



МЕДИЦИНА

СЬОГОДНІ І ЗАВТРА

№ 4 (61), 2013

Медицина сьогодні і завтра

Науково-практичний журнал
Періодичність видання – 4 рази на рік
Заснований у вересні 1998 р.

Засновник, редакція та видавець –
Харківський національний
медичний університет

Свідectво про державну реєстрацію
друкованого засобу ЗМІ
КВ № 16433-4905ГПР від 21.01.10
Журнал віднесено до наукових фахових
видань України в галузі медичних наук
(додаток до постанови президії ВАК
України від 10.03.10 № 1-05/2)

Редактор *Л.В. Степаненко*
Комп'ютерне верстання *Л.К. Сокол*

Адреса редакції та видавця:

61022, Харків, пр. Леніна, 4
Тел. (057) 707-73-00
e-mail: *ekm.kharkiv@mail.ru*

Свідectво про внесення до Державного
реєстру суб'єктів видавничої справи
ДК № 3242 від 18.07.08

Номер рекомендовано до друку
Вченою радою ХНМУ
(протокол № 10 від 21.11.13)

Підписано до друку 22.11.13
Ум. друк. арк. 16,25
Обл.-вид. арк. 17,50
Формат 60×84 1/8. Папір офс. Друк. офс.
Тираж 500 пр. Зам. № 14-3153

Надруковано у редакційно-видавничому
відділі ХНМУ

© Медицина сьогодні і завтра.
ХНМУ, 2013

Головний редактор **В.М. ЛІСОВИЙ**

Перший заступник головного редактора
В.А. Капустник

Заступники головного редактора:
В.В. Бойко, Л.В. Журавльова, Т.В. Звягінцева,
В.В. М'ясоєдов, Ю.В. Одинець

Відповідальний секретар *О.Ю. Степаненко*

Редакційна колегія

І.В. Завгородній, С.В. Кузнєцов, В.А. Огнєв,
Р.С. Назарян, О.В. Ніколаєва, Л.В. Подрігало,
В.М. Синайко, І.В. Сорокіна, І.А. Тарабан,
І.О. Тучкіна

Редакційна рада

Ю.Г. Антикін (Київ), О.Я. Бабак (Харків),
С.Ф. Багненко (Санкт-Петербург, Російська Федерація),
О.М. Біловол (Харків), Р.В. Богатирьова (Київ),
О.Ф. Возіанов (Київ), П.В. Волошин (Харків),
М.П. Воронцов (Харків), О.Я. Гречанина (Харків),
В.М. Ждан (Полтава), Н.І. Жернакова (Белгород,
Російська Федерація), В.К. Івченко (Луганськ),
О.М. Ковальова (Харків), М.О. Корже (Харків),
В.О. Коробчанський (Харків), П.Г. Кравчун (Харків),
В.І. Лупальцов (Харків), В.Д. Марковський (Харків),
С.Ю. Масловський (Харків), В.В. Ніконов (Харків),
В.О. Ольховський (Харків), М.І. Пилипенко (Харків),
М.Г. Проданчук (Київ), Л.Г. Розенфельд (Київ),
Данієла Стрітт (Кройцлінген, Швейцарія)

ЗМІСТ / CONTENT

ІСТОРИЯ МЕДИЦИНИ
І ОХОРОНИ ЗДОРОВ'ЯHISTORY OF MEDICINE
AND PUBLIC HEALTH

- Богатырёва Р.В., Лесовой В.Н., Петрова З.П., Огнев В.А.** К 90-летию кафедр социальной медицины, организации и экономики здравоохранения 9
- Bogatyreva R.V., Lesovoy V.N., Petrova Z.P., Ognev V.A.** To the 90-year of departments of social medicine, organization and economy of public health
- Петрова З.П., Огнев В.А.** Первый заведующий кафедрой социальной гигиены Харьковского медицинского института М.Г. Гуревич 22
- Petrova Z.P., Ognev V.A.** The first manager by the department of social hygiene of the Kharkov Medical Institute M.G. Gurevich
- Петрова З.П., Огнев В.А.** Выдающийся украинский социал-гигиенист и демограф С.А. Томилин 28
- Petrova Z.P., Ognev V.A.** Prominent ukrainian social-hygienist and demographer S.A. Tomilin
- Галичева Н.А., Петрова З.П., Огнев В.А.** Видный социал-гигиенист З.А. Гуревич 38
- Galicheva N.A., Petrova Z.P., Ognev V.A.** Visible social-hygienist Z.A. Gurevich
- Петрова З.П., Огнев В.А.** Известный украинский историк медицины П.Т. Петров 43
- Petrova Z.P., Ognev V.A.** The well-known ukrainian historian of medicine P.T. Petrov
- Чумак Л.И.** Профессор А.М. Мерков и его вклад в развитие отечественной социальной медицины 47
- Chumak L.I.** Professor A.M. Merkov and his contribution to development of domestic social medicine
- Петрова З.П., Огнев В.А.** А.И. Корнилова – директор Харьковского института охраны здоровья детей и подростков 52
- Petrova Z.P., Ognev V.A.** A.I. Kornilova is a director of the Kharkov institute of health of children and teenagers care
- Трегуб П.О., Дончак Д.Ю., Галичева Н.А., Огнева Л.Г.** Выдающийся организатор здравоохранения профессор Иван Иванович Овсиенко (1901–1971) 56
- Tregub P.O., Donchak D.Yu., Galicheva N.A., Ogneva L.G.** Prominent organizer of public health professor Ivan Ivanovich Ovsienko (1901–1971)
- Усенко С.Г., Галичева Н.О., Огнева Л.Г.** Життя та діяльність професора С.С. Кагана у Харкові 60
- Usenko S.G., Galicheva N.O., Ogneva L.G.** Life and activity of professor S.S. Kagan in Kharkov
- Сокол К.М., Крыштопа Б.П., Огнев В.А.** Ученый, педагог и организатор здравоохранения профессор А.Я. Малоштан (1931–2008) 64
- Sokol K.M., Kryshchtopa B.P., Ognev V.A.** Scientist, teacher and organizer of public health professor A.Ya. Maloshtan (1931–2008)
- Васильев К.К., Васильев Ю.К.** К 90-летию кафедры социальной медицины, медицинского права и менеджмента Одесского национального медицинского университета: Лев Васильевич Громашевский (1887–1980) 69
- Vasiliev K.K., Vasiliev Yu.K.** To the 90-year of department of social medicine, medical right and management of the Odessa National Medical University: Lev Vasilievich Gromashevskiy (1887–1980)

Мякина А.В., Мищенко А.Н., Дончак Д.Ю.
Исторические аспекты развития и становления социальной медицины и организации здравоохранения

Miakina A.A., Mischenko A.N., Donchak D.Yu.
Historical aspects of development and becoming of social medicine and organization of public health

Тыць С.Н., Гуков А.Г., Покрышка Л.А., Зоря А.В., Баранов И.Г., Луговсков А.Д., Тыць Т.Ю. История развития кардиологической службы Луганской области: от прошлого к настоящему

Tyts S.N., Gukov A.G., Pokryshka L.A., Zoria A.V., Baranov I.G., Lugovskov A.D., Tyts T.Yu. History of development of cardiological service of the Lugansk region: from the past to present

Резник О.И. Некоторые факты истории развития зубопротезирования

Reznik O.I. Some facts of history of dentistry development

ЕКОНОМІКА СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

ECONOMY OF THE SYSTEM OF PUBLIC HEALTH

Готь Н.Р. Оцінка та оптимізація діяльності терапевтичної служби клінічної лікарні обласного підпорядкування

Got N.R. Evaluation and optimization of the activity of the therapeutic services clinical hospital of regional subordination

Камінська Т.М. Тенденції розвитку охорони здоров'я в постіндустріальній економіці

Kaminska T.M. The trends of public health development in postindustrial economy

Лехан В.М., Гінзбург В.Г., Борвінко Е.В. Порівняльна характеристика моделі Семашка та моделі, започаткованої в рамках реформи системи охорони здоров'я в Україні

Lekhan V.M., Ginsburg V.G., Borvinko T.V. Comparative characteristics of the Semashko model and a model based in the reform of public health system in Ukraine

Сміянов В.А., Степаненко А.В., Тарасенко С.В. Модель управління якістю медичної допомоги на основі механізму внутрішнього аудиту в закладі охорони здоров'я

Smiianov V.A., Stepanenko A.V., Tarasenko S.V. The model of medical care quality management based on internal audit in a health care facility

ПИТАННЯ СУЧАСНОГО СТАНУ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

QUESTIONS OF THE MODERN STATE OF HEALTH OF UKRAINIAN POPULATION

Бобро Л.Н. Роль врача общей практики в решении проблем медико-социальной экспертизы

Bobro L.N. Role of general practitioner in solution of problems medical and social examination

Денисова Е.Г., Соколова И.И. Распространенность заболеваний твердых тканей зубов у лиц молодого возраста

Denisova O.G., Sokolova I.I. Prevalence of dental hard tissues in young adults

Зинчук А.Н. Эпидемиология рака легкого среди населения Харьковской области

Zinchuk A.N. The epidemiology of lung cancer in the population of Kharkov region

Кардаш В.Е., Ясинська Е.Ц., Ревенко Ж.А. Вплив серцевих аритмій на особливості розподілу супутніх захворювань

Kardash V.E., Yasinska E.Ts., Revenko Zh.A. Cardiac arrhythmias influence on the peculiarities of the attendant diseases distribution

- Кардаш В.Е., Ясинська Е.Ц., Ревенко Ж.А.** Закономірності у формуванні способу життя хворих на серцево-судинні захворювання серед окремих груп робітників і службовців 125
- Kardash V.E., Yasinska E.Ts., Revenko Zh.A.** Conformities to law in forming of way of life of patients with cardiovascular diseases among the separate groups of workers and office workers
- Клименко В.І., Коваленко А.В.** Інформованість населення про чинники ризику хвороб системи кровообігу 131
- Klivenko V.I., Kovalenko A.V.** The awareness of population of cardiovascular diseases risk factors
- Кощинець О.Б.** Особливості соціально-економічного статусу та демографічних характеристик хворих на первинну глаукому 135
- Koshchinets O.B.** Peculiarities of social and economic status and demographic characters of patients with primary glaucoma
- Малик Н.В., Паровіна А.В., Галічева А.С.** Роль та місце психічних розладів у практиці сімейного лікаря 142
- Malik N.V., Parovina A.V., Galicheva A.S.** Role and place of mental disorders in family doctor practice
- Очередько А.Н., Клименюк В.П.** Использование семивариограммы для моделирования географического распределения медицинских событий (на примере уровней инвалидности вследствие сердечно-сосудистых заболеваний в Житомирской области Украины) 147
- Ocheredko O.M., Klivenyuk V.P.** Using of the semivariogram to model geographical distribution of health events (example of cardiovascular diseases disability rates in Zhytomyr region of Ukraine)
- Помогайбо Е.Г.** Медико-соціальна проблема ожирення у дітей и подростков 154
- Pomogaybo E.G.** Medical and social problem of obesity in children and adolescents
- Сміянов В.А., Тарасенко С.В., Сміянова О.І., Бокатов А.В.** Медико-соціальне дослідження рівня поінформованості хворих на артеріальну гіпертензію у місті Суми 159
- Smiianov V.A., Tarasenko S.V., Smiianova O.I., Bokatov A.V.** Medical and social study of the patients with arterial hypertension awareness in Sumy city
- Соломенчук Т.М., Семеген-Бодак Х.В.** Фактори ризику ішемічної хвороби серця у жінок з хронічною хворобою нирок гломерулярного генезу 162
- Solomenchuk T.M., Semegen-Bodak Kh.V.** Risk factors for coronary heart disease in women with chronic kidney disease of glomerular genesis
- Стоян Е.Ю., Соколова І.І., Андрусенко А.В.** Епідеміологічні та етіологічні аспекти м'язово-суглобової дисфункції височно-нижньочелюстного суглоба 167
- Stoyan E.Yu., Sokolova I.I., Andrusenko A.V.** Epidemiological and etiological aspects of musculo-skeletal dysfunction of the temporomandibular joint
- Третякова О.С., Сухарева І.А., Василенко С.А.** Заболеваемость детей АР Крым: реалии сегодняшнего дня 171
- Tretiakova O.S., Sukhareva I.A., Vasilenko S.A.** Child morbidity in the AR Crimea: the today realities

**ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ
ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ**

**ORGANIZATION OF MEDICOSANITARY
HELP TO POPULATION**

- Бобро В.В.** Метод прогнозування післяопераційних ускладнень у пацієнтів з псевдокістами підшлункової залози 175
- Bobro V.V.** Method of forecasting of postoperative complications at patients with pancreatic pseudocysts

- Вацик М.З., Кардаш В.Е.** Демографічна ситуація в Чернівецькій області за 2001–2012 роки 179
Vatsyk M.S., Kardash V.E. Demographic status in Chernovtsy region for 2001–2012 years
- Венгрин Н.О., Максименко О.П.** Характеристика забезпечення системи охорони здоров'я молодшими медичними спеціалістами з вищою медичною освітою 183
Venhryn N.A., Maksymenko O.P. Character of public health system provision by junior medical specialists with higher medical education
- Герасименко О.І.** Психогігієнічні аспекти формування психофізіологічних функцій учнівської молоді залежно від характеру навчання 189
Gerasimenko O.I. Psycho-hygienic aspects of the formation of students' psycho-physiological functions depending on the nature of learning
- Децик О.З., Золотарьова Ж.М.** Чинники соціально-психологічної дезадаптації як індикатори синдрому емоційного вигорання медичного персоналу, задіяного в системі паліативної і хоспісної допомоги 193
Detsyk O.Z., Zolotarova Jh.M. Socio-psychological disadaptation factors as burnout indicators of medical staff in palliative and hospice care
- Доценко В.В.** Кредитно-модульна система: досвід викладання загальної хірургії 201
Docenko V.V. Credit-modular system: experience of teaching of general surgery
- Жабо Т.М., Волик А.М., Голованова І.А.** Застосування методу анкетування у ранній діагностиці туберкульозу серед найбільш уразливих верств населення на прикладі споживачів ін'єкційних наркотиків м. Полтави 204
Zhabot T.M., Volik A.N., Golovanova I.A. Using of the questionnaires in the early diagnostics of tuberculosis among the most vulnerable groups an example injecting drug users in Poltava
- Карая Е.В., Паровина А.В., Галичева А.С.** Медико-соціальні аспекти і задачі сучасної медичної реабілітації гастроентерологічних хворих похилого віку в практиці сімейного лікаря 211
Karaya E.V., Parovina A.V., Galicheva A.S. Medical and social aspects and challenges of modern medical rehabilitation gastroenterological elderly patients in family doctor practice
- Кізлова Н.М.** Аналіз чотирирічного профілю тривалості лікування пацієнтів з виразковою хворобою та ерозіями шлунка і дванадцятипалої кишки в гастроентерологічному денному стаціонарі за квантильною регресією 215
Kizlova N.M. Analysis of four years profile on treatment duration of patients with ulcer disease and erosions of gastric and duodenum in gastroenterological daytime treatment department by quantile regression
- Клименко В.І., Смирнова І.В., Любомирська Т.Р.** Аналіз причин звертальності за стоматологічною допомогою населення працездатного віку 223
Klimenko V.I., Smirnova I.V., Lubomirskaya T.R. The analysis of the reasons of working age people appeals to medical dentistry help
- Крекотень О.М.** Методологічні підходи до формування вибіркової сукупності соціально-гігієнічних досліджень 228
Krekoten O.M. The methodological approaches to forming of selective aggregates of the socially-hygienical researches
- Крячкова Л.В.** Дослідження якості життя пацієнтів для оцінки ефективності медичного обслуговування на первинному рівні 233
Kryachkova L.V. Research of the quality of life of patients to performance measurement for primary health care

-
- Огнев В.А., Галичева Н.А., Галичева А.С.**
Оценка школьниками параметров качества жизни и их успеваемость 238
- Ognev V.A., Galicheva N.A., Galicheva A.S.**
Evaluation of quality of life parameters students and their academic performance
- Таравнех Ш.Д., Табачнікова В.С., Кожина Г.М., Маркова М.В.** *Сучасний погляд на феномен дезадаптації стоматологічних хворих* 243
- Taravnech Sh.D., Tabachnikova V.S., Kozhy-na A.M., Markova M.B.** *Modern view of the phenomenon of maladjustment dental patients*
- Таралло В.Л., Горский П.В.** *Методические основы реализации комплексных оздоровительных программ на принципах равенства, партнерства и солидарности* 249
- Tarallo V.L., Gorsky P.V.** *Methodical foundations of implementing complex health – improving programs on the principles of equality, partnership and solidarity*
- Ткаченко Н.О.** *Деякі аспекти організації медико-санітарної допомоги дітям із гастро-дуоденальною патологією* 256
- Tkachenko N.A.** *Some aspects of organization of health care of children with gastroduodenal pathology*

***Шановні співробітники, учасники конференції, науковці,
працівники практичної охорони здоров'я
та студентство!***



Період становлення України як незалежної і суверенної держави супроводжується відродженням національної свідомості, значним і постійно зростаючим інтересом до історичного минулого. Щоб упевнено рухатися вперед, ясніше розуміти шляхи, які пройдено, треба знати історію кафедри, бо саме доля її керівників, професорів та співробітників, їхнє духовне надбання є тим джерелом, з якого кожному з нас необхідно черпати сили і натхнення. Тому я щиро радий вітати Вас на цьому широкопредставницькому авторитетному науковому форумі, присвяченому 90-річчю заснування кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я при Харківському національному медичному університеті.

Відзначення цієї дати є даниною її засновникам – тим, хто безпосередньо брав участь у вирішенні гострих медико-соціальних проблем. Я вдячний Вашим попередникам за їхню відданість справі та високий професіоналізм, що сприяло визнанню кафедри, яка була заснована першою в Україні 27 жовтня 1923 року професором М.Г. Гуревичем – першим народним комісаром охорони здоров'я нашої країни. Саме він заклав основи викладання соціальної гігієни. В різні роки на кафедрі працювали такі видатні соціал-гігієністи, як професори С.А. Томілін, З.А. Гуревич, Л.Г. Лекарев, А.М. Мерков, С.Г. Каган та ін.

Протягом усього періоду існування кафедри основними напрямками її діяльності були педагогічна, наукова та виховна робота. Вчені кафедри брали участь у підготовці перших українських підручників з соціальної гігієни та санітарної систематики (професори С.А. Томілін, А.М. Мерков, доцент П.Т. Петров та ін.). Цю традицію кафедра продовжує і тепер.

Наукові дослідження кафедри завжди були присвячені актуальним проблемам охорони здоров'я. Серед них соціально-гігієнічні дослідження суспільного здоров'я, захворюваності міського та сільського населення, питання організації надання медичної допомоги, проблеми боротьби з алкоголізмом, зловживаннями новоутвореннями, серцево-судинними захворюваннями та ін. (завідувачі кафедри професори З.А. Гуревич, Н.О. Галічева). Сьогодні кафедра розробляє такі важливі медико-соціальні напрямки в медицині, як епідеміологія неепідемічних захворювань, моніторинг здоров'я населення, прогнозування та моделювання медико-соціальних проблем у системі охорони здоров'я; кафедра є «піонером» у розробці вітчизняних методик з оцінки якості життя населення.

Приємно, що з 1987 року кафедра стала Національним центром медичної програми «Міжнародного дослідження астми та алергії серед дітей – ISAAC», яка об'єднує 56 країн та 156 центрів. Національним координатором її є завідувач кафедри професор В.А. Огнев. Основною метою цієї програми є максимальне використання епідеміологічного методу дослідження цієї патології у дітей на основі стандартизованої методики, що дає можливість

проведення міжнародного порівняльного аналізу поширеності астми та алергічних захворювань. За результатами участі в програмі захищена дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук, отримано 8 патентів на винаходи, 12 галузевих нововведень, розроблено 3 методичні рекомендації з грифом МОЗ України та опубліковано більше 30 статей.

Крім того, кафедра бере активну участь у виконанні фрагмента міжнародного проекту «Вплив кліматичних умов та забруднювачів довкілля на репродуктивне здоров'я населення Європи та Гренландії».

Протягом усіх періодів існування кафедри важливе місце в її науковій діяльності посідали роботи з історії медицини та історії охорони здоров'я (С.А. Томілін, П.Т. Петров, І.Д. Хорош, З.А. Гуревич, З.П. Петрова). За ініціативи доцента П.Т. Петрова у складі Харківського наукового товариства гігієністів була створена секція істориків медицини, яку він незмінно очолював.

Сьогодні кафедра соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я продовжує працювати над подальшим розвитком медико-соціальної науки як теоретичної бази охорони здоров'я, що набуває особливого значення в сучасних умовах реформування медичної галузі.

Багатоплідна наукова праця продовжується й зараз. Сьогодні до арсеналу кафедри впроваджені сучасні науково-педагогічні технології, які дозволяють виховувати майбутніх лікарів, а найбільш обдарованих студентів – залучати до науково-педагогічної роботи.

Протягом усіх років представники кафедри надають допомогу у науковій роботі працівникам практичної охорони здоров'я.

Глибоко переконаний, що високий професіоналізм і потужний науковий потенціал співробітників дадуть можливість спільно опрацювати інноваційні підходи та дієві механізми реформування галузі задля успішного втілення у життя визначених економічних реформ.

Такі зустрічі провідних науковців, організаторів охорони здоров'я, фахівців медичної галузевої науки не тільки з України надають унікальну можливість для всебічного обміну досвідом з вирішення важливих дій сьогодення й обґрунтування стратегій подальшого розвитку охорони здоров'я.

Впевнений у високій результативності конференції, присвяченій 90-річчю з дня заснування даної кафедри, та значенні прийнятих на ній рішень. Оволодіння таким духовним багатством, вимогливе співвідношення норм свого життя з непорушним кодексом честі учителів – запорука формування та становлення справжнього лікаря, фахівця.

Від свого імені бажаю співробітникам, всім учасникам та гостям конференції конструктивної високорезультативної роботи, оптимізму, творчого натхнення та успішної реалізації планів.

*З повагою,
ректор ХНМУ, член-кореспондент НАМН України,
заслужений лікар України,
доктор медичних наук, професор*



В.М. Лісовий

ІСТОРІЯ МЕДИЦИНИ І ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

УДК 614(091)(477.54)

Р.В. Богатырёва, В.Н. Лесовой, З.П. Петрова, В.А. Огнев

Харьковский национальный медицинский университет

К 90-ЛЕТИЮ КАФЕДР СОЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ, ОРГАНИЗАЦИИ И ЭКОНОМИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В октябре 2013 года исполняется 90 лет со дня создания первой в Украине кафедры социальной гигиены в Харьковском медицинском институте (ныне кафедра социальной медицины, организации и экономики здравоохранения ХНМУ).

В 1922–1923 годах в СССР стали возникать кафедры социальной гигиены: в I Московском университете (1922), во II Московском университете (1923). В Украине кафедры социальной гигиены появились во второй половине 1923 года.

Возникновению в УССР кафедр социальной гигиены предшествовало обсуждение этого вопроса на съездах и в научных журналах. В июне 1920 года на I Всеукраинском съезде бактериологов и эпидемиологов (Харьков) была высказана идея о необходимости начать в высшей школе преподавание общественной медицины, санитарной статистики и социальной патологии [1]. На страницах журнала «Врачебное дело» в 1921 году Э.М. Каган опубликовал статью, в которой отстаивал мысль о настоятельной потребности ввести в высшей школе социальную гигиену, поскольку «мы в настоящее время имеем дело с достаточно резко очерченным кругом вопросов, входящих в сферу ведения социальной гигиены, науки с совершенно определенной методологией» [2]. Преподавание социальной гигиены и гигиены труда, которую Э.М. Каган рассматривал как часть социальной гигиены, «должно быть обязательным для всей массы готовящихся к врачебной деятельности» [2]. Кроме того, по его мнению, следовало ввести преподавание этих предметов в институтах народного хозяйства и технологических. Благодаря этому «будет воспитан кадр инженеров, экономистов, государственных деятелей, которые совместно с врачом многое могут сделать для оздоровления и рациональной социально-гигиенической организации хозяйственной жизни» [2].

При создании кафедр социальной гигиены решался вопрос о путях преподавания этого предмета. В 1922 году отдел медицинского образования Наркомпроса УССР обратился в методическую комиссию Укрглавпрофобра (Украинский главный комитет профтехнического и специально-технического образования) с предложением внести изменения в учебный план медицинских институтов. В частности, было рекомендовано значительно расширить преподавание гигиены, разбив его на три части – общую гигиену, социальную и профессиональную. Особенно важным было признано преподавание социальной и профессиональной гигиены. В содержание предмета социальной гигиены предлагалось включить историю ее развития, демографию с медицинской статистикой, учение о социальных болезнях, общественную организацию здравоохранения в России и на Западе. Предложение было принято, и с 1922/23 учебного года Главпрофобр разделил преподавание гигиены на указанные части [3].

© Р.В. Богатырёва, В.Н. Лесовой, З.П. Петрова, В.А. Огнев, 2013

Отдел медицинского образования предложил также перестроить преподавание клинических дисциплин; с этой целью в объяснительной записке к учебному плану медицинских институтов Украины на 1922/23 учебный год указывалось, что следует придать социально-профилактическую направленность курсам акушерства, детских, венерических и других болезней [3].

В 1923/24 учебном году на пятых курсах медицинских институтов для специализации врачей, чего настоятельно требовали нужды здравоохранения, были введены лечебный и санитарно-профилактический уклоны. В программах их преподавания широко были представлены социально-гигиенические вопросы [3].

В 1923 году Наркомздрав и отдел медицинского образования Наркомпроса Украины выдвинули как одну из актуальных задач создание самостоятельных кафедр социальной гигиены. По плану отдела медицинского образования на 1923/24 учебный год на организацию и методологическую постановку работы кафедр социальной и профессиональной гигиены следовало обратить особое внимание [3].

Создание кафедр социальной гигиены стало закономерным итогом социально-гигиенической направленности в деятельности руководящих органов здравоохранения, ставивших задачей разработку оздоровительных мероприятий на строго научном фундаменте, для чего были необходимы кадры подготовленных научных работников и практических врачей.

Историю первой в Украине харьковской кафедры социальной гигиены авторы статьи сочли уместным разделить на периоды в соответствии с изменением их названия, что определяло перемены в ведущих направлениях научной деятельности и главных вопросах преподавания. Эти периоды следующие:

- I – создание, становление и развитие кафедры социальной гигиены (1923–1941 годы);
- II – деятельность кафедры организации здравоохранения (1941–1966 годы);
- III – работа кафедры социальной гигиены и организации здравоохранения (1966–1993 годы);
- IV – деятельность кафедры социальной медицины, организации и экономики здравоохранения (с 1993 года).

I. Создание, становление и развитие кафедры социальной гигиены (1923–1941 годы).

Кафедра социальной гигиены Харьковского медицинского института была первой в Украине кафедрой этого профиля [4]. 27 октября 1923 года правление ХМИ преподавание социальной гигиены поручило М.Г. Гуревичу, санитарной статистики – С.А. Томилину, охраны материнства и детства – Е.А. Федеру. На том же заседании М.Г. Гуревич был утвержден заведующим кафедрой социальной гигиены [3]. Закономерно, что основателем кафедры стал народный комиссар здравоохранения УССР Моисей Григорьевич Гуревич (1891–1937). С начала 1924/25 учебного года в штат кафедры были зачислены ассистенты Ф.И. Гроссер и З.А. Гуревич. М.Г. Гуревич заведовал кафедрой социальной гигиены до весны 1925 года [3]. Его научные работы этого периода: «Итоги и перспективы» (1922), «Вширь или вглубь» (1924), «Вопросы здравоохранения в пролетарском собрании» (1924) и др. – были посвящены актуальным проблемам здравоохранения в республике. В связи с 10-летием первой в Украине кафедры социальной гигиены Харьковского медицинского института Наркомат здравоохранения УССР отметил выдающуюся роль М.Г. Гуревича как организатора и первого руководителя кафедры, который «зложил основу для дальнейшего развития социальной гигиены как науки и предмета преподавания на Украине» [4].

С конца весны 1925 года руководство кафедрой социальной гигиены перешло к Сергею Аркадьевичу Томилину (1877–1952), который был утвержден в этой должности Укр-главпрофобром 12 июня 1925 года [3]; он возглавлял кафедру до 1932 года. Этот период стал наиболее ярким и плодотворным в научной деятельности кафедры, а также в развитии социальной гигиены в стране благодаря весомому вкладу С.А. Томила в разработку важнейших проблем этой науки.

В 1926 году С.А. Томилину получил звание профессора, в 1936-м ему была присуждена степень доктора медицины *honoris causa*. Он является автором более 100 научных работ, в том числе 17 монографий. С.А. Томилину развил идею о народнохозяйственной ценности человека

как необходимого участника производства материальных благ, показал, какие потери несет экономика из-за высокой детской смертности и низкой продолжительности жизни. Одновременно с руководством кафедрой С.А. Томилин заведовал статистическим отделом Наркомата здравоохранения УССР. Он организовал ведомственную санитарную статистику в Украине, с 1924 по 1928 год публиковал единственные на тот момент в СССР материалы о деятельности учреждений здравоохранения и эпидемическом состоянии Украины. С.А. Томилин был организатором изучения заболеваемости населения, а вместе с А.Н. Марзеевым (заведующим санитарно-эпидемиологическим отделом Наркомздрава УССР) – специальных санитарно-демографических обследований и санитарно-статистических научных разработок. Написанная на основе глубокого анализа этих данных монография С.А. Томилина «Материалы о социально-гигиеническом состоянии украинской деревни» (1924) получила высокую оценку санитарного отдела Лиги Наций и была напечатана в Женеве в переводе на французский язык. С.А. Томилин составил первое в послереволюционный период описание санитарного состояния Украины. В монографии «Спроба санітарного опису України» (1928) он выделил признаки, по которым то или иное заболевание может быть отнесено к категории социальных, дал социально-гигиенический анализ демографических данных, заболеваемости и др. В книге «Социально-гигиеническая оценка детской смертности» (1930) С.А. Томилин проанализировал данные о динамике смертности населения, биологические и социальные факторы, влияющие на уровень детской смертности, мероприятия по борьбе с ней. Социально-биологический подход отличал разработку С.А. Томилиным проблем венерической заболеваемости, половой жизни, аборт на Украине. Эти проблемы им рассмотрены в монографиях: «Проблема пола» (1926), «Венеричні хвороби по округових містах України в 1927 р.» (1928), «Аборти на Україні» (1930). В монографии «Социально-медицинская профилактика» (1931) С.А. Томилин определил задачи профилактики в разных областях социальной патологии. Все научные труды профессора Томилина отличали последовательный научный подход и исключительная для того времени бескомпромиссность. В 1973 году научные труды С.А. Томилина, написанные в 1920–1930-е годы, были изданы отдельной книгой «Демография и социальная гигиена» как не утратившие актуальности. Органическая связь социального и биологического при изучении проблем демографии и социальной гигиены, широта взглядов и энциклопедические знания позволили С.А. Томилину стать провозвестником в исследовании многих актуальных проблем социально-медицинской науки [5].

