організаційних рівнях. Створені на її основі конкретні цілі служать критеріями для усього подальшого процесу ухвалення управлінських рішень. Загальні уміння формулювати цілі у процесі навчання базуються передусім на конкретних уміннях користуватися різними характеристиками, або критеріями цілей. До таких характеристик відносяться, по-перше, конкретність і вимірність. Виражаючи свої цілі в конкретних і вимірних формах (наприклад, зменшити плинність кадрів на 5% на рік), керівництво створює чітку базу відліку для подальших рішень і оцінки ходу роботи, зокрема, для ухвалення рішень керівниками середньої ланки, також для виконання контрольних функцій. По-друге, цілі мають бути орієнтовані в часі. Керівники повинні мати уявлення про так званий горизонт прогнозування довгострокових, середньострокових і короткострокових цілей. По-третє, цілі мають бути досяжними. Якщо цілі не досяжні, прагнення працівників до успіху заблокується, і їх мотивація ослабне. По-четверте, щоб бути ефективними, множинні цілі організації мають бути такими, що взаємопідтримують одна одну, тобто дії і рішення, необхідні для досягнення однієї мети, не повинні заважати досягненню інших цілей. Для фор-

мування практичних навичок керівникам пропонується використати матеріали очолюваних ними установ для створення необхідного комплексу цілей або корекції цілей, розроблених раніше. Істотну допомогу в цьому надають пропоновані керівникам алгоритми постановки особистих і колективних цілей. Наприклад, один з алгоритмів постановки особистих цілей включає, зокрема, такі кроки: прояснення особистих виробничих потреб; вивчення можливостей; прийняття рішення про те, що особі треба; вибір; уточнення мети; встановлення часових меж; контроль досягнень. При виконанні індивідуальних завдань слухачам для порівняння пропонуються розроблені спеціалістами психологічні характеристики керівника з чіткими особистими цілями: такий керівник послідовний, уточнює завдання, які стоять перед ним, регулярно оцінює свою роботу, встановлює межі часу для конкретних дій, йде на розрахований ризик, уміло встановлює цілі, підтримує задовільну рівновагу між приватним життям і роботою, планує розвиток своєї кар'єри, має спільні цілі з оточенням, раціонально використовує час, ефективно делегує повноваження, об'єктивний в оцінці підлеглих. У процесі навчання викладачі концентрують увагу керівників на загальних помилках при виборі цілей, таких як недолік реалізму, невизначені часові рамки, відсутність вимірності неефективність, недолік спільної зацікавленості, конфлікти з персоналом, недолік інформованості, використання свідомо недосяжних цілей у якості покарання, недостатній аналіз початкової і поточної ситуації. Для закріплення навичок слухачі виконують набір ситуаційних завдань. Завдання створені на основі реальних ситуацій, які виникають у процесі управління, і можуть бути вирішені індивідуально або методом роботи в малих групах. У другому випадку заняття будується таким чином. На ввідному пленарному засіданні, в якому бере участь уся група, слухачі розподіляються на підгрупи по 3–4 людини. Кожна підгрупа отримує ситуаційні завдання та інструкції викладача з організації роботи в малих групах. Для роботи надаються учбові кімнати. У кожній підгрупі обирається лідер, до обов'язків якого входить організація індивідуальної роботи, розподіл обов'язків, визначення тимчасових етапів виконання завдання. Лідер дає можливість кожному учасникові групи запропонувати власний варіант вирішення завдання і має виробити оптимальний варіант колективного рішення. На завершальній загальній нараді лідер кожної підгрупи (чи хто-небудь зі слухачів за дорученням лідера) доповідає про результати роботи, висновки і пропозиції. Проводиться обговорення варіантів рішень. У кінці дискусії викладач аналізує її хід і наводить підсумки. Для підсумкового контролю формування навичок постановки цілей слухачам пропонується набір тестів, відповідаючи на питання яких слухачі перевіряють свої уміння визначати: 1) чи конкретні цілі, представлені

в тестах; 2) чи чітко встановлений кінцевий результат або ж цілі носять загальний характер і не мають тимчасових меж; 3) чи є вимірники цілей, а також наскільки цілі послідовні і досяжні.

У результаті такого навчання керівники виробляють навички оптимізації процесу встановлення особистих і колективних цілей, підвищують ефективність управлінської практики.

Дата надходження рукопису до редакції: 21.10.2013 р.

УДК 616-08-039.57(477.62)

В.М. Лобас, О.А. Кравець (Донецьк)

К ВОПРОСУ О РАЗВИТИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В ДОНЕЦКОЙ ОБЛАСТИ

Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького

Одним из приоритетных и перспективных направлений реформирования здравоохранения является развитие первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) на принципах общей практики / семейной медицины. В 2012 г. сделан очередной шаг в этом направлении путем — созданы 70 центров ПМСП (72 центра, или 97,2%, в т.ч. 55 — в городах, 17 — в районах).

Структурными подразделениями центров являются 445 амбулаторий (114 — в сельских районах, 331 — в городах и поселках городского типа) и 464 фельдшерско-акушерских пункта (ФАПа/ФП). Показатель обеспеченности амбулаториями в области составляет 1,01 на 10 тыс. населения, в городах — 0,81, в районах — 2,3. По сравнению с 2011 г., увеличилось количество штатных врачебных должностей с 4375,5 до 4691 (на 316), физических лиц с 2916 до 3048 (на 132). Заняты 3828 должностей. Первичную помощь оказывают 598 семейных врачей (2011 г. — 363), 903 участковых терапевта (2011 г. — 761) и 479 участковых педиатра (2011 г. — 541). Из 2849,25 штатных должностей первичного звена заняты 2317,75 штатные должности 1838 врачами. Дефицит кадров первичного звена составляет 13,9%. Согласно действующему приказу, в центрах работают 422 узких специалиста и 92 врача диагностической службы. Статистическая служба представлена 20 врачами-статистиками и 8 — методистами. Увеличилось число штатных должностей младших медицинских работников с медицинским образованием на 306,75 должностей (на 325 физических лиц). Штатным расписанием предусмотрены 10064,24 штат-

ных должностей младших специалистов, из них 8856 должностей заняты 7992 физическими лицами.

Укомплектованность врачами центров ПМСП области снизилась на 1,6% и составила 65,0%, врачами первичного звена снизилась на 3,1% и составила 64,5%, семейными врачами области снизилась на 2,9% (2012 г. — 63,8%), участковыми терапевтами снизилась на 3,9% (2012 г. — 60,6%), участковыми педиатрами снизилась на 0,5% (2012 г. — 73,7%).

Согласно приказу МЗ Украины от 02.11.2012 г. № 866, был определен норматив и потребность в развитии инфраструктуры амбулаторий центров ПМСП. Площадь физиотерапевтических кабинетов, массажных, дневных стационаров необходимо расширить в 46 амбулаториях, а число кабинетов врачебного приема пациентов нужно увеличить на 110, прививочных кабинетов — на 36, приемных помещений — на 162, конференц-залов — на 103.

В центрах осуществляется свободный выбор врача. Все центры и амбулатории ведут электронный реестр населения. В области функционируют 115 (25,8%) амбулаторий, подключенных к Интернету. Согласно таблице оснащения, 2 центра ПМСП оснащены медицинским оборудованием (город — 2, село — 0), 24 — транспортными средствами (город — 18, село — 6), 41 — средствами связи (город — 29, село — 12), 25 — компьютерами (город — 13, село — 12). В 275 амбулаториях и ФАПах расположены пункты реализации лекарственных средств.

С целью выполнения Программы экономических реформ 2010—2014 гг. «Заможне суспільство, конку-

рентоспроможна економіка, ефективна держава» внедрен порядок мотивации труда медработников первичного уровня, суммы, затраченные на мотивацию

врачей и средних медицинских работников, в 2012 г. составили соответственно 12809,955 тыс. грн и 19742,344 тыс. грн.

Дата поступления рукописи в редакцию: 21.10.2013 г.

УДК 614.2:616-057.87

О.В. Любінець, О.Є. Ходор (Львів)

СТАВЛЕННЯ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ ДО УПРАВЛІНСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Керівники медичних закладів України – це переважно лікарі зі значним досвідом і високою клінічною кваліфікацією, проте без спеціальної підготовки з питань управління охорони здоров'я. Спеціальна управлінська освіта сьогодні ще не є пріоритетною ознакою при призначенні на посаду керівника медичного закладу.

Мета роботи – вивчити ставлення студентів-медиків до роботи за спеціальністю «Організація та управління охороною здоров'я».

Матеріали та методи

У роботі використано соціологічний метод дослідження. Предметом дослідження були: ставлення, мотивація та позиціонування 839 студентів IV, V, VI курсів лікувального, медико-профілактичного та стоматологічного факультетів Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, щодо управлінської діяльності у закладах охорони здоров'я.

Результати дослідження та їх обговорення

У процесі розробки карти соціологічного опитування щодо ставлення студентів-медиків до роботи на посаді організатора охорони здоров'я ми включили найбільш важливі питання, які дають повну уяву про наміри окремих випускників після закінчення навчального закладу працювати управлінцями в системі охорони здоров'я.

На думку більшості (77,7±1,29%) студентів, лікувально-профілактичний заклад має очолювати лікар, а не менеджер (зі спеціальністю «Менеджмент організацій»), який не обізнаний у специфіці галузі охорони здоров'я. Однак вони вважають за потрібне впровадити в навчальний процес додатковий курс менеджменту, спираючись на те, що функції організатора охорони здоров'я співпадають із функціями менеджера.

Щодо підготовки керівників закладів охорони здоров'я 41,0±2,03% анкетованих студентів зазначили, що готувати таких потрібно в інтернатурі (первинна спеціалізація), 31,9±2,27% – у магістратурі з дисципліни «Громадське здоров'я та охорона здоров'я», 17,8±1,87% – на курсах спеціалізації факультетів післядипломної освіти.

З опитаних студентів більшість (68,3±2,37%) хотіла б працювати в установі державної власності, 25,0±1,98% – у приватній, 6,4±0,12% – у комунальній власності, що свідчить про пріоритетність державних медичних закладів. Проте на сьогодні вже 1/4 випускників вищих навчальних закладів планує працювати в приватних медичних структурах.

Водночас, 81,6±2,21% опитаних студентів хотіли б працювати в обласних, районних або міських лікувально-профілактичних закладах. Жоден студент не виявив бажання після закінчення навчального закладу працювати в амбулаторії загальної практики / сімейної медицини.

Із загальної чисельності опитаних 88,4±1,53% виявили бажання бути організаторами. При вивченні основних мотивів у намаганні обіймати посаду керів-

ника медичного закладу $34,6 \pm 1,89\%$ відповіли, що хочуть проявити себе як лідери, $25,5 \pm 2,01\%$ – самоствердитись, $20,5 \pm 2,17\%$ – поліпшити свій матеріальний стан, $19,4 \pm 2,53\%$ студентів – зробити свій фаховий внесок в охорону здоров'я.

Враховуючи сучасний не найкращий соціальний статус лікаря в нашому суспільстві, $38,7 \pm 1,81\%$ опитаних студентів висловили бажання після закінчення навчального закладу працювати за межами України.

Висновки

В умовах реформування медичної галузі є потреба в якійсній підготовці сучасних керівних кадрів для управління мережею діючих і нових медичних установ усіх форм власності. Соціологічне дослідження виявило необхідність подальшого удосконалення підходів до підготовки та роботи майбутніх організаторів охорони здоров'я. Низька оплата праці та недооцінка державою професії лікаря перешкоджає успішній роботі організатора в Україні.

Дата надходження рукопису до редакції: 21.10.2013 р.

