

12. Катренко А.В. Системний аналіз об'єктів та процесів комп'ютеризації: Навчальний посібник. – Львів: «Новий світ – 2000». – 424 с.

13. Taylor, F.W. The Principles of Scientific Management. – 3rd ed. – New York: Harper, 1997. – 237 p.

14. Бажин И.И. Исследование систем управления: Компакт-учебник. – Харьков: Консум, 2004. – 336 с.

15. Хэнди Ч. Алчущий дух. За гранью капитализма: поиск цели в современном мире // Новая постиндустриальная волна на Западе. Антология / Под ред. В.Л. Иноземцева. – М.: Academia, 1999. – с. 163 – 184.

16. Drucker P.F. Management: Tasks, Responsibilities, Practicies. – 2nd ed. – New York: Harper, 1994. – 374 p.

17. Мельник П.С. Розвиток системи медичного забезпечення Збройних Сил України та основні задачі на 2008 рік. Частина 3. Цілі та задачі розвитку системи медичного забезпечення Збройних Сил України на 2008 рік. / Доповідь на зборі керівного складу медичної служби Збройних Сил України 16.01.2008, м. Ірпінь.

18. Мильнер Б.З. Теория организации. – М.: Инфра-М, 2001. – 478 с.

19. Кнорринг В.И. Искусство управления. – М.: Из-во БЕК, 1997. – 288 с.

*Науковий рецензент*

УДК 614.2

## ЕПІДЕМІОЛОГІЯ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ДІТЕЙ У ВЕЛИКИХ МІСТАХ УКРАЇНИ

**О.А. Канюра**, кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри ортодонції та пропедевтики ортопедичної стоматології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

**Резюме.** У статті викладено епідеміологічну ситуацію щодо стоматологічної захворюваності дітей у великих містах. Визначені реальні потреби дитячого населення в стоматологічних послугах та ступінь участі держави в забезпеченні соціальної орієнтації даного виду медичної допомоги.

**Ключові слова:** стоматологічна захворюваність, дитяче населення, стоматологічні послуги.

**Вступ.** Стратегія «Здоров'я-21», прийнята в розвиток стратегії Європейського регіонального бюро ВООЗ «Здоров'я для всіх», вважає за реальне попередити поширеність карієсу у 80% шестирічних дітей і досягти зниження індексу КПВ до 1,5 зубів у дітей 12 років.

В Україні, як свідчать матеріали досліджень ряду авторів, стоматологічна захворюваність та інтенсивність враження дітей основними стоматологічними захворюваннями протягом ряду років залишається високою, що висуває проблему підтримки й зміцнення стоматологічного здоров'я до числа найбільш актуальних і вагомих.

Перехід України до умов ринкових відносин спричинив появу приватного стоматологічного сектора, але не дивлячись на зростання чисельності приватних стоматологічних лікувально-профілактичних установ, 99% дитячого населення обслуговується у державному секторі. Варто враховувати, що більша частина послуг, які надаються у приватних установах, особливо елітних, не доступна для більшості населення.

У стоматології, де вже давно й успішно використовуються елементи ринкових відносин, внесок держсектора у підтримку здоров'я громадян до 2006 року оцінюється, залежно від системи аналізованих показників,

у 70-90% (Вишняков Н.И., Данилов Е.О., 1997; Коровашкин С.А., 1998).

Слід відмітити, що на тлі такої ситуації, згідно даних Центру медичної статистики МОЗ України, у держсекторі відбувається скорочення штатних лікарських посад стоматологів. Так за період 1995-2005 р. у цілому по всім закладам було скорочено 3677,8 посад стоматологів, у тому числі у поліклініках – 3547, а в ЦРЛ – 513,25 посад.

Крім того, у сучасних умовах соціально-економічного розвитку України, макроекономічні наслідки активного запровадження до стоматологічної практики ринкових відносин призвели до відтоку лікарського персоналу з державного сектора лікувально-профілактичних установ, що надають стоматологічну допомогу дітям і формуванню несприятливих умов для розвитку дитячої стоматологічної служби (Павліш Й.В., 2002; Кицул І.С., Попова І.Н., 2006)

До того ж обмеженість ресурсів державної системи охорони здоров'я робить її не конкурентноздатною та надає переваги приватній системі охорони здоров'я, що спричиняє необхідність законодавчого регулювання й створення умов для чесної конкуренції.