В начале XXI века снова возрос интерес к идеям С.А. Томилина. Для дальнейшего развития науки чрезвычайно важно использовать то передовое, прогрессивное, что сделано предшественниками, взять в новое столетие провидческие идеи, проложившие пути грядущих научных направлений и подходов, воплотить их в жизнь в современных условиях. Идеи С.А. Томилина о народнохозяйственной ценности человека, спрогнозированная им динамика демографических процессов прошли проверку временем и оказались актуальными в наши дни. Начиная с 2002 года, с года 125-летия со дня рождения ученого, в Киеве прошел ряд конференций, основной целью которых стало осмысление вклада С.А. Томилина в разработку теоретических основ охраны здоровья населения, с тем чтобы использовать их на благо народа независимой Украины.

Вокруг С.А. Томилина сплотился коллектив молодых научных работников, которые под его руководством выросли в известных ученых, возглавили научно-исследовательские институты, руководящие органы здравоохранения, стали профессорами в вузах страны (И.А. Арнольди, З.А. Гуревич, А.М. Мерков, С.М. Экель, Ф.И. Гроссер, Л.А. Абрамович, П.Т. Петров, И.И. Овсиенко, К.Ф. Дупленко, С.З. Ткаченко и др.) [5]. Иосиф Александрович Арнольди в 1932–1936 годах был директором Донецкого НИИ гигиены труда и профзаболеваний. Аркадий Михайлович Мерков заведовал кафедрой социальной гигиены во 2-м Харьковском медицинском институте, позднее был руководителем кафедры санитарной статистики Центрального института усовершенствования врачей в Москве. Константин Федорович Дупленко заведовал кафедрой социальной гигиены и организации здравоохранения Киевского института усовершенствования врачей. Иван Иванович Овсиенко был наркомом

здравоохранения УССР в 1937–1944 годах, позже стал профессором, директором Харьковского института усовершенствования врачей и заведующим кафедрой социальной гигиены и организации здравоохранения этого института. Степан Зиновьевич Ткаченко заведовал кафедрами социальной гигиены (организации здравоохранения) в Харьковском стоматологическом, 2-м Харьковском медицинском, Киргизском и Львовском медицинских институтах. Сергей Мануилович (Эммануилович) Экель был заведующим кафедрой школьной гигиены Харьковского медицинского института.

Выдвинутая С.А. Томилиным идея изучения проблем в широком комплексе взаимовлияний биологических и социальных факторов стала плодотворной традицией кафедры социальной гигиены Харьковского медицинского института. Такой подход характеризует работы учеников С.А. Томила: труды С.М. Экеля, монографии З.А. Гуревича и Ф.И. Гроссера «Проблемы половой жизни» (1930), З.А. Гуревича и А.З. Залевского «Алкоголизм» (1930) [5].

В 1930 году, когда медицинские учебные заведения перешли из системы Наркомата просвещения в подчинение Наркомата здравоохранения УССР, в Харьковском медицинском институте были созданы факультеты. Перед ними была поставлена задача готовить для практического здравоохранения врачей-специалистов, потребность в которых ощущалась достаточно остро. В связи с этим на каждом факультете были организованы отдельные кафедры социальной гигиены. Кафедру санитарно-гигиенического факультета возглавил С.А. Томилин (ассистентом кафедры назначен А.М. Мерков), кафедру лечебно-профилактического факультета – З.А. Гуревич (ассистентами стали Слинько и Лурье), кафедру факультета охраны материнства и детства – Ф.И. Гроссер (ассистентами были Туккер и Ворожбит) [7]. Позднее кафедрой социальной гигиены Санитарно-гигиенического института (этот институт был выделен в самостоятельный из состава ХМИ в 1932 году и снова стал факультетом в 1934 году) с 01.05.1932 стал руководить С.С. Каган [8], ассистентами на кафедре работали К.Ф. Дупленко и И.И. Овсиенко [9].

Соломон Соломонович Каган одновременно был заведующим планово-экономическим отделом Наркомздрава УССР. Преобладающее внимание он уделял вопросам организации здравоохранения, в период работы на кафедре опубликовал работы «Задачи охраны здоровья на вторую пятилетку», «План оздоровчої роботи в УРСР на 1934 рік», «Медична справа в УРСР між XII і XIII з'їздами Рад» и др. [5].

В статье З.А. Гуревича и П.Т. Петрова об истории кафедры (1969) приведены данные о преподавателях, работавших в довоенное время. Это – профессора А.М. Мерков, С.С. Каган, Ф.И. Гроссер, ассистенты И.А. Арнольди, С.М. Экель, К.Ф. Дупленко, И.И. Овсиенко, Е.В. Бургсдорф, Л.А. Абрамович, П.Т. Петров, М.И. Каминский и др. [10].

В 1933 году кафедру социальной гигиены лечебного факультета ХМИ, которая вскоре объединила одноименные кафедры других факультетов, возглавил Зиновий Анатольевич Гуревич (1898–1985). Придя на кафедру в 1924 году, сразу после окончания Харьковского медицинского института, он работал ассистентом, доцентом, профессором. 50 лет жизни З.А. Гуревич отдал кафедре социальной гигиены и организации здравоохранения ХМИ. Он стал известным социал-гигиенистом, автором свыше 100 печатных работ, среди которых 14 монографий и брошюр. В 1930-е годы З.А. Гуревич изучал социально-гигиенические проблемы коллективной жизни: профессионального труда, половой жизни, алкоголизма. Деятельность З.А. Гуревича способствовала улучшению преподавания социальной гигиены. В 1930-е годы им была пересмотрена и дополнена «Программа преподавания социальной гигиены в медвузах Украины». О высоком авторитете кафедры свидетельствует тот факт, что Н.А. Семашко, нарком здравоохранения РСФСР, предложил З.А. Гуревичу написать совместно с ним статью «Социальная гигиена» для первого издания Большой медицинской энциклопедии (1935, т. 31). В статье было дано определение социальной гигиены, история ее становления и развития, показаны связи социальной гигиены с другими дисциплинами [11].

В 1930-е годы кафедра работала в тесном контакте со Всеукраинским институтом социалистической охраны здоровья (ВИСОЗ), созданном в Харькове в 1929 году к 10-летию Наркомздрава УССР. З.А. Гуревич, С.С. Каган, А.М. Мерков были научными сотрудниками

ВИСОЗа. В 1934 году С.С. Каган опубликовал статью «Робота Всеукраїнського інституту соціалістичної охорони здоров'я як комплексного соціалістичного інституту». Вместе с сотрудниками кафедры гигиены труда ученые кафедры социальной гигиены изучали состояние здоровья горняков Донбасса (И.А. Арнольди), сдвиги в здоровье рабочих семей г. Харькова (З.А. Гуревич, П.Т. Петров) [5].

Кафедра постоянно уделяла внимание совершенствованию учебного процесса. В 1930-е годы ученые кафедры приняли участие в подготовке первых украинских учебников по социальной гигиене. Вышли в свет «Нариси з теорії соціальної гігієни» (1932) С.С. Кагана, «Соціальна гігієна» (лекції 1–8, 1933) С.А. Томилина и А.М. Меркова, «Загальна теорія санітарної статистики» (1935) А.М. Меркова, «Практикум по санітарній статистике» (1940) Л.А. Абрамовича, М.И. Каминского и П.Т. Петрова.

За первый период деятельности кафедры на ней были подготовлены и защищены 1 докторская диссертация З.А. Гуревича «О роли наследственности и среды в этиологии позднего нейросифилиса» (1936) и 4 кандидатские – Л.А. Абрамовича «Жилище и быт рабочих совхозов и МТС УССР» (1936), Е.В. Бургсдорф «Заболеваемость и летальность среди различных групп сердечно-сосудистых больных» (1936), М.В. Бургсдорфа «Материалы к характеристике течения и прогноза при различных формах заболеваний сердечно-сосудистой системы» (1936) и М.И. Каминского «Ревматизм у промышленных рабочих на Украине за 1926–1935 гг.» (1940). В работах Е.В. Бургсдорф и М.В. Бургсдорфа впервые появляется тематика, посвященная сердечно-сосудистым заболеваниям, которая станет ведущей на кафедре в последующие периоды ее деятельности.

В начале 1930-х годов, как пишет К.В. Майстрах, «заканчивается первый период расцвета социальной гигиены и наступает ее временный упадок» [12], начинается отход от разработки теоретических проблем социальной гигиены к практическим вопросам здравоохранения. Особенную остроту этот процесс приобрел в РСФСР, а в Украине он был менее выражен и несколько сдвинут во времени. Украинская программа преподавания 1934 года значительно большую часть отводила социальной гигиене (по сравнению с организацией здравоохранения), чем это имело место в программе РСФСР. И хотя в созданных Наркомздравом УССР научно-исследовательских институтах, в большинстве из которых к 1925 году были организованы отделы социальной патологии и гигиены, наметилась тенденция к сворачиванию социально-гигиенических исследований, но такие научные учреждения, как Институт демографии и санитарной статистики и ВИСОЗ продолжали работать до 1938 года [5]. Продолжали проводиться исследования, в которых изучаемые явления рассматривались в социально-гигиеническом аспекте. К таким исследованиям относится и проведенное на кафедре социальной гигиены Харьковского медицинского института изучение сдвигов в здоровье рабочих семей (З.А. Гуревич, П.Т. Петров, 1938) [13].

II. Деятельность кафедры организации здравоохранения (1941–1966 годы). Первый период деятельности кафедры социальной гигиены закончился в мае 1941 года, когда приказом Наркома здравоохранения она была реорганизована в кафедру организации здравоохранения.

Это произошло накануне Великой Отечественной войны и временной оккупации Харькова фашистскими захватчиками. В этот период 1-й Харьковский медицинский институт находился в эвакуации в г. Чкалове (ныне Оренбург), а 2-й ХМИ – в г. Фрунзе (ныне Бишкек).

Во время пребывания вместе с 1-м ХМИ в эвакуации З.А. Гуревич, возглавляя кафедру организации здравоохранения до 1944 года, выполнил несколько заданий Чкаловского облздравотдела: изучение и анализ основных показателей системы здравоохранения Чкаловской области в 1941 и 1942 годах; изучение состояния поликлинической помощи в городах Чкаловской области и разработка мероприятий по ее улучшению; углубленное обследование сельских врачебных участков Сорочинского района Чкаловской области; обследование больниц г. Чкалова в целях выявления возможностей улучшения их работы; участие в комплексной, проводившейся многими кафедрами 1-го ХМИ экспедиции по изучению септической ангины [15].

В 1946 году З.А. Гуревича утвердили в должности заведующего кафедрой организации здравоохранения Харьковского медицинского института, который снова стал единым по распоряжению Совета Народных Комиссаров СССР от 10 декабря 1943 года. Следует пояснить причину задержки З.А. Гуревича в Чкалове: по поручению Наркомздрава в 1945 году он занимался организацией кафедры нервных болезней в Чкаловском медицинском институте.

В послевоенный период сотрудники кафедры организации здравоохранения ХМИ изучали заболеваемость городского и сельского населения, опыт объединения больниц и поликлиник, проводившегося тогда органами здравоохранения, вопросы диспансеризации больных гипертонической и язвенной болезнью и др. В это время на кафедре работали доценты Л.А. Абрамович, П.Т. Петров, И.И. Козин, А.Ф. Гуренко, И.Д. Хорош, ассистенты Т.К. Егурнова, Д.Ф. Каракаш, Н.А. Галичева, А.А. Кривицкий, И.Д. Гапоненко, В.Н. Мезенцев [6].

Осенью 1948 года в ХМИ была организована кафедра истории медицины, которую возглавил Петр Тимофеевич Петров (1896–1966), выпускник ХМИ 1925 года. Он работал санитарным врачом, в 1936 году стал ассистентом кафедры социальной гигиены ХМИ. В 1940 году П.Т. Петров мобилизован в ряды Красной Армии, во время Великой Отечественной войны был участником боевых действий в Крыму и Сталинграде, награжден орденом Красной Звезды и медалями. Вернувшись на кафедру организации здравоохранения в 1944 году, продолжая состоять до 1946 года на военной службе, П.Т. Петров защитил в 1945 году кандидатскую диссертацию, подготовленную еще до войны, на тему «Опыт изучения сдвигов здоровья в 2000 рабочих семей г. Харькова», в 1949 году получил звание доцента. П.Т. Петров – известный историк медицины, автор около 100 научных трудов, в том числе монографической работы «К истории Харьковского научного медицинского общества (1861–1961)». Под руководством П.Т. Петрова были подготовлены 2 кандидатские диссертации по истории кафедры нормальной физиологии ХМИ (В.П. Скалозуб, 1957) и кафедры акушерства и гинекологии (В.П. Веприк, 1961) [16].

В 1957 году кафедра истории медицины была объединена с кафедрой организации здравоохранения, в результате чего стала называться кафедрой организации здравоохранения и истории медицины. В 1963 году была опубликована монография И.Д. Хороша «Первые годы развития советского здравоохранения на Украине (1918–1920)».

В конце 1950-х – начале 1960-х годов в научно-исследовательской деятельности кафедры организации здравоохранения и истории медицины ведущее место стала занимать тематика, посвященная изучению сердечно-сосудистых заболеваний. Разработке социально-гигиенических проблем этой патологии был посвящен ряд статей З.А. Гуревича и его монография «Коронарная болезнь» (1963; 2-е издание, 1967), в которых были всесторонне проанализированы отечественные и зарубежные литературные источники и результаты исследований сотрудников кафедры. В монографии было освещено социально-гигиеническое значение коронарной болезни, причины ее возникновения, распространенность, задачи социальной гигиены в борьбе с нею [11].

По этой тематике были защищены кандидатские диссертации: И.И. Козина «О диспансеризации больных гипертонической болезнью» (1954), Н.Л. Захарченко «Сердечно-сосудистая заболеваемость и организация мероприятий по борьбе с нею в Полтавской области» (1963), Н.А. Галичевой «Материалы социально-гигиенического исследования инфаркта миокарда в г. Харькове» (1965), И.Д. Гапоненко «Материалы социально-гигиенического исследования сердечно-сосудистой заболеваемости у работающих на заводах машиностроения г. Харькова» (1966).

В круг научных интересов кафедры входило также изучение заболеваемости язвенной болезнью (кандидатская диссертация А.А. Кривицкого «Из опыта диспансеризации больных язвенной болезнью», 1964) и злокачественными новообразованиями (докторская диссертация Д.И. Маца «Заболеваемость раком на Украине», 1956; кандидатские диссертации И.Р. Лазарева «Злокачественные новообразования и организация мероприятий по борьбе с ними в Луганской области», 1962, и В.Н. Мезенцева «Материалы социально-гигиенического («эпидемиологического») исследования рака лёгких», 1965).

На кафедре были подготовлены кандидатские диссертации по изучению заболеваемости и опыта работы органов и учреждений здравоохранения. Это изучение проводилось в историческом (И.Д. Хорош «Основные этапы развития здравоохранения на Полтавщине», 1955) и практическом плане (Т.К. Егурнова «Из опыта работы органов и учреждений здравоохранения по борьбе с дизентерией», 1955; Ф.С. Марьенко «Опыт работы и задачи организации неотложной и скорой медицинской помощи в сельском районе», 1956; В.И. Саник «К особенностям гриппа в Харькове в последние годы», 1956; А.Ф. Гуренко «К особенностям заболеваемости дизентерией и организация мероприятий по борьбе с нею на селе», 1958; Г.И. Ивахно «К статистике ЛОР-заболеваемости и организации ЛОР-помощи в г. Киеве», 1961). Была также защищена докторская диссертация И.Д. Хороша «Основные этапы и перспективы развития сельского здравоохранения в СССР» (1965).

Как видим, второй период деятельности кафедры организации здравоохранения (а с 1957 года и истории медицины) был весьма плодотворным в области научных исследований и подготовки научно-педагогических кадров. За этот период на кафедре были подготовлены и успешно защищены 2 докторские (Д.И. Мац, И.Д. Хорош) и 16 кандидатских диссертаций, изданы 3 монографии (З.А. Гуревич, И.Д. Хорош, П.Т. Петров).

III. Работа кафедры социальной гигиены и организации здравоохранения (1966–1993 годы). С восстановлением в 1966 году социальной гигиены как предмета преподавания начался третий этап развития социально-гигиенической науки. Этому способствовала широкая дискуссия о социальной гигиене, развернувшаяся в 1956–1965 годах, в которой приняли участие социальные гигиенисты и организаторы здравоохранения как Российской Федерации (Г.А. Баткис, Н.А. Виноградов, К.В. Майстрах, Б.Д. Петров, Б.Я. Смулевич и др.), так и Украины (З.А. Гуревич, Л.Г. Лекарев) [5]. В частности, З.А. Гуревич выступил в печати со статьями, в которых подчеркивал значимость социально-гигиенического подхода к решению проблем борьбы с высокой заболеваемостью, а также отстаивал необходимость возобновления преподавания социальной гигиены в высшей медицинской школе: «Задачи социальной гигиены в борьбе с основными сердечно-сосудистыми заболеваниями в СССР» (1963), «Две отрасли научных исследований» (1964), «К вопросу о социальной гигиене как предмете преподавания и научной дисциплине» (1964). Дискуссия способствовала усилению интереса к социально-гигиеническим проблемам. В 1966 году приказом министра здравоохранения СССР Б.В. Петровского социальная гигиена была восстановлена как наука и предмет преподавания, кафедры организации здравоохранения получили название кафедр социальной гигиены и организации здравоохранения [5].

Высокий авторитет украинских, в том числе и харьковской, кафедр проявился в том, что подготовка нового учебника «Социальная гигиена и организация здравоохранения» (1969) была осуществлена Г.А. Баткисом (Москва) и Л.Г. Лекаревым (Винница). Кроме того, при составлении новой программы преподавания этой дисциплины были учтены предложения кафедр Винницкого и Харьковского медицинских институтов [5].

В центре внимания кафедры социальной гигиены и организации здравоохранения ХМИ продолжали находиться проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. В 1972 году была опубликована монография «Инфаркт миокарда», которая представляла собой комплексное социально-гигиеническое и клиническое исследование. Работа была подготовлена социаль-гигиенистами (З.А. Гуревич, Н.А. Галичева) в сотрудничестве с клиницистами (В.Г. Почепцов, А.А. Дубинский).

Актуальным было и другое направление научных исследований кафедры, начатое еще в конце предыдущего периода, – изучение заболеваемости промышленных рабочих и организации борьбы за ее снижение. В Харькове такое изучение проводилось преимущественно на машиностроительных заводах (кандидатские диссертации Г.Е. Торского «Опыт борьбы за снижение заболеваемости рабочих на харьковских машиностроительных заводах» (1965) и уже упоминавшаяся работа И.Д. Гапоненко, исследовавшего сердечно-сосудистую заболеваемость у работающих на заводах машиностроения г. Харькова (1966). К этой тематике относится и докторская диссертация С.А. Шмегевского «Состояние здоровья, социально-гигиенические условия тру-

да и дальнейшие пути улучшения здоровья работающих в марганцевой промышленности УССР» (1970).

Важные проблемы организации медицинской помощи населению были освещены в докторской диссертации А.И. Корниловой «Материнская смертность и борьба с ней на Украине» (1971), в кандидатских диссертациях М.Ю. Палфия («Опыт работы центральной районной больницы и руководства здравоохранением в сельском районе», 1967), целевого аспиранта М.Ж. Тулепбаева («Диспансеризация больных ревматизмом», 1971), А.Я. Малоштана («Диспансеризация взрослых больных ревматизмом на селе (социально-гигиеническое исследование)», 1972), Б.П. Крыштопы («Здоровье населения и здравоохранение Сумской области (социально-гигиеническое исследование)», 1973). Была также защищена кандидатская диссертация П.Л. Кириченко «Врачебные кадры в УССР (опыт изучения с применением электронно-вычислительной техники)» (1970).

В этот период заведующий кафедрой профессор З.А. Гуревич много сделал для привлечения к научной работе руководителей органов и учреждений здравоохранения. При его консультативной помощи на кафедре подготовили докторские диссертации начальник медсанчасти Никопольского объединения по добыче марганцевой руды С.А. Шмегевский, директор Харьковского НИИ охраны здоровья детей и подростков А.И. Корнилова. Под руководством З.А. Гуревича кандидатами наук стали заведующий Закарпатским облздравотделом М.Ю. Палфий, главврач Харьковской областной клинической больницы А.Я. Малоштан, заведующий Сумским облздравотделом Б.П. Крыштопа, заведующий Харьковским горздравотделом Г.Е. Торский, главврач клинической больницы № 1 г. Харькова Е.С. Жердев, подготовивший диссертацию «Материалы социально-гигиенических исследований холецистита» (1973), и начальник медико-санитарной службы Южной железной дороги Д.Л. Сирак, защитивший в 1973 году диссертацию «Хронический гепатит и цирроз печени после болезни Боткина (социально-гигиеническое исследование)» [6].

Завершила работы, подготовленные под руководством З.А. Гуревича, кандидатская диссертация З.П. Петровой «Из истории социальной гигиены на Украине (1861–1932 гг.)», защищенная в 1975 году. В этой работе помимо других вопросов подробно освещен вклад в развитие социальной гигиены и организации здравоохранения ученых харьковской кафедры. Впервые сформулированная в диссертации обоснованная концепция развития социальной гигиены в Украине получила распространение в научной литературе [28] и даже вошла в учебники.

В 1966–1974 годах на кафедре под руководством профессора Гуревича были подготовлены 2 доктора и 9 кандидатов наук. Проработав на кафедре 50 лет, в том числе более 40 лет в должности заведующего кафедрой, З.А. Гуревич ушел на заслуженный отдых, но продолжал научные занятия, сохранив творческую активность. Переступив порог 80-летия, он выступил соавтором монографии «Желчнокаменная болезнь» (1979). За все время руководства кафедрой З.А. Гуревич подготовил 5 докторов и 28 кандидатов наук, оставив заметный след в истории социальной гигиены [11].

С августа 1974 года исполняющей обязанности заведующей кафедрой стала доцент, кандидат медицинских наук Нина Александровна Галичева, но с целью выполнения докторской диссертации она была переведена временно на 2 года на должность старшего научного сотрудника. В связи с этим с октября 1975 года по октябрь 1977 года обязанности заведующей кафедрой исполняла доцент, кандидат медицинских наук Анна Федоровна Гуренко. С октября 1977 года Н. А. Галичева вновь была назначена заведующей кафедрой [17].

Н.А. Галичева, выпускница Харьковского медицинского института 1956 года, работает на кафедре с 1960 года, сначала была ассистентом, затем доцентом, профессором, заведующей кафедрой до 2002 года, ныне в должности профессора кафедры. В 1965 году она защитила кандидатскую диссертацию «Материалы социально-гигиенического исследования инфаркта миокарда в г. Харькове», в 1987 году – докторскую «Инфаркт миокарда и его профилактика как социально-гигиеническая проблема». Под руководством Н.А. Галичевой подготовлены 4 кандидатские диссертации: Я.Ф. Турецкий «О диспансеризации больных сахарным диабетом

(социально-гигиеническое исследование)» (1974); В.Д. Драч «Сахарный диабет среди городского населения (социально-гигиеническое исследование)» (1977); В.А. Капустник «Социально-трудовые и клинические аспекты реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда в трудоспособном возрасте» (1989); В.А. Огнев «Епідеміологічні фактори ризику та прогнозування алергічних захворювань у дітей в умовах великого міста» (1993) [18].

В разные годы на кафедре работали доценты А.Ф. Гуренко, Т.К. Егурнова, И.И. Рыжиков, А.Н. Горяинова, Н.Д. Рубинский; старшие преподаватели З.П. Петрова, Л.Н. Пинчук, Н.С. Чефранова, ассистенты В.А. Капустник, В.В. Мясоедов, Н.А. Воскобойникова, В.А. Огнев, А.В. Дехтярь.

Основным направлением научной деятельности кафедры в этот период оставалась сердечно-сосудистая проблематика. Так, докторская диссертация Н.А. Галичевой была многоплановым социально-гигиеническим исследованием с изучением распространенности инфаркта миокарда в Харькове за 25-летний период, факторов риска, с определением силы влияния каждого фактора на возникновение инфаркта миокарда для обоснования приоритетности индивидуальных профилактических мероприятий. В работе прослежена судьба больных, перенесших это заболевание, на протяжении 25 лет, изучено оказание медицинской помощи больным инфарктом миокарда в большом городе, рассмотрена ее роль в профилактике заболевания и др. В рамках сердечно-сосудистой тематики были изучены социально-трудовые и клинические аспекты реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда в трудоспособном возрасте (кандидатская диссертация В.А. Капустника, 1989), проведено плановое межкафедральное исследование артериальной гипертензии у подростков-школьников, учащихся техникумов и профессионально-технических училищ [6].

Кроме того, были проведены социально-гигиенические исследования сахарного диабета среди городского населения (диссертация главного врача 26-й больницы г. Харькова В.Д. Драч), изучены вопросы диспансеризации этих больных (диссертация заместителя главврача по поликлинике 26-й больницы Я.Ф. Турецкого).

Кафедра постоянно уделяла внимание усовершенствованию лекций. С этой целью проводятся открытые лекции с последующим их обсуждением на методических заседаниях кафедры.

В конце этого периода в тематике научной работы кафедры появляется новая актуальная проблема – изучение аллергических заболеваний. Эта проблема всесторонне рассмотрена в кандидатской диссертации В.А. Огнева, который изучил эпидемиологию, факторы риска и прогнозирование аллергических заболеваний у детей в условиях большого города (1993).

IV. Деятельность кафедры социальной медицины, организации и экономики здравоохранения (с 1993 года). В 1990 году на 2-м Всеукраинском съезде социал-гигиенистов и организаторов здравоохранения было принято решение об изменении названия кафедры в целях приближения ее к международной терминологии. Термин «социальная гигиена» был трансформирован в термин «социальная медицина». Переименование кафедры Харьковского медицинского института произошло несколько позднее.

С 1993/94 учебного года кафедра социальной гигиены и организации здравоохранения ХМИ получила новое название – кафедра социальной медицины и организации здравоохранения. Со временем в наименование кафедры была включена и экономика здравоохранения. Так кафедра называется и в настоящее время.

Появившаяся в конце предыдущего периода новая научная тематика – изучение аллергических заболеваний у детей – позволила кафедре выйти на международную арену. В 1998 году кафедра стала Национальным координационным центром международной программы «ISAAC» (International Study of Asthma and Allergies in Childhood) по изучению бронхиальной астмы и аллергии у детей. Координатором программы стал доцент (ныне профессор) В.А. Огнев. Исследования, проведенные им при подготовке кандидатской диссертации «Епідеміологія, фактори ризику та прогнозування алергічних захворювань у дітей в умовах великого міста» (1993), точно вписались в эту программу. Соответствовала ей и тема докторской диссертации В.А. Огнева «Медико-социальные проблемы аллергических заболеваний у детей» (2003). По

матеріалам цього дослідження издан приказ Министерства здравоохранения Украины, разработаны три методических рекомендации с грифом министерства, получено восемь патентов, предложено пять нововведений [6]. По этой тематике опубликовано свыше 20 статей.

С февраля 2002 года кафедру социальной медицины, организации и экономики здравоохранения возглавляет профессор Виктор Андреевич Огнев. После окончания Харьковского медицинского института в 1983 году он был рекомендован на научную работу и стал ассистентом на кафедре социальной гигиены и организации здравоохранения. В 1989–1992 годах он был аспирантом кафедры. В 1993 году защитил кандидатскую диссертацию, в 1996 году получил звание доцента [19]. Успешно защитив подготовленную на кафедре докторскую диссертацию (2003), он стал профессором (2005).

В.А. Огнев принял участие в подготовке учебника «Біостатистика» (2009) для студентов высших медицинских учебных заведений III–IV уровней аккредитации, им написан раздел «Історія становлення і розвитку біостатистики» [20].

Преподавателями кафедры в этот период работали: профессора Н.А. Галичева, А.Я. Малюштан, К.М. Сокол, доценты В.П. Бережной, В.Ф. Кудря, Н.Д. Рубинский, С.П. Шкляр, З.П. Петрова, С.Г. Усенко, старшие преподаватели Л.Н. Пинчук, А.В. Мякина, ассистенты А.Н. Горяинова, Л.И. Чумак, И.М. Шинкарева, Н.А. Ткаченко, А.Н. Мищенко, А.Н. Зинчук.

Под руководством профессора В.А. Огнева подготовлены и защищены 3 кандидатских диссертации: А.Н. Мищенко «Наукове обґрунтування та розробка концептуальної системи надання медико-соціальної допомоги дітям-інвалідам» (2009); Л.И. Чумак «Медико-соціальне обґрунтування оптимізації системи управління якістю медичної допомоги дітям з цукровим діабетом» (2010); Н.А. Ткаченко «Обґрунтування моделі медико-соціального моніторингу у дітей з гастроуденальною патологією» (2010).

Согласно приказу Министерства образования и науки, молодежи и спорта Украины от 26.09.12 № 1049 в Харьковском национальном медицинском университете учрежден специализированный ученый совет с правом принятия к рассмотрению и проведения защиты диссертаций на соискание ученой степени кандидата и доктора медицинских наук по специальностям 14.02.03 «Социальная медицина» и 14.02.01 «Гигиена и профессиональная патология». Председателем совета утвержден доктор медицинских наук, профессор В.А. Огнев, что является признанием не только его личных заслуг, но и показателем авторитета кафедры в вузе.