УДК 614.2:616-084:364.44

В.Ф. Москаленко (Київ)

ВІД ПРОФІЛАКТИКИ МЕДИЧНОЇ ДО ПРОФІЛАКТИКИ СОЦІАЛЬНОЇ СТРАТЕГІЧНИЙ ВЕКТОР РОЗВИТКУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Профілактика захворювань є актуальною соціально-економічною і медичною проблемою для всіх країн світу. Її значущість набуває особливого значення в сучасних умовах збільшення масштабів негативного впливу чинників ризику на громадське здоров'я та появи нових глобальних загроз.

Міжнародний досвід свідчить, що саме профілактика, яка реалізується в рамках національних стратегій на основі міжсекторального підходу, є реальним механізмом вирішення глобальних проблем у сфері збереження та зміцнення здоров'я. Зокрема, доведено реальні перспективи і переваги профілактики у вирішенні завдань щодо зниження рівнів захворюваності, інвалідності й передчасної смертності населення від хронічних неінфекційних та інфекційних захворювань.

Профілактичний напрям повинен стати основоположним у розвитку охорони здоров'я, а стратегічним вектором сучасного розвитку охорони здоров'я має бути перехід від профілактики медичної до профілактики соціальної, що передбачає здійснення її на державному рівні на основі глобального тотального комплексного інтегрального міжсекторального міжгалузевого підходу. Це викликане тим, що більшість проблем громадського

здоров'я мають сьогодні міжрегіональний характер і потребують вирішення з позицій міжгалузевого підходу. На нашу думку, профілактичні стратегії потребують чіткого розподілу за такими рівнями: профілактика медична, профілактика соціальна, профілактика державна, профілактика регіональна, профілактика глобальна, що дасть змогу використовувати найбільш адекватні інструменти та механізми профілактичного впливу на кожному з рівнів. Профілактичні стратегії необхідно реалізувати на всіх етапах розвитку, у різні вікові періоди, в усіх сферах буття, тобто мати тотальний характер.

Перехід від профілактики медичної до профілактики соціальної, реалізація глобальної тотальної комплексної інтегральної міжсекторальної міжгалузевої системи профілактики вертикальної та горизонтальної спрямованості на рівні урядових структур, громад, сім'ї, кожної людини, у всіх причетних секторах суспільства, дасть змогу суттєво скоротити поширеність факторів ризику серед населення, загроз для життя і здоров'я людей, реально зменшити їх вплив на здоров'я, ліквідувати деякі з них, поліпшити детермінанти та інтегральні показники здоров'я населення, підвищити якість життя і всебічно сприяти суспільному прогресу.

Дата надходження рукопису до редакції: 03.10.2013 р.

В.Ф. Москаленко, Л.І. Галієнко, Т.С. Грузєва (Київ)

ПРОФІЛАКТИЧНА СПРЯМОВАНІСТЬ ЗАГАЛЬНОДЕРЖАВНОЇ ПРОГРАМИ «ЗДОРОВ'Я – 2020: УКРАЇНСЬКИЙ ВИМІР»

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Актуальність проблеми зумовлена значним поширенням як в Україні, так і в інших країнах світу хронічних неінфекційних захворювань (ХНІЗ), що роблять значний внесок у формування тягаря хвороб і приводять до несприятливих медико-соціальних наслідків та істотних економічних втрат.

Мета роботи – показати профілактичну спрямованість Загальнодержавної програми «Здоров'я – 2020: український вимір».

Методи: бібліографічний, аналітичний, статистичний.

Результати дослідження та їх обговорення

В Україні ХНІЗ, зокрема хвороби системи кровообігу, злоякісні новоутворення, хронічні обструктивні хвороби легень, цукровий діабет та деякі інші характеризуються значним поширенням й обумовлюють високі рівні захворюваності, інвалідності та передчасної смертності населення, негативно впливають на якість життя хворих.

Поширенню ХНІЗ значною мірою сприяють нездоровий спосіб життя населення, у т.ч. куріння, вживання алкоголем, наркоманія, токсикоманія та інші фактори ризику. Аналіз медико-демографічної ситуації в Україні виявляє високий рівень передчасної смертності, зокрема, чоловіків працездатного віку, відставання середньої очікуваної тривалості життя українців від середньоєвропейського показника на шість років на тлі збереження природного убутку населення

(-3,5 на 1000), що свідчить про необхідність посилення профілактичних засад у сфері охорони здоров'я. Як показує міжнародний досвід, вирішення зазначеної проблеми лежить у площині пошуку нових стратегічних підходів, зокрема, створення та реалізації гнучкої інноваційної політики, спроможної забезпечити комплексну міжгалузеву профілактику, зниження системних ризиків розвитку ХНІЗ і скорочення їх внеску в загального тягаря хвороб.

У контексті нової європейської політики «Здоров'я – 2020» та з урахуванням основних положень і кращих зразків міжнародного досвіду у вирішенні питань медичного обслуговування в Україні в 2012 р. розроблено проект Загальнодержавної програми «Здоров'я – 2020: український вимір». Програма має виразну профілактичну спрямованість, про що свідчать визначені нею стратегічні пріоритети, завдання і заходи, спрямовані на збереження і зміцнення здоров'я, профілактику ХНІЗ, зниження захворюваності, інвалідності та смертності населення, підвищення якості та ефективності надання медичної допомоги тощо.

Висновки

За очікуваними результатами, реалізація стратегічних пріоритетів Загальнодержавної програми «Здоров'я – 2020: український вимір» на міжгалузевих системних засадах сприятиме скороченню поширеності ХНІЗ, зменшенню загального тягаря хвороб, поліпшенню здоров'я й підвищенню якості життя населення, збереженню трудових ресурсів країни.

Дата надходження рукопису до редакції: 03.10.2013 р.

В.Ф. Москаленко, Т.С. Грузєва, Л.І. Галієнко (Київ)

СУЧАСНІ ПРІОРИТЕТИ РОЗВИТКУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В КОНТЕКСТІ НОВОЇ ЄВРОПЕЙСЬКОЇ ПОЛІТИКИ «ЗДОРОВ'Я – 2020»

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Необхідність розробки нової програми розвитку охорони здоров'я в Україні та інших європейських країнах продиктована потребою відповіді на нові виклики й загрози, пов'язані з демографічними, соціально-економічними, екологічними та іншими змінами. Зокрема, сучасну загрозу глобального характеру становлять постаріння населення, збільшення поширеності чинників ризику серед населення та проявів нездорового способу життя, зростання захворюваності на хронічні неінфекційні захворювання (ХНІЗ) і пов'язані з ними медико-соціальні й економічні збитки.

Мета роботи – висвітлити сучасні пріоритети розвитку охорони здоров'я в контексті нової Європейської політики «Здоров'я – 2020».

Матеріали та методи

Джерелами дослідження слугували вітчизняна та зарубіжна література з досліджуваної проблеми, статистичні дані Державної служби статистики України, Центру медичної статистики МОЗ України, Європейської бази «Здоров'я для всіх» за 1991–2012 рр. У роботі використано бібліографічний, аналітичний, статистичний методи.

Результати дослідження та їх обговорення

Вирішення сучасних проблем у сфері охорони здоров'я потребує створення та реалізації гнучкої інноваційної політики, спроможної забезпечити дієву профілактику, зниження системних ризиків розвитку ХНІЗ і скорочення їх внеску у формування загального тягаря хвороб, удосконалення організації та управління охороною здоров'я.

Виходячи з основних напрямів державної політики у сфері охорони здоров'я, враховуючи існуючі проблеми в охороні здоров'я та рекомендації міжнародних організацій, у т.ч. Всесвітньої організації охорони здоров'я, положення Основ нової Європейської політики в охороні здоров'я «Здоров'я – 2020», в Україні проведено роботу з обґрунтування та розробки проекту Загальнодержавної програми «Здоров'я – 2020: український вимір».

Розроблений програмний документ спрямовано на реалізацію сучасних стратегічних пріоритетів України у сфері охорони здоров'я щодо профілактики ХНІЗ, мінімізації впливу факторів ризику розвитку хвороб на основі міжсекторального підходу, створення сприятливого для здоров'я середовища, формування відповідального ставлення громадян до особистого здоров'я та мотивації населення до здорового способу життя, а також оптимізації організації і фінансування медичної галузі зі створенням дієвої системи охорони громадського здоров'я, зорієнтованої на пріоритетний розвиток первинної медичної допомоги, сімейної медицини, спроможної забезпечити медичні потреби населення на рівні чинних стандартів, у т.ч. за найбільш значущими в соціально-економічному та медико-демографічному плані ХНІЗ.

Реалізація заходів цієї програми на системних міжвідомчих засадах дасть змогу поліпшити детермінанти здоров'я та підвищити якість життя населення шляхом запровадження дієвої профілактики та формування здорового способу життя населення, зниження рівня захворюваності, інвалідності та передчасної смертності внаслідок ХНІЗ, удосконалення організації та управління охороною здоров'я, забезпечення населення доступною, якісною та ефективною медичною допомогою на рівні чинних стандартів.

Дата надходження рукопису до редакції: 03.10.2013 р.

В.А. Одринський (Запоріжжя)

ВПРОВАДЖЕННЯ СКРИНІНГОВИХ ПРОГРАМ НА РІВНІ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

Поточний аналіз ситуації із впровадженням скринінгових програм в охорону здоров'я України свідчить про існування двох ключових проблем, які унеможливають ефективний розвиток цього напрямку.

По-перше, це відсутність національного органу, відповідального за розробку профілактичних програм, їхню оцінку і координацію діяльності (як приклад, Національний комітет зі скринінгу Великої Британії).

По-друге, це недостатнє використання світового досвіду щодо впровадження скринінгових програм. Як наслідок, технології, що пропонуються для застосування в українській охороні здоров'я, не відповідають сучасним критеріям [3], мають недостатній рівень доказовості, впроваджуються без оцінки економічної ефективності та приводять до безрезультатного розпошення обмежених ресурсів охорони здоров'я. Як приклад, можна навести чинний наказ МОЗ із диспансеризації від 27.08.2010 р. № 728, більшість заходів якого відображають історичний розвиток вітчизняних уявлень про раннє виявлення захворювань, але, на жаль, не підкріплених сучасною (міжнародною) науковою базою.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) розробила критерії скринінгових програм ще у 1968 р. – критерії Вілсона–Джангнера (Wilson-Jungner), і з того часу вимоги лише посилилися. У своєму базовому документі «Основи політики. Скринінг у Європі» (2008 р.) ВООЗ закликала дотримуватися усталених принципів і критеріїв та перешкоджати впровадженню практики проведення скринінгу, яка не відповідає цим вимогам.

Визнання того, що скринінг може не тільки допомагати, але й шкодити, є ключовим аспектом розробки скринінгових програм на сучасному етапі.

Попри низьку вартість одного тесту, масовість застосування приводить до витрачання значних ресурсів в охороні здоров'я. За останнє десятиліття стало зрозуміло, що значні витрати на проведення деяких скринінгових програм непорівнювані зі

скромними їх результатами. Тому перед впровадженням процедур скринінгу необхідно використовувати суворі критерії оцінки можливих витрат для проведення економічного аналізу. Як приклад, можна врахувати такі характеристики, як чутливість і специфічність тесту. Якщо специфічність скринінгового тесту буде навіть 98% (що рідко зустрічається в практиці), це значить, що 2 зі 100 осіб із відсутністю хвороби будуть даремно занепокоєні (псевдопозитивний результат) і проходять додаткове обстеження і можливо лікування з відповідними витратами. Однак на 10 млн населення це вже буде 200 тис. таких осіб. Наприклад, за даними літератури, специфічність ЕКГ-тесту становить не більше 90%. Саме тому цей тест не використовується як скринінговий у безсимптомних пацієнтів у розвинутих країнах світу. Прогностичний коефіцієнт ЕКГ у загальній популяції дорівнює близько 5% і вказує, що на 1 істинно хворого тест виявить 20 помилково хворих [2]. Виконання ж чинного наказу із диспансеризації (тільки ЕКГ) у навіть 1 млн населення України (<3% населення) приведе до невиправданого додаткового обстеження майже 100 тис. пацієнтів на рік із псевдопозитивними результатами.