Мета дослідження. З огляду на вище перераховане й зростаючу потребу населення у стоматологічній допомозі, метою нашого дослідження було вивчення стоматологічної захворюваності дитячого населення, визначення реальної потреби його в стоматологічних послугах і розрахунок ресурсної бази для забезпечення певної потреби.

При цьому ми прагнули визначити пріоритети в стоматологічному обслуговуванні й оцінити ступінь участі держави в забезпеченні соціальної орієнтації даного виду медичної допомоги дитячому населенню.

Насьогодні відсутнє чітке уявлення про те, який обсяг безкоштовних стоматологічних послуг може бути реально наданий дитячому населенню в держсекторі. Пов'язано це, у

першу чергу, з відсутністю даних про стан захворюваності й поширеності захворювань зубів, які в основному й визначають потреби у стоматологічному обслуговуванні населення.

Уявлення про обсяг послуг повинно формуватися на основі вивчення захворюваності або попиту на стоматологічні послуги. Попит, є ринковим параметром і не відбиває фактичну потребу населення у послугах, тому що він залежить від платоспроможності населення.

Орієнтація на попит при плануванні обсягів стоматологічної допомоги у рамках муніципального замовлення не може бути коректною.

Більша частина населення будь-якого великого міста України одержує стоматологічну допомогу у держсекторі. За таких умов українською необхідною є система розрахунку ресурсного забезпечення, заснована на визначенні потреби в стоматологічному обслуговуванні, виходячи з реальних рівнів поширеності стоматологічних захворювань. Ситуація ускладнюється тим, що впродовж багатьох років офіційний облік стоматологічної захворюваності не здійснюється, а планування обсягів робіт здійснюється на підставі даних про обсяги робіт за попередній період.

**Матеріали та методи дослідження.** На стоматологічному прийомі було обстежено 3668 дітей у віці від 3 до 16 років у 3-х містах України (Києві, Житомирі, Черкасах). Всі обстежені були розділені на наступні вікові групи: 3-6 років, 7-12 років, 13-16 років. За результатами дослідження визначені статеві-вікові особливості поширеності та інтенсивності карієсу та інших стоматологічних захворювань.

**Результати дослідження та їх обговорення.** З метою вивчення і аналізу поширеності та інтенсивності стоматологічної захворюваності серед дітей, а також обсягу та виду стоматологічних послуг, які їм надаються, нами були обстежено 3668 дітей у трьох містах – Житомирі, Черкасах і Києві. Статєво-віковий склад обстежених дітей вказано у таблиці 1.

Таблиця 1

Статеві-віковий склад контингенту, який вивчався (у абс. величинах)

Статеві-вікові групи		Кількість дітей у репрезентативних вибірках у трьох містах, охоплених дослідженням		
Вік	Стать	Житомир	Київ	Черкаси
3-6 років	Чол.	171	189	152
	Жін.	212	201	169
	Обидві статі	383	390	321
7-12 років	Чол.	161	204	153
	Жін.	186	213	177
	Обидві статі	347	417	330
13-16 років	Чол.	199	301	212
	Жін.	217	318	233
	Обидві статі	416	619	445
Всього	Обидві статі	1146	1426	1096

На основі власних спостережень нами поширеність стоматологічних захворювань отримані результати, які свідчать про високу серед дітей дошкільного і шкільного віку.

Таблиця 2

Інтенсивність і поширеність карієсу серед дітей впродовж 2003-2005 рр.  
(у м. Житомирі, Києві, Черкасах)

Інтенсивність враження карієсом (КПВз)									
Вік дітей	Рік спостереження								
	2003			2004			2005		
	Ж	К	Ч	Ж	К	Ч	Ж	К	Ч
6-7 років	0,35	0,30	0,37	0,4	0,39	0,4	0,42	0,43	0,41
12 років	2,9	2,70	2,8	3,2	2,75	2,9	3,5	2,82	3,1
13-15 років	3,9,0	3,70	3,6	4,0	3,9	3,8	4,1	4,2	3,9
Поширеність карієсу (%)									
Вік дітей	Рік спостереження								
	2003			2004			2005		
	Ж	К	Ч	Ж	К	Ч	Ж	К	Ч
6-7 років	25,1	25,67	24,9	26,8	26,30	25,5	27,4	27,0	26,9
12 років	61,7	63,30	62,0	67,9	70,00	67,9	71,5	72,3	71,9
13-15 років	90,6	91,00	91,2	92,0	93,30	92,8	94,4	95,7	94,9

Так інтенсивність карієсу серед дітей з тимчасовим прикусом, згідно індексу «кп», становила у середньому у 3 містах  $0,42 \pm 0,019$  зуби. У період постійного прикусу (у віці 13-15 років) інтенсивність карієсу зростала у значенні індексу «кп» до  $4,0 \pm 0,023$  зубів.