В этот период особенно востребованной оказалась историко-медицинская тематика научной работы кафедры. По заданию проректора по научной работе Н.Г. Сергиенко З.П. Петрова подготовила 29 статей об ученых – профессорах университета для биографического сборника «Выдающиеся педагоги высшей школы г. Харькова» (1998), изданного Харьковским гуманитарным институтом «Народная украинская академия» [21]. К 350-летию города Харьков вышло учебное пособие Н.П. Субботы и З.П. Петровой «Історія розвитку медичних наукових шкіл Харкова» [22]. Во время подготовки к 200-летию ХГМУ З.П. Петрова приняла участие в подготовке юбилейных изданий.

В сборнике «Навчально-виховна робота в Харківському державному медичному університеті» опубликована в соавторстве ее монографическая работа «Історія Харківського державного медичного університету та розвиток навчально-виховної роботи» [23]. В юбилейный сборник «Вчені Харківського державного медичного університету» (2002) вошли 64 статьи З.П. Петровой [24]. Двухсотлетняя история Харьковской высшей медицинской школы освещена в монографической работе З.П. Петровой, подготовленной с соавторами, «Історія Харківського державного медичного університету» [25]. К 75-летию санитарно-гигиенического (медико-профилактического) факультета ХГМУ было подготовлено издание «Сторінки історії санітарно-гігієнічного факультету ХДМУ (1930–2005)», составителями которого были А.Я. Цыганенко, З.П. Петрова, В.В. Минухин [26]. К 205-летию университета под общей редакцией ректора ХНМУ В.Н. Лесового был выпущен биобиблиографический справочник «Видатні вихованці Харківської вищої медичної школи» (2010), куда вошли 33 работы З.П. Петровой [27]. Ее статьи печатаются также в журналах «Международный медицинский журнал», «Експериментальна і

клінічна медицина», «Медицина сьогодні і завтра», «Universitates», а також в «Енциклопедії сучасної України», издаваної Інститутом енциклопедических досліджень НАН України.

Как и в предыдущие годы, кафедра продолжает преподавать на всех факультетах социальную медицину, организацию и экономику здравоохранения. В программу преподавания входят такие разделы, как медицинская статистика, здоровье населения, организация здравоохранения и управление ею, экономика здравоохранения, курс истории медицины.

Учебно-методическая работа включает подготовку методических рекомендаций для преподавателей и методических указаний для студентов, проведение открытых лекций и практических занятий, подготовку новых лекций и практических занятий, издание методической литературы. За последние годы на кафедре по унифицированной форме были составлены новые методические рекомендации для преподавателей по всем темам социальной медицины, организации и экономики здравоохранения, истории медицины. Изданы методические указания.

На кафедре работают два познавательных музея: «Музей пишущих машинок» и «Музей вычислительной техники». Инициатором их создания был заведующий кафедрой профессор В.А. Огнев.

Гордостью музеев является уникальная коллекция вычислительной техники и пишущих машинок, которые использовались профессорско-преподавательским составом различных кафедр университета, в том числе кафедрами урологии, анатомии, микробиологии, социальной медицины и организации здравоохранения и другими при выполнении научно-исследовательской работы.

Экспозиция музеев включает более 100 экспонатов, которые демонстрируют развитие вычислительной и печатающей техники начиная с систем записи чисел, абака, счет, арифмометров, электромеханических счетных и пишущих машин, калькуляторов до современной компьютерной техники, носителей информации и других устройств обработки статистического материала.

В настоящее время деятельность музея приобретает все большее учебное и воспитательное значение и окраску в связи с введением в учебный процесс самостоятельной дисциплины «Биостатистика», которую преподают на кафедре социальной медицины.

Кроме этого на кафедре успешно работает научная и студенческая библиотека, в которой представлена учебная и научная литература по социальной медицине, организации здравоохранения, управлению, экономике и истории медицины. Библиотечный фонд составляет более 2 650 экземпляров. Для проведения заседаний и конференций на кафедре организован конференционный зал на 40 мест.

В настоящее время кафедра обеспечивает учебный процесс на современном уровне с применением мультимедийного и интерактивного оборудования. В соответствии с учебным планом осуществляется подготовка специалистов по 12 взаимосвязанным, но самостоятельным дисциплинам, из них:

- на образовательно-квалификационном уровне «Специалист» 4 дисциплины: история медицины, биостатистика, социальная медицина и экономика здравоохранения;
- на образовательно-квалификационном уровне «Бакалавр» 5 дисциплин: методология научной работы, общественное здоровье и общественное медсестринство, социальная медицина и основы медицинской статистики, экономика здравоохранения, маркетинг медицинских услуг, менеджмент и лидерство в здравоохранении;
- на образовательно-квалификационном уровне «Магистр» 3 дисциплины: социальная медицина и основы медицинской статистики, менеджмент в медсестринстве, экономика здравоохранения и маркетинг медицинских услуг.

В год 90-летнего юбилея в коллектив кафедры входят: заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор В.А. Огнев, профессора доктор медицинских наук Н.А. Галичева и кандидат медицинских наук К.М. Сокол, доценты кандидат медицинских наук С.Г. Усенко и кандидат медицинских наук Л.И. Чумак, старший преподаватель кандидат медицинских наук А.В. Мякина, ассистенты кандидат медицинских наук А.Н. Мищенко, кандидат медицинских

наук Н.А. Ткаченко, кандидат медичинських наук А.С. Галічева, Е.Г. Помогайбо, А.Н. Зинчук, П.О. Трегуб, старші лаборанти О.В. Плахтій, І.В. Якивець, лаборанти М.В. Рыбалко, Е.В. Горохова, Н.М. Мякина.

Приближаюсь к 90-летию, кафедра социальной медицины, организации и экономики здравоохранения Харьковского национального медицинского университета направляет все усилия на дальнейшее совершенствование учебной, научной и методической работы.

Список литературы

1. I Всеукраинский съезд бактериологов и эпидемиологов // Известия НКЗ УССР. – 1920. – № 5–6.
2. Каган Э. М. О преподавании социальной гигиены и гигиены труда / Э. М. Каган // Врачебное дело. – 1921. – № 22–24. – С. 319, 320, 322.
3. Петрова З. П. К истории возникновения кафедр социальной гигиены на Украине / З. П. Петрова // Советское здравоохранение. – 1974. – № 4. – С. 53–56.
4. Наркомздор'я відзначив десятиріччя першої на Україні кафедри соціальної гігієни // Профілактична медицина. – 1934. – № 5. – С. 64.
5. Петрова З. П. Из истории социальной гигиены на Украине (1861–1932 гг.) : автореф. дис. на соискание уч. степени канд. биол. наук : спец. 14.03.33 / З. П. Петрова. – Харьков, 1975. – 14 с.
6. Галічева Н. О. Кафедра соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я / Н. О. Галічева, З. П. Петрова // Історія Харківського державного медичного університету. 200 років. – Харків, 2005. – С. 341–350.
7. Наказ № 116 по Харківському медичному інституту за 6/X 1931 р. // Архів ХНМУ.
8. Приказ по Харьковскому санитарно-гигиеническому институту за 10.05.1932 // Архив ХНМУ.
9. Приказ по Харьковскому санитарно-гигиеническому институту за 05.09.1932 // Архив ХНМУ.
10. Гуревич З. А. Кафедра социальной гигиены и организации здравоохранения / З. А. Гуревич, П. Т. Петров // Очерки истории Харьковского медицинского института. – Харьков, 1969. – С. 220–222.
11. Галічева Н. А. З. А. Гуревич – видний радянський соціально-гігієніст / Н. А. Галічева, З. П. Петрова // Советское здравоохранение. – 1989. – № 6. – С. 68–69.
12. Майстрах К. В. Из истории социальной гигиены в СССР / К. В. Майстрах // Советское здравоохранение. – 1967. – № 9. – С. 72–77.
13. Гуревич З. А. Сдвиги в здоровье рабочей семьи / З. А. Гуревич, П. Т. Петров // Врачебное дело. – 1938. – № 9. – С. 691–698; № 11–12. – С. 989–992.
14. Циганенко А. Я. Історія кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я Харківського державного медичного університету (до 80-річчя з дня заснування) / А. Я. Циганенко, З. П. Петрова, Н. О. Галічева // Медицина сьогодні і завтра. – 2003. – № 3. – С. 6–12.
15. Галічева Н. О. Гуревич Зіновій Анатолійович / Н. О. Галічева, З. П. Петрова // Вчені Харківського державного медичного університету / за ред. А. Я. Циганенка. – Харків, 2002. – С. 134–135.
16. Петрова З. П. Петров Петро Тимофійович / З. П. Петрова // Вчені Харківського державного медичного університету / за ред. А. Я. Циганенка. – Харків, 2002. – С. 200–201.
17. Петрова З. П. История кафедры социальной гигиены и организации здравоохранения Харьковского медицинского института : Ответ на вопросник по заданию Минздрава УССР / З. П. Петрова // Архив кафедры. – 1981.
18. Петрова З. П. Галічева Ніна Олександрівна / З. П. Петрова // Вчені Харківського державного медичного університету / за ред. А. Я. Циганенка. – Харків, 2002. – С. 311.

19. *Петрова З. П.* Огнєв Віктор Андрійович / З. П. Петрова // Вчені Харківського державного медичного університету / за ред. А. Я. Циганенка. – Харків, 2002. – С. 377.
20. *Огнєв В. А.* Історія становлення і розвитку біостатистики / В. А. Огнєв // Біостатистика. – К., 2009. – С. 12–30.
21. *Выдающиеся педагоги высшей школы г. Харькова.* – Харьков : Изд-во ХГИ «НУА», 1998. – 736 с.
22. *Субота Н. П.* Історія розвитку медичних наукових шкіл Харкова / Н. П. Субота, З. П. Петрова. – Харків : ХДПУ ім. Г. С. Сковороди, 2003. – 96 с.
23. Історія Харківського державного медичного університету та розвиток навчально-виховної роботи / А. Я. Циганенко, П. Г. Кравчун, З. П. Петрова, Ж. М. Перцева // Навчально-виховна робота в Харківському державному медичному університеті. – Харків, 2002. – С. 7–72.
24. Вчені Харківського державного медичного університету / за ред. А. Я. Циганенка. – Харків, 2002. – 470 с.
25. Історія Харківського державного медичного університету / А. Я. Циганенко, П. Г. Кравчун, З. П. Петрова, Ж. М. Перцева // Історія Харківського державного медичного університету. 200 років. – Харків, 2005. – С. 13–177.
26. *Циганенко А. Я.* Сторінки історії санітарно-гігієнічного факультету ХДМУ (1930–2005) / А. Я. Циганенко, З. П. Петрова, В. В. Мінухін. – Харків, 2005. – 124 с.
27. Видатні вихованці Харківської вищої медичної школи : біобібліографічний довідник / за заг. ред. В. М. Лісового. – Харків : ХНМУ, 2010. – 208 с.
28. *Ступак Ф. Я.* З історії соціальної медицини як науки і предмета викладання / Ф. Я. Ступак // Життя і наукова діяльність С. А. Томіліна – служіння справі охорони здоров'я населення України. – К., 2002. – С. 131–133.

УДК 614(092)Гуревич(477.54)

З.П. Петрова, В.А. Огнев

Харьковский национальный медицинский университет

**ПЕРВЫЙ ЗАВЕДУЮЩИЙ КАФЕДРОЙ СОЦИАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ
ХАРЬКОВСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА
М.Г. ГУРЕВИЧ**



Организатором и руководителем первой в Украине кафедры социальной гигиены Харьковского медицинского института (ХМИ) был профессор Моисей Григорьевич Гуревич, который возглавлял кафедру с октября 1923 г. до весны 1925 г. [1]. Днем основания кафедры является 27 октября 1923 г.

Сведений из биографии М.Г. Гуревича сохранилось очень мало. Даже дата его рождения варьирует в разных источниках: по одним, он родился в 1890 г., по другим, – в 1891 г.; местом рождения названа Рига. Учился он в Психоневрологическом институте, основанном В.М. Бехтеревым в 1908 г. В 1920–1925 гг. М.Г. Гуревич работал народным комиссаром здравоохранения УССР. Позднее был переведен в Москву. Известно, что в 1937 г. он был заместителем народного комиссара здравоохранения РСФСР. В том же году он был репрессирован. Военная коллегия Верховного суда СССР предъявила М.Г. Гуревичу ложное обвинение в его участии в контрреволюционной террористической организации и вынесла смертный приговор.

Организатор здравоохранения был расстрелян на Донском кладбище в Москве 26 октября 1937 г. Жизнь М.Г. Гуревича трагически оборвалась накануне 14-й годовщины создания им кафедры социальной гигиены в ХМИ. Его дело было пересмотрено, и в 1956 г. он был реабилитирован (посмертно) [2–4].

М.Г. Гуревич занимал ответственные посты в руководстве Народного комиссариата здравоохранения УССР. В феврале 1920 г. он вошел в состав коллегии Наркомздрава, состоявшей из трех человек (в ней работали также Н.А. Кост и М.И. Баранов). На своем первом заседании 17 февраля 1920 г. коллегия утвердила план организации 12 отделов Наркомздрава (НКЗ), который воссоздавался после событий гражданской войны и иностранной интервенции. Эти отделы следующие: санитарно-эпидемиологический; охраны детства и материнства; медицинского просвещения; статистики; лечебной медицины; фармацевтический; медицинского снабжения; общего снабжения; финансово-сметный; управления делами; организационный и консультационно-инструкторский. Ко второй половине апреля 1920 г. отделы НКЗ УССР были созданы с некоторыми изменениями. Так, были дополнительно организованы школьно-санитарный и отдел медицинской экспертизы, изменилось название отдела медицинского просвещения, он стал называться отделом санитарного просвещения [5].

20 апреля 1920 г. постановлением Президиума Всеукраинского центрального исполнительного комитета (ВУЦИК) М.Г. Гуревич был назначен наркомом здравоохранения УССР [5]. В этой должности он проработал до февраля 1925 г. и проявил себя энергичным и умелым

© З.П. Петрова, В.А. Огнев, 2013

организатором. Начало его работы на этом ответственном посту пришлось на сложный период, когда не отгремели еще бои гражданской войны и в здравоохранении царили разруха и острейшая нужда в самом необходимом.

В докладе на объединенном заседании заведующих губздравицами и первой сессии Всеукраинского санитарного совета 28 августа 1922 г. М.Г. Гуревич говорил о тяжелой обстановке, в которой органам здравоохранения пришлось работать в 1921–1922 гг. Однако, несмотря на голод, колоссальную эпидемию холеры, равной которой не знали с 1910 г., «...в общем и целом мы укрепились, наши аппараты несомненно улучшились, дело начало двигаться вперед» [6].

Приступив к работе наркома, М.Г. Гуревич сумел правильно определить приоритеты восстановления и развития здравоохранения. Он наметил наиболее важные задачи, стоявшие перед здравоохранением Украины: необходимость исключительно большого внимания к санитарно-противоэпидемическому делу; выработка плана восстановления медицинской сети, в первую очередь участковой; улучшение постановки лечебного дела; дальнейшее развитие материнства и детства.

Проведенное в 1924 г. Народным комиссариатом рабоче-крестьянской инспекции обследование лечебно-санитарного дела на селе свидетельствовало о тяжелом его состоянии. Результаты обследования в апреле 1924 г. были заслушаны коллегией Наркомздрава УССР, где были сделаны определенные выводы и внесены предложения. Материалы обследования составили основу доклада М.Г. Гуревича [7] на II сессии ВУЦИК 10 апреля 1924 г. Обсуждение вопросов здравоохранения на правительственном уровне оказало Наркомздраву важную помощь в определении путей борьбы за улучшение здоровья населения Украины.

Результаты работы Наркомздрава под руководством М.Г. Гуревича начали сказываться уже в 1923 г. Проявила тенденцию к снижению общая смертность, началось резкое снижение детской смертности. 1923 год ознаменовался также снижением таких острых инфекционных заболеваний, как сыпной и возвратный тифы, оспа, брюшной тиф [8].

Несомненным положительным моментом в деятельности Наркомздрава УССР было то, что его руководители большое значение придавали санитарной статистике, без которой невозможно было ни изучать здоровье населения, ни оценивать деятельность органов и учреждений здравоохранения. Кроме того, статистические данные должны были дать представление об истинной картине санитарного состояния Украины, что позволило бы на научной основе осуществить перспективное планирование развития здравоохранения.

Поскольку учет инфекционных больных был особенно важен в связи с чрезвычайным размахом эпидемий, созданная в январе 1920 г. при Харьковском губздраве научная комиссия по изучению сыпного тифа в мае 1920 г. была преобразована во всеукраинскую и стала заниматься изучением всех острозаразных болезней. В конце сентября 1920 г. коллегия НКЗ поручила санитарно-статистическому отделу созвать комиссию для разработки плана правильной постановки статистического дела на Украине. На заседании коллегии НКЗ в ноябре 1921 г. снова обсуждался вопрос о состоянии санитарной статистики, причем было обращено внимание на тяжелое ее положение: «Санитарная статистика оказалась совершенно разрушенной не только в сфере учета и изучения общей заболеваемости, но и в сфере учета эпидемической заболеваемости и таких видов болезненности, как социальные болезни» [9]. Поскольку наметились предпосылки изменения к лучшему, была определена стоящая перед Наркомздравом задача – восстановление санитарной статистики – и предложен конкретный план налаживания в первую очередь карточной регистрации общей заболеваемости. В статистической работе Наркомздрав поддерживал тесные контакты с Центральным статистическим управлением УССР. В июле 1924 г. при ЦСУ была образована постоянная комиссия по санитарной статистике, куда были включены представители Наркомздрава и Наркомата юстиции. От НКЗУ в нее вошел С.А. Томилин. Усилия Наркомздрава по восстановлению и развитию статистики увенчались успехом, и на совещании по санитарной статистике НКЗУ в сентябре 1924 г. было отмечено, что полностью восстановлена карточная регистрация заболеваний в ряде губерний, в том числе и в Харьковской [9].

Руководители Наркомздрава стремились планировать деятельность по охране здоровья народа, основываясь на строго научных данных, и с 1923 г. стали проводить массовые социально-гигиенические и демографические обследования. Первым опытом постановки «планомерного и систематического изучения социально-гигиенического быта украинской деревни» [10], как определил его М.Г. Гуревич, стало выборочное обследование сельского населения Украины 1923 г. Идея его проведения принадлежала санитарно-эпидемиологическому (заведующий – А.Н. Марзеев) и статистическому (заведующий С.А. – Томилин) отделам Наркомздрава. Главной задачей обследования было выяснение подлинной распространенности сыпного и возвратного тифов среди сельского населения за 1920–1922 гг., а также коэффициентов естественного движения населения [9]. Успех первого обследования окрылил Наркомздрав, и было решено провести в 1924 г. новую санитарно-демографическую перепись сельского населения, расширив круг изучаемых вопросов. В программу было включено изучение естественного движения населения за 1923 г., санитарных условий жизни детей до 1 года и причин их смертности, состояния здоровья школьников. Главной задачей этой переписи стало описание сельских жилищ [9]. Обследование сельского населения было продолжено в 1925 г. Выборочному обследованию подлежали сельские поселения, возникшие в течение 1920–1924 гг., а также водоснабжение как в новых поселках, так и в старых украинских селах, эндемичных по кишечным инфекциям [9].

Следует подчеркнуть, что в практической деятельности Наркомздрава УССР в этот период четко просматривалась социально-гигиеническая направленность. Наркомздраву принадлежала также значительная роль в развитии социальной гигиены как науки. Он являлся создателем многочисленных научно-исследовательских институтов, во многих из которых были организованы отделы социальной патологии и гигиены. И если в 1920 г. речь шла о некотором расширении деятельности национализированных научно-практических учреждений, принадлежавших научным обществам или частным владельцам, то с 1923 г. начинается создание новых институтов. К 1925 г. на Украине развернули свою деятельность следующие научно-исследовательские институты: санитарно-бактериологические в Харькове, Киеве, Одессе и Екатеринославе (с 1926 г. Днепропетровск), протозойный в Харькове, тубинституты в Харькове, Киеве и Одессе, Харьковский и Одесский венерологические, Харьковский и Киевский рентгенологические, Украинский психоневрологический в Харькове, Институт рабочей медицины в Харькове (позднее были открыты его филиалы в Одессе, Донецке и Днепропетровске), Украинский институт охраны материнства и младенчества в Харькове, Харьковский институт ортопедии и травматологии, Киевский детский ортопедический. Эти институты проводили большую лечебно-профилактическую и научную работу, в том числе и по широкому кругу социально-гигиенических проблем [9].

Становлению социально-гигиенической науки способствовало также издательство «Научная мысль» (Харьков), основанное Наркомздравом УССР. В этом издательстве в 1923 г. увидел свет первый отечественный учебник «Социальная гигиена» (выпуск 1) З.Г. Френкеля [9].

За период, когда во главе НКЗ УССР стоял М.Г. Гуревич, Наркомздрав достиг определенных успехов в создании системы медико-профилактического обслуживания населения Украины. На I Всеукраинском съезде здравоохранения, проходившем в Харькове 27–28 июня 1920 г., было отмечено, что к этому времени на Украине уже созданы руководящие органы здравоохранения вплоть до уездных. В основном докладе наркома здравоохранения М.Г. Гуревича «Организация здравоохранения на Украине» было указано, что перед этим съездом ставится задача установить прочную связь между Наркомздравом и работниками на местах и наметить единое направление в решении принципиальных вопросов здравоохранения [5].

В условиях жесточайшего дефицита лекарственных средств, аппаратуры и больничного оборудования, постельного и нательного белья, слабого финансового обеспечения, явно недостаточного числа врачей, среднего и младшего медицинского персонала совладать с катастрофическим размахом эпидемий можно было только при условии опоры на широкий санитарный актив. И эта задача создания санитарного актива из рабочих и крестьян Наркомздравом была решена.

Огромная работа, проведенная Наркомздравом в сложнейших условиях, дала ощутимые плоды и позволила от борьбы с эпидемиями как главной задачи здравоохранения в 1920 г. перейти к новому первоочередному направлению работы – оздоровлению труда и быта. Этот переход можно проследить и в изменении программ проводившихся Наркомздравом массовых социально-гигиенических и санитарно-демографических обследований. Если в программе 1923 г. центральной задачей было изучение пандемии паразитарных тифов за 1920–1922 гг., то программы 1924–1925 гг. в качестве основных вопросов поставили изучение жилищных, бытовых, трудовых условий, а также питания населения [9].

Первой и наиболее важной задачей, стоявшей перед органами здравоохранения в 1919–1925 гг., была борьба с эпидемиями и санитарное оздоровление страны. Эти задачи решались путем научно обоснованной организации санитарно-противоэпидемической службы. Уже в 1919–1920 гг. руководство этой отраслью здравоохранения сосредоточилось в санитарно-эпидемиологическом отделе Наркомздрава УССР, а на местах – в губернских, уездных и железнодорожных отделах здравоохранения [9]. Создание санитарно-противоэпидемической службы – еще одна заслуга Наркомздрава УССР в период, когда им руководил М.Г. Гуревич.

Второй важной задачей явилась организация лечебно-профилактического дела, особенно на селе. Необходимо было восстановить разрушенные в ходе гражданской войны больницы, повысить качество лечения, восстановить деятельность сельских врачебных участков и увеличить их число, а также число фельдшерских пунктов. Эта работа проводилась под руководством лечебного отдела Наркомздрава УССР. К началу 1925 г. в лечебном деле были достигнуты определенные успехи: возросло число сельских врачебных участков, по сравнению с 1923 г. число первичных обращений к врачам увеличилось на 19,7 % [9].

Третьей задачей, стоявшей перед здравоохранением, было развертывание работы по охране материнства и детства. Огромное число сирот, оставшихся после империалистической и гражданской войн, отсутствие подготовленного персонала и недостаток средств – все это усложняло и без того трудную работу. Началась организация детских домов. В городах стала развиваться сеть яслей и консультаций по охране материнства и детства. С 1924 г. начали создаваться такие консультации и на селе. Во всех районных и сельских больницах были выделены постоянные родильные койки. Следует подчеркнуть, что в УССР система охраны материнства и детства охватывала не только младенческий возраст, как это было в РСФСР, но и все детское население [9].

Четвертой задачей здравоохранения была борьба с социальными болезнями. В 1920 г. в Наркомздраве УССР и губздравотделах были организованы самостоятельные туберкулезная и венерологическая секции. Наряду с лечебными мероприятиями на первое место в их работе была выдвинута социальная профилактика. Осуществление планов Наркомздрава привело к быстрому развитию сети противотуберкулезных учреждений. В УССР в 1922 г. было 8 противотуберкулезных диспансеров, в 1923 г. их стало 47. Особенно быстро их сеть росла в сельской местности: в 1923 г. в селах их было 2, в 1924 г. – 14 [9].

Несомненная заслуга в решении этих задач принадлежала и народному комиссару здравоохранения УССР М.Г. Гуревичу. Как руководитель здравоохранения он многое сделал для налаживания медицинской помощи населению Украины, для существенного улучшения санитарного состояния, в том числе и для снижения инфекционной заболеваемости.

Одновременно с ответственной работой руководителя Наркомздрава УССР М.Г. Гуревич заведовал созданной им кафедрой социальной гигиены в Харьковском медицинском институте. На заседании правления ХМИ М.Г. Гуревич был назначен заведующим кафедрой 27 октября 1923 г., его утверждение в президиуме Украинского главного комитета профтехнического и специально-технического образования (Укрглавпрофобр) последовало 8 ноября 1923 г. Уже 10 ноября этого года М.Г. Гуревич информировал правление института о работе кафедры социальной гигиены [1].

Кроме того, профессор М.Г. Гуревич руководил научно-исследовательской кафедрой социальной и профессиональной гигиены. Эта кафедра в мае 1924 г. была реорганизована из кафедры гигиены и социальной медицины, созданной решением коллегии Укрглавпрофобра

в апреле 1923 г. при Харьковском медицинском институте. После реорганизации ее заведующим с мая 1924 г. стал М.Г. Гуревич. Свою работу кафедра должна была развернуть на базе институтов профессиональной гигиены и охраны материнства и детства [9].

Организация научно-исследовательских кафедр была важным направлением работы Научного комитета (Украина) при Главпрофобре Народного комиссариата просвещения УССР. Научный комитет был организован в начале апреля 1921 г., на него была возложена задача контролировать деятельность научных учреждений Украины и направлять научно-исследовательскую работу. Со второй половины 1921 г. центральным пунктом его работы как раз и стала организация научно-исследовательских кафедр, целью которых была «планомерная постановка научных исследований и подготовка профессуры, проникнутой задачами советского строительства» [9]. Медицинские научно-исследовательские кафедры создавались при учебных медицинских институтах. К концу 1925–1926 оперативного года в Украине функционировало 11 медицинских кафедр, из них 6 – в Харькове, 2 – в Киеве и 3 – в Одессе. В состав кафедр входили секции, которых в этот период насчитывалось 33 [9].

Как заведующий учебной кафедрой социальной гигиены М.Г. Гуревич уделил серьезное внимание обоснованию значения социальной гигиены в системе высшего медицинского образования. Он писал: «Жизнь требует врача-общественника, с ярко выраженным профилактическим образом мышления» [11]. Преподавание в высшей школе политической экономии, философии и других общественных наук поможет выработке правильного представления о путях борьбы с социальными болезнями, детской смертностью и др. Социальная гигиена, по его словам, без исчерпывающих знаний в области социально-экономических условий немыслима.

М.Г. Гуревичу принадлежит существенный вклад в разработку теории социальной гигиены, в частности такого актуального вопроса, как изучение социальных болезней и разработка методов борьбы с ними. Он считал необходимым серьезно заняться изучением генетической связи между болезнями и социально-экономическими условиями жизни. «Только при этом условии, – писал он, – мы действительно сможем построить на научных началах медицинскую профилактику» [12]. Поскольку особую социальную значимость приобрели в то время туберкулез и венерические болезни, М.Г. Гуревич считал, что необходимо уделить достаточное внимание туберкулезным и венерическим научно-исследовательским институтам, задача которых состоит не только в изучении патологии и клиники этих болезней, но и в учете опыта социальной борьбы с ними, а также в подготовке квалифицированного персонала. Институты должны заниматься выявлением социально-этиологических моментов и разработкой методов социальной борьбы с туберкулезом и венерическими болезнями. В подходе к этой проблеме особенно ярко проявилась тесная связь идей М.Г. Гуревича как теоретика социальной гигиены и практика организации здравоохранения [13].

В специальном постановлении Наркомздрава УССР по случаю десятилетия первой в Украине кафедры социальной гигиены Харьковского медицинского института была отмечена выдающаяся роль М.Г. Гуревича как организатора и первого руководителя кафедры, который «зложил основу для дальнейшего развития социальной гигиены как науки и предмета преподавания на Украине» [14]. От имени Наркомздрава М.Г. Гуревичу была объявлена благодарность и основаны две стипендии его имени при Харьковском медицинском институте.

Многогранная деятельность социал-гигиениста и выдающегося организатора здравоохранения Моисея Григорьевича Гуревича заслуживает уважения и благодарной памяти.

Список литературы

1. Петрова З. П. К истории возникновения кафедр социальной гигиены на Украине / З. П. Петрова // Советское здравоохранение. – 1974. – № 4. – С. 54.
2. Циганенко А. Я. Гуревич Мусій (Мойсей) Григорович / А. Я. Циганенко // Вчені Харківського державного медичного університету. – Харків, 2002. – С. 135.

3. *Перцева Ж. М.* Гуревич Мусій (Мойсей) Григорович / Ж. М. Перцева // Енциклопедія сучасної України : у 25 т. – К., 2004– . – Т. 6. – 2006. – С. 649.
4. Курорт Березовские минеральные воды. История и современность, 1862–2012 / [Сердюк А. И., Рогожин Б. А., Тондий Л. Д. и др.] ; под ред. А. И. Сердюк, Б. А. Рогожина. – Харьков : Золотые страницы, 2012. – С. 121.
5. *Хорош И. Д.* Первые годы развития советского здравоохранения на Украине (1918–1920 гг.) / И. Д. Хорош. – К. : Госмедиздат УССР, 1963. – С. 109.
6. *Гуревич М. Г.* Итоги и перспективы / М. Г. Гуревич // Профилактическая медицина. – 1922. – № 2–3. – С. 72.
7. *Гуревич М. Г.* Вопросы здравоохранения в пролетарском парламенте / М. Г. Гуревич // Профилактическая медицина. – 1924. – № 3–4. – С. 76–79.
8. *Экель С. М.* Инфекционные заболевания на Украине / С. М. Экель. – Харьков : Научная мысль, 1927. – 41 с.
9. *Петрова З. П.* Из истории социальной гигиены на Украине (1861–1932 гг.) : автореф. дис. на соискание уч. степени канд. биол. наук : спец. 14.03.33 / З. П. Петрова. – Харьков, 1974. – 14 с.
10. *Гуревич М. Г.* Предисловие / М. Г. Гуревич // Материалы о социально-гигиеническом состоянии украинской деревни / [под ред. С. А. Томилина]. – Харьков, 1924. – С. V.
11. *Гуревич М. Г.* О реформе медицинского образования / М. Г. Гуревич // Профилактическая медицина. – 1923. – № 1–2. – С. 111.
12. *Гуревич М. Г.* К постановке вопроса о борьбе с социальными болезнями / М. Г. Гуревич // Профилактическая медицина. – 1923. – № 3–4. – С. 127.
13. *Петрова З. П.* Первые заведующие кафедрой социальной гигиены Харьковского медицинского института / З. П. Петрова // Медицина сегодня и завтра. – 2003. – № 3. – С. 13–14.
14. Наркомздоров'я відзначив десятиріччя першої на Україні кафедри соціальної гігієни // Профілактична медицина. – 1934. – № 5. – С. 64.