Використання нових технологій може як знизити витрати, підвищивши ефективність лікування або поліпшивши стан здоров'я, так і збільшити їх. За оцінками ВООЗ, до 2050 р. зростання витрат на охорону здоров'я буде на 77% пов'язане зі змінами технологій та їх використанням [1]. Враховуючи збільшення витрат на охорону здоров'я, забезпечення оцінки медичних технологій для підтримки впровадження тих із них, які дають реальну вигоду, і для протидії використанню менш економічно рентабельних, є важливим завданням для розробників політики.

Для впровадження скринінгових програм, які відповідають сучасним критеріям, в Україні слід створити Національний комітет із профілактичних програм в охороні здоров'я з відповідною підготовкою фахівців, які там працюватимуть.

Список літератури

1. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2009 г. – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2010.
2. *Allgemeinmedizin und Familienmedizin: Duale Reihe* von Michael M. Kochen von Thieme, Stuttgart, 2006.
3. UK National Screening Committee [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.screening.nhs.uk/criteria>. – Title from screen.

Дата надходження рукопису до редакції: 26.09.2013 р.

УДК 616.12-008.331.1-053.81(1-22)

О.В. Олексієнко (Погребище)

ХАРАКТЕРИСТИКА ПОШИРЕНOSTІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ СЕРЕД СІЛЬСЬКОЇ МОЛОДІ

Погребищенська районна лікарня Вінницької області

Вивчення поширеності приграничної гіпертонії та гіпертонічної хвороби серед сільської молоді Вінницької області показало, що 5,0 0,1% сільської молоді має приграничну гіпертонію та гіпертонічну хворобу.

Серед чоловіків поширеність хвороби в 3 рази більша порівняно з жінками. З віком поширеність хвороби зростає. Це характерно як для чоловіків, так і для жінок. При цьому можна відмітити два підйоми в цьому зростанні – у віці 19–20 років порівняно з 17–18 роками і у віці 25–26 років порівняно з 23–24 роками. Найменше зростання відмічено у віці 23–24 роки порівняно з 21–22 роками. Загалом при порівнянні крайніх вікових груп (25–26 років порівняно з 17–18 роками) поширеність хвороби була більшою

в 2010 р. у 7,1 разу, у т.ч. в чоловіків – у 5,0, у жінок – у 23,0 разу, в 2011 р. відповідно – у 10,1, 9,1 і 17 разів і в 2012 р. – у 3,8, 3,8 і 3,7 разу.

На підставі проведеного дослідження зроблено такі висновки: серед сільської молоді 5,0% осіб, або кожна 20-та молода людина, мають проблеми з артеріальним тиском; у чоловіків цей показник у 3 рази більший порівняно з жінками; переважна більшість (69,8%) має приграничну гіпертонію; з віком поширеність хвороби збільшується; спостерігаються значні територіальні відмінності в поширеності хвороби; коефіцієнт зв'язку між поширеністю хвороби серед молоді і всього населення становить 0,87, що свідчить про тісний і прямий кореляційний зв'язок.

Дата надходження рукопису до редакції: 21.10.2013 р.

Т.Г. Петренко (Донецьк)

ЭНДОМЕТРИОЗ КАК ГЛОБАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение

В мире 176 млн женщин репродуктивного возраста страдают эндометриозом. Первые проявления заболевания начинаются в период, когда женщины получают образование, делают карьеру, строят партнерские отношения и создают семью. Годы изнуряющей боли, бесплодие, частичная, а иногда и полная потеря трудоспособности препятствуют раскрытию потенциала и полной реализации возможностей этих женщин. Все это, по решению 1-го Европейского Конгресса по эндометриозу «Новая захватывающая эра в изучении эндометриоза разворачивается прямо сейчас» (Италия, 2012), позволяет считать эндометриоз социально значимым заболеванием, относящимся к ключевым вызовам XXI столетия.

Резкое снижение качества жизни женщин, больных эндометриозом, и бремя социально-экономиче-

ских затрат привели к созданию Всемирного исследовательского фонда эндометриоза. Проведены крупные международные популяционные исследования, согласно которым, задержка диагностирования заболевания и лечения составила в среднем 7 лет от момента появления симптомов, 2/3 женщин находились в поисках медицинской помощи до 30 лет (когда остро стояли вопросы бесплодия), посетив при этом врачей 7 специальностей; потеря производительности труда была на 38% выше по сравнению с женщинами с тазовой болью, не связанной с эндометриозом; в целом экономические потери вследствие потери трудоспособности в два раза превышали прямые затраты на получение медицинской помощи.

Таким образом, проблема эндометриоза является приоритетной для научного и практического решения в ближайшее время на глобальном уровне.

Дата поступления рукописи в редакцию: 21.10.2013 г.

Я.П. Пилипець (Львів)

РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА ЛЬВІВЩИНІ: ПРОБЛЕМИ ТА ЗДОБУТКИ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
Комунальний заклад «Львівський обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф»

Проблема своєчасної медичної допомоги є ключовою у зменшенні рівня смертності населення України, особливо при серцево-судинній та неврологічній патології, травмах та отруєннях. Важливим кроком

у поліпшенні її організації є підписання Президентом України Закону «Про екстрену медичну допомогу».

Мета роботи – проаналізувати початковий етап модернізації служби екстреної медичної допомоги

(ЕМД) у Львівській області та вивчити її проблемні питання.

Матеріали та методи

Проведено аналіз роботи з реалізації Закону України від 05.07.2012 р. № 5081-VI «Про екстрену медичну допомогу» у Львівській області. Використано такі методи: бібліосемантичний, системного підходу та аналізу.

Результати дослідження та їх обговорення

У Львівській області реформування ЕМД розпочалося у 2008 р. зі втілення проекту «Створення транскордонної мережі пунктів ЕМД та інформаційно-координаційного центру у Львові» за Програмою транскордонного співробітництва ЄС [2]. Його впровадження дало змогу створити мережу пунктів медицини катастроф уздовж основних транспортних магістралей міжнародного сполучення в області, оснастити пункти сучасними реанімобілями з усім необхідним обладнанням і підготувати високопрофесійний склад медичних працівників [1].

Для створення єдиної системи на території Львівщини всі пункти та станції ЕМД в області були виведені з підпорядкування районних лікарень і передані Львівському обласному центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, який є організаційно-методичною базою єдиної системи екстреної медичної допомоги на території області. Проте сьогодні систему ЕМД на Львівщині утворюють три заклади охорони здоров'я: 1. Львівський обласний

центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф; 2. Львівська станція швидкої медичної допомоги; 3. Станція швидкої медичної допомоги міста Дрогобич.

При впровадженні Закону України «Про екстрену медичну допомогу» медики Львівщини зіткнулись з такими проблемами: наявність у системі ЕМД Львівської області трьох окремих юридичних осіб, що унеможливує проведення єдиної організаційної та управлінської роботи; недостатнє кадрове забезпечення служби (до складу бригади має входити не менше двох медичних працівників і водій); немає посад диспетчерів із прийому та передачі викликів виїзним бригадам ЕМД на багатьох пунктах, що унеможливує прийом виклику за телефонним номером 103, ускладнює та подовжує процес надання ЕМД і приводить до невиконання термінів надання ЕМД; відсутність нових санітарних автомобілів, які відповідають стандарту, та технічної бази для їх ремонту й обслуговування; відсутність на пунктах базування бригад ЕМД окремого телефонного зв'язку; відсутність інформаційно-аналітичного відділу, для збору, обробки та вчасної передачі інформації у відповідні структури.

Попри всі відмічені негативи у реформуванні служби догоспітального етапу на території Львівщини є і позитивні фактори.

Висновки

Уся робота Львівського обласного центру медицини катастроф скерована на забезпечення безперервної та вчасної екстреної медичної допомоги мешканцям Львівської області та на стабільну нормовану роботу персоналу служби екстреної медичної допомоги.

Список літератури

1. *Пилипець Я.* Транскордонний медичний проект як один з інструментів підготовки до ЄВРО-2012 / Я. Пилипець, С. Степанишин, Л. Гера // Матеріали засідання «круглого столу» «Вплив ЄВРО-2012 на активізацію транскордонного співробітництва та розвиток підприємництва». – Львів, 2009. – С. 47–51.
2. *Програма* транскордонного співробітництва Польща–Білорусь–Україна на 2007–2013 роки [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.pl-by-ua.eu>. – Назва з екрана.

Дата надходження рукопису до редакції: 10.10.2013 р.

Ю.О. Ромаскевич, Л.І. Британ (Херсон)

МАЛОІНВАЗИВНІ МЕДИЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ ЯК СТРАТЕГІЯ ПРОФІЛАКТИКИ УСКЛАДНЕНЬ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ

Херсонський обласний центр здоров'я та спортивної медицини

За останні 20 років у сучасній медицині з'явилася значна кількість новітніх методик діагностики та лікування, особливе місце серед них займають так звані малоінвазивні технології, які стрімко розвиваються, впроваджуються все в нових напрямках медицини, що обумовлює також і швидкий розвиток медичної техніки, стимулює відповідні наукові розробки провідними науково-дослідними інститутами країни.

Наприкінці 80-х – на початку 90-х років ХХ ст. використання ендоскопічних оперативних втручань (одна з перших малоінвазивних хірургічних технологій) анонсувалось передусім необхідністю вирішення косметичних проблем хірургічного лікування. Але цей бік хірургічного лікування не викликав би такого тривалого бурхливого технологічного розвитку із потужним науковим забезпеченням. Аналіз відповідної наукової літератури дає змогу зробити висновки про глибинні причини такого широкого впровадження малоінвазивних технологій, при тому, що відбувається цей процес водночас в установах охорони здоров'я різного рівня надання медичної допомоги та супроводжується постійним розширенням переліку втручань і галузей їх використання.

По-перше, при використанні малоінвазивних технологій суттєво зменшується поверхня та обсяг хірургічної травми, що, з одного боку, знижує ризик розвитку післяопераційних інфекційних ускладнень, а з іншого – скорочує терміни перебування хворого у стаціонарі, тривалість необхідного амбулаторного лікування і реабілітаційних заходів. У результаті значно зменшуються втрати трудових ресурсів у вигляді скорочення термінів тимчасової непрацездатності, при цьому знижується не лише кількість післяопераційних інфекційних ускладнень, але й так званих відтермінованих ускладнень у вигляді, наприклад, кил передньої черевної стінки тощо. Використання сучасних методик підготовки та обробки медичного інструментарію, можливість використання одноразових інструментів і приладів до них практично унеможли-

вають ризик інфікування вірусом імунодефіциту людини, вірусними гепатитами як у напрямку пацієнт-лікар, так і в напрямку лікар-пацієнт.

По-друге, зменшення обсягу хірургічного втручання дає змогу значно знизити крововтрати під час втручання, що скорочує частоту використання препаратів крові. Зниження частоти використання препаратів крові має не тільки прямий економічний ефект, але й дає змогу запобігти прямим ризикам переливання крові, зменшує ризик інфікування пацієнта надзвичайно поширеними сьогодні вірусними гепатитами, вірусом імунодефіциту людини тощо.

По-третє, методологічні аспекти малоінвазивних втручань суттєво впливають на методики відповідної анестезіологічної допомоги, що дає змогу значно знизити, а іноді й повністю виключити використання анестезіологічних методів із загальним впливом на організм людини, сприяє розвитку та впровадженню локальних методик знеболення та анестезії. Результатом впровадження цих методик стало зменшення ускладнень анестезіологічної допомоги, водночас, якісно змінилась система контролю за станом пацієнта під час оперативного втручання.

По-четверте, методики малоінвазивних втручань значно розширюють перелік та обсяги амбулаторної хірургічної допомоги, вивільняючи високовитратні хірургічні стаціонари, що сприяє більш раціональному використанню бюджетних коштів, особливо в умовах існуючого дефіциту фінансового ресурсу.