Негативні динамічні зрушення у інтенсивності каріозного враження зубів впродовж 2003-2005 років виявлені у всіх вікових групах дітей (табл.2).

З матеріалів таблиці 3 випливає, що інтенсивність і поширеність карієсу суттєво зростає із збільшенням віку дітей, зокрема, з 6-7 років до 12 років у 2,6 рази, з 12 років до 15 років у 1,3 рази.

В результаті аналізу стану твердих тканин зубів дітей 6-7, 12 і 15 років в середньому у трьох містах (Києві, Житомирі, Черкасах) у 2005 році було встановлено (табл. 3), що поширеність карієсу постійних зубів у 6-7-річних дітей

становила 27,1 % з інтенсивністю враження 0,42 ускладнених форм не було зареєстровано. (КПВп). Компонент «К» у структурі індексу Компонент «П» становив 42,15 %. КПВп складав 51,25 %, серед них – Співвідношення К:П – 1,4:1.

Таблиця 3

Стан твердих тканин зубів дітей 6-7, 12 і 15 років (в середньому у трьох містах Києві, Житомирі, Черкасах у 2005 році)

Вік	Поширеність карієсу (у %)	Оцінка за критеріями ВООЗ	К				П		В		Інтенсивність враження карієсм		К:П
			карієс,		ускладн.		пломба		видалений				
			абс. *	%	абс. *	%	абс. *	%	абс. *	%	КПВз	КПВп	
6-7 років	27,1	середня	0,29	51,25	0,00	0,00	0,21	42,15	0,00	0,00	0,42	0,47	1,4:1
12 років	71,9	висока	0,87	53,3	0,05	5,15	0,75	43,68	0,10	5,27	3,14	1,90	1,2:1
15 років	95,0	суцільна	1,43	29,63	0,00	0,00	3,51	66,80	0,23	4,49	4,1	5,12	1:2,3

З матеріалів, представлених у таблиці 3 також впливає, що в середньому у 12-річних підлітків поширеність карієсу досягла 71,9% при інтенсивності 1,9 (КПВп) і 3,14 (КПВз). Питома вага карієсу у структурі індексу становила – 53,3 %, з них 5 % ускладнень. Частка пломбованих зубів складала 43,7 %. Співвідношення К:П – 1,2:1.

При аналізі окремих компонентів індексу КПВ було встановлено, що вже у 12 років у дітей були видалені зуби з приводу ускладнень карієсу. Відсоток видалених зубів в 12 років склав 4,8 %, а у 15-річних підлітків – 5,6 %.

Серед 15-річних дітей поширеність карієсу складала 95,0 % («суцільна» за критеріями ВООЗ). Інтенсивність враження становила 5,12 зуби (КПВп) і 4,1 (КПВз). Частка компонента «К» – 29,6 %, «П» – 66,8 %. Співвідношення К:П складало 1:2,3.

### Література

1. Вишняков Н.И., Данилов Е.О. К разработке перспективной модели стоматологического обслуживания в системе городского здравоохранения // Проблемы городского здравоохранения. – Санкт-Петербург, 1997. – Вып. 2. – С. 238-240.

Поширеність запальних змін парадонта серед дитячого населення складала 56,9%. Найвність зубного нальоту зареєстрована у 52,1±1,11% обстежених. Відкладення зубного каменя у 16,1 ±0,73 %. Некрозні враження тканин зубів (гіпоплазія, гіперплазія, флюороз, травматичні враження, клиновидний дефект, некроз) діагностувалися практично у кожній другій дитині (46,81±0,95%). Гінгівіт діагностувався у 52,6% обстежених дітей, пародонтит – у 4,56% обстежених, пародонтоз у 0,25%.