УДК 614(092)Томилин(477)

З.П. Петрова, В.А. Огнев

Харьковский национальный медицинский университет

ВЫДАЮЩИЙСЯ УКРАИНСКИЙ СОЦИАЛ-ГИГИЕНИСТ И ДЕМОГРАФ С.А. ТОМИЛИН



Среди ученых, работавших на кафедре социальной гигиены Харьковского медицинского института, самое видное место принадлежит Сергею Аркадьевичу Томилину, выдающемуся социал-гигиенисту, вклад работ которого в развитие науки не только не утратил актуальности, но и приобрел особую значимость и получил заслуженно высокую оценку специалистов в настоящее время. А полное осознание значения работ этого прозорливого ученого и реализация его ценнейших рекомендаций в здравоохранении Украины станет возможным в будущем, хочется надеяться, в не слишком отдаленном будущем.

Достаточно подробное освещение социал-гигиенических идей С.А. Томила и его подходов к вопросам народного здравоохранения было предпринято одним из авторов данной статьи в диссертации [1] и публикации о первых заведующих кафедрой социальной гигиены ХМИ [2]. Но поскольку эти материалы малодоступны или стали библиографической редкостью, мы сочли возможным использовать их в данной работе. Ибо без оценки вклада С.А. Томила в науку работа первой в Украине кафедры социальной гигиены будет страдать недопустимой неполнотой и утратит важнейшую часть содержания своей научной деятельности.

С.А. Томилин родился 7 (19) октября 1877 г. в г. Сувалки, который находится ныне на территории Польши. Сын военного чиновника, С.А. Томилин закончил гимназию в Риге в 1895 г. и в тот же год поступил в Военно-медицинскую академию в Петербурге. В 1899 г. четверокурсник Томилин на деньги, заработанные репетиторством, поехал в Германию, где посещал клиники Кенигсбергского и Гейдельбергского университетов. Возвратившись в Петербург, он узнал о своем исключении из Военно-медицинской академии по политическим мотивам. Медицинское образование он завершил в Московском университете в 1901 г.

С.А. Томилин работал ординатором психиатрической больницы в Риге, помощником врача в городе Лида, эпидемиологом в Лидском и Виленском уездах Виленской губернии. Во время русско-японской войны он служил на Дальнем Востоке. После окончания войны был врачом в Вильно (ныне Вильнюс). В 1906 г. сдал государственные экзамены в Новороссийском университете в Одессе и получил диплом «лекаря с отличием», после чего работал земским врачом в Крыму. С 1908 по 1913 г. С.А. Томилин был санитарным врачом в г. Александровске (теперь Запорожье), где участвовал в борьбе с эпидемиями скарлатины и сыпного тифа. Позже он писал об этом периоде: «Работа в земстве – это лучшая пора моей сознательной жизни, время, которое я вспоминаю с большим чувством душевного тепла» [3]. По командировке земства он выезжал в Будапешт, Париж, Льеж и Дрезден, где знакомился с постановкой санитарно-гигиенической работы и профессионально усовершенствовался. В конце 1913 г. С.А. Томила избрали

© З.П. Петрова, В.А. Огнев, 2013

помощником заведующего санитарным отделом Екатеринославского губернского земства. В его обязанности входила научная разработка всех санитарно-статистических материалов, которые поступали от земских врачей губернии. В период работы в Александровске Сергей Аркадьевич «сформировался как прогрессивный санитарный деятель, эпидемиолог и социальный гигиенист» [4], написал 15 научных работ. Во время Первой мировой войны он служил на Западном и Юго-Западном фронтах.

С конца 1917 г. С.А. Томилин работал санитарным врачом армии, затем начальником санитарной части 7-й армии. В 1919–1920 гг. он был заведующим статистическим отделом Народного комиссариата здравоохранения УССР и членом научной подкомиссии Чрезвычайной комиссии. Потом он с семьей недолгое время находился на Северном Кавказе.

С 1922 по 1930 г. С.А. Томилин возглавлял статистический отдел Наркомздрава УССР. Как руководитель этого отдела он организовал ведомственную санитарную статистику в Украине, в 1927, 1928 и 1929 гг. публиковал единственные в то время отчеты о деятельности органов здравоохранения и санитарном состоянии республики [1].

Под руководством С.А. Томилина, заведующего статистическим отделом Наркомздрава УССР, и А.Н. Марзеева, который возглавлял санитарно-эпидемиологический отдел, в 1923 г. было проведено выборочное обследование сельского населения Украины. Главной задачей обследования было выяснение подлинной распространенности сыпного и возвратного тифов среди сельского населения за 1920–1922 гг., а также коэффициентов естественного движения населения. Обследование проводилось осенью 1923 г. В нем участвовало около 1500 санитарных и участковых врачей. В большинстве случаев врачи выполняли очень тяжелую работу по обследованию без оплаты труда, проявив высокую преданность профессиональному долгу и интересам здравоохранения. Обследование имело характер сплошного опроса жителей тех селений, которые были выбраны как типичные в каждом округе. Всего было обследовано 145 селений с общей численностью населения 263 564 человека, что составило 1,2 % сельского населения Украины. Собранные материалы были обработаны в статотделе под руководством С.А. Томилина, проанализированы и описаны им в работе «Материалы о социально-гигиеническом состоянии украинской деревни». Основываясь на материалах обследования, С.А. Томилин показал резкое повышение за 1920–1922 гг. общей смертности – до 33,3 на 1000 человек, отметил высокие коэффициенты детской смертности (307 на 1000 родившихся в 1920 г., 289 – в 1922 г.). За трехлетний период в Украине переболело сыпным тифом 18 % населения, возвратным тифом – тоже 18 %. Санитарное состояние большинства сельских населенных пунктов оказалось неудовлетворительным [5]. Эта монография С.А. Томилина получила высокую оценку санитарного отдела Лиги Наций и была издана в Женеве на французском языке [1].

Широкомасштабные санитарно-демографические исследования, включавшие в себя расширенный круг вопросов (санитарные условия жизни детей до одного года и причины их смерти, состояние здоровья школьников, бытовая сторона жизни крестьянства: жилищные условия, труд, питание и др.), проводились Наркомздравом и в последующие годы. Составление планов и программ обследований, а также разработка собранных материалов проводились статистическим отделом Наркомздрава УССР под руководством С.А. Томилина. Получаемые результаты имели чрезвычайно важное значение для научно обоснованного планирования магистральных направлений деятельности органов здравоохранения по оздоровлению народа [2].

В 1925–1930 гг. С.А. Томилин возглавлял единую кафедру социальной гигиены Харьковского медицинского института, на которой работал с 1923 г. Его утверждение Укрглавпрофобром в должности заведующего кафедрой состоялось 12 июня 1925 г. [6]. В 1930 г. при организации профильных факультетов за ним была закреплена кафедра социальной гигиены санитарно-гигиенического факультета. В 1932 г., когда этот факультет стал самостоятельным Харьковским санитарно-гигиеническим институтом, он с момента выделения института из состава ХМИ (11.02.1932) по 10.05.1932 руководил кафедрой в нем [7]. В 1932–1934 гг. С.А. Томилин заведовал аналогичной кафедрой в одном из высших учебных заведений, вошедших в 1936 г. в состав

2-го Харьковского медицинского института. В 1926 г. он получил звание профессора, в 1936 г. ему была присуждена степень доктора медицинских наук *honoris causa*.

Профессор Томилин был блестящим лектором, его красноречие, чрезвычайно широкая эрудиция, умение находить яркие примеры из своей богатой практики производили огромное впечатление на студентов, запоминались на всю жизнь.

С.А. Томилин заведовал также секцией социальной гигиены в составе научно-исследовательской кафедры социальной гигиены при ХМИ. Этой кафедрой, а также секцией профессиональной гигиены в ней руководил с 1925 г. Э.М. Каган. По плану на 1925–1926 г. секция социальной гигиены предполагала вести научную работу в четырех направлениях: сущность социальной гигиены и методология; социальная гигиена, дарвинизм и марксизм; проблема народонаселения с социально-гигиенической точки зрения; антропометрический и статистический методы социальной гигиены [2].

Новое направление научной деятельности секции социальной гигиены – обследование современных типов жилищного строительства и изучение санитарного быта рабочего населения – появилось в 1926 г. В связи с этим С.А. Томилин обратился в Укрнауку с просьбой командировать аспирантов кафедры в Москву и Ленинград для ознакомления с работой научных институтов и учреждений в области жилищной гигиены [2].

Одним из вопросов, которыми занималась секция социальной гигиены, явилось изучение биологических факторов детской смертности. Было определено влияние на ее высоту возраста матери, порядкового числа рождений, интервала между двумя последовательными рожденьями. Оказалось, что наиболее высокой детская смертность была среди детей, рожденных молодыми женщинами (до 19 лет). У перворожденных детей смертность очень высока, минимальна она у рожденных вторыми, а затем снова возрастает. Резкое повышение смертности наблюдается у детей, которые родились не позднее чем через один год после предшествующих родов. Эти данные были проанализированы С.А. Томилиным в монографии «Социально-гигиеническая оценка детской смертности» [8].

После создания Ученого медицинского совета при Наркомздраве УССР и утверждения положения о нем 6 декабря 1926 г. был сформирован его состав, куда среди других крупных ученых Украины вошел С.А. Томилин. Активно работал С.А. Томилин и в бюро секции социальной гигиены, созданной при Харьковском научном медицинском обществе в марте 1927 г. [1].

В 1930 г. С.А. Томилин заведовал также отделением социальной гигиены и патологии в Украинском институте охраны материнства и детства, в 1930–1934 гг. – социально-гигиеническим сектором Украинского института питания в Харькове.

В 1934 г. С.А. Томилин переехал в Киев, где работал в различных учреждениях. В 1934–1936 гг. он был заведующим сектором заболеваемости и действительным членом Всеукраинского института социалистического здравоохранения; в 1934–1938 гг. – старшим научным сотрудником Института демографии и санитарной статистики АН УССР; в 1938–1940 гг. – заведующим отделом изучения заболеваемости Украинского научно-исследовательского бюро санитарной статистики и одновременно (1935–1945 гг.) заведующим отделом статистики Украинского НИИ туберкулеза и статистическим отделом Украинского института эпидемиологии и микробиологии (1936–1941 гг.). В 1944 г. С.А. Томилин был назначен членом Центральной научно-методической санитарно-статистической комиссии Наркомздрава СССР. С 1945 по 1952 г. заведовал статистическим отделом Украинского института эпидемиологии и микробиологии [3].

Умер Сергей Аркадьевич Томилин в Киеве 19 июля 1952 г.

Огромный вклад внес профессор Томилин в разработку теоретических основ социальной медицины и многих ее частных проблем. По С.А. Томилину, «социальная медицина ставит себе задачей... изучение всех неблагоприятных социальных влияний, вызывающих иногда предрасположение к болезни, иногда неблагоприятно воздействующих на течение самой болезни. Далее, социальная патология изучает обратное влияние социально-патологических

явлений на непосредственные процессы социальной жизни» [9]. Эти последние влияния проявляются в тех изменениях общественного организма, какие вносятся в него преждевременными смертями, инвалидностью, склонностью к возникновению заболеваний и др.

В брошюре «Учение об органическом капитале, как основа медицинского мировоззрения» С.А. Томилин писал, что здоровье человека – «такое же хозяйственное благо, каким является в освещении политической экономии большинство материальных продуктов природы» [10]. Ученый считал, что в целях улучшения народного здоровья следует широко заниматься оздоровлением и санитарной охраной населенных пунктов, проводить мероприятия по охране материнства и детства, улучшению сельских жилищ и сельского водоснабжения, планировки городов, физического воспитания юношества и др. Идею о народно-хозяйственной ценности человеческой жизни, которая впоследствии заняла важное место в социальной гигиене, С.А. Томилин развивал и пропагандировал также в ряде статей этого периода [1].

С.А. Томилин проявлял высокие требования к научным работникам, решившим посвятить себя активно развивавшейся тогда науке – социальной гигиене. С его точки зрения, работа в области социальной гигиены требует широких знаний: прочного знания биологии, глубокого знакомства с демографией, политической экономией, социологией, социальной антропологией, математической статистикой и др. [11]. Всем этим требованиям в полной мере отвечали глубокие знания и широкая эрудиция самого Сергея Аркадьевича.

Во вступительной лекции, прочитанной в Харьковском медицинском институте в 1925 г., когда С.А. Томилин занял кафедру, он подробно разбирал вопрос о социальной гигиене и ее руководящем месте в системе медицинского знания. Он определил объективные предпосылки, которые способствовали формированию социальной гигиены как самостоятельной дисциплины: «...с одной стороны – достаточное накопление научных сведений о характере и о природе патологических явлений, а с другой – появление на арене истории такого класса, в котором социальные стремления и интересы нашли себе наиболее полное и ясное оформление» [11]. Здесь ученый отдал дань тогдашней идеологии, правда, нужно заметить, что следование в русле идеологических лозунгов того времени в гораздо большей степени было свойственно М.Г. Гуревичу и З.А. Гуревичу.

В монографии «Спроба санітарного опису України» [12] С.А. Томилин определил основные признаки, позволяющие то или иное заболевание отнести к группе социальных. На первое место он поставил наличие социальных факторов, играющих важную роль в возникновении заболевания, на второе – оказываемое заболеванием влияние на здоровье больных, вызывающее ухудшение экономики и благосостояния, и на третье – широкое распространение среди некоторых групп населения [1].

Монография «Спроба санітарного опису України» является образцом комплексного социально-гигиенического и демографического исследования; важное ее значение состоит в том, что она была первым опытом систематизации данных, характеризующих санитарное состояние Украины, преимущественно ее сельского населения. В работе представлены основные демографические показатели в динамике, сведения о физическом развитии населения, заболеваемость общая и по отдельным группам болезней (инфекционных и социальных), санитарный быт и питание населения. Глубокий анализ явлений и сопоставление данных 1926 г. даже не со временем гражданской войны с его колоссальным размахом тифозной эпидемии, а с относительно благополучным дореволюционным периодом позволили С.А. Томилину сделать обнадеживающий вывод о четко наметившейся тенденции улучшения состояния здоровья населения. Так, пошла на убыль детская смертность, в уровне общей смертности произошли определенные изменения к лучшему, уменьшилась заболеваемость туберкулезом и венерическими болезнями, оба паразитарных тифа, сыпной и возвратный, проявили быструю тенденцию к спаду. Работа «Спроба санітарного опису України» и другая монография С.А. Томилиной «Венерические болезни в окружных городах Украины в 1927 г.» получили высокую оценку специалистов и были премированы Главнаукой УССР [2].

Глибокий підхід відзначає розробку С.А. Томилиним питання про соціально-гігієнічну значимість різних патологічних процесів. У монографії «Венерическіє болізни в оточуваних містах України в 1927 г.» [13] він приводить ряд доказів соціально-гігієнічної шкоди сифілісу: широка поширеність, значуща роль у смертності населення (6 % загальної смертності пов'язані своїм первісним походженням з сифілісом), зменшення середньої тривалості життя (на 4 роки), важке впливання на потомство. Соціально-патологічне значення гонореї визначається широкою поширеністю, викликає її тривалими захворюваннями статевих сфер у жінок і безпліддям, захворюванням новонароджених бленнореей і др. Згадана робота була першим досвідом у межах СРСР масового статистичного вивчення міського венеризму на великій території. У монографії були освітлені соціально-гігієнічне значення венерических захворювань, методи їх обліку, поширення венерических болізней в Україні за 1901–1913 і 1924–1925 гг., а також серед міського населення в 1927 г. (за віком, статтю, сімейному становищу, соціальним групуванням, джерелам зараження і др.) [2].

Прийнятне уваження гігієністів намагався привернути С.А. Томилині до проблеми дитячої смертності. «Коефіцієнту дитячої смертності можна по справедливості віддати перше місце серед багаточисельного ряду як санітарних, так і економічних показувачів, якими намагалися визначити ступінь висоти соціальної культури для даної країни» [8]. Цей коефіцієнт, за С.А. Томилину, з більшою точністю характеризує рівень санітарної культури, ніж показувач загальної смертності, оскільки на останній впливає ряд інших демографічних факторів (температура народжуваності, вікна групування населення). Серйозне значення має та соціально-гігієнічна особливість дитячої смертності, що вона автоматично підвищує коефіцієнт народжуваності. Високі рівні цих показувачів викликають «...варварську експлуатацію жіночої генеративної функції, тиснення всіх її (жіночки) культурно-соціальних і індивідуальних інтересів, передчасне виснаження організму, значущу смертність жінок» [8]. У цитуєму монографії «Соціально-гігієнічна оцінка дитячої смертності» С.А. Томилині не тільки освітлює біологічні фактори дитячої смертності, але й дає глибокий аналіз ролі соціальних і побутових умов, що впливають на дитячу смертність і надають вирішальний вплив на її рівень [2].

У вирішенні такої важливої для соціальної гігієни проблеми, як співвідношення біологічного і соціального, С.А. Томилині вніс вагомий внесок. У 1922 г. у статті «Біологічні елементи в соціальній гігієні» він писав: «Організм і середовище – це два фактори, що стоять перед науковою думкою гігієніста» [14]. Визначені стани організму і середовища можуть викликати в житті людини або окремого колективу «ряд страдань», зменшити і прибрати які призван соціальний гігієніст.

За С.А. Томилину, людство, відокремившись від тваринного світу, стало створювати штучне середовище, здатне захистити його від шкоди впливу стихійних сил природи. У процесі поступового розвитку соціального середовища змінювалася і органічна природа людини. «Знаходясь на ґрунті сучасного світогляду, ми повинні розглядати людину як визначену біологічну цінність, створену природою і вдосконалену тривалою культурою. Характерна особливість цієї біологічної цінності... складається в тому, що тільки одна людина володіє властивістю трансформувати свою біологічну енергію в різного роду господарські і культурні цінності...» [15].

С.А. Томилині попереджав проти спрощеного підходу до оцінки співвідношення біологічних і соціальних впливів на здоров'я населення, проти недооцінки труднощів боротьби за прибрати несприятливі як соціальні, так і біологічні фактори з життя суспільства. Більш детально цей питання розглянуто одним з авторів даної публікації у статті «Розвиток проблеми співвідношення соціального і біологічного в радянській соціальній гігієні на Україні» [16].

Слід повністю погодитися з В.С. Стешенко, що через роботи С.А. Томилині «червоною ниткою проходить ідея необхідності створення органічного сплаву соціального і біологічного» [17] при вивченні проблем народжуваності населення, його здоров'я і умов життя.

Рассмотрение проблем здоровья населения в сложном взаимодействии социальных и биологических факторов, начатое С.А. Томилиным, было продолжено его учениками и последователями, в том числе З.А. Гуревичем, Ф.И. Гроссером, С.М. Экелем, и стало характерной особенностью научных исследований, проводившихся на кафедре социальной гигиены Харьковского медицинского института в 1920–1930-е гг. [18].

Пристальное внимание С.А. Томила привлекли чрезвычайно актуальные в то время вопросы профилактики. Развивая идею своих более ранних работ о народно-хозяйственной ценности человеческой жизни, ученый искал новый подход к вопросам профилактики, который может быть охарактеризован как экономические аспекты профилактики. Следует отметить, что работы С.А. Томила отличал экономический подход и к демографическим процессам, о чем писали В.П. Пискунов и В.С. Стешенко [3]. В работе «Производительность народного труда и профилактические задачи» С.А. Томилиным указывал: «Всякое устранение преждевременной смерти, всякое сбережение человеческой жизни от излишнего заболевания, всякое накопление жизненной энергии в отдельном человеке и в целом коллективе сопровождаются как профилактические достижения одновременно значительными экономическими выгодами для государства» [19]. Ученый стремился определить место широко понимаемых профилактических мероприятий в системе государственных ценностей: «Вне профилактики немыслима рациональная государственная экономика, точно так же, как вне государственной экономики нельзя себе представить проведение профилактических начинаний» [15]. С.А. Томилиным впервые широко поставил вопрос о взаимоотношении экономики и здравоохранения, будем надеяться, что за таким подходом к охране народного здоровья будущее [2].

Среди работ С.А. Томила по вопросам профилактики особое место принадлежит монографии «Социально-медицинская профилактика». Цель этой работы, как ее определил сам автор, – «изложить в сжатой форме основные принципы профилактического мышления и указать на объем профилактических задач, раскрывающихся в различных областях социальной патологии» [20]. Антенатальная профилактика, профилактика детской смертности, детства, юношества, материнства, старости, профилактика туберкулеза, венерических, острых инфекционных и нервно-психических заболеваний – таков широкий круг вопросов, освещенных в монографии. С.А. Томилиным показал собственное понимание сущности и задач профилактики, а также того, какими должны быть организационные центры профилактики и их персонал. Центром профилактической работы, по его мнению, должен быть единый диспансер, укомплектованный штатом получивших специальную подготовку врачей и сестер социальной помощи. Врач-профилактик должен ориентироваться в социальной среде, подмечать в ней этиологические факторы массовой патологии и точно их учитывать; должен быть знаком с рождаемостью, смертностью и заболеваемостью своего района; должен организовать постоянный надзор за всеми социально-патологическими процессами в наблюдаемом районе и обеспечить необходимое медико-профилактическое вмешательство. С.А. Томилиным упрекали в том, что из сферы деятельности такого врача он полностью исключил лечебные функции. Однако необходимо иметь в виду следующее: в первые советские годы было провозглашено, что в области охраны народного здоровья предусматривается прежде всего проведение широких оздоровительных и санитарных мероприятий, имеющих целью предупреждение развития заболеваний. С.А. Томилиным уверовал, что профилактическое направление является одним из ведущих принципов советского здравоохранения, горячо поддержал эту идею как санитарный врач с огромным практическим опытом. Он опасался, что совмещение в деятельности одного врача лечебных и профилактических функций неминуемо приведет к перевесу в пользу лечебной работы, поэтому отдавал предпочтение такой постановке профилактического дела, когда ничто не отвлекает врача от проведения мероприятий по коренному улучшению условий труда и быта населения, что будет лучшим залогом предупреждения появления и развития заболеваний [2].

Серьезный размах в 1920–1930-е гг. в Украине получили исследования по социально-гигиеническим проблемам демографии. Много внимания этим вопросам уделил и С.А. Томилиным. Основным направлением борьбы за дальнейшее снижение общей смертности должно было

стать, по его мнению, снижение ее среди детей в возрасте 0–9 лет, особенно до 1 года. В снижении смертности важную роль должно сыграть повышение материального, культурного и санитарного уровня жизни населения, а также эффективная борьба с инфекционными заболеваниями [2].

Большой глубиной отличался подход С.А. Томилина к проблеме рождаемости и оценке ее динамики. Следует указать, что тенденция к снижению уровня рождаемости в Украине наметилась еще в 90-х гг. XIX в. и с тех пор этот показатель медленно, но неуклонно снижался. Некоторые украинские социальные гигиенисты допускали ошибку, пытаясь игнорировать этот процесс и в конце 1920-х – начале 1930-х гг. делать оптимистические прогнозы повышения рождаемости в будущем. На этом фоне особенно отчетливо выделялась научная прозорливость С.А. Томилина, предсказавшего в 1926 г., что «...через одно–два десятилетия эта проблема приобретет громадное социальное значение и потребует к себе значительного внимания» [15].

В связи с изучением рождаемости одним из важных вопросов стал аборт, изучению которого посвящена работа С.А. Томилина и Н.К. Шрейдера «Аборти на Україні» [21]. В ней представлены данные 1927 г.: соотношение абортотворения и рождений, возрастные показатели интенсивности абортов, семейное состояние и социальный состав женщин, прибегавших к аборту, аборты в больницах и внебольничные, влияние аборта на генеративную функцию женщины. Авторы показали, что в четырех наиболее крупных городах Украины (Киев, Харьков, Одесса, Днепропетровск) максимальное распространение аборта наблюдалось среди женщин 20–24 лет, каждая десятая женщина в этом возрасте прибегала к аборту. С.А. Томилин сделал вывод о том, что проблема аборта приобретает социальный интерес в двух аспектах: роль аборта в регулировании процесса воспроизводства населения и вредное влияние его на социальное здоровье женщины. «...На массовое распространение аборта с социально-гигиенической точки зрения нельзя смотреть как на явление, не нарушающее интересов общественного здоровья, а значит, и общественной экономики» [22], – писал он.

Начиная с 1940-го года в сферу научных интересов С.А. Томилина входят вопросы фитотерапии. Особенно активно его книги о лекарственных растениях выходят в послевоенное время. По-видимому, лечебное значение украинской флоры он особенно глубоко осознал в годы войны. Оказавшись в условиях полной недоступности медикаментов в оккупированном Киеве, где ученый остался по невыясненным причинам, он использовал богатый опыт народной медицины по лечению лекарственными растениями. Убедившись в их преимуществах по сравнению с синтетическими препаратами или теми, куда входят выделенные чистые действующие начала, С.А. Томилин сумел заинтересовать изучением комплексного действия лекарственных растений сотрудников Украинского института эпидемиологии и микробиологии и некоторых других научно-исследовательских институтов, которые подтвердили правоту ученого. И здесь Сергей Аркадьевич опередил свое время: он начал активно пропагандировать фитотерапию тогда, когда представители официальной медицины считали это «знахарством» и использовали как повод для нападок на него. Но со свойственной ему последовательностью и увлеченностью он продолжал прокладывать пути в научную медицину тем растениям, в которые уверовал, исходя из собственной лечебной практики. Его итоговая работа по фитотерапии «Лікарські рослини в терапевтичній практиці» [23] вышла в свет, но уже после смерти автора. Эта публикация явилась признанием заслуг С.А. Томилина, внесшего ценный вклад в изучение целебных свойств лекарственных растений, которыми так богата Украина.

Хочется отдельно остановиться на том, каким был Сергей Аркадьевич как человек, какими душевными качествами он обладал. Близко знавшие его отмечали основную, определяющую черту его характера – «жизнелюбие, жизнелюбивое, жизнеутверждающее приятие бытия». В воспоминаниях его жена Елена Михайловна Томилина, чрезвычайно много сделавшая для сохранения памяти о выдающемся ученом, для пробуждения интереса к его научным идеям, писала о своем муже: «Он обладал драгоценной способностью отстранять от себя горе, все темное и мрачное, что было в окружающей его жизни и в его личной судьбе» [24]. А такого темного было немало: предательство некоторых его учеников, направлявших острие критики на работы и идеи своего

бывшего учителя, что помогало их быстрому карьерному росту; арест по сфабрикованному обвинению и ссылка на 8 лет дочери Светланы (которая уже после его смерти была реабилитирована); болезни и обрушившаяся на него слепота, отравившая последние годы его жизни. Но врожденное жизнелюбие позволило ему преодолеть периоды депрессии и вернуться к свойственному ему умению радоваться жизни, находить в серых буднях крупинки доброго, прекрасного, возвышенного. Когда Сергей Аркадьевич был, как говорят, «в форме», он оживленно и остроумно беседовал, был душой интересной ему компании.

Будучи чрезвычайно эмоциональным человеком, Сергей Аркадьевич был подвержен страстным увлечениям и порывам, среди которых самой пламенной страстью была его творческая работа, творческий поиск. Именно здесь он проявлял особенную настойчивость и упорство в достижении цели: «Если он был увлечен каким-либо творческим замыслом, какой-нибудь научной проблемой, он не щадил усилий, чтобы достать нужную литературу, чтобы установить связь с учеными, которые работали в интересующей его области... И почти всегда это знакомство переходило в дружескую связь» [24]. Такая дружба возникла с известным украинским историком Д.И. Яворницким, академиком А.Е. Крымским, некоторыми зарубежными учеными. Причем не только они были интересны Сергею Аркадьевичу, но и с их стороны проявлялся к нему неподдельный интерес как к исключительно талантливой личности, обладавшей широчайшей эрудицией, глубокой культурой, оригинальным умом и прекрасными душевными качествами. С.А. Томилин обладал редким даром привлекать к себе сердца людей, вызывать у них не только уважение к себе как к умному человеку, а и чувство преданной любви.

Целеустремленность в поисках решения занимавшей его научной проблемы сочеталась у Сергея Аркадьевича с редким трудолюбием. «Если он был охвачен творческой работой, он мог просиживать за письменным столом целыми ночами» [24]. И в последние годы жизни он был «полон творческого горения, с упорством молодого ученого добивался признания его... научных идей» [24].

Пациентка С.А. Томилина, ставшая вопреки разнице в возрасте его преданным другом, Г.В. Мамаенко рисует образ настоящего врача, который взялся ее лечить, когда официальная медицина от нее отвернулась: «Каждый раз я уносила от Сергея Аркадьевича не только полезные советы и лекарства, но и частицу его светлой души, которая, быть может, не меньше лекарств вселяла надежду на выздоровление и помогала бороться с болезнью» [25]. И настоящий доктор, как она его называет, с помощью фитотерапии и непреднамеренной психотерапии поставил ее на ноги, так что она смогла закончить институт и преподавать в школе, и подарил ей более полувека жизни. Еще одну особенность Сергея Аркадьевича она подчеркивает – его бессребренность. Чуть ближе познакомившись с пациентом, профессор переставал брать деньги за визит и искренне обижался, если ему пытались деликатно вручить плату. Иногда в книгах, во множестве стоявших в шкафу, обнаруживали ту или иную сумму, которую какой-то пациент тайно туда положил.