Неможливо оцінити і психологічні аспекти стану прооперованої людини, яка протягом декількох днів має змогу повернутися до повноцінного життя з найменшими втратами для здоров'я та мінімізованими косметичними дефектами.

На жаль, формат тез конференції не дає змоги більш детально та ґрунтовно висвітлити переваги використання малоінвазивних технологій діагностики та лікування, оцінити перелічені та не перелічені позитивні моменти їх використання в повсякденній практиці та умовах високоспеціалізованих клінік. Нами представлено аспекти, які позиціонують їх як

сучасну профілактичну технологію в хірургічній практиці та є причинами їх широкого використання й

бурхливого розвитку в умовах медицини сьогодення та майбутнього.

Дата надходження рукопису до редакції: 21.10.2013 р.

УДК 614.2.001.73:353.1

Ю.О. Ромаскевич (Херсон)

ПРОБЛЕМИ ФУНКЦІОНУВАННЯ РЕГІОНАЛЬНОГО ЦЕНТРУ ЗДОРОВ'Я ТА ПЕРСПЕКТИВИ ЙОГО РОЗВИТКУ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ

Херсонський обласний центр здоров'я та спортивної медицини

В умовах реформування галузі охорони здоров'я України виникають питання, пов'язані з подальшим функціонуванням служби формування здорового способу життя (ЗСЖ), зокрема центрів здоров'я. Враховуючи те, що центри здоров'я – фактично єдині заклади в галузі охорони здоров'я, які відповідають за профілактичний напрямок роботи, слід сформулювати їх основні завдання на сучасному етапі:

- організаційно-методичне забезпечення діяльності з формування ЗСЖ, профілактики інфекційних та неінфекційних захворювань;
- забезпечення міжсекторальної взаємодії в питаннях формування ЗСЖ серед загального населення, у т.ч. з неурядовими та громадськими організаціями;
- методичне забезпечення профілактичної діяльності закладів охорони здоров'я;
- інформаційний супровід діяльності галузі охорони здоров'я, у т.ч. роз'яснювальної роботи з реформування охорони здоров'я;
- забезпечення комунікації із засобами масової інформації з питань формування у населення ЗСЖ, безпеки життєдіяльності, профілактики шкідливих звичок;
- консультування населення з питань збереження і зміцнення здоров'я;
- діагностика рівня здоров'я населення.

Основні проблеми, які суттєво впливають на функціональну спроможність та ефективність діяльності регіональних центрів здоров'я, такі:

- відсутність на центральному рівні установи, яка б забезпечила регіони методичними матеріалами з основних видів діяльності;
- відсутність потужного наукового центру з розробки здоров'язберігаючих технологій, із вивчення стану здоров'я населення;
- відсутність на районному рівні (центри первинної медико-санітарної допомоги, центральна районна лікарня) і на рівні окружних лікарень структурних підрозділів, відповідальних за напрямок формування ЗСЖ, профілактики інфекційних та неінфекційних захворювань;
- відсутність сучасної нормативної бази, яка б регламентувала зазначену діяльність із цього напрямку;
- невідповідність штатного розкладу обласних центрів здоров'я сучасним завданням, які постанали перед службою;
- залишковий принцип фінансування центрів здоров'я.

На нашу думку, шляхи вирішення проблемних питань служби формування ЗСЖ такі: прийняття на державному рівні концепції з формування ЗСЖ, затвердження необхідних нормативних актів, які б забезпечили її реалізацію на всіх рівнях надання медичної допомоги, починаючи з первинної; подальше зміцнення (насамперед ресурсне) створеного на базі ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» Українського центру здоров'я; створення ресурсно-тренінгових центрів на базі регіональних центрів здоров'я для підготовки (підвищення кваліфікації лікарів і середніх медичних працівників) спеціа-

лістів первинного рівня, лікарів інших спеціальностей із питань формування ЗСЖ, профілактики інфекційних та неінфекційних захворювань; розробка чіткої моделі функціонування та фінансово-ресурсного забезпечення центрів здоров'я, внесення до основних профільних наказів МОЗ України доповнень, які регламентують профілактичну роботу не тільки спеціалістів первинної мережі, але й лікарів усіх інших спеціальностей; проведення ревізії всіх невиконаних рішень коле-

гій МОЗ України з питань діяльності служби формування ЗСЖ і вжиття заходів щодо їх виконання; розробка та внесення до переліку так званих рейтингових показників діяльності закладів охорони здоров'я, показників, які відображують обсяги та ефективність проведеної профілактичної роботи; створення відповідних координаційних рад на обласних, міських і районних рівнях, до роботи яких слід залучити громадський сектор, міжнародну технічну допомогу тощо.

Дата надходження рукопису до редакції: 21.10.2013 р.

УДК 616.832-001:796.056

Ю.О. Ромаскевич (Херсон)

ПОКАЗАТЕЛИ КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ПРОДУКЦИИ И РИТМА СЕКРЕЦИИ МЕЛАТОНИНА У БОЛЬНЫХ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СПИННОГО МОЗГА

Херсонський обласний центр здоров'я та спортивної медицини

Епифизарный гормон мелатонин в настоящее время считается основным компонентом стресс-лимитирующей системы. В механизме его противострессорного действия существенную роль играет уменьшение активности симпатической нервной системы и гипофизарно-надпочечниковой системы. Нарушения количественной продукции и ритма его секреции являются пусковым моментом, приводящим на начальных этапах к десинхронозу, вследствие которого формируется органическая патология. У больных травматической болезнью спинного мозга (ТБСМ) этот вопрос представляет особый интерес в виду нарушения целостности спинного мозга и из-за высокого риска формирования иммуно-гормонального десинхроноза.

Учитывая высокую значимость мелатонина как универсального гормона адаптации, обеспечивающего синхронизацию внутренних ритмов и их согласование с ритмами внешней среды, изучались особенности количественной продукции и ритма секреции 6-сульфатоксимелатонина (6-СОМТ), содержание которого позволяет косвенно судить о продукции мелатонина эпифизом, у 150 больных ТБСМ.

Как показали исследования, у больных ТБСМ наблюдалось значительное и достоверное снижение

суточной секреции 6-СОМТ, составившее $230,79 \pm 12,45$ (КГ $437,17 \pm 5,69$; $p < 0,001$) на фоне нарушенного ритма секреции – высокого дневного ($207,10 \pm 12,46$; КГ $437,17 \pm 5,69$; $p < 0,001$) и низкого ночного ($23,69 \pm 12,46$; КГ $406,40 \pm 3,96$; $p < 0,001$), указывающего на десинхроноз, вызванный дезинтеграцией, и, как следствие, на снижение функциональной активности стресс-лимитирующей системы.

Проведенный корреляционный анализ между показателями количественной продукции и ритма секреции мелатонина выявил наличие обратных корреляционных связей между тяжестью течения заболевания и дневным ($r = -0,546$; $p < 0,05$), и ночным ($r = -0,705$; $p < 0,001$) уровнями данного гормона. Таким образом, более тяжелое течение заболевания ассоциировалось с низкими уровнями как дневной, так и ночной секреции мелатонина, что свидетельствовало о снижении функциональной активности стресс-лимитирующей системы. Дневной уровень мелатонина обратно коррелировал с содержанием кортизола ($r = -0,695$; $p < 0,01$), а ночной – прямо с уровнем АКТГ ($r = 0,544$; $p < 0,01$) и кортизола ($r = 0,753$; $p < 0,001$), что указывало на утрату естественного взаимодействия указанных гормональных систем.

Влияние продолжительности болезни на общий уровень мелатонина и его суточное распределение было вполне отчетливым и проявлялось достоверно сниженными значениями 6-СОМТ на протяжении всех лет болезни, постепенно снижаясь, достигая своих минимальных значений в период 3–5 лет болезни: $-202,88 \pm 3,65$ (КГ $437,17 \pm 5,69$; $p < 0,001$).

Суточное перераспределение секреции 6-СОМТ также сохранялось на протяжении всего периода болезни, наиболее выражаясь в период болезни 3–5 лет: ночная секреция – $22,23 \pm 1,23$ (КГ $406,40 \pm 3,96$; $p < 0,001$); дневная секреция – $180,65 \pm 5,64$ (КГ $30,77 \pm 2,75$; $p < 0,001$).

При анализе зависимости секреции мелатонина от уровня поражения спинного мозга были выявлены достоверно низкие значения суточной его секреции при всех уровнях поражения, наиболее выраженные у больных с поражением шейного отдела позвоночника – $203,66 \pm 7,61$ (КГ $437,17 \pm 5,69$;

$p < 0,001$). Суточное перераспределение секреции мелатонина достоверно ($p < 0,001$) наблюдалось при всех локализациях поражения, но не имело четкой локальной закономерности.

Таким образом, у больных ТБСМ суточная концентрация мелатонина снижается, и циркадианный ритм его секреции нарушается (за счет повышения дневного и снижения ночного уровней). Указанные изменения нарастают по мере увеличения продолжительности болезни. Наиболее выражена циркадианная диспропорция секреции мелатонина у больных ТБСМ в течение первого года от начала болезни и у больных с поражением шейного отдела позвоночника. По всей вероятности, сниженные уровни и измененная ритмическая активность секреции мелатонина создают предпосылки для устойчивой десинхронизации деятельности гормонального зеркала, что является основой сохранения и прогрессирования патологического процесса, развития системных нарушений.

Дата поступления рукописи в редакцию: 21.10.2013 г.

УДК 616-006:338.45

Г.К. Северин (Донецьк)

ЩОДО ВИЯВЛЕННЯ ЗАНЕДБАНИХ ВИПАДКІВ ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРОБ У ПРОМИСЛОВІЙ ОБЛАСТІ

Донецький національний медичний університет імені М. Горького

Для досягнення мети дослідження вивчено та проаналізовано загальний рівень виявлення онкологічних хвороб у занедбаних стадіях у розрізі адміністративних територій Донецької області за 2009–2011 рр.

Отримані дані вказали на зниження в межах області частки занедбаних випадків онкологічних захворювань у 1,1 разу: з 17,8% до 16,1% зі зниженням показника в 1,09 разу серед міського (з 17,5% до 16,0%) і в 1,24 разу серед сільського (з 20,8% до 16,8%) населення. У розрізі адміністративних територій встановлено значні коливання показника частки виявлення онкологічних захворювань у занедбаних стадіях:

- міське населення: різниця становила 5,82 разу (від 5,5% у м. Ясинуватій до 32,0% у м. Шахтарську);

- сільське населення: різниця становила 4,89 разу (від 7,5% в Олександрівському районі до 36,7% у Добропільському).

Далі вивчено та проаналізовано дані щодо частки виявлених у занедбаних стадіях розвитку візуальних форм онкологічних захворювань.

Статистичні дані вказали на зниження частки виявлених візуальних форм онкологічних хвороб у занедбаних стадіях. Так, частка виявлених візуальних форм онкологічних хвороб зменшилася за період 2009–2011 рр. у 1,22 разу (з 19,3% до 17,2%). При цьому даний показник серед міського населення зменшився в 1,12 разу (з 18,4% до 16,5%), а серед сільського населення – в 1,18 разу (з 25,6% до 21,7%). Різниця показника виявлення онкологічних хвороб у занедбаних стадіях розвитку за адміні-

стративними територіями становила понад 40 разів з їхньою відсутністю в містах Жданівці та Ясинуватій (до 43,8% у м. Красному Лимані та 43,2% у м. Шахтарську).

Серед сільського населення різниця відповідного показника за адміністративними територіями становила 14,7 разу з коливаннями частки виявлених візуальних форм злоякісних хвороб у занедбаних стадіях від 3,4% у Першотравневому до 50,0% у Костянтинівському районах.