### Висновки

Результати проведеного дослідження свідчать про високу поширеність основних стоматологічних захворювань серед дітей України і згідно з рекомендаціями ВООЗ її можна класифікувати як високий рівень ураженості карієсом і його ускладненнями, а також ураженості тканин пародонту.

2. Коровашкин С.А. К анализу работы Каневской стоматологической поликлиники за 1996 г. // Проблемы социальной гигиены и история медицины. – 1998. – № 1. – С. 53-55.

3. Павліш І.В. Прогнозування та профілактика запальних захворювань парадонта у сучасних умовах // Український медичний альманах. –

Луганськ, 2002. – Том 5, № 2. – С. 82-84.

4. Леонтьев В.К., Копейкин В.Н., Алимский А.В. Сеть стоматологических учреждений: тенденции и направления развития при переходе к рыночным отношениям // Стоматология. – 1998 –

№ 1. – С. 51-54.

5. Кицул И.С., Попова И.Н. Состояние региональной системы стоматологической помощи населению и пути ее оптимизации // Главврач. – 2006. – № 2. – С. 87-92.

*Науковий рецензент кандидат медичних наук, доцент Лихота А.М.*

УДК 616.98:578.821(477)

## **ЕФЕКТИВНІСТЬ ВПРОВАДЖЕННЯ СИТЕМИ МЕДИКО-ОРГАНІЗАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ СПРЯМОВАНИХ НА ЗНИЖЕННЯ ПОШИРНОСТІ ВІЛ/СНІДУ СЕРЕД УВ'ЯЗНЕНИХ ТА ЗАСУДЖЕНИХ В УСТАНОВАХ ДЕРЖАВНОЇ КРИМІНАЛЬНО-ВИКОНАВЧОЇ СЛУЖБИ УКРАЇНИ**

**С.Б. Живаго**, кандидат медичних наук, полковник медичної служби, начальник медичної служби Державної кримінально-виконавчої служби України

**А.М. Лета**, капітан медичної служби, старший інспектор Державної кримінально-виконавчої служби України

**Резюме.** В статті представлено удосконалену систему медико-санітарного забезпечення та надання медичної допомоги ув'язненим та засудженим, які хворі на ВІЛ/СНІД. Отримані результати дозволяють стверджувати, що впровадження нових принципів, у першу чергу конфіденційності та доступності медичної допомоги ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД, утримання їх на загальних засадах сприяло зменшенню напруги серед засуджених та особового складу, підвищенню рівня знань про ВІЛ-інфекцію та СНІД, шляхи передачі інфекції та засоби перестороги.

**Ключові слова:** стан здоров'я, ВІЛ/СНІД, медична служба установ виконання покарань.

**Вступ.** Встановлено, що епідемія ВІЛ/СНІДу, як і раніше (понад 90 % усіх випадків ВІЛ, зареєстрованих на сьогодні), сконцентрована в таких групах населення, як споживачі ін'єкційних наркотиків, гомосексуалісти та люди без певного місця проживання [1-5]. В усьому світі епідемія ВІЛ/СНІДу у в'язницях проявляється гостріше й носить більше агресивний характер, чим у суспільстві в цілому. Рівень інфікування ВІЛ у в'язницях країн західної Європи варіює від 1,9 % до 12 % від загальної чисельності осіб, що відбувають покарання (Ф. Алькабес, Р. Беделл, П. Болліні та ін., 2006) [4-6].

Фундаментальні положення щодо проблеми ВІЛ інфекції в Україні в пенітенціарній системі висвітлено у ряді наукових праць

Ю.В. Вороненка та В.Ф. Москаленка (2000), В.О. Юхимія та Н.Т. Лаптева (2005) тощо. Проте, не заперечуючи їх цінності, слід зазначити, що вони не дають відповіді на головне питання – які фактори та умови сприяють зростанню поширення ВІЛ/СНІДу в установах Державної кримінально-виконавчої служби України (ДКВС). Окрім цього зазначені праці не дозволяють сформувати достовірну базу даних щодо впливу умов утримання та особливостей способу життя на поширеність поширеності ВІЛ/СНІДу серед ув'язнених та засуджених в установах ДКВС [1-7].

Саме відсутність в пенітенціарній системі України достовірної бази даних щодо впливу умов утримання та особливостей способу життя на поширеність поширеності ВІЛ/СНІДу