Вне зависимости от положения человека, Сергей Аркадьевич был со всеми одинаково прост, вежлив, приветлив. Завершает свои воспоминания Г.В. Мамаенко словами: «Образ Сергея Аркадьевича является для меня олицетворением истинной простоты, скромности, мудрости, гуманности, благородства, одним словом, – всего, что для меня есть святого» [25]. Склоним же и мы головы перед памятью об этом замечательном человеке.

Научные труды С.А. Томилина отличал последовательный научный подход к анализу изучаемых явлений. Следует подчеркнуть также исключительную для того времени бескомпромиссность ученого в оценке тенденций развития демографических процессов. Правильность и точность прогнозов ученого подтвердило время [2]. Весомость его научного вклада в развитие социальной медицины высоко оценена последующими поколениями научных работников. В 1973 г. труды С.А. Томилина, написанные полувеком ранее, были изданы отдельной книгой «Демография и социальная гигиена». Книга была с удовлетворением встречена учеными и вызвала появление многих положительных откликов в печати.

В начале XXI века снова возрос интерес к идеям С.А. Томилина. Научная медицинская общественность пришла к осознанию того, что для дальнейшего развития науки чрезвычайно важно использовать то передовое, прогрессивное, что сделано предшественниками, взять в новое столетие провидческие идеи, проложившие пути грядущим научным направлениям и подходам, воплотить их в жизнь в современных условиях. Идеи С.А. Томилина о народнохозяйственной ценности человека, спрогнозированная им динамика демографических процессов прошли проверку временем и оказались востребованными в наши дни. В 2002 г., в год 125-летия со дня рождения ученого, в Киеве прошла конференция, основной целью которой стало осмысление вклада С.А. Томилина в разработку теоретических основ охраны здоровья населения, с тем чтобы использовать их на благо народа независимой Украины. За первой конференцией последовали и другие.

Изучение трудов ученого, глубоких по содержанию и к тому же написанных ярким художественным языком, позволяет убедиться в том, что они не утратили своей значимости. Оригинальность и своеобразие в рассмотрении проблем, широта взглядов, энциклопедические знания позволили С.А. Томилину опередить свое время в исследовании многих актуальных теперь проблем и занять почетное место в ряду корифеев социально-медицинской науки.

Список литературы

1. *Петрова З. П.* Из истории социальной гигиены на Украине (1861–1932 гг.) : автореф. дис. на соискание уч. степени канд. биол. наук : спец. 14.03.33 / З. П. Петрова. – Харьков, 1975. – 14 с.
2. *Петрова З. П.* Первые заведующие кафедрой социальной гигиены Харьковского медицинского института / З. П. Петрова // Медицина сегодня и завтра. – 2003. – № 3. – С. 14–20.
3. *Пискунов В. П.* О жизни и научной деятельности С. А. Томилина (краткий очерк) / В. П. Пискунов, В. С. Стешенко // Томилини С. А. Демография и социальная гигиена / С. А. Томилини. – М. : Статистика, 1973. – С. 18–19.
4. *Петров П. Т.* С. А. Томилини (к 10-летию со дня смерти) / П. Т. Петров // Советское здравоохранение. – 1963. – № 7. – С. 52.
5. *Томилини С. А.* Материалы о социально-гигиеническом состоянии украинской деревни / С. А. Томилини. – Харьков, 1924. – 68 с.
6. *Петрова З. П.* К истории возникновения кафедр социальной гигиены на Украине / З. П. Петрова // Советское здравоохранение. – 1974. – № 4. – С. 53–56.
7. *Циганенко А. Я.* Сторінки історії санітарно-гігієнічного факультету ХДМУ: Історичний нарис та каталог наукових праць / А. Я. Циганенко, З. П. Петрова, В. В. Мінухін. – Харків : Радуга, 2005. – С. 7.
8. *Томилини С. А.* Социально-гигиеническая оценка детской смертности / С. А. Томилини. – Харьков : Научная мысль, 1930. – 77 с.
9. *Томилини С. А.* Социальная патология и клиническая медицина / С. А. Томилини // Профилактическая медицина. – 1922. – № 4–5. – С. 130–132.
10. *Томилини С. А.* Учение об органическом капитале, как основа медицинского мировоззрения / С. А. Томилини. – К. : Изд-во НКЗдрава, 1919. – С. 4.
11. *Томилини С. А.* Социальная гигиена и место ее в системе медицинского знания / С. А. Томилини // Профилактическая медицина. – 1925. – № 9–10. – С. 49–50.
12. *Томилини С. А.* Спроба санітарного опису України / С. А. Томилини. – Харків : ЦСУ УРСР, 1928. – 67 с.
13. *Томилини С. А.* Венерические болезни в окружных городах Украины в 1927 г. / С. А. Томилини. – Харьков : ЦСУ УССР, 1928. – 76 с.
14. *Томилини С. А.* Биологические элементы в социальной гигиене / С. А. Томилини // Профилактическая медицина. – 1922. – № 2–3. – С. 46.
15. *Томилини С. А.* Профилактика и экономика / С. А. Томилини // Демография и социальная гигиена. – М. : Статистика, 1973. – С. 138–144.

16. *Петрова З. П.* Развитие проблемы соотношения социального и биологического в советской социальной гигиене на Украине / З. П. Петрова // Микробиология, эпидемиология и клиника инфекционных болезней : сборник научн. трудов ХМИ. – Харьков, 1975. – Вып. 113. – С. 83–86.
17. *Стещенко В. С.* От составителя и научного редактора / В. С. Стещенко // Томилин С. А. Демография и социальная гигиена / С. А. Томилин. – М. : Статистика, 1973. – С. 3.
18. *Петрова З. П.* О деятельности кафедры социальной гигиены Харьковского медицинского института за 50 лет / З. П. Петрова // Советское здравоохранение. – 1973. – № 6. – С. 62–65.
19. *Томилин С. А.* Производительность народного труда и профилактические задачи / С. А. Томилин // Профилактическая медицина. – 1926. – № 9. – С. IV.
20. *Томилин С. А.* Социально-медицинская профилактика (Теоретическое обоснование и практическая постановка) / С. А. Томилин. – Харьков : Госмедиздат УССР, 1931. – С. 5.
21. *Томілін С. А.* Аборти на Україні / С. А. Томілін, М. К. Шрейдер. – Харків : Держстатвидав, 1930. – 46 с.
22. *Томилин С. А.* Аборт в связи с генеративной функцией женщины / С. А. Томилин // Демография и социальная гигиена. – М. : Статистика, 1973. – С. 218.
23. *Томілін С. А.* Лікарські рослини в терапевтичній практиці / С. А. Томілін. – К. : Держмедвидав УРСР, 1959. – 228 с.
24. Каким он был...: Воспоминания Е. М. Томиной // Життя і наукова діяльність С. А. Томіліна – служіння справі охорони здоров'я населення України. – К., 2002. – С. 154–170.
25. *Мамаенко Г. В.* Светлой памяти профессора Томилина Сергея Аркадьевича / Г. В. Мамаенко // Там же. – С. 171–191.

УДК 614(092)Гуревич(477.54)

Н.А. Галичева, З.П. Петрова, В.А. Огнев

Харьковский национальный медицинский университет

ВИДНЫЙ СОЦИАЛ-ГИГИЕНИСТ З.А. ГУРЕВИЧ



Видный социал-гигиенист, доктор медицинских наук, профессор Зиновий Анатольевич Гуревич прошел трудовой путь от земского служащего до известного ученого в области социальной гигиены и организации здравоохранения.

Залман Нафтольевич Гуревич (такое имя досталось ему от родителей) [1, 2] родился 2 (14) сентября 1898 г. в городе Глухове Черниговской губернии (ныне Сумской области). Его отец по социальному положению был мещанином, основным занятием которого до революции была мелкая торговля, после революции он стал служащим. В 1913 г. З.Н. Гуревич окончил Глуховское городское трехклассное училище и с 1914 г. начал трудовую деятельность служащим в земской аптеке. В 1917 г. сдал экзамены за 6 классов гимназии и поступил в 7-й класс 6-й мужской гимназии г. Харькова, которую окончил в 1919 г. В 1919–1920 гг. работал в Прилукском (г. Прилуки Черниговской губ.) уездном отделе народного образования заведующим внешкольным отделом, затем в Москве в Центруправкоме секретарем коллегии, после чего в г. Глухове секретарем сначала уездного ревкома, затем уездного исполкома. В 1919 г. З.А. Гуревич был зачислен на медицинский факультет Московских высших курсов. В 1920–1921 гг. был политработником (политлектором) 50-й, затем 24-й и 186-й бригады Рабоче-Крестьянской Красной Армии. В 1921 г. был направлен на учебу в Харьковский медицинский институт, который окончил в 1924 г. Одновременно с учебой работал лектором Харьковской партийной школы [2]. После окончания вуза в соответствии с правилами того времени он должен был отработать установленный практический стаж, который он проходил в Харьковском медицинском институте как младший ассистент кафедры социальной гигиены. За время прохождения стажа он выполнил самостоятельную работу на тему «К вопросу о половой жизни современности (социально-гигиеническое обследование)» и защитил тезисы этой работы перед соответствующей комиссией при институте. Выполнив все требования к прохождению практического стажа, З.Н. Гуревич получил квалификацию врача, о чем ему Управлением профессионального образования Наркомата просвещения УССР 1 июня 1927 г. было выдано свидетельство [2].

Работу на кафедре социальной гигиены Харьковского медицинского института З. Гуревич продолжал в должности ассистента, с 1930 г. – доцента.

Среди немногих сохранившихся в архиве ХНМУ документов Харьковского медицинского института довоенного периода найден приказ от 06.10.1931, в котором речь идет о разделении кафедры социальной гигиены на три кафедры. В том числе названа кафедра лечебно-профилактического и психоневрологического факультетов, руководителем которой назначается З. Гуревич. В распоряжении директора ХМИ Д.С. Ловли от 15.02.1934 в связи с 10-летием

© Н.А. Галичева, З.П. Петрова, В.А. Огнев, 2013

кафедры социальной гигиены профессор З.А. Гуревич по-прежнему значится руководителем кафедры лечебно-профилактического факультета. Можно сделать вывод, что объединение кафедр в одну под руководством З.А. Гуревича произошло позже.

В 1933 г. квалификационная комиссия Наркомздрава УССР присвоила ему квалификацию профессора по социальной гигиене (в протоколе заседания комиссии он уже значится как З.А. Гуревич) [2]. Именно как Зиновия Анатольевича Гуревича профессора знали окружающие начиная с этого периода.

В 1927 г. он был в двухмесячной научной командировке в Германии, в 1930–1931 гг. – в годичной командировке в Австрии и Германии [2].

В 1936 г. З.А. Гуревич защитил диссертацию «О роли наследственности и среды в этиологии позднего нейросифилиса». Центральная квалификационная комиссия 19.03.1937 утвердила защиту диссертации З.А. Гуревича и присвоила ему ученую степень доктора медицины. В 1940 г. при переаттестации Высшая аттестационная комиссия Всесоюзного комитета по делам высшей школы при Совнаркоме СССР утвердила Гуревича Зиновия Анатольевича в ученом звании профессора по кафедре социальной гигиены [2].

Одновременно с работой на кафедре социальной гигиены З.А. Гуревич в 1928–1937 гг. работал заведующим отделением, а затем научным сотрудником 2-й неврологической клиники Центрального психоневрологического института (ныне Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины, г. Харьков) [1]. Позже он был научным сотрудником клиники нервных болезней ХМИ, где работал под руководством профессора А.М. Гринштейна (будущего академика АМН СССР). З.А. Гуревич опубликовал 15 научных работ по клинической неврологии [2].

В 1941–1945 гг. З.А. Гуревич заведовал кафедрой организации здравоохранения в городе Чкалове (ныне Оренбург), куда был эвакуирован 1-й Харьковский медицинский институт. Там он выполнил несколько заданий Чкаловского облздравотдела по изучению и анализу основных показателей здравоохранения Чкаловской области, состояния поликлинической помощи и работы больниц и др., предложил ряд мероприятий для улучшения работы медицинских учреждений города и области. Его работа была отмечена благодарностью Чкаловского облздравотдела. В этот период Зиновий Анатольевич был также постоянным консультантом-невропатологом военных эвакуационных госпиталей. По поручению Наркомата здравоохранения в 1945 г. он организовал кафедру нервных болезней в Чкаловском медицинском институте и возглавил ее [3].

В 1946 г. З.А. Гуревича утвердили в должности заведующего кафедрой организации здравоохранения Харьковского медицинского института [4]. В 1940–1941 и 1946–1948 гг. он по совместительству был заведующим научным отделом при заместителе директора ХМИ по научной и учебной работе.

50 лет своей жизни З.А. Гуревич отдал кафедре социальной гигиены и организации здравоохранения ХМИ (1924–1974), пройдя путь от ассистента до профессора, заведующего кафедрой. Здесь он завоевал научный авторитет, стал известным ученым в области социальной гигиены и организации здравоохранения.

З.А. Гуревич много сделал для улучшения преподавания социальной гигиены, оптимизации учебного процесса на кафедре. Ученым, в частности, была переработана «Программа преподавания социальной гигиены в медвузах Украины» и представлена на совещании кафедр социальной гигиены, созванном по случаю десятилетия преподавания этого предмета в медицинских институтах Украины. Совещание состоялось 27 февраля 1934 г., оно собрало представителей многих кафедр, фактически превратилось в общесоюзное [3].

По предложению Н.А. Семашко (наркома здравоохранения РСФСР) З.А. Гуревич совместно с ним написал для первого издания Большой медицинской энциклопедии обстоятельную статью «Социальная гигиена» (БМЭ, т. 1, 1935), в которой дано определение социальной гигиены, кратко изложена история ее становления и развития, показаны связи социальной гигиены с другими дисциплинами, основные ее разделы.

В 1940 г. под редакцией З.А. Гуревича вышло в свет учебное пособие «Практикум по санитарной статистике», подготовленное Л.А. Абрамовичем, М.И. Каминским и П.Т. Петровым.

Профессор З.А. Гуревич участвовал в дискуссии о социальной гигиене в 1960-е гг. и настойчиво ратовал за восстановление преподавания этого предмета в медицинских вузах. В 1966 г. кафедра организации здравоохранения превратилась в кафедру социальной гигиены и организации здравоохранения.

Зиновий Анатольевич пользовался уважением всех знавших его. Лекции профессора, содержательные, отличавшиеся высоким научно-методическим уровнем, изобиловавшие запоминающимися примерами, неизменно вызвали интерес студенческой аудитории. Активно участвовал З.А. Гуревич и в общественной работе. Он являлся соредактором раздела «Организация здравоохранения» 2-го издания «Большой медицинской энциклопедии» и автором ряда статей в ней, был заместителем редактора украинского республиканского сборника «Социальная гигиена, организация здравоохранения и история медицины», издававшегося в Киеве, членом редколлегии харьковского журнала «Врачебное дело». В течение многих лет избирался в правление Всесоюзного, Украинского и Харьковского научных обществ гигиенистов. Он был председателем методкома гигиенических кафедр Харьковского медицинского института, членом его Ученого совета [5].

В 1976–1983 гг. З.А. Гуревич работал в Харьковском НИИ общей и неотложной хирургии, где в соавторстве с В.Т. Зайцевым и В.Г. Почепцовым написал монографию «Желчнокаменная болезнь».

Скончался Зиновий Анатольевич Гуревич 16 сентября 1985 г. на 88-м году жизни.

Научными трудами (он является автором свыше 100 работ, среди которых 14 монографий и брошюр) З.А. Гуревич внес значительный вклад в разработку социально-гигиенических проблем коллективной жизни, исследование сердечно-сосудистых заболеваний в социально-гигиеническом аспекте.

В работе «Профессиональный труд и заболеваемость» [6], вышедшей отдельным изданием в 1927 г., З.А. Гуревич в социально-гигиеническом аспекте освещает одну из важнейших проблем коллективной жизни, а именно трудовую деятельность.

Значительное внимание уделил он изучению алкоголизма, рассматривая борьбу с ним как один из важных резервов оздоровления быта и улучшения здоровья населения. Обстоятельное социально-гигиеническое исследование этой проблемы дано в монографии З.А. Гуревича и А.З. Залевского «Алкоголизм» [7], в которой показаны сложность и многообразие причин алкоголизма, связанных с действием биологических, социальных, экономических и бытовых факторов, освещен вопрос об ущербе, который алкоголизм наносит здоровью населения и экономике, предложены пути борьбы с ним. Монография заслуженно получила высокую оценку. В предисловии к ней профессор А.И. Гейманович, директор Украинского психоневрологического института, определил ее как «социальную атаку на алкоголизм». Приведенный в ней оригинальный фактический и цифровой материал по своей полноте не имел прецедента в мировой литературе. В монографии представлены данные о потреблении алкогольных напитков в 23 странах мира, в том числе и в дореволюционной России, СССР и УССР, за период 1851–1927 гг. Многие идеи книги не утратили актуальности и в наши дни [3].

Среди опубликованных в Украине в 1920–1930-е гг. работ, посвященных изучению половой жизни различных групп населения, самыми заметными были работы З.А. Гуревича. Результаты проведенного в 1926 г. анкетного изучения сексуальной жизни харьковских студентов были приведены в монографии З.А. Гуревича и Ф.И. Гроссера «Сучасне полове життя» [8]. Социально-гигиеническое исследование половой жизни крестьянок провели в 1928–1929 гг. З.А. Гуревич и А.И. Ворожбит. Материалы работы составили основную часть доклада З.А. Гуревича на Международном сексологическом конгрессе в Вене в 1930 г. [3]. В этом же 1930 г. вышла солидная монография З.А. Гуревича и Ф.И. Гроссера «Проблемы половой жизни» [9], в которой были освещены биологические и социальные проблемы сексуальной жизни: половой

диморфизм, половое влечение, фазы полового развития и влияние на них социальной среды, начало половой жизни и ее характер, история брака и семьи, семья в современной Западной Европе, Америке и Советском Союзе, венерические болезни, регулирование деторождения и проблема народонаселения, пути оздоровления полового быта.

Не обошлось и без работ, отдавших дань сложившейся тогда конъюнктуре. Так, в 1933 г. З.А. Гуревич опубликовал монографию «Карл Маркс про медицину та гігієну». К этому же периоду относятся его статьи «Фашизация буржуазной медицины» (1932), «За большевистскую самокритику в социальной гигиене» (1933).

Причину, вызвавшую появление таких работ, понять можно. Время было тяжелое: прокатилась первая волна арестов, жертвой которых стали и врачи. В 1930 г. был арестован С.И. Златогоров, которого клеветнически обвинили в контрреволюционной деятельности. В 1931 г. был арестован С.В. Коршун по необоснованному обвинению в умышленном распространении инфекционных заболеваний. Оба ученых погибли в 1931 г. Об этом стало известно в Харькове, где их хорошо знали. С.В. Коршун заведовал кафедрой гигиены в Харьковском университете (1908–1917), возглавлял Бактериологический институт Харьковского медицинского общества (1908), был ректором ХМИ (1922). С.И. Златогоров был директором 1-го Украинского санитарно-бактериологического института в Харькове (1924–1929). В это время творческие работники, в том числе и ученые, вынуждены были в целях самосохранения демонстрировать преданность идеям, которые всячески насаждали власти. Понятно, что в условиях ускоренного построения социализма тематика работ З.А. Гуревича (алкоголизм, половая жизнь) перестала укладываться в установленные тогда рамки. После периода активной научной деятельности, когда одна за другой выходили его работы, он надолго замолкает.

И только в 1959 г. была опубликована его большая работа – монография «Полиомиелит и его особенности в 1955–1956 гг.», подготовленная в соавторстве с И.Ф. Кононенко.

В конце 1950-х гг. по инициативе З.А. Гуревича ведущим направлением научной работы кафедры стали социально-гигиенические исследования, посвященные сердечно-сосудистым заболеваниям. Эта работа неизменно проводилась под руководством профессора. Социально-гигиенические проблемы сердечно-сосудистой заболеваемости были освещены в ряде статей З.А. Гуревича и его монографии «Коронарная болезнь», вышедшей двумя изданиями [10]. В основу монографии был положен анализ отечественных и зарубежных литературных источников и результатов исследований сотрудников кафедры. В книге освещены социально-гигиеническое значение коронарной болезни, причины ее возникновения, распространенность, задачи социальной гигиены в борьбе с ней, а также подвергнут критике ряд концепций возникновения коронарной болезни, выдвинутых зарубежными учеными (расовые теории, теория конституции и др.).

В 1972 г. вышла монография «Инфаркт миокарда» [11] – комплексное социально-гигиеническое и клиническое исследование. Работа явилась плодом научного сотрудничества социал-гигиенистов (З.А. Гуревича и Н.А. Галичевой) с клиницистами (В.Г. Почепцовым и А.А. Дубинским). В монографии изложены вопросы заболеваемости инфарктом миокарда, смертности от него, причины возникновения и распространения этого заболевания, судьба заболевших, социальные основы профилактики, организация лечебно-профилактической помощи больным инфарктом миокарда в крупном городе.

Творческую активность З.А. Гуревич сохранил на долгие годы. Переступив порог 80-летия, он выступил как соавтор (вместе с В.Т. Зайцевым и В.Г. Почепцовым) монографии «Желчнокаменная болезнь» [12], вышедшей в 1979 г.

Одной из отличительных особенностей научного метода З.А. Гуревича являлось умение работать с источниками, анализировать и обобщать данные литературы. Списки использованной им по теме отечественной литературы отличались завидной полнотой. То же можно сказать и о зарубежной литературе. В этом ему помогало знание иностранных языков, особенно хорошо он владел немецким [3].

На протяжении всей деятельности на кафедре З.А. Гуревич уделял большое внимание подготовке научных и педагогических кадров в области социальной гигиены и организации

здоровоохоронення. К роботі над дисертаціями привлекались як сотрудники і аспіранти кафедри, так і работники практичного здоровоохоронення. Под его руководством были подготовлены и защищены 5 докторских и 28 кандидатских диссертаций [3].

Деятельность профессора Гуревича неоднократно отмечалась благодарностями и премиями. Так, в постановлении Наркомздрава УССР по поводу 10-летия первой на Украине кафедры социальной гигиены нарком С.И. Канторович объявил благодарность З.А. Гуревичу «за большую работу по укреплению и дальнейшему развитию кафедры» и премировал его ценным подарком [13]. В 1939 г. ему была объявлена благодарность в приказе заместителя наркома здравоохранения СССР. В 1940 г. он был премирован как отличник 1-го ХМИ [2]. З.А. Гуревич был награжден медалями «За победу над Германией», «За доблестный труд», «За трудовое отличие» [2].

Руководя кафедрой социальной гигиены в течение 40 лет, профессор Гуревич многое сделал для повышения ее престижа среди других кафедр Харьковского медицинского института. Как ученый З.А. Гуревич внес заметный вклад в развитие социальной гигиены как науки и предмета преподавания.

Список литературы

1. *Петрова З. П.* Гуревич Залман Нафтолійович / З. П. Петрова // Енциклопедія сучасної України: у 25 т. – К., 2004– . – Т. 6. – 2006. – С. 648.
2. Личное дело профессора З. А. Гуревича // Архив ХНМУ, 1974.
3. *Петрова З. П.* Первые заведующие кафедрой социальной гигиены Харьковского медицинского института / З. П. Петрова // Медицина сьогодні і завтра. – 2003. – № 3. – С. 22–28.
4. *Галічева Н. О.* Гуревич Зіновій Анатолійович / Н. О. Галічева, З. П. Петрова // Вчені Харківського державного медичного університету. – Харків, 2002. – С. 134–135.
5. *Галічева Н. А.* З.А. Гуревич – видный советский социал-гигиенист / Н. А. Галічева, З. П. Петрова // Советское здравоохранение. – 1989. – № 6. – С. 68–69.
6. *Гуревич З. А.* Профессиональный труд и заболеваемость / З. А. Гуревич. – Харьков, 1927. – 32 с.
7. *Гуревич З. А.* Алкоголизм / З. А. Гуревич, А. З. Залевский. – Харьков : Госиздат Украины, 1930. – 213 с.
8. *Гуревич З. А.* Сучасне полове життя / З. А. Гуревич, Ф. Й. Гроссер. – Харків : Держвидав України, 1928. – 142 с.
9. *Гуревич З. А.* Проблемы половой жизни / З. А. Гуревич, Ф. И. Гроссер. – Харьков : Госиздат Украины, 1930. – 256 с.
10. *Гуревич З. А.* Коронарная болезнь / З. А. Гуревич. – К. : Здоров'я, 1963. – 183 с.; 2-е изд. – М., 1967. – 223 с.
11. Инфаркт миокарда / З. А. Гуревич, В. Г. Почепцов, А. А. Дубинский, Н. А. Галічева // Науч. труды ХМИ. – Харьков, 1972. – Вып. 112. – 175 с.
12. *Зайцев В. Т.* Желчнокаменная болезнь / В. Т. Зайцев, З. А. Гуревич, В. Г. Почепцов. – Харьков : Вища школа, 1979. – 168 с.
13. Наркомздоров'я відзначив десятиріччя першої на Україні кафедри соціальної гігієни // Профілактична медицина. – 1934. – № 5. – С. 64.

УДК 614(092)Петров(477.54)

З.П. Петрова, В.А. Огнев

Харьковский национальный медицинский университет

ИЗВЕСТНЫЙ УКРАИНСКИЙ ИСТОРИК МЕДИЦИНЫ П.Т. ПЕТРОВ



Много лет проработал на кафедре социальной гигиены и организации здравоохранения Харьковского медицинского института доцент, кандидат медицинских наук Петр Тимофеевич Петров. Он стал организатором и первым (и единственным) заведующим кафедрой истории медицины ХМИ. Когда эту кафедру упразднили, оставив ее только в столичных вузах, он вернулся на кафедру организации здравоохранения, где вел доцентский курс истории медицины.

Петр Тимофеевич Петров родился 5 (17) октября 1896 г. в Харькове в семье служащего на вокзале. Первоначальное образование он получил в железнодорожном училище, затем с 1909 по 1915 г. учился в гимназии Общества взаимопомощи трудящихся женщин [1]. Гимназия эта была необычной: поскольку она была учебным заведением не казенным, а созданным общественной организацией, там были свои порядки. В дореволюционной России государственные гимназии были отдельными мужскими и женскими. Здесь же обучение было совместным: в одном и том же классе учились юноши и девушки. И классы не были переполнены учащимися, в выпускном классе было всего 16 человек.

Еще в годы учебы гимназист Петров начал писать стихи, отдал дань увлечению поэзией серебряного века. Сначала стихи его были подражанием поэзии символистов, затем – футуристов. Это решило вопрос о выборе места дальнейшей учебы: в 1917 г. он поступил на историко-филологический факультет Харьковского университета. Проучившись три курса, он, не закончив филологического образования, в 1920 г. перешел в Харьковскую медицинскую академию, которая была преобразована в 1921 г. в Харьковский медицинский институт, его он окончил в 1925 г.

Трудовую деятельность П.Т. Петров начал в 1912 г. и до 1920 г. занимался разной случайной работой, главным образом репетиторством. С 1920 по 1927 г. он работал на железнодорожном транспорте братом милосердия в заразных бараках, фельдшером, с 1926 г. – санитарным врачом станции Белгород. С 1927 по 1930 г. был врачом в отделе гигиены питания в Харьковской горсанэпидстанции.

В 1930 г. П.Т. Петров стал аспирантом Харьковского института питания, где его научным руководителем был выдающийся социал-гигиенист С.А. Томилин. С 1933 до 1936 г. он работал ассистентом в вечернем рабочем университете, организованном при институте [1].

П.Т. Петров принял участие в экспедиции в село Остапье, где работала бригада Всеукраинского института питания (г. Харьков). Это село было выбрано, как характерное для Украины, для проведения комплексного исследования санитарного состояния, условий труда и быта сельского населения. Работа проводилась как непосредственно Наркомздравом УССР

© З.П. Петрова, В.А. Огнев, 2013

через санитарно-статистические отделы органов здравоохранения, так и через подведомственные ему научно-исследовательские институты. В обследовании населения села Остапье Велико-Богачанского района на Полтавщине, которое проводилось в 1931–1932 гг., приняли участие 16 научно-исследовательских институтов. Бригада Всеукраинского института питания изучала санитарно-гигиенические условия питания, различия в питании мужчин, женщин и детей, основные продукты питания, употребляемые на селе, санитарную грамотность населения по вопросам питания, бытовых и религиозных предрассудков, связанных с питанием, и др. Обследование проводилось по обширной анкете, разработанной отделом социальной гигиены института. Материалы, собранные за февраль 1932 г., дали сведения об особенностях питания в зимнее время [2]. Эти данные были обработаны, проанализированы и изложены П.Т. Петровым в статье «Старе й нове в селянському харчуванні» [3].

После закрытия Всеукраинского института питания в 1936 г. П.Т. Петров перешел в 1-й Харьковский медицинский институт, где работал ассистентом до 1940 г. В этот период он участвовал как один из авторов в подготовке пособия «Практикум по санитарной статистике» [4]. Став ассистентом кафедры, приступил к сбору материала о здоровье рабочих семей г. Харькова для кандидатской диссертации, которую готовил под руководством профессора З.А. Гуревича. Материал был собран, обработан и систематизирован П.Т. Петровым, основные результаты работы опубликованы в двух номерах журнала «Врачебное дело» за 1938 г. [5]. Исследование выявило несомненные положительные сдвиги в здоровье рабочей семьи: возрос показатель рождаемости, существенно снизилась общая и особенно детская смертность, улучшилось физическое развитие детей, закрепились санитарно-гигиенические навыки и др. Работа была практически готова, но ее защита не состоялась по независящим от соискателя причинам.

В 1940 г. П.Т. Петров был призван в ряды Красной Армии, участвовал в Великой Отечественной войне, был младшим, затем старшим врачом полка, командиром медсанбата, начальником эпидотдела санэпидотряда, служил в Чугуеве, Мариуполе, Сталинграде, Харькове. В 1942–1944 гг. он был на фронте, награжден за боевые заслуги орденом Красной Звезды (1943), медалями «За оборону Сталинграда» (1944) и «За победу над Германией» (1946). Был демобилизован в 1946 г. в звании майора медицинской службы [6].