На наступному етапі дослідження вивчено та проаналізовано показник виявлення в занедбаній стадії розвитку раку молочної залози як чинника ефективності комплексної профілактичної роботи серед жіночого населення. Отримані в ході дослідження дані вказали на тенденцію до зниження виявлення в області в цілому та серед сільських і міських жінок, зокрема раку молочної залози в занедбаних стадіях розвитку.

У ході дослідження встановлено значну різницю показника в розрізі адміністративних територій:

- міське населення: від відсутності виявлених занедбаних випадків раку молочної залози в містах

Вугледарі, Жданівці, Ясинуватій до 57,1% у містах Красному Лимані і Шахтарську та по 50,0% у містах Дебальцевому та Новоградівці;

- сільське населення: від відсутності виявленого раку молочної залози в занедбаній стадії в Ясинуватському районі до 66,7% у Добропільському і Костянтинівському районах.

Наступним кроком дослідження було вивчення та аналіз виявлення на рівні області занедбаних випадків раку шийки матки та яєчників. Дані вказали на зменшення частки занедбаних випадків раку шийки матки в 1,22 разу (з 31,3% до 25,6%) та раку яєчників у 1,09 разу (з 14,9% до 13,6%).

Таким чином, у ході дослідження встановлено високі рівні виявлення частки занедбаних випадків онкологічних захворювань: 16,1% загальних онкологічних хвороб, 17,2% візуальних форм, 27,6% раку молочної залози, 25,6% раку шийки матки і 13,6% яєчників, що вказало на низьку ефективність профілактичної роботи системи охорони здоров'я області.

Дата надходження рукопису до редакції: 21.10.2013 р.

УДК 616-058.866-053.3:31.000.34(1-22)(477.53)

О.А. Синенко, І.А. Голованова (Полтава)

АНАЛІЗ ЗАКОНОДАВЧИХ ЗМІН ЩОДО ПІДТРИМКИ ГРУДНОГО ВИГОДОВУВАННЯ ТА ЇХ ЗНАЧЕННЯ В ПОКАЗНИКАХ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ДІТЕЙ ДО ОДНОГО РОКУ В СІЛЬСЬКІЙ МІСЦЕВОСТІ ПОЛТАВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія»

Одним із основних напрямів пріоритетного національного проекту у сфері охорони здоров'я визначений стан здоров'я дитячого населення. Вагомою складовою формування здоров'я дитячого організму є підтримка грудного вигодовування (ГВ), що реалізується через державні законодавчі акти, які визначають основні заходи та механізми його впровадження. Так, наказ «Про подальше впровадження Розширеної ініціативи «Лікарня, доброзичлива до дитини» в Україні від 28.10.2011 р. № 715 передбачає

організаційні заходи щодо подальшого впровадження в Україні Розширеної ініціативи «Лікарня, доброзичлива до дитини», підтримки 12 принципів ГВ, що дає змогу на державному рівні забезпечити дитині умови для повної реалізації потенціалу власного здоров'я.

Мета роботи – визначити відповідність між законодавчими змінами, які відбулися в організації надання медичної допомоги жінкам та дітям, і захворюваністю дітей до одного року в сільській місцевості Полтавської області.

Матеріали та методи

Системний аналіз – для проведення аналізу законодавчих щодо підтримки ГВ сільської місцевості Полтавської області. Захворюваність дітей до одного року вивчалася у 1999–2012 рр. – 14 років Полтавської області за звітами про медичну допомогу дітям ф. 21.-А. Статус «Лікарня, доброзичлива до дитини» в області отримано у 2002 році.

Результати дослідження та їх обговорення

Стан організації ГВ вивчався в 19 районах Полтавської області. Відповідно до наказу МОЗ СРСР від 09.01.1986 р. № 55 «Об организации работы родильных домов (отделений)», в родопомічних закладах Полтавської області, як і в Україні, до отримання статусу «Лікарня, доброзичлива до дитини» зберігалися пострадянські принципи ГВ: пізніє перше прикладання до грудей, окреме перебування матері й дитини; а також рекомендації медичних працівників: годування немовлят чітко по графіку, годування з пляшечки, раннє введення продуктів додаткового харчування. Дані постулати ГВ мали історичну обумовленість, а саме, боротьба з антисанітарією і, як наслідок, зниження рівня дитячої смертності, що особливо

загострилося в післявоєнні роки, коли жінка була вимушена суміщати роботу на виробництві та годувати грудьми. Зміни щодо підтримки ГВ відбулися на рівні ВООЗ/ЮНІСЕФ у рамках Декларації ВООЗ/ЮНІСЕФ «Охорона, підтримка та заохочування грудного вигодовування: особлива роль родопомічних служб» (1989) та Ініціативи ВООЗ/ЮНІСЕФ «Лікарня, доброзичлива до дитини» (1991). В Україні впровадження ініціативи ВООЗ/ЮНІСЕФ відбулося у 1996 р., коли МОЗ України затвердило наказ від 05.01.1996 р. № 4 «Організація та забезпечення медичної допомоги новонародженим в Україні», виконання якого є одним з основних механізмів реалізації програми ГВ.

Проведений нами аналіз динамічного ряду захворюваності дітей до першого року життя в Полтавській області показав, що найбільший рівень захворюваності зафіксовано у 2005 р. (1768,2 на 1000 дитячого населення). Відтоді він зменшився порівняно з 1999 р. у 1,2 разу, а проти 2005 р. – в 1,8 разу.

Висновки

Впровадження законодавчої бази щодо організації медичної допомоги жінкам і дітям позитивно позначилося на показниках захворюваності дітей до одного року в Полтавській області.

Дата надходження рукопису до редакції: 27.09.2013 р.

УДК 614.2:616-084.001.73

О.О. Стойка, Н.М. Козут (Київ)

ПРІОРИТЕТНІ НАПРЯМИ ПЕРВИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ В ОБЛАСТІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я. ПРОФІЛАКТИЧНА ДІЯЛЬНІСТЬ КИЇВСЬКОГО МІСЬКОГО ЦЕНТРУ ЗДОРОВ'Я

Київський міський центр здоров'я Департаменту охорони здоров'я
Київської міської державної адміністрації

Київський міський центр здоров'я – медичний заклад вищого рівня акредитації, статут якого затверджений Рішенням Київської міської ради. Центр здоров'я покликаний здійснювати формування здоро-

вого способу життя (ЗСЖ) населення, виконувати розділи державних і міських оздоровчих програм, координувати та забезпечувати науково-методичне керівництво профілактичною діяльністю лікувально-профі-

лактичних закладів, взаємодіяти із засобами масової інформації, громадськими організаціями, видавати санітарно-освітню літературу та фахові газети «Здоров'я киян». Головним його завданням є підвищення мотивації людей до здорових форм поведінки, раннього звернення по медичну допомогу.

Серцево-судинні захворювання обумовлюють дві третини випадків смерті й третину причин інвалідності населення Києва. Значне поширення таких факторів ризику, як тютюнокуріння, гіподинамія, нерациональне харчування, стреси, обумовили напрями діяльності служби профілактичної медицини міста:

- підготовка проектів рішень Київради, які стосуються обмежень тютюнокуріння в громадських місцях, попередження впливу вторинного тютюнового диму на людей, які не курять;
- широкомасштабні масові вуличні інформаційно-оздоровчі акції для залучення уваги населення до стану власного здоров'я з вимірюванням фізіологічних показників здоров'я (артеріального тиску, рівня цукру та холестерину в крові, біологічного віку, рівня фізичного здоров'я), консультуванням учасників із питань ведення ЗСЖ;
- організація спільно з Департаментом охорони здоров'я оздоровчих акцій у поліклініках по вихідних днях для задоволення потреб людей у медичній допомозі, необхідних знань і навичок здоров'я-зберігаючих технологій;
- надання індивідуальної та групової допомоги у відмові від тютюнокуріння в рамках роботи спеціального клубу на базі центру здоров'я, консультування бажаючих відмовитись від куріння на «гарячій» телефонній лінії;
- залучення населення до роботи клубів «Антистрес», здорового харчування, Університету медичних та гігієнічних знань для людей літнього віку «За активне довголіття»;
- проведення щомісячних семінарів для медичних працівників з актуальних питань пропаганди ЗСЖ;
- надання засобам масової інформації прес-релізів, інтерв'ю, довідкових матеріалів.

У результаті діяльності Київського міського центру здоров'я Київрадою прийнято ключові рішення з упорядкування тютюнокуріння в громадських місцях, визначено перелік таких громадських місць. Для належної підтримки громадського порядку в цій сфері проведено навчальний семінар для представників пра-

воохоронних органів. Налагоджено щомісячну, безкоштовну для відвідувачів роботу антитютюнового клубу. Накопичено досвід телефонного консультування спеціалістами на «гарячих» телефонних лініях CALL-центру Київської міської державної адміністрації 15–51 та цілодобової довідкової служби «Здоров'я» 15–83.

До традиційних масових вуличних акцій, присвячених міжнародним оздоровчим дням, залучаються тисячі киян. Такі акції сприяють ранньому виявленню артеріальної гіпертензії, серцево-судинних захворювань. На вуличних акціях лікарі, середній медичний персонал, спеціально підготовлені групи старшокурсників медичних коледжів міста щорічно визначають артеріальний тиск у 45–50 тис. киян – перехожих на вулицях, пасажирів залізничного вокзалу, метрополітену, працівників підприємств, покупців магазинів, відвідувачів поліклінік, бібліотек, музеїв, парків. Це, безумовно, сприяє підвищенню медичної активності населення. Апарати для вимірювання артеріального тиску, рівня цукру в крові безкоштовно у користування надаються соціально активними фірмами – реалізаторами переліченої техніки. Учасники акції отримують інформацію про фактори ризику розвитку хвороб, необхідність лікування гіпертонічної хвороби для уникнення судинних катастроф та інших ускладнень. Безкоштовно поширюються друковані матеріали, книги, тести для самооцінки ризику виникнення інфаркту міокарда та інсульту. Індивідуальний письмовий облік обстежень дає змогу представити результати роботи в наукових виданнях.

Оздоровчі акції по вихідних днях у районних поліклініках є надзвичайно популярними серед населення і призначені для тих людей, які не мають змоги відвідати лікаря в робочі дні. Це, разом з масовими вуличними акціями, впливає на статистичні показники: поступово знижується рівень захворюваності на всі форми гіпертонічної хвороби, інфаркт міокарда, ішемічну хворобу серця, стенокардію; знижуються показники смертності внаслідок хвороб системи кровообігу.

Впровадження у столиці європейського досвіду державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб із гіпертонічною хворобою, а також соціальної програми «Картка киянина» з можливістю для власників картки придбати ліки (перелік із 86 препаратів) зі знижкою 25–30% стимулює прихильність до лікування гіпертонічної хвороби, сприяє попередженню хронічних неінфекційних захворювань.

Дата надходження рукопису до редакції: 09.10.2013 р.

И.А. Сухарева (Симферополь)

ОТНОШЕНИЕ СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЕЖИ К ПАРТНЕРСКИМ РОДАМ

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

Современное общество нуждается в более пристальном изучении вопроса материнства и отцовства в формировании института семьи. Как известно, семья – это социальная ячейка общества, поэтому крепкие семьи – это залог стабильности государства. Отношения в семье могут служить одним из показателей культуры самого общества. Формирование отношения женщины и мужчины к ребенку имеют некоторые различия: у матерей духовные и моральные отношения с ребенком формируются уже во время беременности, а у отцов – в большей степени после рождения.

В системе здравоохранения Украины существует программа «Доброжелательного отношения к матери и ребенку», которая приветствует присутствие партнера во время родов. Партнерские роды могут быть залогом хороших отношений между отцом и ребенком и благотворно повлиять на воспитание в будущем. Специалистами замечено, что результатом партнерских родов является снижение числа осложнений: оперативные вмешательства требуются в два раза меньше, реже применяется родостимулирующая терапия и другие медикаментозные вмешательства, значительно снижаются гнойно-септические и другие заболевания новорожденных. Но, с другой стороны, влияние партнерских родов на отношения между мужем и женой неоднозначное.