С 1944 по 1946 г. П.Т. Петров совмещал службу в Харьковском военном округе с работой в Харьковском медицинском институте в должности ассистента, в 1948 г. стал штатным ассистентом, затем – исполняющим обязанности доцента кафедры организации здравоохранения. В 1945 г. он защитил кандидатскую диссертацию «Опыт изучения сдвигов здоровья в 2000 рабочих семей г. Харькова», черновик которой, к счастью, сохранился, в том же году был удостоен степени кандидата медицинских наук.

В 1948 г., когда в ХМИ была создана кафедра истории медицины, П.Т. Петров, окончив первый цикл истории медицины для профессоров и преподавателей вузов в Центральном институте усовершенствования врачей в Москве, стал первым заведующим кафедрой. В 1949 г. ему присвоили звание доцента кафедры истории медицины. Петр Тимофеевич много сделал для повышения престижа кафедры и пробуждения интереса к истории медицины у коллектива института. В 1950 г. не без его участия были возобновлены торжественные годовичные акты, на которых в присутствии профессоров, преподавателей, сотрудников и студентов, наиболее уважаемые ученые института выступали с лекциями по актуальным проблемам медицины, интересным для всех собравшихся. В 1951 г. в программу торжественного акта, выпущенную в виде брошюры, были включены важнейшие факты и даты истории Харьковской высшей медицинской школы с 1805 по 1950 г. включительно, а также достижения института за 1950 г., составленные П.Т. Петровым.

К 150-летию юбилею Харьковского медицинского института, празднование которого проходило с 28 марта по 15 мая 1955 г., П.Т. Петров собрал богатый научный и иллюстративный материал и создал художественно оформленную выставку по истории высшей медицинской школы в Харькове, которая была размещена в большом зале, предоставленном кафедре истории

медицины. Он также выступал с докладами об истории ХМИ на выездных научных конференциях в г. Сумы и в районах Харьковской области, с лекциями для населения в лектории института, для студентов в клубе общежития.

В 1953 г. по приказу Министерства здравоохранения УССР П.Т. Петров был командирован в Черновцы, где в медицинском институте прочитал курс лекций по истории медицины, провел консультации и экзамены, за что получил благодарность от дирекции. В благодарности отмечалось, что лекции были прочитаны на высоком уровне и вызвали у студентов большой интерес к истории медицины [1].

В 1953 г. П.Т. Петров был награжден орденом «Знак Почета», в 1955 г. – значком «Отличнику здравоохранения».

Когда в 1957 г. кафедра истории медицины волилась в состав кафедры организации здравоохранения, П.Т. Петров стал доцентом этой кафедры и до конца жизни вел курс истории медицины. В его характеристике указано, что он «исключительно эрудированный и энергичный научный работник, блестящий лектор и прекрасный преподаватель» [1]. Под его руководством были подготовлены 2 кандидатские диссертации: об истории кафедры акушерства и гинекологии Харьковского медицинского института (В.П. Веприк) и нормальной физиологии (В.П. Скалзуб).

В 1958 г. П.Т. Петров выступил одним из инициаторов создания секции истории медицины в составе Общества гигиенистов Харьковского научного медицинского общества. На организационном заседании он был избран председателем секции, эти обязанности выполнял до конца жизни, которая оборвалась 25 июня 1966 года. П.Т. Петрову принадлежит наибольшее количество сделанных на заседаниях секции докладов, он был ее представителем на всесоюзных и украинских конференциях, много сделал для популяризации деятельности секции на страницах газет и журналов [7].

П.Т. Петров был активным участником многих историко-медицинских конференций, выступал там с докладами и сообщениями. Он был членом делегации на XIV Международном конгрессе историков медицины в 1954 г. в Италии (Рим, Салерно); этот конгресс примечателен тем, что на него впервые были приглашены советские ученые.

Доцент П.Т. Петров был известным в Союзе историком медицины, автором около 100 научных работ. Его перу принадлежит монография «К истории Харьковского научного медицинского общества (1861–1961)» [8]. При ее подготовке он досконально изучил материалы, хранящиеся в архивах Харькова и Ленинграда, имеющиеся в прессе того времени и других источниках. Тематика его научных трудов касалась преимущественно вопросов преподавания истории медицины, научных и идейных связей украинских ученых с передовыми медицинскими школами, развития медицинского образования и научных обществ в Харькове.

П.Т. Петров был активным лектором общества «Знание», членом президиума Харьковского научного медицинского общества, многолетним председателем участковой избирательной комиссии, в 1926–1927 гг. – членом Белгородского городского совета депутатов трудящихся и др. [1].

Круг интересов Петра Тимофеевича был широк и разнообразен. Он посмотрел все спектакли в харьковских драматических театрах, не упускал возможности побывать на спектаклях столичных гастролеров. Был увлеченным филателистом, мог много интересного рассказать о марках и о событиях, в ознаменовании которых они были выпущены [9]. Он свободно читал сложные английские тексты, например, держа в руках подлинник Р. Киплинга, делал беглый перевод, будто перед ним была книга на русском языке. Читал без словаря польские книги. К книгам он относился с благоговением, всю жизнь собирал их, составил солидную библиотеку, тематика входивших в нее книг свидетельствовала о его разносторонних интересах. В его библиотеке были книги по общей истории, медицине, географии, философии, всемирная, русская и украинская классическая литература, поэзия, энциклопедии, справочники и словари, не чуждался он и развлекательного чтения, в том числе на английском, польском и украинском языках. Его всегда можно было видеть с книгой в руках: в кабинете, транспорте, во время отдыха. Не случайно все, знавшие его, отмечали его громадную эрудицию.

Доцент П.Т. Петров пользовался заслуженным уважением руководителей, профессоров и преподавателей Харьковского медицинского института. Студенты любили его как хорошего преподавателя и как заместителя декана лечебного, а затем санитарно-гигиенического факультета. Он с отцовской заботливостью относился к студентам, всегда был готов прийти им на помощь в решении больших и малых проблем. И еще он был хорошим, добрым и глубоко порядочным человеком.

Список литературы

1. Личное дело доцента П. Т. Петрова // Архив ХНМУ, 1966.
2. *Петрова З. П.* Из истории социальной гигиены на Украине (1861–1932 гг.) : дис. на соискание уч. степени канд. биол. наук : спец. 14.03.33 / З. П. Петрова. – Харьков, 1974. – С. 107, 111, 143.
3. *Петров П. Т.* Старе й нове в селянському харчуванні / П. Т. Петров // Проблеми харчування. – 1932. – № 7. – С. 25–37.
4. *Абрамович Л. А.* Практикум по санитарной статистике / Л. А. Абрамович, М. И. Каминский, П. Т. Петров. – Харьков : Издание 1-го Харьковского медицинского института, 1940. – 104 с.
5. *Гуревич З. А.* Сдвиги в здоровье рабочей семьи / З. А. Гуревич, П. Т. Петров // Врачебное дело. – 1938. – № 9. – С. 691–698; № 11–12. – С. 989–992.
6. *Петрова З. П.* Петров Петро Тимофійович / З. П. Петрова // Вчені Харківського державного медичного університету. – Харків : Легат, 2002. – С. 200–201.
7. *Петрова З. П.* Товариство істориків медицини / З. П. Петрова // 140-летие Харьковского медицинского общества. 1861–2001. – Харьков, 2002. – С. 166–176.
8. *Петров П. Т.* К истории Харьковского научного медицинского общества (1861–1961) / П. Т. Петров // 100-летие Харьковского научного медицинского общества. – К. : Здоров'я, 1965. – С. 5–133.
9. *Петрова З. П.* Украинский историк медицины П. Т. Петров / З. П. Петрова // Преподавание истории медицины в высшей школе: история и современное состояние : Междунар. науч. конф. : материалы конф. – Сумы : Изд-во СумГУ, 2007. – С. 74–76.

УДК 614(092)Мерков(477.54)

Л.И. Чумак

Харьковский национальный медицинский университет

ПРОФЕССОР А.М. МЕРКОВ И ЕГО ВКЛАД В РАЗВИТИЕ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ СОЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ



Профессор Аркадий Михайлович Мерков занимает почетное место среди выдающихся представителей советской социальной медицины. Выпускник медицинского факультета Харьковского университета, впоследствии профессор кафедры социальной гигиены Харьковского медицинского института Аркадий Михайлович занимался санитарной статистикой, демографией, изучением общей заболеваемости, положил начало изучению вопросов эпидемиологии злокачественных новообразований. За годы научно-исследовательской и практической деятельности А.М. Мерков опубликовал около 200 работ по проблемам социальной гигиены, санитарной статистики, организации здравоохранения и демографии, в том числе около 20 монографий и учебных пособий.

Аркадий Михайлович Мерков родился 19 января 1899 г. в г. Новосиле бывшей Тульской губернии в семье фармацевта. В Харькове он учился в гимназии, после окончания которой в 1917 г. начал работать статистиком Харьковской городской управы. Эту работу он не оставлял и во время обучения на медицинском факультете Харьковского университета (1918–1923). В период гражданской войны был перерыв и в учебе, и в работе, связанный со службой в Красной Армии, где он был начальником отдела управления санитарной части армии, а затем лектором политотдела фронта. Организаторские способности А.М. Меркова проявились во время работы на должности политкомиссара Бердянского курортного управления, а позднее главного руководителя политпросвещения Всеукраинской школы комсостава милиции. Полученный в эти годы опыт повлиял на выбор дальнейшей профессиональной деятельности, и после окончания медицинского факультета в 1923 г. Аркадий Михайлович Мерков начал врачебную деятельность как организатор здравоохранения [1]. Он работал заведующим окружным отделом здравоохранения в Старобельском округе Украинской ССР (1924–1926), заведующим окружным отделом здравоохранения в Винницком округе (1926–1929), инспектором Наркомздрава Украинской ССР (1929–1930), заведующим плановым управлением Харьковского облздравотдела (1931–1932). В те годы Наркомздрав УССР проводил выборочное исследование сельского населения Украины, главной задачей которого было выяснение подлинной распространенности сыпного и возвратного тифа среди сельского населения за 1920–1922 гг., а также коэффициентов естественного движения населения. В 1924 г. Наркомздрав УССР принял решение провести новую санитарно-демографическую перепись, расширив круг изучаемых вопросов. Главной задачей переписи стало описание сельских жилищ. В области изучения социальной патологии Наркомздрав УССР предпринимал неоднократные попытки организовать изучение общей заболеваемости всего населения Украины, но они увенчались успехом только там, где санитарно-

© Л.И. Чумак, 2013

статистические отделы органов здравоохранения были достаточно сильны и смогли собрать такие материалы [2]. А.М. Мерков успешно работал по этой программе Наркомздрава и изучал состояние здоровья сельского населения на Волыни и Подолии, что явилось частью богатого материала для характеристики состояния здоровья сельского населения по областям и по Украине в целом. Вышли его статьи, освещающие различные вопросы состояния здоровья населения, в частности сельского населения Волыни и Подолии [2–6]. Эта работа в области санитарной статистики сформировала сферу научных интересов Аркадия Михайловича и предопределила основные направления его научной деятельности.

В 1929 г. началась педагогическая деятельность А.М. Меркова, которая продолжалась до последних лет его жизни. Вначале он работал в качестве ассистента, с 1931 г. доцентом, а с 1933-го – профессором кафедры социальной гигиены Харьковского медицинского института. С открытием в 1936 г. 2-го медицинского института в г. Харькове А.М. Мерков заведовал в нем кафедрой социальной гигиены, совмещая эту должность с должностью заведующего кафедрой социальной гигиены в Харьковском институте усовершенствования врачей, что было допустимым в довоенный период. Также известно, что в 1938–1941 гг. А.М. Мерков был директором Харьковского областного научно-методического бюро санитарной статистики.

В 1941 г. закончился «харьковский» период в биографии Аркадия Михайловича Меркова. Подводя итоги этого периода, следует отметить, что помимо активной работы на различных должностях в медицинских учреждениях г. Харькова А.М. Мерков проявил себя как талантливый педагог и исследователь. Преподавательская деятельность А.М. Меркова на кафедре социальной гигиены Харьковского медицинского института под руководством Сергея Аркадьевича Томилина предполагала активное участие в издании учебной литературы для студентов-медиков. Так, в 1933 г. вышли 8 лекций по социальной гигиене С.А. Томилина и А.М. Меркова, выпущенные Всеукраинским заочным стоматологическим институтом. Они включали темы: социальная гигиена, основной метод социальной гигиены – санитарная статистика, основы демографии, социальная гигиена питания и труда, социальная патология, в том числе туберкулеза. Достоинством этих лекций явилось то, что они основывались на новейших статистических данных советского здравоохранения в РСФСР и УССР. Каждая лекция была снабжена вопросами для самоконтроля и указателем рекомендованной литературы [2].

В период 1933–1935 гг. были изданы также пособия для студентов «Общая теория санитарной статистики» издания Харьковского санитарно-гигиенического института и «Социальная гигиена (Избранные главы)» издания Харьковского фармацевтического института, а также пособие для врачей и студентов на украинском языке «Загальна теорія санітарної статистики». А.М. Мерков является одним из авторов учебника гигиены для фельдшерских школ под редакцией А.Н. Марзеева, который впервые был издан в 1940 г., переиздавался в 1944 и 1948 гг. и был переведен на украинский и эстонский языки.

Особого внимания в биографии А.М. Меркова заслуживает интерес к статистике онкологических заболеваний. С 1929 г. Аркадий Михайлович, являясь заведующим отделом социальной патологии злокачественных новообразований Украинского онкологического института, начинает работу над докторской диссертацией на тему «Распространенность раковых заболеваний на Украине и их социально-патологическое значение». О научном фундаментализме и глубине изучаемой проблемы говорят его публикации в этот период. Так, с 1931 г. в Харькове выходит монография А.М. Меркова «Методология статистического изучения рака», статьи «К вопросу о возрастании и так называемом «омоложении» рака», «К вопросу о сезонных колебаниях смертности от злокачественных новообразований», «Современное состояние и очередные задачи социальной патологии злокачественных новообразований», «Материалы о смертности от злокачественных новообразований на Украине», «Влияние злокачественных новообразований на сокращение средней продолжительности жизни населения Украины», «Материалы по заболеваемости раком», «Смертность от злокачественных новообразований в Харькове» и др. [7]. Последние 5 работ опубликованы в журнале «Вопросы онкологии», издание которого началось в 1928 г. в г. Харькове. Это был первый журнал в СССР такого профиля. Много научных

работ написано А.М. Мерковым на английском и немецком языках, которыми он прекрасно владел.

Интересной была научная жизнь г. Харькова в 30-е годы XX века. Так, в 1931 г. в Харькове проходил I Всесоюзный съезд онкологов на базе Украинского государственного радиологического и онкологического института. А.М. Мерков выступил на нем с программным докладом о распространении злокачественных новообразований в УССР.

В 1938 г. А.М. Мерков успешно защитил докторскую диссертацию и получил ученую степень доктора медицинских наук, а в 1940 г. опубликовал материалы диссертационной работы в виде монографии «Злокачественные новообразования на Украине (распространенность, социально-патологическое значение)». Экземпляр этой монографии в настоящее время хранится в научной библиотеке Харьковского национального медицинского университета.

В 1941 г. А.М. Мерков покинул г. Харьков и по август 1943 г. работал в Уфе, занимал должность начальника лечебного управления Наркомата здравоохранения Башкирской АССР и одновременно заведовал кафедрой организации здравоохранения в Уфимском филиале I Московского медицинского института, а в 1943 г. был отозван в Москву на должность начальника отдела санитарной статистики Министерства здравоохранения СССР, где работал до апреля 1949 г. Здесь Аркадий Михайлович провел огромную работу по улучшению и преобразованию учета и отчетности медико-санитарных учреждений, разработке унифицированной методики анализа их деятельности. С 1943 г. он заведовал также кафедрой санитарной статистики Центрального института усовершенствования врачей и впоследствии много лет работал профессором санитарной статистики кафедры социальной гигиены и организации здравоохранения этого же института, а также одновременно читал курс статистики здравоохранения в Московском экономико-статистическом институте. В 1949 г. А.М. Мерков был арестован по ложному обвинению и осужден на 5 лет заключения. Это произошло 9 мая 1949 г., в День Победы. А.М. Мерков работал тогда в Министерстве здравоохранения СССР и на кафедре Центрального института усовершенствования врачей и был арестован, как и многие другие работники центральных исполнительных органов.



А.М. Мерков с матерью, сестрой и братом, 1930 г.

Отбывал наказание А.М. Мерков в одном из лагерей Красноярска. Там он работал врачом-физиотерапевтом, лечил как заключенных, так и персонал лагеря. Из 5 лет он отбыл 4 года и в 1953 г. после смерти Сталина был освобожден по амнистии, а в 1956-м – полностью реабилитирован.

С 1955 г. А.М. Мерков работал во Всесоюзном научно-исследовательском институте организации здравоохранения и истории медицины им. Н.А. Семашко в качестве заведующего отделением статистики здоровья населения, а в последние годы жизни – в качестве консультанта [8].

А.М. Мерков был исключительно эрудированным и талантливым педагогом. Его многочисленные слушатели – врачи различных специальностей, которые подчас скептически относились к такому «сухому и скучному» предмету, как санитарная статистика, – под влиянием его блестящих лекций изменяли свое отношение к предмету. А многие из них становились его учениками и последователями [1].

Немного известно о личной жизни А.М. Меркова. В семье он рос вместе с братом и сестрой, а в период гражданской войны, во время службы в Красной Армии встретил будущую жену Беллу Самойловну Кронзон, впоследствии видного врача-педиатра, с которой прожил всю жизнь, имел двух дочерей.



А.М. Мерков с женой и дочерьми, 1953 г.

Аркадій Михайлович був виключно інтересним, яким і обаятельним человеком, одареним необыкновенной памятью, остротой восприятия, редким трудолюбием и трудо-способностью. А.М. Мерков прекрасно знал латынь, свободно владел многими иностранными языками, украинский для него был таким же родным языком, как и русский. Даже хорошо его знавших близких людей не переставала удивлять эрудиция Аркадия Михайловича в самых различных областях истории, этнографии, литературы и искусства. Личное общение с Аркадием Михайловичем всегда радовало и обогащало его друзей, соратников и учеников. Современники знали его как строгого и принципиального в работе и вместе с тем исключительно отзывчивого и доброжелательного человека.

Умер А.М. Мерков в 1971 г. в Москве и был похоронен на Новодевичьем кладбище.

Свои научные изыскания А.М. Мерков проводил в разнообразных областях общественного здравоохранения. Огромное число его работ посвящено вопросам теории, методологии и истории санитарной статистики, которая была основной темой его научного творчества.

Основным направлением научных исследований А.М. Меркова было изучение заболеваемости населения. Под его руководством в связи с переписями 1959 и 1970 гг. был проведен ряд конкретных исследований общей заболеваемости населения различных местностей СССР.

Аркадий Михайлович был автором ряда статей по классификации и номенклатуре болезней и причин смерти, одним из инициаторов сближения советской классификации с международной и перехода на нее, что имело огромное значение для анализа причин смерти населения.

Много лет А.М. Мерков занимался вопросами статистики онкологических заболеваний, будучи пионером этого раздела санитарной статистики в нашей стране. Его перу принадлежит значительное число работ – от монографии «Краткая методология статистического изучения рака» (1931) до методического пособия для врачей-онкологов «Статистическое изучение злокачественных новообразований», написанного совместно с А.В. Чаклиным (1962). К Международному противораковому конгрессу, состоявшемуся в Москве в 1963 г., А.М. Мерков совместно с Б.Д. Кауфманом подготовил сборник статистических материалов «Заболеваемость и смертность населения СССР от злокачественных новообразований». Научное общество онкологов избрало А.М. Меркова своим почетным членом.

Специальный раздел творчества А.М. Меркова составляют работы по истории санитарной статистики. Еще в 1932 г. была опубликована его статья «Итоги развития санитарной статистики на Украине», а в 1957-м вышла книга «Санитарная статистика в Союзе ССР за 40 лет (1917–1957 гг.)». Самостоятельным направлением в научном творчестве А.М. Меркова была демографическая статистика. Его перу принадлежит краткий учебник для врачей «Демографическая статистика», издававшийся дважды – в 1959 и 1965 г. В 1965 г. под редакцией А.М. Меркова (совместно с И.С. Случанко) был издан «Практикум по демографической статистике» [1].

А.М. Мерков много сделал для совершенствования прикладной части санитарной статистики, учета и отчетности медико-санитарных учреждений. При его непосредственном участии была проведена имевшая принципиальное значение реформа медицинской отчетности в 1949 г. Впервые в периодическую отчетность медицинских учреждений была введена таблица с сокращенным перечнем диагнозов, составляемая на основе децентрализованной разработки материалов повсеместно регистрируемой заболеваемости (по «Ежедневной ведомости учета заболеваний»). В 1953 г. система учета общей заболеваемости была изменена и усовершенствована [1].

Память о талантливом ученом, педагоге и организаторе дела санитарной статистики, нашем земляке Аркадии Михайловиче Меркове хранится в сердцах современных ученых-медиков, его научные труды актуальны и интересны современникам, а имя его занимает почетное место в ряду значимых и известных представителей харьковской медицины XX века, которыми мы вправе гордиться.

Список литературы

1. Мерков А. М. Здоровье населения и методы его изучения (избранные произведения) / А. М. Мерков ; под ред. проф. М. С. Бедного. – М. : Статистика, 1979. – 232 с.
2. Петрова З. П. Из истории социальной гигиены на Украине (1861–1932 гг.) : автореф. дис. на соискание уч. степени канд. биол. наук : спец. 14.03.33 / З. П. Петрова. – Харьков, 1974. – 14 с.
3. Мерков А. М. Материалы по характеристике санитарно-демографического состояния Волынского села летом 1924 г. / А. М. Мерков // Профилактическая медицина. – 1925. – № 12. – С. 126–142.
4. Мерков А. М. Итоги развития санитарной статистики на Украине / А. М. Мерков // Врачебное дело. – 1932. – № 21–22. – С. 984.
5. Мерков А. М. Нарис санитарного стану сучасного Поділля / А. М. Мерков. – Вінниця, 1929. – 46 с.
6. Мерков А. М. Нарис про захворюваність людності по пунктових селищах Вінницької округи / А. М. Мерков // Укр. мед. вісті. – 1929. – № 1. – С. 69–88.
7. Мерков А. М. Злокачественные новообразования на Украине (распространенность, социально-патологическое значение) / А. М. Мерков. – Харьков, 1940. – 150 с.
8. Нестеров В. А. Аркадий Михайлович Мерков (К 70-летию со дня рождения) / В. А. Нестеров, М. С. Бедный // Советское здравоохранение. – 1969. – № 1. – С. 92–93.

УДК 614(092)Корнилова(477.54)

З.П. Петрова, В.А. Огнев

Харьковский национальный медицинский университет

А.И. КОРНИЛОВА – ДИРЕКТОР ХАРЬКОВСКОГО ИНСТИТУТА ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ



С г. Харьковом тесно связана научная и организаторская деятельность многолетнего директора Харьковского института охраны материнства и детства (позже Института охраны здоровья детей и подростков) Александры Ивановны Корниловой. Прямое отношение она имеет и к Харьковскому медицинскому институту как его выпускница, ординатор и диссертант.

Александра Ивановна Корнилова родилась в г. Харькове 15 апреля 1917 г. в семье рабочего [1]. В 1935 г. она поступила в Харьковский медицинский институт (с 1936 г. – 1-й ХМИ, ныне Харьковский национальный медицинский университет), педиатрический факультет которого окончила с отличием в 1940 г. Как молодой специалист она получила назначение в г. Мен Черниговской области, где заведовала консультацией охраны материнства и детства [2]. Начало войны заставило ее переехать с маленьким ребенком в Харьков. В октябре 1941 г. А.И. Корнилова была эвакуирована в г. Миас Челябинской области, где работала врачом медико-санитарной части строящегося автомобильного завода (1942–1944 гг.). После освобождения Харькова от фашистских захватчиков она вернулась в родной город и стала работать врачом в доме отдыха инвалидов Великой Отечественной войны (1945–1946 гг.) [3].

Стремление попробовать силы в научной работе привело А.И. Корнилову в 1947 г. в ординатуру Харьковского медицинского института, где на кафедре акушерства и гинекологии она углубляла свои знания в выбранной специальности, овладевала оперативным мастерством и начала заниматься научно-исследовательской работой.

После окончания ординатуры в 1949 г. А.И. Корнилова была направлена в Харьковский институт охраны материнства и детства, где стала младшим, затем старшим научным сотрудником. Ее яркий организаторский талант получил заслуженно высокую оценку, и в январе 1952 г. 35-летняя женщина получила назначение Министерства здравоохранения УССР на должность директора института [2]. В то время назначение женщины, тем более молодой, на должность директора было экстраординарным явлением, но последующей работой Александра Ивановна подтвердила правильность решения министерства выбрать ее среди других возможных кандидатур на эту ответственную и трудную должность. Она успешно руководила институтом в течение 34 лет, до февраля 1986 г.

Инициативность, высокая ответственность за порученное дело сочетались у А.И. Корниловой с умением разбираться в первоочередных требованиях жизни и видеть перспективу дальнейшего развития. В начале 1960-х годов институт стал ведущим в области охраны материнства и детства. Одним из важнейших направлений научно-практической деятельности

© З.П. Петрова, В.А. Огнев, 2013

института стала боротьба с недонашиванием беременности и смертностью недоношенных детей. По инициативе А.И. Корниловой впервые в Украине [1] был создан родильный дом для женщин, страдавших невынашиванием, и в его составе открыто отделение для недоношенных детей. Внедрение в практику разработанных институтом предложений привело к значительным позитивным сдвигам. Так, в Харькове уменьшились показатели невынашивания более чем в 3 раза, смертность недоношенных детей – в 4 раза [2].

Большую организаторскую деятельность А.И. Корнилова умело сочетала с научной работой. В 1953 г. она защитила кандидатскую диссертацию «Особенности вагинального мазка у женщин в разные сроки беременности». Следующей темой ее научных исследований стало изучение материнской смертности в Украине, детальный анализ ее причин, упущений в оказании медицинской помощи беременным. Разработанные институтом под руководством директора А.И. Корниловой рекомендации по профилактике, своевременной диагностике нарушений в состоянии здоровья беременных, по необходимой им лечебной помощи способствовали значительному снижению материнской смертности. Плодотворная работа была проведена по ранней диагностике и лечению поздних токсикозов беременных, что позволило снизить частоту эклампсий и летальность при этом осложнении. Многолетняя научно-практическая работа по борьбе с материнской смертностью была обобщена в докторской диссертации, при подготовке которой А.И. Корнилова сотрудничала с кафедрой социальной гигиены и организации здравоохранения Харьковского медицинского института, пользовалась советами научного консультанта профессора З.А. Гуревича в отношении подачи материала и его оформления. Диссертация была успешно защищена в 1971 г., и А.И. Корниловой была присуждена ученая степень доктора медицинских наук.

Под ее руководством и при ее непосредственном участии научные сотрудники института изучили причины гипотонических кровотечений при родах, разработали мероприятия по их предупреждению и лечению; впервые было дано научное определение «физиологической кровопотери при родах» [4].

Наиболее ярко организаторский талант А.И. Корниловой проявился при реорганизации института в 1965 г., когда он был перепрофилирован в единственное в Украине и Союзе учреждение – Научно-исследовательский институт охраны здоровья детей и подростков им. Н.К. Крупской (с 2000 г. – Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины) [3]. С этого времени научная деятельность института была направлена на углубленное изучение состояния здоровья школьников и учащихся профессионально-технических училищ. Массовое обследование детей и подростков в Харькове и области, а затем и в других областях Украины позволило впервые в Украине определить уровень функциональных нарушений и хронических заболеваний у детей школьного возраста с учетом пола, возраста и места учебы. Разработанные стандарты физического развития и артериального давления учащихся 7–17 лет используются на практике как критерии возрастных норм. Результаты, полученные при массовых обследованиях, легли в основу планирования научной и организационно-медицинской деятельности института на многие годы. Основное внимание было направлено на изучение функциональных нарушений и заболеваний сердечно-сосудистой системы, психоневрологических заболеваний, обмена веществ и эндокринной заболеваемости, расстройств полового развития девушек. А.И. Корниловой вместе с учеными института было разработано новое научное направление: особенности физиологического развития и течения заболеваний в пре- и пубертатном периодах.

Осознавая, что дальнейшая плодотворная деятельность института напрямую связана с материальной базой, А.И. Корнилова обосновала необходимость строительства для института клинического и лабораторно-экспериментального корпусов. Она добилась выделения земельного участка и средств из тех, что были заработаны сотрудниками института на субботниках, в 1970 г. проект был утвержден, и в 1971 г. начато строительство, тяжесть руководства которым легла на хрупкие женские плечи [5]. Она справилась и с этим: в 1974 г. строительство клинического корпуса было завершено, лабораторный корпус вступил в строй

годом позже. Институт получил стационар на 220 коек и консультативную поликлинику на 500 посещений в день. Заблаговременно были подготовлены специалисты-ученые: эндокринологи, гигиенисты, генетики, иммунологи и др. Институт был оснащен новой диагностической и лечебной аппаратурой. И в августе 1974 г. клиника приняла первых пациентов.

В 1970–1980 гг. А.И. Корнилова возглавляла проведение фундаментальных клиничко-экспериментальных исследований, направленных на выяснение нейроэндокринных механизмов полового созревания и его нарушений, на определение роли наследственных факторов и влияния окружающей среды на формирование гинекологических заболеваний в пре- и пубертатном периодах.

По инициативе А.И. Корниловой в 1978 г. была создана первая в Украине и Союзе кафедра физиологии и патологии подростков в Украинском институте усовершенствования врачей (ныне Харьковская медицинская академия последипломного образования). Ее инициативу поддержал ректор УИУВ профессор Н.И. Хвисюк. Эту кафедру А.И. Корнилова возглавляла в течение 10 лет. Кафедра, которая работала на базе Института охраны здоровья детей и подростков, многое сделала для улучшения подготовки специалистов в области подростковой медицины.

Директор института А.И. Корнилова всегда много сил и энергии отдавала подготовке научных кадров высшей квалификации. За время ее руководства сотрудниками института подготовлено и защищено 32 докторские и 114 кандидатских диссертаций, а лично Александра Ивановна подготовила 5 докторов и 12 кандидатов наук [3].

Профессор А.И. Корнилова является автором 135 научных работ, среди которых монография, статьи и методические рекомендации. Под ее редакцией издано 17 республиканских межведомственных сборников «Охрана здоровья детей и подростков».

Разносторонней была общественная деятельность А.И. Корниловой. С 1966 по 1986 г. она возглавляла союзную и республиканскую комиссии «Физиология и патология подростков». Она была членом Ученого совета Министерства здравоохранения УССР, членом Совета регионального отделения Академии наук УССР. Она работала в составе специализированного Ученого совета при Харьковском медицинском институте, входила в правление Украинского и областных научных обществ детских врачей и акушеров-гинекологов. Около 30 лет она была членом редколлегии журнала «Педіатрія, акушерство та гінекологія». Неоднократно А.И. Корнилову избирали депутатом городского и районного советов депутатов трудящихся г. Харькова, где она возглавляла комиссии по вопросам здравоохранения и работы среди женщин.

Имя профессора А.И. Корниловой пользовалось широкой известностью в нашей стране и за ее пределами. За плодотворную работу по организации Института акушерства и гинекологии в Софии она была награждена дипломом почетного члена общества акушеров-гинекологов Болгарии. В составе делегации советских женщин выезжала в Финляндию для подготовки Международного конгресса женщин. Научная, преподавательская и организаторская деятельность А.И. Корниловой была отмечена присуждением ей почетного звания заслуженного деятеля науки УССР (1982), она была награждена орденом «Знак Почета», медалями, Почетной грамотой Президиума Верховного Совета Украинской ССР.

Умерла Александра Ивановна Корнилова 7 марта 2007 г. в Харькове, немного не дожив до своего 90-летия.

Александра Ивановна была очень красивой женщиной, причем это была не холодная, отстраненная красота, а располагающая к себе красота хорошего человека. В выражении лица, движениях и жестах ясно читалось нравственное благородство и чувство собственного достоинства. Знавшие Александру Ивановну отмечали такие отличающие ее черты, как преданность работе, блестящий организаторский талант, чувство ответственности за порученное дело и высокий профессионализм. А.И. Корниловой как руководителю института была свойственна принципиальность, требовательность и в то же время доброжелательность, сердечность, понимание в отношениях с людьми. Все это завоевало ей глубокое уважение коллег и пациентов, любовь родных и восхищение друзей.

Список літератури

1. До 80-річчя від дня народження Олександри Іванівни Корнілової // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 1997. – № 3. – С. 55–56.
2. *Петрова З. П.* Корнілова Олександра Іванівна / З. П. Петрова // Вчені Харківського державного медичного інституту. – Харків, 2003. – С. 432–434.
3. Олександра Іванівна Корнілова [Некролог] // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2007. – № 4. – С. 57–58.
4. *Петрова З. П.* Корнілова Олександра Іванівна / З. П. Петрова // Видатні вихованці Харківської вищої медичної школи. – Харків : ХНМУ, 2010. – С. 102–103.
5. *Петрова З. П.* К истории высшего женского медицинского образования в Харькове: женщины – медики / З. П. Петрова // Время Института Здоровья. – 2013. – № 4.

УДК 614(092)Овсиенко(477.54)

П.О. Трезуб, Д.Ю. Дончак, Н.А. Галичева, Л.Г. Огнева

Харьковский национальный медицинский университет

ВЫДАЮЩИЙСЯ ОРГАНИЗАТОР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПРОФЕССОР ИВАН ИВАНОВИЧ ОВСИЕНКО (1901–1971)



Иван Иванович Овсиенко родился в 1901 г. в Екатеринославле (с 1926 года – Днепропетровск). По окончании в 1929 г. лечебного факультета Днепропетровского медицинского института работал санэпидинспектором Мелитопольского округа, после чего практически вся дальнейшая жизнь И.И. Овсиенко была связана с Харьковом и Харьковским медицинским институтом.

С 1 сентября 1930 года учился в аспирантуре на кафедре у выдающегося профессора-гигиениста Марзеева Александра Никитича. Под его влиянием сформировался характер ученика. Он проявлял незаурядные способности ученого и организатора. О серьезном отношении А.Н. Марзеева к И.И. Овсиенко свидетельствует тот факт, что в 1935 г. ему были предложены должности заместителя директора и заведующего отделом коммунальной гигиены в Украинском центральном институте коммунальной гигиены, также созданном по инициативе профессора А.Н. Марзеева, а в сентябре 1937 года – инструктора отдела науки ЦК КП(б)У.

В 30-е годы И.И. Овсиенко занимал руководящие должности, а именно: в 1938 г. был избран депутатом Верховного Совета УССР, а в 1940 г. – кандидатом в члены Центрального Комитета КП(б) Украины, неоднократно избирался депутатом Харьковского городского Совета депутатов трудящихся.

В трудные годы репрессий с 1938 по 1944 г. Овсиенко работал народным комиссаром здравоохранения Украины, где в полной степени раскрылся его организаторский талант.

Еще до его назначения начался новый этап социалистического строительства – социалистическая индустриализация страны и коллективизация сельского хозяйства, что поставило перед народным хозяйством большие задачи. Осуществление их проводилось в несколько этапов: первый – 1928–1932 гг., второй – 1933–1937 гг. и третий – 1938–1941 гг.

В соответствии с ростом задач, поставленных перед народным хозяйством, его наукой и культурой, резко повышались требования к здравоохранению. В постановлении ЦК ВКП(б) «О медицинском обслуживании рабочих и крестьян» было указано на необходимость решительного изменения форм и методов работы органов здравоохранения с учетом нужд рабочего класса, трудящегося крестьянства, четкого отражения классового принципа в постановке медицинского обслуживания населения.

Под непосредственным управлением народного комиссара здравоохранения Овсиенко Ивана Ивановича широко проводилась работа по оздоровлению условий труда на заводах и фабриках, в колхозах и совхозах. В результате значительно расширился объем, повысилось качество

© П.О. Трезуб, Д.Ю. Дончак, Н.А. Галичева, Л.Г. Огнева, 2013

медико-санитарної допомоги трудящимся і, як следствие цього, почали знижуватися захворюваність і травматизм робочих і працівників сільського господарства.

Овсиенко І.І. розумів, що технічна реконструкція у всіх галузях народного господарства нерозривно пов'язана з коренним удосконаленням підготовки кадрів, оволодінням ними нової техніки і розвитком радянської науки.

Таким чином, період перебування на посаді народного комісара охорони здоров'я Овсиенко Івана Івановича можна розглядати як роки високопродуктивного періоду цілеспрямованого розвитку охорони здоров'я, подальшого вдосконалення її організаційних основ, діяльності медичних закладів, створення нових її типів відповідно до бурного зростання народного господарства, потреб робочого класу, працівників соціалістичного сільського господарства.

При всьому значенні досягнутих успіхів ще багато завдань залишалися нерозв'язаними. Їх рішення було перервано в середині 1941 р. нападом нацистської Німеччини. Все народне господарство, наука і культура, в тому числі і охорона здоров'я, були перебудовані відповідно до вимог воєнного часу. Урядом було мобілізовано всі людські і матеріальні ресурси країни, організовано опір, а потім і розгром нацистських загарбників. З початку Великої Вітчизняної війни Овсиенко І.І. очолював роботу по організації медичної допомоги Радянській Армії і громадянському населенню, керував евакуацією медичних закладів на найважливіших ділянках фронтних дій. Був уповноваженим санітарним управлінням Південного і Південно-Західного фронтів і займався медико-санітарним забезпеченням українських партизан.

Після звільнення загарбників була розгорнута велика робота по відновленню державної системи охорони здоров'я. Було надано допомогу відродженню матеріально-технічної бази, комплектуванню кадрами мережі медико-санітарних закладів, обладнанню їх відповідним оснащенням, транспортом і т. п. В здійсненні цих заходів безпосередню участь брав Іван Іванович Овсиенко, до 1944 р. перебуваючи на посаді народного комісара охорони здоров'я.

З 1944 р. і майже до кінця життя (по 1971 р.) впродовж 27 років Овсиенко І.І. очолював Український центральний інститут вдосконалення лікарів в Харкові. Він був висококваліфікованим педагогом з великим організаційним досвідом і теоретичними знаннями в області охорони здоров'я, що ставило його в один ряд з видатними діячами радянської медицини.

Прийнявши інститут, який тільки рік тому відродив свою діяльність після звільнення України від нацистських загарбників, Овсиенко надавав собі звіт у важких умовах, які будуть виникати перед ним, але не відступив і наказав інституту розвиватися, з кожним роком досягаючи нових успіхів у діяльності.

Овсиенко І.І. сприяв створенню в інституті нових кафедр – перших в нашій країні і за кордоном. Так, в 1949 р. була відкрита перша в Україні і друга в Радянському Союзі кафедра ендокринології, в 1958 р. при кафедрі клінічної неврології було введено курс психотерапії і психопрофілактики, а в 1962 р. створена перша в СРСР самостійна кафедра психотерапії і психопрофілактики (засновник – професор І.З. Вельвовський). В 1959 р. почала роботу одна з перших в країні кафедр торакальної хірургії і анестезіології, пізніше кафедра торакоабдомінальної хірургії (засновник – професор А.А. Шалімов). За перші чотири роки управління інститутом кількість кафедр зросло майже вдвічі.

В 1946 р. І.І. Овсиенко захистив дисертацію на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук, а в 1968 р. йому присвоєно наукове звання професора по кафедрі організації охорони здоров'я. Професором І.І. Овсиенко розроблені методики санітарно-демографічного опису лікарського пункту, дослідження і аналізу діяльності медико-санітарних закладів. Напрямок його наукових робіт має велике значення для практики органів охорони здоров'я і в даний час. Ряд наукових робіт І.І. Овсиенко присвячені історії

развития высших медицинских и научных учреждений на Украине и подготовке врачебных кадров.

Под его руководством выполнены работы на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, проводилась подготовка аспирантов по социальной гигиене и организации здравоохранения.

Под руководством И.И. Овсиенко усиливается работа по подготовке врачей-специалистов и повышению квалификации врачей общего профиля в условиях мирного времени. С 1946 г. увеличен прием в клиническую ординатуру и расширена специализация врачей по педиатрии, венерологии, онкологии, акушерству и гинекологии, терапии, ортопедии, микробиологии, фтизиатрии, организации здравоохранения и судебной медицины. Проводятся циклы специализации и повышения квалификации молодых врачей выпуска военного времени.

Начавшаяся в 1948 г. в системе здравоохранения реформа по объединению клиник и больниц с амбулаториями и поликлиниками вызвала необходимость подготовки врачей, которые в равной степени успешно владели знаниями и практическими навыками по диагностике лечения и профилактике заболеваний при работе как в стационаре, так и в поликлинике, амбулатории, на участке. В соответствии с новыми задачами И.И. Овсиенко изменяет формы, методы и содержание учебной и научной деятельности института и увеличивает сроки обучения. На большинстве циклов преподавание клинических дисциплин дополняют обучением врачей в поликлиниках, а врачей санитарного профиля – в санитарно-эпидемических станциях.

В этот период проводится значительная работа по созданию специализированной помощи в сельских районах, где организуют хирургические, терапевтические, родильные, инфекционные отделения и детские палаты в составе сельских ЦРБ.

В результате деятельности Овсиенко И.И. улучшается качество подготовки врачей-специалистов. С 1946 до 1953 г. в целях создания как в городских, так и в сельских районах широкой специализированной врачебной помощи институтом подготовлено: терапевтов – 1060, хирургов – 555, акушеров-гинекологов – 370, акушеров-специалистов по психопрофилактическому обезболиванию родов – 530, ортопедов-травматологов – 275, фтизиатров – 695, дерматовенерологов – 400, офтальмологов – 220, отоларингологов – 190, рентгенологов – 450 и т. д. Количество врачей-курсантов, прошедших обучение в институте, в послевоенные годы постоянно растет и составило в 1946 г. – 1184 человека; в 1950 г. – 1240; в 1955 г. – 1455; в 1960 г. – 2010.

Овсиенко Иван Иванович расширял учебную деятельность института, научную работу и подготовку научно-преподавательских кадров через аспирантуру и клиническую ординатуру. Те молодые врачи-специалисты, которые прошли обучение в аспирантуре или ординатуре, стали основным резервом подготовки молодых преподавательских кадров для института. Так, из 125 доцентов и ассистентов, которые работали в институте в 1963 г., 60 закончили в нем аспирантуру или ординатуру. К 1967 г. численность профессорско-преподавательского состава выросла до 187 человек, из них 25 докторов медицинских наук и 136 кандидатов.

К 50-летию юбилею (1973 г.) в институте функционировало 40 кафедр и 2 курса – ожоговых болезней и гражданской обороны, которые были объединены в три факультета – терапевтический (15 кафедр), хирургический (14 кафедр) и санитарно-гигиенический (11 кафедр и 2 курса). Количество преподавателей составляло 227 человек, в том числе 33 доктора и 168 кандидатов наук. Должности заведующих кафедрами занимали выдающиеся ученые профессора В.К. Новроцкий, А.А. Шалимов, С.Г. Генес, А.А. Корж, М.А. Нападов, Т.А. Старожинский и др., что несомненно является заслугой ректора института Овсиенко Ивана Ивановича.

Родина высоко оценила многолетний труд Овсиенко Ивана Ивановича – он был награжден орденом Красной Звезды, тремя орденами Трудового Красного Знамени, медалями и почетными грамотами.

Список литературы

1. Циганенко А. Я. Овсієнко Іван Іванович: вчений в галузі соціальної гігієни / А. Я. Циганенко // Вчені університету. – Харків, 2002. – С. 188–189.
2. Харківська медична академія післядипломної освіти: до 80-річчя заснування / [редкол.: М.І. Хвисюк (голова) та ін.]. – Харків : Фоліо, 2003. – С. 34–37.
3. Харківський інститут удосконалення лікарів : [Проспект: юбіл. вид., 1923–1998]. – Харків : Харк. ін-т удоскон. лікарів; Фотоагентство «Україна Слобідська», 1998. – С. 3.
4. Здравоохранение и медицинская наука Харьковщины за пятьдесят лет (1918–1967) : указ. отечеств. лит. – Харьков, 1972. – С. 456–459.

УДК 614(092)Каган(477.54)

С.Г. Усенко, Н.О. Галічева, Л.Г. Огнєва

Харківський національний медичний університет

ЖИТТЯ ТА ДІЯЛЬНІСТЬ ПРОФЕСОРА С.С. КАГАНА У ХАРКОВІ



У 20-х роках ХХ століття в Україні почали поширюватися та упорядковуватися міста, фабрики, заводи, було створено систему охорони здоров'я, яка забезпечила надання населенню безкоштовної, загальнодоступної кваліфікованої лікувальної та профілактичної допомоги. У цей період заходи органів охорони здоров'я привели до поліпшення здоров'я населення, зниження загальної та дитячої смертності, а також захворюваності. Українські діячі вносили і свій внесок в розбудову охорони здоров'я.

Саме в ці складні часи почав свою діяльність український радянський лікар-гігієніст, доктор медичних наук Соломон Соломонович Каган. Він народився 29 січня 1894 року. Після закінчення у 1919 році медичного факультету Університету Святого Володимира у Києві він взяв активну участь в організації медико-санітарного обслуговування Червоної Армії, а також у розбудові молоді радянської системи охорони здоров'я. З 1920 по 1922 рік Соломон Соломонович працював заступником завідувача Київського губернського відділу охорони здоров'я.

Діяльність вченого була насичена багатьма подіями. Він плідно працював у Харкові, Дніпропетровську та Києві на керівних посадах. У 1923 році він починав свою діяльність ректором Київського інституту народного господарства.

У Харкові у 1923 році Народний комісаріат охорони здоров'я Української Радянської Соціалістичної Республіки та відділ медичної освіти Народного комісаріату просвіти УРСР висунули як одне з актуальних завдань створення самостійних кафедр соціальної гігієни. У зміст предмета соціальної гігієни пропонувалось включити історію її розвитку, демографію із медичною статистикою, вчення про соціальні захворювання, громадську організацію охорони здоров'я як у Радянській державі, так і на Заході. Пропозицію було прийнято і з 1922/23 навчального року було проведено розподіл викладання гігієни на загальну, соціальну та професійну гігієни [3].

З грудня 1923 року Соломон Соломонович у Київському медичному інституті тимчасово виконував обов'язки завідувача кафедри соціальної гігієни на посаді старшого асистента. У весняному семестрі 1923/24 навчального року С.С. Каган читав лекційний курс соціальної гігієни [1].

У травні 1924 року до гігієнічної предметної комісії Київського медичного інституту С.С. Каган подав план та програму викладання соціальної гігієни. Лекційний курс, за його думкою, повинен був складатися з 4 вступних, 21 «спорадичної» та 3 підсумкових лекцій. Вступні лекції розкривали сутність соціальної гігієни та її зв'язки з іншими, у першу чергу суспільними, науками. Після вступних лекцій та самостійного ознайомлення з підручником «Краткий курс социальной гигиены» студентські групи по 20 осіб кожна повинні були здати попередній колоквиум. Було передбачено, що потім студенти візьмуть участь у 12 двогодинних

© С.Г. Усенко, Н.О. Галічева, Л.Г. Огнєва, 2013

лабораторних заняттях з санітарної статистики, у підготовці рефератів на запропоновані кафедрою теми з подальшим їх обговоренням на семінарських заняттях, а також в екскурсіях у лікувально-профілактичні установи. Плану і програмі С.С. Кагана властиві риси деякої нерозміркованості. Це відноситься до попередніх колоквиумів, деяких семінарських занять і «спорадичних» лекцій. Серед лекційних тем зустрічається, наприклад, така: «Злочинність з соціально-гігієнічної точки зору».

У 1924–1929 і 1934–1952 роках Соломон Соломонович Каган завідував кафедрою соціальної гігієни та організації охорони здоров'я Київського медичного інституту.

У 1929–1932 роках Каган С.С. був ректором Дніпропетровської медичної академії. З травня 1929 року рішенням Української професійної освіти посаду завідувача кафедри соціальної гігієни та організації охорони здоров'я Дніпропетровського медичного інституту було доручено Соломону Соломоновичу Кагану. Ставши на чолі кафедри ДМІ, С.С. Каган приступив до організації музею соціальної гігієни, проте це було заборонено Українською наукою, тому що відкриття музею не було передбачено планом і субсидій на його утримання не виділялось. У 1930 році С.С. Каган розпочав спробу, використовуючи свій авторитет ректора ДМІ, неправомочного розширення курсу соціальної гігієни. У проєкті навчального плану для санітарно-гігієнічного факультету передбачалося викладання статистики відвести 40 годин на першому курсі, варіаційної статистики з антропометрією – 40 годин на другому курсі; соціальної гігієни – 60 годин на другому курсі та 100 годин на третьому курсі [2].

Створення у 1923–1924 роках кафедр соціальної гігієни в Україні стало важливою подією в розвитку соціальної гігієни як науки та предмета викладання [1]. У 1930 році, коли медичні навчальні заклади перейшли з системи Народного комісаріату освіти у підпорядкування Народного комісаріату охорони здоров'я УРСР, у Харківському медичному інституті були утворені факультети, перед якими було поставлено завдання готувати для потреб новостворених закладів практичної охорони здоров'я висококваліфікованих лікарів-спеціалістів. Так, у цей період в Україні вперше створюються санітарні станції – центри профілактичної допомоги населенню, а також колгоспні родильні будинки.

У зв'язку з цим на кожному факультеті було організовано окремі кафедри соціальної гігієни. З 1 травня 1932 року кафедру соціальної гігієни у Харківському державному санітарно-гігієнічному інституті очолив професор Соломон Соломонович Каган, який змінив на цій посаді Сергія Аркадійовича Томіліна [2]. С.С. Каган очолив кафедру соціальної гігієни, вже маючи за плечима досвід викладання цієї дисципліни у Києві та Дніпропетровську та керівництва великими державними установами і навчальними закладами.

Не буде зайвим пояснити, що Харківський державний санітарно-гігієнічний інститут виділився зі складу Харківського медичного інституту, де у 1930 році був організований як санітарно-гігієнічний факультет, а у 1934 році знову став факультетом ХМІ [2]. При організації самостійного Санітарно-гігієнічного інституту керівники охорони здоров'я поклали на нього надзвичайно широкі надії. Планувалось, що в ньому будуть готувати фахівців, які в певному обсязі одержать знання не тільки лікарів-гігієністів, а і санітарних інженерів [2].

Професор С.С. Каган очолив кафедру з головною метою – вдосконалити навчальний процес. Саме в Харкові у 1930-ті роки вчені кафедри взяли участь у підготовці перших українських підручників з соціальної гігієни та санітарної статистики. І в 1932 році в Києві видається українською мовою підручник С.С. Кагана «Нариси з теорії соціальної гігієни» для студентів медичних вищих навчальних закладів та практичних лікарів. Посібник обсягом 400 сторінок був складений згідно з програмою 1930 року і мав такі розділи: «Соціальна гігієна як наука», «Методи соціальної гігієни», «Проблеми статевого життя», «Фізичний розвиток населення», «Особливості патології селянства», а також декілька розділів, присвячених соціальній патології і демографії. Проте підручник зазнав суворой критики. З точки зору заідеологізованих «цінувачів», він не переконував читача в тому, що досягнення медицини самі по собі недостатні для якісно-позитивних зрушень у здоров'ї населення і для цього необхідні революційні перетворення в соціально-економічному житті суспільства. Автора підручника критикували за те, що в ньому

не висвітлювався ряд важливих соціально-гігієнічних проблем, на які у свій час звертали увагу класики марксизму-ленінізму, не піддавалася критиці буржуазна соціальна гігієна, зокрема погляди Спенсера, Дюпона, Нітті, Грот'яна, а також неомальтузіанські концепції.

Після численних критичних засідань та конференцій (у Харкові, Києві та інших містах), розгорнутих рецензій у періодичній пресі (З. Гуревич, 1933; Ю. Добровольський, 1934) у статті «За більшовицьку самокритику» (1934) С. Каган детально проаналізував свої «помилки» і дав їм «правильну» оцінку.

Дискусія навколо підручника С. Кагана підштовхнула «критичний» перегляд багатьох соціально-гігієнічних концепцій з прив'язкою останніх до ідеологічної спадщини класиків наукового комунізму і обов'язковою критикою буржуазних теорій здоров'я та оздоровлення; зі змісту дисципліни, зокрема, надовго були вилучені «проблеми колективного життя» [3].

У 1930 році у Харкові було створено Український державний інститут охорони здоров'я, який у 1933 році реорганізовано у Всеукраїнський інститут соціалістичної охорони здоров'я. Кафедра соціальної гігієни Харківського медичного інституту працювала в тісному контакті з цим інститутом, а С.С. Каган був його науковим співробітником. Наукова діяльність Соломона Соломоновича цього періоду була присвячена вивченню питань охорони здоров'я населення. Тому разом зі співробітниками кафедри гігієни праці і проводилося вивчення стану здоров'я гірників Донбасу та їхніх родин, зрушень у здоров'ї робітничих родин Харкова. С.С. Каганом було підготовлено та опубліковано багато праць за результатами вивчення цих питань. Деякі напрямки вивчення цієї наукової проблеми актуальні і сьогодні.

У 1932 році Соломон Соломонович Каган перейшов на посаду професора кафедри, одночасно завідував планово-економічним відділом Народного комісаріату охорони здоров'я. Він постійно приділяв увагу питанням організації охорони здоров'я населення. У період роботи на кафедрі були опубліковані праці: «Завдання охорони здоров'я на другу п'ятирічку», «План оздоровчої роботи в УРСР на 1934 рік», «Медично-санітарна справа в УРСР між XII і XIII з'їздами Рад» тощо [3].

Упродовж невеликого проміжку часу роботи у Харкові з 1932 по 1934 рік С.С. Каган проявив себе як видатний вчений і талановитий організатор.

В 1934 році столицю України було переведено із Харкова до Києва, куди переїхав С.С. Каган.

Наукову діяльність Соломон Соломонович Каган розпочав у 1923 році. У 1926 році йому було присвоєно звання професора, а у 1935 році – вчений ступінь доктора медичних наук [5].

Наукова і літературна діяльність С.С. Кагана налічує понад 200 наукових праць, які присвячені питанням соціальної гігієни, санітарної статистики, демографії та історії медицини. Серед них крім «Нарисів з теорії соціальної гігієни» наукова праця «Видатний санітарний діяч України – академік АН УРСР О.В. Корчак-Чепурківський» та ін. [4]. Автор кількох монографій, С.С. Каган був редактором та керівником багатотомних оглядів з охорони здоров'я УРСР, статистичних збірників, а також монографій, присвячених організації та історії охорони здоров'я.

Великі заслуги вченого у підготовці наукової зміни. Під його керівництвом виконано 8 докторських та 53 кандидатські дисертації. З його наукової школи вийшли такі відомі вчені, як Л.Д. Ульянов, Б.М. Шкляр, І.І. Овсієнко, К.Ф. Дупленко, Є.Я. Белицька, Л.Г. Лекарев та ін. [3]. Пізніше життя та діяльність вчених та організаторів І.І. Овсієнка, К.Ф. Дупленка, Л.Г. Лекарева були пов'язані з Харковом.

В 1960-х роках С.С. Каган працював у відділі організації охорони здоров'я Інституту комунальної гігієни. Він був заступником голови проблемної комісії Вченої ради Міністерства охорони здоров'я УРСР з питань теорії та організації охорони здоров'я, членом центральної та республіканської статистичних комісій, а також членом союзної проблемної комісії з питань охорони здоров'я [5].

С.С. Каган бездоганно виконував численні службові обов'язки. Медична громадськість країни того часу знала його як одного з активних та невтомних робітників. Він був заступником

голови правління Українського товариства гігієністів, головою секції організаторів охорони здоров'я Київського товариства гігієністів та членом правління Всесоюзного товариства гігієністів та санітарних лікарів [5].

У 1964 році гігієнічна спільнота республіки відмітила 70-річчя з дня народження та 45-річчя наукової та громадської діяльності професора С.С. Кагана на урочистому зібранні, скликаному з ініціативи Українського та Київського наукових товариств гігієністів, Українського наукового товариства істориків медицини та Українського науково-дослідного інституту комунальної гігієни.

Уряд високо оцінив заслуги С.С. Кагана, нагородивши його орденом Трудового Червоного Прапора, багатьма медалями, зокрема «За оборону Києва».

Помер Соломон Соломонович 18 березня 1965 року і був похований у Києві на Байковому кладовищі.

Список літератури

1. *Петрова З. П.* Заснування кафедр соціальної гігієни в Україні / З. П. Петрова // Медицина сьогодні и завтра. – 2003. – № 3. – С. 24–26.

2. *Циганенко А. Я.* Сторінки історії санітарно-гігієнічного факультету ХНМУ (до 75-річного ювілею санітарно-гігієнічного (медико-профілактичного) факультету Харківського державного медичного університету) / А. Я. Циганенко, З. П. Петрова, В. В. Мінухін. – Харків : Радуга, 2005. – С. 7.

3. *Петрова З. П.* Из истории социальной гигиены на Украине (1861–1932 гг.) : автореф. дис. на соискание уч. степени канд. биол. наук : спец. 14.03.33 / З. П. Петрова. – Харьков, 1974. – 14 с.

4. *Каган С. С.* Видатний санітарний діяч України – академік АН УРСР О. В. Корчак-Чепурківський / С. С. Каган. – К, 1965. – С. 76.

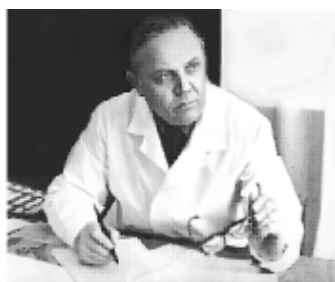
5. *Лекарев Л. Г.* Профессор С. С. Каган (к 70-летию со дня рождения) / Л. Г. Лекарев // Сов. здравоохранение. – 1964. – № 7. – С. 90.

УДК 614(092)Малошан(477.54)

К.М. Сокол, Б.П. Крыштопа, В.А. Огнев

Харьковский национальный медицинский университет

**УЧЕНЫЙ, ПЕДАГОГ И ОРГАНИЗАТОР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ПРОФЕССОР А.Я. МАЛОШТАН (1931–2008)**



Документальных сведений о не любимшем жизнеописания собственной персоны А.Я. Малоштане слишком мало, чтобы составить по ним достаточно полное представление об Анатолии Яковлевиче как об ученом, педагоге, руководителе, его личности наконец. Да и не вяжутся сухие данные из анкет и характеристик с энергичным, общительным, располагающим к себе человеком, каким он остался в памяти тех, с кем жил, работал, общался. Наверное, каждый мог бы рассказать о нем свое, что и делает автор этих строк. Возможно, эта публикация станет первым, но не последним

рассказом такого рода об Анатолии Яковлевиче – бывшем проректоре Харьковского национального медицинского университета, профессоре кафедры социальной медицины и организации здравоохранения.

В подписанной председателем университетского Ученого совета А.Я. Цыганенко справке о присвоении А.Я. Малоштану звания профессора подчеркнуто, что соискатель был приглашен на должность проректора «как высококвалифицированный специалист народного хозяйства, который на протяжении 30 лет руководил крупными лечебно-профилактическими учреждениями, в том числе с 1977 по 1990 г. работал главным врачом Харьковской областной клинической больницы, имеющий опыт преподавательской работы в вузе с 1980 г.». Но до этого ему пришлось выдержать немало испытаний.

Судьба не баловала Анатолия Малоштана уже с начала жизненного пути. Родившийся в семье работника одной из луганских шахт, он был вынужден переехать с матерью из Донбасса на Сумщину. Рос без отца, сосланного в Сибирь в период сталинских репрессий и реабилитированного лишь долгие годы спустя. Сыну «врага народа» довелось определяться в жизни самостоятельно в трудные военные и первые послевоенные годы. После обучения в семилетней школе местечка Малая Ворожба он поступил в Сумское медицинское училище, по окончании которого в 1952 году был направлен на работу помощником санитарного врача санитарно-эпидемиологической станции Краснопольского района.

Здесь Анатолий трудился четыре года, и не знающие его неугомонный характер прочили ему спокойную жизнь в отдаленном райцентре с размеренным укладом среди чудной природы и не испорченных цивилизацией людей, тем более что парень поселился в Краснополье уже в статусе семейного человека, отца малолетнего сына. И только жена знала о его твердом намерении продолжить обучение, стать высококвалифицированным врачом. С тем и приехал в Харьков, при конкурсе двенадцать абитуриентов на одно вакантное место поступил на санитарно-гигиенический факультет мединститута.