Цель работы – определить отношение современной молодежи к партнерским родам.

Материалы и методы

Проведено анкетирование 200 молодых людей в возрасте 21–25 лет. Материалы обработаны методами вариационной статистики.

Результаты исследования и их обсуждение

Среди всех респондентов 45,6% хотели бы участвовать в партнерских родах, а 54,4% – нет. При этом 46,8% из анкетированных мужчин указали, что партнерские роды укрепляют семейные отношения, а 53,2% респондентов увидели в них фактор возможного негативного влияния на последующие отношения в семье. Среди женщин 57,5% – «за» партнерские роды, 42,5% – «против» участия супруга в родах. При этом 46,1% из числа опрошенных женщин указали на то, что партнерские роды укрепляют отношения в семье, а 53,9% не исключили вероятность негативного влияния на будущие семейные отношения. 92% всех респондентов указали, что присутствие партнера во время родов является поддержкой и опорой для женщины.

Выводы

1. Меньшее количество молодых мужчин, по сравнению с женщинами, хотело бы участвовать в партнерских родах. При этом мужчины более склонны рассматривать партнерские роды, как негативный фактор, который может повлиять на дальнейшие отношения с супругой.
2. Партнерские роды должны быть выбором самих супругов, зависящим от степени доверия и взаимоотношений между ними.
3. Партнерские роды могут способствовать формированию благоприятных отношений между мужем и женой и развивать институт отцовства.

Дата поступления рукописи в редакцию: 25.09.2013 г.

Л.Д. Тодоріко, А.В. Бойко (Чернівці)

ПРОФІЛАКТИКА ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Буковинський державний медичний університет

Туберкульоз (ТБ) на сьогодні є актуальною медико-соціальною проблемою не тільки в Україні, але й в усьому світі. За даними світової статистики, щороку у світі від ТБ гине 2 млн людей. За оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я, у 2000–2020 рр. майже 1 млрд людей буде інфіковано, 200 млн захворіє та 35 млн загине від ТБ, якщо контроль за епідемією не посилять. Ситуація з ТБ в Україні дуже складна: починаючи з 1995 р., спостерігається епідемія ТБ, яка невпинно прогресує та набуває загрозливих масштабів. Щороку помирає від цієї хвороби 10–11 тис. хворих на ТБ, що становить понад 30 осіб на день.

Розвиток світової фізіотричної науки дає змогу розробити низку заходів і програм контролю за ТБ. Профілактика ТБ посідає важливе місце в комплексі заходів щодо боротьби з цією недугою.

Профілактика ТБ складається з комплексу різних заходів. Виходячи з характеру епідемічного процесу, профілактику ТБ слід проводити за такими основними напрямками:

1. Профілактичні заходи серед усього населення – соціальна профілактика, санітарна профілактика, специфічна профілактика (вакцинація й ревакцинація БЦЖ), хіміопрфілактика.
2. Профілактичні заходи серед груп ризику щодо ТБ (диспансеризація хворих і контактних осіб, хіміопрфілактика, оздоровлення).
3. Профілактичні заходи в осередках туберкульозної інфекції (санация осередку, дезінфекція, ізоляція хворих із бактеріовиділенням, хіміопрфілактика).

Усі зазначені профілактичні заходи взаємопов'язані й повинні здійснюватися з урахуванням поширеності туберкульозної інфекції.

Крім викладених профілактичних заходів (специфічна, санітарна й соціальна профілактика), до них слід віднести й своєчасне виявлення хворих на ТБ. Адже чим раніше виявлено хворого, тим більша ймовірність, що він інфікує меншу кількість здорових осіб. Через те профілактику ТБ потрібно проводити комплексно, у т.ч. разом з іншими протитуберкульозними заходами.

На сьогодні, згідно з наказом МОЗ від 21.12.2012 р. № 1091 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеці-

алізованої) медичної допомоги», внесено зміни щодо груп ризику захворювання на ТБ і контингенту диспансерного спостереження:

До категорії 5.1 (дорослі) належать особи із залишковими змінами після вилікування ТБ (ЗЗТБ) різної локалізації (час спостереження залежить від їх розміру). Протирецидивне лікування дорослим проводиться протягом двох років тим, хто щойно перехворів на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ або в кого ВІЛ виявлено після вилікування ТБ.

До категорії 5.2 (дорослі) відносяться контактні особи з хворими на ТБ, які виділяють МБТ, а також із хворими на ТБ тваринами. ХП ТБ проводиться при вперше встановленому контакті, у подальшому – у разі збереження контакту з бактеріовиділювачем (тваринами) щорічно, але не більше двох років поспіль (за епідеміологічними або клінічними показаннями цей термін може продовжуватися).

Примітка: Категорія 5, група 5.3. «Дорослі особи з туберкульозними змінами в легенях та інших органах із невизначеною активністю процесу» ліквідована. Цим наказом скасовано розділ 2.3 і додаток 3 наказу МОЗ України від 09.06.2006 р. № 385. Ці хворі спостерігаються у динаміці у 5.1 кат. або зараховуються у 3 кат. для лікування повним курсом.

Для дітей:

Категорія 5.1. Залишкові зміни після вилікування ТБ (ЗЗТБ):

Група 5.1 (А). Вперше виявлені особи з залишковими змінами після вилікування ТБ різної локалізації.

Група 5.1 (Б). Особи, переведені після закінчення основного курсу лікування з 1, 2, 3, 4, 5.1 (А) категорій.

Категорія 5.2. Контактні з хворими на активний ТБ та хворими на ТБ тваринами.

Група 5.2 (А). Діти та підлітки, які перебувають у побутовому (сімейному, квартирному та іншому) контактах із хворим на ТБ, які виділяють МБТ, а також бактеріовиділювачами, виявленими у дитячих та підліткових закладах. Діти, які мешкають на території протитуберкульозних закладів.

Група 5.2 (Б). Діти, контактні з хворими на активний ТБ без бактеріовиділення. Діти з сімейних тваринників, які працюють у неблагополучних щодо ТБ господарствах або мають тварин, хворих на ТБ.

Категорія 5.3. Діти і підлітки, у яких необхідно уточнити етіологію чутливості до туберкуліну (після-

вакцинальна або інфекційна алергія), характер змін у легенях та інших органах (з метою диференціальної діагностики). Діти з туберкульозними змінами невідзначеної активності.

Категорія 5.4. Діти групи ризику захворювання на ТБ з ЛТІ, ускладненнями щеплення БЦЖ, ВІЛ-інфіковані та з перинатальним контактом щодо ВІЛ-інфекції.

Група 5.4 (А). Діти і підлітки у ранньому періоді первинної туберкульозної інфекції (віраж туберкульозних реакцій за пробою Манту / позитивна реакція на пробу з АТР у разі її застосування).

Група 5.4 (Б). Діти та підлітки, інфіковані МБТ: з гіперергічною чутливістю до туберкуліну та з наростанням туберкулінової чутливості на 6 мм та більше за пробую Манту (гіперергічною реакцією на пробу з АТР), із хронічними соматичними захворюваннями.

Група 5.4 (В). Діти, які не були щеплені БЦЖ у період новонародженості, діти з ускладненнями щеплення БЦЖ.

Група 5.4 (Г). Діти з перинатальним контактом щодо ВІЛ-інфекції (ті, які знаходяться на моніторингу – до зняття (встановлення) діагнозу ВІЛ-інфекції).

Група 5.4 (Д). ВІЛ-інфіковані діти.

Дата надходження рукопису до редакції: 26.09.2013 р.

УДК 616-072.5(477.75)

О.С. Третьякова, И.А. Сухарева (Симферополь)

РОЛЬ БЕЗВОЗМЕЗДНОГО ДОНОРСТВА В ДОНОРСКОМ ДВИЖЕНИИ АР КРЫМ

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

Безвозмездное донорство на протяжении более чем 50 лет является векторным направлением в развитии донорского движения АР Крым, приоритетом в работе по комплектованию донорских кадров КРУ «Центр службы крови». Однако в последние годы в связи с экономическими и социальными условиями, а также изменениями в духовной жизни общества уровень безвозмездного донорства в Крыму снижается. Вместе с тем, несмотря на эти негативные процессы, служба крови АР Крым находится в авангарде безвозмездного донорства: ее вклад в формирование банка крови Украины на протяжении последних 10 лет составляет 7,7–8,1%. При этом 85% всех донаций в Крыму – безвозмездные. Работа по формированию безвозмездного донорства проводится по следующим направлениям: сотрудничество с местными органами власти, здравоохранения, руководителями предприятий, учреждений, высших и средних учебных заведений; агитация и пропаганда донорства по телевидению, радио и в других средствах массовой информации; выход в организованные коллективы, индивидуальные беседы; работа специальных подразделений (выездных бригад) Центра службы крови.

Ежегодно принимаются распоряжения Совета министров АР Крым по комплектованию кадров доно-

ров на текущий год. Формирование кадров доноров в разрезе регионов ежегодно планируется из расчета 40 доноров на 1000 населения, в соответствии с требованиями Всемирной организации здравоохранения и потребностями городов и районов в компонентах и препаратах крови. Внеплановая заготовка крови проводится при возникновении экстренных ситуаций, в т.ч. по месту жительства доноров-родственников больных, находящихся на лечении в республиканских лечебных учреждениях. Периодически такие заборы крови проходят как акции, организованные волонтерами, имеющими опыт организации помощи онкологическим больным, и активистами (студентами, политиками, молодыми предпринимателями). Эта форма работы является наиболее перспективной, т.к. привлекает своей адресностью. Выездные бригады проводят Дни донора в учебных заведениях Крыма и среди студентов формируют доноров плазмы. Эффективность такой формы работы наибольшая (до 150–170 доноров). Параллельно с предприятиями и учреждениями, профиль которых предполагает деятельность, связанную с риском для жизни, заключаются договора о создании банков крови. Немаловажной задачей службы крови является грамотная, профессионально организованная работа с первичными донорами по вовлече-

нию их в активное и резервное донорство. Агитационно-пропагандистская работа сегодняшнего дня невозможна без современных PR-технологий. Кроме традиционных форм работы, в городских троллейбусах транслируются агитационные видеоролики по донорской тематике, с 2011 г. организован и постоянно действует Интернет-сайт КРУ «Центр службы крови», контент которого постоянно обновляется в соответствии с потребностями Центра. Для желающих ознакомиться с работой Центра проводятся тематические экскурсии.

Благодаря работе по сохранению и развитию безвозмездного донорства при поддержке и содействии правительства Крыма, количество доноров в республике составляет 35,5 на 1000 населения (2012 г.), что значительно превышает показатель по Украине (18,6 на

1000 населения) и приближается к европейскому уровню. Стареет «золотой фонд» – кадровые доноры. В АР Крым около 8000 доноров имеют почетные звания. Насущная задача на сегодня – не дать угаснуть этому благородному и жизненно важному движению. А звание «Почетный донор» должно стать вновь престижным и благодарным.

Безвозмездные кадровые доноры – это основной донорский ресурс, являющийся самым массовым. Опыт работы КРУ «Центр службы крови» АР Крым свидетельствует о необходимости совершенствования форм работы по формированию безвозмездного донорства. Безвозмездное донорство должно быть непреложным приоритетом в работе службы крови, институт, которого нужно не только сохранить, но и активно развивать.

Дата поступления рукописи в редакцию: 25.09.2013 г.

УДК 316.728:616-084:001.8

В.І. Чебан, Л.Г. Чебан (Чернівці)

ТЕХНОЛОГІЇ ПРОФІЛАКТИКИ ПОРУШЕНЬ ФОРМУВАННЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я

Буковинський державний медичний університет
Чернівецький національний університет імені Ю. Федьковича

Концептуальні основи розвитку сучасної медицини в цивілізованому суспільстві декларують тезу пріоритетного профілактичного принципу у вирішенні проблем медичного забезпечення населення. Зазначений принцип у свій час панував у вітчизняній охороні здоров'я і добре себе зарекомендував. Поліпшення стану популяційного здоров'я сьогодні доцільно вирішувати у профілактичній площині, оскільки йдеться про такі основні параметри стану здоров'я, як медико-демографічні процеси, показники захворюваності, інвалідності та фізичного розвитку. Репродуктивне здоров'я є основою популяційного здоров'я. З цього погляду на перші рангові місця варто поставити проблеми охорони здоров'я матері й дитини, оскільки йдеться про здоров'я майбутніх поколінь і збереження генофонду населення країни.

Мета роботи – висвітлити технології профілактики порушень формування репродуктивного здоров'я.

Матеріали та методи

Аналіз наукових джерел зазначеного наукового напрямку свідчить, що нині підліткова вагітність є однією з основних причин материнської й дитячої смертності у всьому світі. За матеріалами бюлетеня Всесвітньої організації охорони здоров'я, щорічно у світі рання вагітність настає у 16 млн дівчаток-підлітків (одна з п'яти) – найчастіше в країнах із низьким і середнім рівнями доходу населення; 3 млн дівчат віком 15–19 років щорічно роблять аборти, і не завжди ця операція проводиться в належних умовах; у таких країнах ускладнення під час вагітності і пологів є основною причиною смерті серед дівчат віком 15–19 років; випадки мертвонародження й смерті новонароджених у матерів-підлітків спостерігаються на 50% частіше, ніж серед жінок вікових груп 20–29 років. Наголошується, що в таких країнах ситуація спричиня-

ється відсутністю знань про профілактику вагітності, відсутністю протизаплідних засобів у широкому доступі, сексуальним насильством. Більше третини дівчаток в окремих країнах повідомляють, що їхній перший статевий контакт був із примусу.

Результати дослідження та їх обговорення

Аналіз результатів власних досліджень дав змогу встановити кореляційні зв'язки між окремими показниками порушення репродуктивного формування і соціальними чинниками ризику. Впродовж кількох десятиліть сексуальний інтерес у 15–16-річному віці постійно зростає. Ця закономірність підтверджена результатами наших соціологічних досліджень. Анкетування підлітків показало, що більшість юнаків і дівчат мали певний ризикований для здоров'я досвід сексуального життя та низький рівень санітарно-просвітніх знань. Хоча дана проблема вийшла за межі соціальної медицини, на підґрунті результатів дослідження нами розроблено модель профілактичних технологій щодо вирішення репродуктивного оздоровлення населення. Доведено, що, на відміну від хлопчиків, форму-

вання репродуктивного здоров'я дівчаток тісно пов'язано не тільки з їх власне ембріональним розвитком, але й з ембріональним розвитком їхніх матерів. Адже саме у цьому періоді зароджуються овоцити першого порядку – статеві клітини майбутньої доньки. Тобто жіноче репродуктивне здоров'я формується за 17–25 років до планування вагітності та народження дівчинки. Відповідно, охорона жіночого репродуктивного здоров'я має бути налаштована щонайменше на охорону здоров'я трьох сімейних поколінь – новонароджених дівчаток, батьків, дідусів і бабусь.

Висновки

На основі окремих науково обґрунтованих закономірностей нами створено принципово нову схему організаційної структури управління процесами профілактики в системі охорони здоров'я, при цьому доведено, що децентралізація управління і територіальний принцип організації системи є найбільш раціональним із центром сімейного лікаря та дільничного акушер-гінеколога. Результати наукового дослідження внесені до реєстру галузевих нововведень, представлені для використання на державному і регіональному рівнях.

Дата надходження рукопису до редакції: 21.10.2013 р.

УДК 316.728:616-057.87:613.87:001.8

Н.М. Чемерис (Львів)

ПРОФІЛАКТИКА СОЦІАЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИХ УЗАЛЕЖНЕНЬ СЕРЕД ДІТЕЙ

ОКЗ ЛОР «Львівський обласний клінічний наркологічний диспансер»

Профілактика є одним зі способів реагування на різноманітні суспільні явища, які оцінюються як шкідливі й небажані. Це вказує на потребу докладання зусиль із метою їх ліквідації або принаймні обмеження.

Останніми десятиліттями профілактика є важливим елементом виховання в сім'ї та школі. Це – не дань моді, а наслідок кризи у вихованні підростаючого покоління, що має місце на зламі тисячоліть. Поширення в невідомих до цього часу масштабах поведінкових проблем серед дітей та молоді потребує помітної інтервенції.

Мета роботи – висвітлити профілактику суспільно-небезпечних uzалежнень серед дітей.

Матеріали та методи

Участь у дослідженні взяли 5 106 учнів шкіл м. Львова (хлопці і дівчата віком 14–17 років). Як основний метод дослідження використано анкетне опитування, яке вважається одним із найефективніших методів збору соціальної інформації в масових соціологічних дослідженнях. Результати анкетування опрацьовано за допомогою програми ОСА та зроблено висновки.

Результати дослідження та їх обговорення

Основні причини, які спонукають молодь вживати адитивні речовини, такі: задля розваги, солідарність із компанією та сімейне виховання. Серед основних причин, з яких діти починають палити, такі: тому що це модно (20,2%), бажання бути схожим на дорослих (15,5%), тиск з боку товаришів і знайомих (14,3%), цікавість (13,6%), для того щоб розслабитися (8,1%), різні конфліктні ситуації (7,0%).

За результатами анкетування щодо алкоголю, то 43,0% не вживають його взагалі, 47,2% вживають 1–2 рази на місяць, 9,8% – 1–2 рази на тиждень. Щодо наркотичних речовин, то їх не вживають взагалі більшість (98,3%) учнів, тільки 1,5% респондентів вживають наркотики 1–2 рази на місяць.

Сьогодні молоді люди обирають слабоалкогольні напої (22,2%), в більшості випадків пиво (17,5%) або вино (17,8). З даного анкетування встановлено, що 13,4% учнів вживають все залежно від ситуації.

Підліткова схильність до алкоголізму має свої особливості й тенденції. Як свідчить дослідження, простежується тенденція до зниження середнього віку, коли молодь починає вживати алкоголь, а саме 6–8 років – 8,2%, 9–14 років – 37,3%, більший відсоток тих, хто спробував вперше спиртні напої у віці 15–17 років – 42,5%.

Встановлено, що чим раніше діти залучаються до адитивних речовин, тим швидше формується у них залежність, тим алкоголізм як хвороба має складніший перебіг.

Учні зазначили, що найбільш ефективними засобами для профілактики шкідливих звичок серед молоді є: активізація діяльності психологів, соціальних працівників, медиків у вирішенні молодіжних проблем (35,0%), посилення взаємодії педагогів і батьків (27,0%), створення консультативних центрів для допомоги дітям, які мають певні uzалежнення, (24,0%).

За даними анкетного опитування, недостатня кількість учнів вважає, що дітей слід заохочувати займатися спортом (2,9%), проводити уроки психології (2,9%) та заборонити рекламу тютюнових виробів і алкогольних напоїв (2,9%).

Висновки

1. Вживання адитивних речовин є актуальною проблемою в молодіжному середовищі.
2. Необхідно розробити районні програми раннього втручання в сім'ї, які опинились у складних життєвих ситуаціях з метою запобігання негативного впливу сімейного виховання на формування особистості.
3. Потрібно активно впроваджувати систему тренінгів вміння протистояти зовнішньому впливові для учнів 5–11-х класів.

Дата надходження рукопису до редакції: 21.10.2013 р.

УДК 314.4:616-055.1/.2(477)

Л.А. Чепелевська, А.А. Кранівіна (Київ)

СУЧАСНІ ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ СМЕРТНОСТІ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

Смертність населення є одним із ключових показників стану здоров'я населення. Її тенденції відображують рівень соціально-економічного благополуччя та обумовлені цілою низкою як медичних (якість, доступність і своєчасність медичної допомоги), так і немедичних чинників (матеріальне становище, стурбованість населення щодо власного здоров'я). Останніми роками рівні смертності серед чоловіків і жінок України дещо знизилися, однак ще

залишаються одними з найвищих серед Європейських країн.

Мета роботи – висвітлити сучасні гендерні особливості смертності населення України.

Матеріали та методи

Матеріалами дослідження слугували дані офіційної статистики Державної служби статистики України

за 2008–2012 рр. серед чоловіків і жінок. У дослідженні використано методи математичної та медичної статистики.

Результати дослідження та їх обговорення

У 2008–2012 рр. намітилась позитивна тенденція до зниження смертності як серед чоловіків, так і серед жінок. За ці роки рівні смертності серед чоловіків знизилися на 14,7% ($p \leq 0,01$), серед жінок – на 6,8% ($p \leq 0,01$) і становили 1552,6 випадку смерті на 100 000 чоловіків і 1381,0 – на 100 000 жінок.

Традиційно структуру смертності формують екзогенні (зовнішні причини смерті, хвороби органів дихання, травлення, деякі інфекційні та паразитарні хвороби) і ендогенні (хвороби системи кровообігу, новоутворення та інші) причини смерті. У сучасній структурі смертності близько 80–85% випадків смертей українців зумовлені трьома основними причинами: хворобами системи кровообігу, новоутвореннями та зовнішніми причинами смерті.

Найбільшу кількість смертей серед чоловіків (57,4%) і жінок (73,9%) спричинили хвороби системи кровообігу. На другому місці в обох статей були новоутворення: 15,7% серед чоловіків і 12,3% серед жінок. Третю позицію серед чоловічої статі займали зовнішні причини смерті (10,0%), тоді як серед жіночої – хвороби органів травлення (3,1%); четверту – серед чоловіків хвороби органів травлення (5,2%), а серед жінок – зовнішні причини смерті серед (2,7%). Водночас, п'яте місце в обох статей посіли хвороби системи дихання (3,7% серед чоловіків і 1,5% серед жінок) і шосте – деякі інфекційні та паразитарні хвороби (відповідно 3,1% і 1,1%).

Хоча основні причини смерті мали аналогічні рангові місця у структурі смертності, за рівнями для більшості з них зафіксовано переважання серед чоловіків.

Зовнішні причини смерті спричинили в 4,1 разу більше смертей серед чоловіків, ніж серед жінок; деякі інфекційні та паразитарні хвороби – в 3,2 разу; хвороби системи дихання – в 2,9 разу; органів травлення – в 1,9 разу. Тоді як смертність від хвороб системи кровообігу в 1,1 разу була вищою серед жінок.

У динаміці (2008–2012 рр.) знизилися рівні смертності від основних причин, крім новоутворень. Найбільш значні зміни спостерігалися для зовнішніх причин смерті, темп зниження становив 32,5% серед чоловіків і 25,8% серед жінок. Смертність від хвороб системи дихання зменшилася на 28,1% серед чоловіків і 18,2% серед жінок. Водночас, ці зміни для хвороб органів травлення дорівнювали 23,4% і 14,2%; деяких інфекційних і паразитарних хвороб – 21,6% і 7,1%; хвороб системи кровообігу – 11,2% і 5,0% відповідно. Аналіз динаміки рівнів смертності від новоутворень засвідчив, що як серед чоловіків, так і серед жінок за ці роки зафіксовано стрімке зростання в 2012 р., після деякої стабілізації протягом 2008–2011 рр. У 2012 р. порівняно з 2008 р. смертність зросла на 5,3% серед чоловіків і 6,6% серед жінок.

Висновки

Смертність українських чоловіків і жінок протягом останніх (2008–2012 рр.) років характеризувалась сприятливою динамікою як у цілому, так і за більшістю основних причин смерті. Однак коефіцієнти смертності залишилися на доволі високому рівні як серед чоловіків (15,5‰), так і серед жінок (13,8‰).

Негативною тенденцією стану здоров'я було зростання рівнів смертності за ці роки від новоутворень як серед чоловіків (5,3%), так і серед жінок (6,6%).

У 2008–2012 рр. смертність серед чоловіків була вищою, ніж серед жінок, як у цілому, так і за більшістю причин смерті.

Дата надходження рукопису до редакції: 01.10.2013 р.

Г.В. Шпак, Р.А. Абрахімов, Н.Г. Левенець (Київ, Донецьк)

ОСНОВНІ ПРОБЛЕМИ КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Центр мікрохірургії ока
Донецький національний медичний університет імені М. Горького

Ефективність системи охорони здоров'я залежить від ефективності кадрових ресурсів. На частку кадрових ресурсів припадає більшість бюджету сектору охорони здоров'я (65–80%). Найважливішими факторами та умовами, які впливають на забезпечення кадровими ресурсами в Європейському регіоні, є демографічні, епідеміологічні, демографічні, а також політичні та економічні зміни.

Всесвітня організація охорони здоров'я визначає 7 основних завдань розвитку кадрового потенціалу у системі охорони здоров'я: моніторинг кадрових ресурсів; новий підхід до планування й управління кадровими ресурсами; зміна структури кадрових ресурсів; нестача професійних кадрів у системі охорони здоров'я; основи для політичного розвитку; перегляд системи підготовки кадрів для галузі охорони здоров'я; зміцнення потенціалу кадрових ресурсів.

Для України завдання розвитку кадрової політики полягає в такому:

- удосконалення системи кадрового забезпечення галузі з урахуванням сучасних соціально-економічних умов і реальних потреб регіонів;
- реорганізація системи планування й розподілу кадрового потенціалу у співвідношенні «лікар – молодший спеціаліст із медичною освітою»;

- запровадження в установленому законодавством порядку укладання трудового договору на умовах контракту з керівниками закладів охорони здоров'я, а в подальшому – з усіма медичними працівниками.

При цьому основними пріоритетами кадрової політики є: збільшення обсягів державного замовлення на підготовку лікарів; підготовка та перепідготовка медичних кадрів за європейськими стандартами; забезпечення першим робочим місцем, створення належних умов праці та проживання випускників вищих медичних закладів відповідно до потреб галузі охорони здоров'я; реалізація системи економічних і правових механізмів соціального захисту медичних працівників, підвищення рівня заробітної плати та надання молодим спеціалістам службового житла; раціональне використання кадрових ресурсів галузі в рамках єдиного простору медичних послуг, незалежно від відомчого підпорядкування і форм власності закладів охорони здоров'я; ліквідація диспропорцій кадрових ресурсів медичної галузі (село / місто), (первинна / вторинна та третинна ланка); мотивація медичних працівників до ефективної праці.

Дата надходження рукопису до редакції: 21.10.2013 р.

«МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ПИТАННЯ У РЕФОРМУВАННІ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я» (НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ, ПРИСВЯЧЕНА ПАМ'ЯТІ ПРОФЕСОРА В.М. ПОНОМАРЕНКА)

м. Київ, 24–25 жовтня 2013 року

24–25 жовтня 2013 року в м. Києві відбулася науково-практична конференція «Медико-соціальні питання в реформуванні сфери охорони здоров'я», присвячена пам'яті видатного соціал-гігієніста та організатора охорони здоров'я, доктора медичних наук, професора В.М. Пономаренка. Організаторами заходу виступили ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» та Український центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи МОЗ України.

На конференції були висвітлені актуальні питання сучасної охорони здоров'я: пріоритети розвитку сфери охорони здоров'я в Україні; профілактичне спрямування сфери охорони здоров'я України в ході медичної реформи; обговорення Концепції формування здорового способу життя населення України; роль центрів здоров'я у формуванні в населення мотивації до здорового способу життя та профілактики хронічних неінфекційних захворювань.

Учасників конференції привітали представники Міністерства охорони здоров'я України (д.мед.н., проф. А.В. Степаненко – Радник міністра), Національної академії медичних наук України (член-кор. НАМН України, д.мед.н., проф. А.М. Нагорна, д.мед.н., проф. Л.П. Гульчій), громадських організацій, головні лікарі Київського міського та регіональних центрів здоров'я, наукові співробітники ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України».

Із вітальним словом до учасників конференції та високих гостей звернулися – директор ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», к.держ.упр. С.О. Линник і директор Українського центру наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи МОЗ України к.мед.н. А.Є. Горбань.

Перше пленарне засідання розпочала д.держ.упр., доц. Н.П. Ярош із доповіддю про життєвий та творчий шлях видатного українського вченого В.М. Пономаренка. Про роль професора В.М. Пономаренка в розвитку вітчизняної охорони здоров'я розповів д.мед.н., проф. Г.О. Слабкий.

У подальшому заслуховувалися доповіді, присвячені таким питанням: ефективність сучасної системи охорони здоров'я (д.мед.н., проф. В.М. Лехан, к.мед.н. с.н.с. М.В. Шевченко); демографічна ситуація (д.мед.н., проф. Л.А. Чепелевська, А.А. Крапівіна), здоровий спосіб життя (д.мед.н., проф.

Ю.Б. Ященко, к.геол.н. К.С. Красовський, к.мед.н., доц. Ю.О. Ромаскевич, Ф.П. Ринда), підготовка висококваліфікованих кадрів охорони здоров'я (д.мед.н., проф. В.Й. Шатило, д.мед.н., проф. О.З. Децик), профілактичне спрямування сфери охорони здоров'я (к.мед.н. О.О. Стойка), охорона здоров'я дітей та матерів (д.мед.н., проф. В.І. Чебан, д.мед.н. Г.В. Охромій, к.мед.н., с.н.с. О.О. Дудіна); інформатизація охорони здоров'я (Є.М. Кривенко) тощо.

Другий день конференції завершився обговоренням проекту та прийняттям резолюції.

Можна з упевненістю сказати, що захід організовано і проведено на високому рівні. Дискусійний майданчик конференції продемонстрував зацікавленість усіх сторін у подальшій співпраці в напрямку підвищення ефективності системи охорони здоров'я в умовах реформування, а також сприяв консолідації учасників.

РЕЗОЛЮЦІЯ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ «МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ПИТАННЯ У РЕФОРМУВАННІ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я», ПРИСВЯЧЕНОЇ ПАМ'ЯТІ ПРОФЕСОРА В.М. ПОНОМАРЕНКА

(Київ, 24–25 жовтня 2013 року)

Учасники науково-практичної конференції «Медико-соціальні питання у реформуванні сфери охорони здоров'я», присвяченої пам'яті професора В.М.Пономаренка, представники Міністерства охорони здоров'я України, Національної академії медичних наук України, головних лікарів регіональних центрів здоров'я, громадських організацій, заслухавши та обговоривши доповіді пленарних засідань **констатують наступне:**

Стан здоров'я населення є інтегральним показником соціальної орієнтації держави, який відображає ступінь її відповідальності перед своїми громадянами. Збереження і розвиток національного людського капіталу визначено одним з пріоритетних завдань внутрішньої політики України на найближчі роки.

Водночас залишаються не вирішеними питання системи громадського здоров'я, не створюються умови для забезпечення здорового способу життя широких верств населення. У суспільстві продовжує зберігатися споживацьке ставлення населення до власного здоров'я, не формуються відповідальність і мотивація щодо його збереження та зміцнення, особливо серед дітей та молоді. Це також негативно впливає на перебіг виконання поставлених завдань реформування системи охорони здоров'я.

Сучасний стан громадського здоров'я в Україні характеризується як кризовий, про що свідчать негативні тенденції у тріаді статистичних показників, а саме: показниках відтворення населення (медико-демографічні дані); показниках розвитку дітей, запасу фізичних сил у дорослого населення (показники фізичного розвитку) та адаптації населення до умов навколишнього середовища (захворюваність, інвалідність).

Основними причинами такого стану справ є:

- поширеність серед населення поведінкових факторів ризику виникнення хронічних неінфекційних захворювань – неадекватне харчування, гіподинамія та гіпокінезія, надлишкова маса тіла, тютюнокуріння та надмірне вживання алкоголю;
- відсутність комплексної міжвідомчої програми з пропаганди здорового способу життя серед мешканців та ефективних шляхів боротьби зі шкідливими звичками;
- неефективність профілактичної роботи у закладах первинного та вторинного рівня щодо профілактики, лікування та контролю хронічних неінфекційних захворювань, а також шкідливості тютюнокуріння, малорухомого способу життя, ожиріння, надмірного вживання кухонної солі, алкогольних напоїв, психоемоційного та психосоціального навантаження;
- неусвідомленість населенням профілактики захворювань як важливої складової запобігання передчасній смерті, подовження тривалості життя та покращення його якості, зменшення втрат внаслідок тимчасової непрацездатності та запобігання інвалідизації;
- відсутність вагомого мотиваційного механізму у населення щодо підтримки ведення здорового способу життя.

За результатами обговорення учасники конференції одностайно **вирішили:**

1. Сприяти подальшому вдосконаленню державної політики в охороні здоров'я шляхом застосування загальнодержавного підходу та залучення усього суспільства до вирішення питань охорони здоров'я, формування системи громадського здоров'я, посилення профілактичної спрямованості, впливу на визначальні детермінанти, запровадження стратегічного управління та розширення державно-приватного партнерства, підвищення якості життя населення.
2. Здійснювати моніторинг за реформуванням системи охорони здоров'я в пілотних регіонах з метою зменшення можливих ризиків при поширенні ходу реформування на не пілотні регіони.
3. Схвалити досвід перинатальної служби щодо переорієнтації медико-організаційних технологій формування та збереження здоров'я на доказові принципи і сприяти поширенню цього досвіду на інші служби охорони здоров'я.
4. Сприяти поширенню інформації про реформування галузі охорони здоров'я на підставі позитивного досвіду реалізації пілотного проекту щодо покращення якості медичної допомоги та доступності медичного обслуговування населенню, проведенню інформаційно-роз'яснювальної роботи серед організаторів охорони здоров'я, медичних працівників та населення стосовно результатів реформування галузі, широкому висвітленню ходу реформ у засобах масової інформації.
5. Розробити і впровадити стандарти здорового способу життя, що ґрунтуються на принципах доказової медицини та критерії оцінки діяльності Центрів здоров'я та їх структурних підрозділів.
6. Розробити директивно-нормативну базу профілактичної діяльності медичної галузі, у т.ч. алгоритми, нормативи, показники моніторингу і оцінки, методику корекції способу життя, насамперед на рівні первинної ланки.
7. Розробити методичні рекомендації стосовно основних принципів і технологій підготовки матеріалів з питань здорового способу життя та профілактики захворювань.
8. Забезпечити організацію проведення цільових скринінгів населення відповідно до вимог чинного законодавства, здійснення диспансерного спостереження та превентивного лікування населення груп високого ризику розвитку захворювань. Залучати до формування профілактичного середовища, поряд з державними структурами, громадянське суспільство, недержавні організації, представників бізнесових кіл, сімей та громадян.
9. Відновити вертикаль служби формування здорового способу життя, забезпечивши для цього повноцінну діяльність Всеукраїнського науково-практичного центру здоров'я, а також обласних центрів здоров'я, підпорядкованих територіальним управлінням охорони здоров'я.
10. Створити на базі Всеукраїнського науково-практичного центру здоров'я та регіональних центрів здоров'я ресурсно-тренінгові центри для підготовки (підвищення кваліфікації лікарів та молодших спеціалістів з медичною освітою) спеціалістів первинного рівня надання медичної допомоги, лікарів інших спеціальностей з питань формування здорового способу життя, профілактики інфекційних та хронічних неінфекційних захворювань.
11. Оптимізувати роботу мережі Центрів здоров'я за напрямком формування донологічного підходу щодо оцінки стану здоров'я та функціонального стану організму та забезпечити паспортизацію рівня здоров'я населення України.