В обучении Анатолий Малоштан выделялся среди большинства сокурсников осознанным стремлением применять приобретаемые знания в деле и недаром предпочитал практические занятия. Позднее, работая главным врачом Харьковской областной клинической больницы и

© К.М. Сокол, Б.П. Крыштопа, В.А. Огнев, 2013

преподавая на институтской кафедре социальной медицины и организации здравоохранения, Анатолий Яковлевич будет отличаться не только стремлением, но и умением организовывать учебный процесс так, чтобы теория обязательно сочеталась с практикой. Будучи же студентом А.Я. Малоштан занимал активнейшую жизненную позицию, что в дальнейшем проявилось в больших конкретных делах.

Окончив мединститут в 1962 году, Анатолий Малоштан уехал по распределению в Лебедин Сумской области, где начал работать санитарным врачом райсанэпидемстанции. Очень скоро инициативный и толковый молодой специалист был замечен руководством местного здравоохранения и назначен заместителем главного врача, а через год – главным врачом Лебединской центральной районной больницы. Тогда-то впервые проявились недюжинные способности Анатолия Яковлевича как организатора охраны здоровья. Четко распределив между помощниками-единомышленниками обязанности и меру ответственности за тот или иной участок работы в больнице, сам он занялся разрешением наиболее трудных злободневных проблем.

В ту пору Лебединская райбольница с печным отоплением, мягко говоря, не соответствовала даже скромным требованиям, а родильное отделение ютилось и вовсе в кое-как приспособленном помещении. Коммуникабельный и напористый новый главный врач нашел общий язык с районными властями и областным отделом здравоохранения, заручился их поддержкой, получил необходимые полномочия, финансовые, материально-технические, трудовые ресурсы, и в итоге больница буквально преобразилась, существенно увеличилось количество койко-мест, был построен современный роддом.

Наряду с заботами по реконструкции и новому строительству Анатолий Яковлевич организовал диспансеризацию работающих на селе, в первую очередь полеводов, животноводов, механизаторов, подверженных профессиональным заболеваниям. Каждый врач райбольницы был закреплен за участковым медучреждением, а все специалисты регулярно и поочередно выезжали на места, принимали и консультировали сельских жителей. Эти и некоторые другие мероприятия позволили поднять лечебно-профилактическую работу в районе на завидную высоту, Лебединская ЦРБ вышла в число лучших в Сумской области по многим показателям, включая такой жизненно важный, как снижение уровня детской смертности. По свидетельству Валентины Васильевны, жены Анатолия Яковлевича, в ту пору и впоследствии для него работа была на первом, втором и третьем месте.

Способному организатору здравоохранения было у кого учиться. В одной из печатных работ А.Я. Малоштан с большой благодарностью отзывался о земляках-наставниках, в частности: «Мне посчастливилось в 1963–1969 годах работать с Платоном Лукичом, который был причастен к моему назначению на должность главного врача Лебединской райбольницы. Он постоянно помогал в создании материальной базы медучреждения, был мне советчиком в овладении сложным делом организации охраны здоровья». Речь идет о бывшем в 1960–1970 годах министре здравоохранения Украины П.Л. Шупике. В судьбе Анатолия Яковлевича принял деятельное участие и бывший заведующий отделом здравоохранения Сумской области, а потом заместитель министра здравоохранения Украины Б.П. Крыштопа.

К 1973 году А.Я. Малоштан приобрел немалый опыт организатора здравоохранения, стал признанным специалистом в этом деле районного звена и стремился к работе на более высоком уровне. А насколько был готов – проверено на должности заместителя главного врача Харьковской областной клинической больницы, которой тогда руководил Л.А. Гаевский. Именно он доверил новому помощнику едва ли не самый ответственный в то время участок – организационно-методическую работу по оказанию медицинской помощи сельскому населению области.

Возглавляемая Анатолием Яковлевичем служба, и по сей день уверен В.С. Яворский, хорошо известный в прошлом руководитель здравоохранения области, стала организационно-методическим штабом не только областной больницы, но и областного отдела здравоохранения, а сам Малоштан был заместителем не только главврача ХОКБ, но и, по сути, заведующего облздравотделом.

Своим аналитическим умом Анатолий Яковлевич хорошо понимал, что медицина была и остается одной из самых динамичных отраслей и требует развития форм и методов работы в духе времени, а не в угоду конъюнктуре, новоявленному реформатору, которые должны применяться в комплексе, чем была сильна базовая модель системы отечественного здравоохранения. Недаром некоторые наработки тех лет позаимствовали зарубежные организаторы охраны здоровья, а в Украине сегодня востребованы уже давно опробованные организационные формы и методы работы, например, межрайонные центры оказания медицинской помощи – прообраз нынешних региональных специализированных центров – или подстанции скорой помощи на селе, созданные десятки лет назад.

В этих и других перспективных мероприятиях активнейшим образом участвовал А.Я. Малоштан, не считая себя реформатором, а просто делая необходимое в меру собственных сил и возможностей, причем брался за львиную долю работы. Сложно, но можно было прийти к идее, обсудить, обновить и принять решение о создании тех же межрайонных центров, но куда труднее оказалось выполнить намеченное – организовать центры на базе крупных райбольниц, обеспечить специалистами, медоборудованием и прочим нужным для их нормальной деятельности, чем непосредственно занимался и чего таки добился Анатолий Яковлевич.

Несомненной его заслугой можно считать и организацию в районах области кураторства врачей областной больницы практически всех специальностей с привлечением сотрудников кафедр Харьковского медицинского института. Он стал и инициатором отбора, подготовки и расстановки руководящих кадров для сельской медицины, прежде всего для центральных районных больниц. Кандидатов отбирали из числа перспективных выпускников мединститута разных лет, уже проявивших себя в практической медицине, создавали из них группы очно-заочного обучения в тогдашнем институте усовершенствования врачей, где преподавали как сотрудники кафедр, так и (обязательно!) главные специалисты области. Было подготовлено более сотни руководителей райбольниц, и острая проблема нехватки квалифицированных главных врачей, их заместителей разрешилась на долгие годы вперед.

Насколько успешным оказалось это мероприятие, можно судить по конкретным примерам. Скажем, прошедший такой отбор и такую подготовку выпускник ХМИ 1977 года В.М. Зеленый стал главным врачом Балаклейской ЦРБ и сделал больницу образцовой. Кстати, одним из первых еще три десятка лет назад организовал работу по принципу семейной медицины, чем занимался и А.Я. Малоштан в тесном сотрудничестве с облздравотделом. Впоследствии Владимир Михайлович возглавлял медицинскую службу железных дорог Украины, а теперь, на зависть многим, внедряет страховую медицину в железнодорожном хозяйстве страны.

В должности заместителя главного врача областной больницы Анатолий Яковлевич Малоштан формально не имел широких полномочий, тем не менее «выходил» на любого руководителя или специалиста, от которого зависел успех того или иного начинания в организации медицинской помощи, и добивался своего, потому что умел показать и доказать необходимость задуманного, увлечь и привлечь собеседника к общему делу, каковым есть или во всяком случае должна быть охрана здоровья людей.

В обиходе известна грубоватая по форме, но точная и емкая по содержанию поговорка: кто везет, того и запрягают. По такому принципу А.Я. Малоштан был назначен и некоторое время работал заместителем заведующего горздравотделом, а затем главным врачом второй городской больницы. Здесь он сформировался как вполне самостоятельный руководитель, имеющий, кроме прочего, обоснованные амбиции лидера коллектива, что сослужило хорошую службу с переходом в 1977 году на должность главного врача областной клинической больницы, где стало разительным несоответствие между одной из лучших в Украине организацией медицинской помощи населению и одной из худших в стране материально-технической базой больницы старого типа.

Руководством области было принято решение о реконструкции допотопных корпусов и строительстве новых зданий лечебно-профилактического и вспомогательного назначения. Ношу ответственности за выполнение намеченного взял на себя новоназначенный главный врач,

ежедневно и кропотливо работая с проектантами, строителями, финансистами, снабженцами, т. е. со всеми, кто был так или иначе причастен к коренным преобразованиям областной больницы – клинической базы медицинского института.

Заботы А.Я. Малоштана по крупномасштабной реконструкции и новому строительству на ограниченной со всех сторон территории, при недостаточном финансировании таких объемов работ и постоянной нехватке фондов и лимитов – это эпопея, достойная отдельной книги. А сейчас время и место сообщить о счастливом конце давней истории. Наглядные тому свидетельства – высотные и оборудованные всем необходимым здания поликлиники и хирургического корпуса, который не зря называют главным. Были обустроены и вспомогательные площади для пищеблока, аптечной, патологоанатомической и других служб. Нечто подобное, пусть не в таких масштабах, происходит в областной больнице и сегодня, но вряд ли стоит забывать, когда, кем и как положено начало.

Трудно представить, но это факт: параллельно с реконструкцией и строительством Анатолий Яковлевич успевал управлять многочисленными и разноплановыми делами коллектива ХОКБ, совершенствовать формы и методы медицинской помощи, заниматься наукой и преподавать в Харьковском медицинском институте, что было неотъемлемой частью его деятельности на протяжении значительного наиболее плодотворного периода жизни.

Еще возглавляя Лебединскую райбольницу, А.Я. Малоштан поступил в заочную аспирантуру кафедры социальной медицины и организации здравоохранения ХМИ, подготовил и защитил в 1972 году диссертацию на близкую ему тему «Диспансеризация больных ревматизмом на селе», стал кандидатом медицинских наук. А будучи главным врачом уже в Харьковской областной клинической больнице, с 1980 года, за 10 лет до перехода на работу проректором мединститута, начал обучать студентов в качестве старшего преподавателя, потом – доцента, а с 1992 года – профессора той же кафедры социальной медицины и организации здравоохранения.

Анатолий Яковлевич, выполняя педагогическую нагрузку в полном объеме, преподавал студентам пятых–шестых курсов всех факультетов мединститута дисциплины, которые знал в совершенстве: организацию медицинской помощи на селе, а также детям и женщинам, планирование и финансирование в здравоохранении, экономику охраны здоровья и страховую медицину. Практик, что называется, до мозга костей, он читал лекции на высоком научно-методическом уровне, и это признавалось сотрудниками кафедры после посещения его открытых лекций.

Особенностью работы А.Я. Малоштана со студентами было то, что он теснейшим образом увязывал теорию с практикой, приводя конкретные примеры из своего богатого опыта организации здравоохранения на уровне района, города, области. Больше того, использовал любую благоприятную возможность, чтобы проводить практические занятия непосредственно в лечебно-профилактических учреждениях, прежде всего на клинической базе мединститута – в областной больнице. Это не только нравилось, а и приносило очевидную пользу студентам – будущим врачам.

Весомый вклад Анатолий Яковлевич внес в методический арсенал кафедры: он участвовал в создании и переработке многих методических указаний для студентов и преподавателей, связывая учебный материал с практикой здравоохранения. Им были разработаны лекции о сельском здравоохранении, организации медицинской помощи на всех этапах детям и взрослым, экономике охраны здоровья и страховой медицине. А.Я. Малоштан – автор учебно-методического пособия «Экономика здравоохранения и страховая медицина» для студентов и интернов, методических указаний к практическим занятиям для студентов стоматологического факультета и по производственной практике студентов пятого курса по социальной медицине и организации здравоохранения.

Анатолий Яковлевич Малоштан хорошо понимал и доказывал делом необходимость тесной взаимосвязи практического здравоохранения и медицинской науки. В его не по заслугам небольшой квартире есть уголок памяти о нем – личные вещи, стол, письменные принадлежности.

В основном здесь и обычно поздним вечером, а то и ночь напролет он писал работы по проблемам организации управления в системе охраны здоровья, социальной гигиены, страховой медицины, некоторым вопросам медицинской науки и практики. Всего было опубликовано в сборниках, специализированных журналах, вышло отдельными изданиями около трех десятков работ.

Отзывчивый, всегда готовый прийти на помощь любому нуждающемуся в ней, А.Я. Малоштан поддерживал сотрудников мединститута, в том числе кафедры социальной медицины и организации здравоохранения, в заслуживающих того начинаниях, стремился сам и всемерно способствовал другим подниматься по восходящей к большой науке. Так, по воспоминаниям профессора нынешней университетской кафедры социальной медицины, экономики и организации охраны здоровья Н.А. Галичевой, Анатолий Яковлевич деятельно помогал ей в подготовке кандидатской и докторской диссертаций социально-гигиенического характера по теме инфаркта миокарда, особенно в том, что касалось сбора данных о факторах, влияющих на заболевание, непосредственно в больничных палатах. Он был научным консультантом кандидатских диссертаций сотрудников кафедры, в частности бывшего аспиранта, а теперь заведующего В.А. Огнева.

Небольшая, но красноречивая подробность, свидетельствующая о сочетании А.Я. Малоштаном занятий наукой и практикой: он был членом как Ученого совета Харьковского медицинского института, так и коллегии Управления охраны здоровья Харьковской областной государственной администрации.

Анатолий Яковлевич Малоштан вспоминается знавшими его как прекрасный руководитель, грамотный специалист, пытливый исследователь и замечательный педагог, надежный в собственных обещаниях и общественных поручениях, глубоко порядочный человек. Еще одна небольшая, но очень красноречивая деталь – его открытая улыбка, которая может быть лишь у людей с доброй душой.

По заслугам и честь. Отличник здравоохранения, А.Я. Малоштан был отмечен правительственными наградами – орденом Трудового Красного Знамени, двумя орденами «Знак Почета», а также медалями «За доблестный труд» и «Ветеран труда».

Но было у Анатолия Яковлевича и другое, неофициальное «звание» главы медицинской семьи. Валентина Васильевна, жена, прошла с ним весь путь начиная с учебы в Сумском медучилище и Харьковском мединституте. Работала в той же Лебединской райбольнице, а в Харькове – врачом, потом заведующей отделением, затем начмедом детской инфекционной больницы. Именно она стала опорой Анатолия Яковлевича в семейных заботах, воспитании детей, которые пошли протоптанной родителями дорогой в медицину. Сын Владимир, окончив Харьковский мединститут, сегодня работает в должности доцента на кафедре анестезиологии Харьковской медицинской академии последипломного образования, кандидат медицинских наук. А дочь Ольга – тоже выпускница «родительского» вуза – сегодня доцент кафедры акушерства и гинекологии № 2 Харьковского национального медицинского университета, также кандидат медицинских наук. И в том немалая заслуга Анатолия Яковлевича Малоштана.

УДК 614(092)Громашевский(477.74)

*К.К. Васильев, Ю.К. Васильев**

Одесский национальный медицинский университет

**Сумской государственной университет*

**К 90-ЛЕТИЮ КАФЕДРЫ СОЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ,
МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА И МЕНЕДЖМЕНТА
ОДЕССКОГО НАЦИОНАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА:
ЛЕВ ВАСИЛЬЕВИЧ ГРОМАШЕВСКИЙ (1887–1980)**



90 лет назад – в начале 1923/24 учебного года – в Одесском медицинском институте была образована кафедра социальной гигиены. Организатором и первым ее заведующим стал питомец медицинского факультета Новороссийского университета Лев Васильевич Громашевский, в последующем ставший академиком АМН СССР, заслуженным деятелем науки Украинской ССР, Героем Социалистического Труда.

Целью данного сообщения является освещение одесского периода жизни и деятельности Л.В. Громашевского, т. е. того периода, который предшествовал созданию кафедры социальной гигиены и последующие неполные пять лет после ее открытия. При этом мы будем широко использовать архивные материалы, которые, несмотря на ряд публикаций, посвященных работе Льва Васильевича в Одессе, еще не все введены в научный оборот. Прежде всего это личное дело профессора Л.В. Громашевского,

хранящееся в архиве Одесского национального медицинского университета [1].

Из свидетельства о рождении Льва Громашевского следует, что 1 октября 1887 года он родился, а 8 того же месяца и года был крещен в города Николаева Греческой Николаевской церкви. Родители – Черноморского флота 1-го экипажа лейтенант Василий Львович Громашевский и законная жена его Анна Александровна, оба православные; а восприемниками были состоящий по флоту капитан 2-го ранга Александр Михайлович Краевский и старшего инженер-механика дочь девица Ольга Константинова. Таким образом, родился Лев Громашевский 1 октября по старому (юлианскому) календарю, а по новому (григорианскому) это будет 13 октября. Встречающаяся в литературе дата рождения Л.В. Громашевского 14 октября [2] не верна, так как разница между календарными стилями в XIX в. была 12 суток и только с 01.03.1900 она составляет 13 суток.

Его отец В.Л. Громашевский (1857 – до 1917) из потомственных дворян, в 1874 г. начал службу юнкером флота, в 1877 г. он – гардемарин, затем мичман и в 1883 г. – лейтенант. В 1889 г. Василий Громашевский переходит на службу в Добровольный флот и, стало быть, в этом году семья Громашевских переселяется на жительство в Одессу. В Одессе мать Льва Анна Александровна (ок. 1861 – 4/17.06.1917, Одесса) преподавала в гимназии, учрежденной А.И. Малиновской [3]. В большой семье Громашевских было пять детей. Кроме сына Льва, были мальчики Борис (1884–1910) [4] и Александр (р. 1889) и дочери Лидия (р. 1891) и Вера (р. 1894).

© К.К. Васильев, Ю.К. Васильев, 2013

В 1895 г. Лев Громашевский поступил в Одесскую шестую прогимназию, а с 1898 г. он продолжил обучение в 3-й классической гимназии, которую окончил с аттестатом зрелости в 1904 г. В гимназии из древних языков он учил греческий и латинский, а из современных – немецкий и французский. В «Личной карточке для преподавательского состава» (начало 1920-х годов) в пункте 25 «какими иностранными языками владеете» Громашевский написал: «Разговорным не владею. Читаю на французском и немецком».

В том же 1904 г. Л. Громашевский поступил в Новороссийский университет в Одессе, но не на медицинский факультет, а на математическое отделение физико-математического факультета, на котором прослушал лекции в осеннем полугодии 1904 г. За участие в сходке 27 октября 1904 г. был перечислен в вольнослушатели. Только с 1906 г. Громашевский начал учиться на медицинском факультете Новороссийского университета, где до начала 1908/09 учебного года получил оценки по следующим предметам: физика – 5, ботаника – 4, зоология – 5, минералогия – 5, неорганическая химия – 5, органическая химия – 4, фармация с фармакогнозией – 5, гистология – 5, медицинская химия – 5 [5].

В годы Первой русской революции (1905–1907) Громашевский в составе коалиционного студенческого совета. Позднее, в советское время, в анкетах Лев Васильевич указывал, что он член Коммунистической партии (большевиков) Украины с 1905 г.

Летом 1910 г., будучи студентом V курса, впервые поступил на медицинскую службу – работал на холерной эпидемии, исполняя обязанности эпидемического врача Херсонского уездного земства (с июля по сентябрь). В конце 1910 г. за политическую деятельность арестован и выслан на три года в Архангельскую губернию под гласный надзор полиции. С места ссылки, из Архангельской губернии, в начале 1911 г. Льву Громашевскому разрешили поехать на Дальний Восток для работы на эпидемии легочной чумы, где он и оставался до 1912 г., когда получил разрешение держать государственные экзамены. За время пребывания на Дальнем Востоке Громашевский работал в Харбине в противочумной организации (январь–октябрь 1911 г.), исполняя обязанности санитарного врача различных районов города, заведую ночлежно-пропускным пунктом для китайских рабочих, амбулаторией и больницей на 20 коек, а также «Московским» чумным пунктом и дезинфекционным отрядом, а затем, по ликвидации чумной эпидемии, служил в качестве исполняющего обязанности поселкового врача на станции Хайлор Китайско-Восточной железной дороги (октябрь 1911 г. – август 1912 г.).

В 1912 г. Громашевский выдержал государственные экзамены при Новороссийском университете и был удостоен звания лекаря с отличием. После этого работал как допущенный врач при клинике нервных болезней Новороссийского университета (заведующий – профессор Н.М. Попов). Кроме того, с марта по август 1913 г. он состоял на службе Саратовской городской управы в должности «эпидемического врача», сначала заведую временным отделением городской больницы для больных возвратным тифом, а затем работая санитарным врачом и заведующим городской дезинфекционной камерой. В 1913 г. в «Известиях» Саратовского санитарного бюро появляется первая работа Громашевского «23 случая возвратного тифа, леченного неосальварсаном», а как результат его работы в клинике нервных болезней стала его вторая публикация «Клонус при множественном неврите» (1914).

В том же 1913 г. он был командирован противочумной комиссией в Царицын (ныне Волгоград) и в Астраханскую губернию в качестве врача-бактериолога, как уже работавшего по бактериологии чумы на Дальнем Востоке под руководством профессора Д.К. Заболотного (с августа по ноябрь 1913 г.). К этому времени Л.В. Громашевский был уже женат. Его первая супруга – Ванда Михайловна Громашевская – училась на Одесских высших женских медицинских курсах [6]. 19 декабря 1913 г. в семье Громашевских родилась дочка.

В 1914 г. Громашевский поступил на службу Подольского губернского земства в качестве врача-эпидемиолога и работал сначала в Ольгопольском уезде на эпидемии сыпного тифа, а затем в Винницком уезде на холере. В весеннюю сессию 1913 г. он начал, а в весеннюю сессию 1914 г. окончил сдачу словесного и практического экзамена на степень доктора медицины («докторские экзамены») при медицинском факультете Новороссийского университета [7].

Современный их аналог – кандидатские экзамены. Стало быть, в «Енциклопедії Сучасної України» в статье, посвященной академику Л.В. Громашевскому, содержится ошибочное утверждение, что он в 1914 г. стал «доктором медицины» [8]. Человека, сдавшего докторские экзамены, называли докторантом.

В июле 1914 г. в связи с началом Первой мировой войны как врач запаса Громашевский был призван на действительную военную службу. Первый год войны прослужил в должности младшего врача 256-го пехотного Елисаветградского полка. В остальное время проходил службу по своей специальности. В июле 1915 г. переведен на должность младшего ординатора I лазарета 64-й пехотной дивизии, где заведовал обсервационным и изоляционным отделениями. Тогда же летом 1915 г. он был временно командирован для заведывания гражданской больницей ввиду развившейся в прифронтовой полосе эпидемии сыпного тифа. В январе 1916 г. переведен на должность младшего ординатора 483-го инфекционного полевого подвижного госпиталя, в апреле 1916 г. назначен врачом для поручений 16-го полевого эвакуационного пункта для заведывания лабораторией, в какой должности и оставался номинально до демобилизации.

После Февральской революции 1917 г. Лев Громашевский вновь занялся активной политической деятельностью. В апреле 1917 г. он откомандирован в распоряжение фронтового комитета Западного фронта, членом президиума которого был избран, а в ноябре 1917 г. его избрали членом Учредительного собрания от Минской губернии как кандидата от Российской социал-демократической партии (большевиков).

В 1918 г. Лев Громашевский возвращается в Одессу, где 26 февраля 1918 г. был избран на должность заведующего Одесской городской дезинфекционной камерой и 1/14 марта приступил к исполнению своих обязанностей [9]. Надо отметить, что в годы пандемии паразитарных тифов он переболел возвратным (в 1919 г.) и сыпным (в 1920 г.) тифами.

В феврале 1920 г. в Одессе окончательно устанавливается советская власть. С 5 августа по 12 ноября 1920 г. Л.В. Громашевский – заведующий, а в июле–ноябре 1921 г. – заместитель заведующего Одесского губернского отдела здравоохранения. Одновременно он заведует отделом медицинского образования Одесского губпрофобра (1921–1922).

Кроме того, Д.К. Заболотный, который в 1920 г. организовал кафедру эпидемиологии в Одессе, пригласил его к себе на кафедру в качестве старшего ассистента (с 20 ноября 1920 г.). Здесь надо отметить, что Даниил Кириллович Заболотный еще в октябре 1918 г. на первом совещании бактериологов и эпидемиологов в Москве указывал на необходимость учреждения во всех медицинских факультетах трех новых кафедр: «1) общей бактериологии; 2) эпидемиологии и социальной медицины; 3) заразных болезней с клиникой». Обращает на себя внимание тот факт, что первоначально Заболотный высказал мнение о совместном преподавании двух дисциплин на одной кафедре, что в дальнейшем не получило развития, а стали создаваться две самостоятельные кафедры – кафедра эпидемиологии и кафедра социальной гигиены, но в Одесском медицинском институте в 1923–1928 гг. эти две кафедры возглавлял один человек – Лев Васильевич Громашевский.

Интересна позиция не только эпидемиологов, но и некоторых гигиенистов той эпохи. Так, Григорий Витальевич Хлопин на совещании представителей профилактических кафедр (Москва, 1925) в докладе «Установление и согласование программ общей (экспериментальной) гигиены между собой и со специальными курсами гигиены» говорил о социальной гигиене с санитарным просвещением как о специальном разделе гигиены со своим методом исследования, но не как о самостоятельной науке. Однако это мнение гигиениста Хлопина не получило поддержку у тогдашнего народного комиссара здравоохранения Николая Александровича Семашко и его заместителя Зиновия Петровича Соловьева, которые, как известно, являлись организаторами первых самостоятельных кафедр социальной гигиены в Советском Союзе – соответственно в 1-м Московском (1922) и 2-м Московском (1923) университетах.

Вернемся к Л.В. Громашевскому. 23 октября 1923 г. он назначен ректором и одновременно политкомиссаром Одесского медицинского института. Кроме того, 26 октября 1923 г., после того как Д.К. Заболотный возвратился в Петроград, Лев Васильевич избран на должность

заведуючого кафедрою епідеміології. 24 листопада 1923 г. він затверджено професором по кафедрі епідеміології президіумом Укрглавпрофобра [1].

Збереглися відгуки про науково-практичну діяльність Л.В. Громашевського від 2 жовтня 1923 г., написані рукою Д.К. Заболотного і маючі невеличкі фактологічні неточності – на 1910 г. приходить участь Громашевського в боротьбі з холерою, а не з чумою. Після підписи професора Заболотного стоять підписи професора В.К. Стефанського (бактеріолог і інфекціоніст) і професора Я.Ю. Бардаха (бактеріолог).

Роботу в області епідеміології Л.В. Громашевський почав у 1910 г. в час великої епідемії легочної чуми в Манчжурії, будучи ще студентом. Далі продовжив свою діяльність в Саратовській губернії і в останнє час в Одесі.

Приймаючи активну участь в організації і проведенні боротьби з різними епідеміями, Л.В. Громашевський є одним з небагатьох солідно підготовлених епідеміологів, не тільки практично знайомих з методичними прийомами боротьби, але і вивчивши на ділі умови розвитку і поширення епідемій.

Наукова пытливості і дослідницька робота виразилися в представлених їм друкованих і ще не опублікованих дослідженнях, які вказують на проявлений їм інтерес до наукової постановки справи. Результати епідеміологічних досліджень, виконаних Л.В. Громашевським, представляють велику наукову цінність.

В якості викладача епідеміології Л.В. Громашевський проявив організаторські здібності і живої лекторської таланти [1].

О.В. Козаченко встановила, що в вересні 1923 г. в Одеському медичному інституті з'явилася самостійна кафедра соціальної гігієни, т. є. тоді, коли завідувач кафедри гігієни професор Н.Н. Костямин залишив викладання соціальної гігієни, передав її Л.В. Громашевському [10, 11].

В особній справі Л.В. Громашевського наведено декілька інших дат. Є посилання на протокол засідання бюро при ректораті від 7 грудня 1923 г. (№ 34) і наказ по Одеському медичному інституту від 12 січня 1924 г. (№ 4, § 10), згідно з якими професору Громашевському «поручено викладання з завідуванням кафедрою соціальної гігієни» [1].

В записці, поміченій 21 грудня 1923 г., професор Громашевський просить виставити ходатайство перед науковим комітетом Укрглавпрофобром про надання йому командировки на два місяці в Петроград для наукової роботи в Інституті експериментальної медицини. При цьому він відзначає, що він веде кафедру епідеміології, а також «кафедрою соціальної медицини, тимчасово мені порученою». Далі: «В зв'язі з недостатньо сприятливими умовами для наукової роботи в Одесі, поїздка моя представляється для моєї викладацької і наукової діяльності необхідною, оскільки в час її, крім виконання наукової роботи по епідеміології, я передбачаю ознайомитися з веденням викладання соціальної гігієни в Москві і Петрограді, а також з іноземною літературою цікавих мені областей» [1]. Таким чином, ми бачимо, що в грудні 1923 г. самостійна кафедра соціальної гігієни в Одеському медичному інституті вже була, і її очолював професор Громашевський. Що стосується наукової командировки, яку Л.В. Громашевський просив, то вона, судячи з його особньої справи, не відбулася.

17 листопада 1925 г. Лев Васильович був затверджено в ступені доктора соціальної медицини, а 5 листопада 1927 г. затверджено і професором по кафедрі соціальної гігієни [1].

Ітак, Л.В. Громашевський з 1923 г. ректор Одеського медичного інституту. Одночасно з 1923 г. він завідує кафедрою епідеміології в званні професора і з того ж 1923 г. завідує кафедрою соціальної медицини (не будемо вдаватися в не до кінця прояснений питання з точної датою створення кафедри соціальної гігієни). Причому кафедрою соціальної гігієни Лев Васильович веде в званні професора тільки з 1927 г. Звертає на себе увагу і той факт, що він отримав ступінь «доктора соціальної медицини», але не претендував на ступінь «доктора епідеміології».

12 серпня 1927 г. Л.В. Громашевський згідно з власним заявленням залишив посаду ректора, а 1 січня 1928 г. – керівництво кафедрою епідеміології і кафедрою соціальної

гігієни. В першому номері «Одеського медичного журналу» за 1928 г. була поміщена наступна інформація: «13 січня професор Лев Васильович Громашевський (бывший ректор Одеського медичного інституту) отбыл в Днепропетровск, куда он назначен профессором по кафедре социальной гигиены медицинского института» [12].

Так закончився одеський період життя і діяльності Льва Васильовича Громашевського, а з ним і перший етап одеської кафедри соціальної медицини.

Список літератури

1. Дело № 317. Личное дело проф. Л. В. Громашевского // Архив Одесского национального медицинского университета. – 124 л.
2. Щербак Ю. Н. Биография и мировоззрение Л. В. Громашевского / Ю. Н. Щербак, Л. Л. Громашевская // Громашевский Л. В. Избранные труды. – К., 1987. – Т. 1. – С. 15–51.
3. Траурные объявления о кончине А. А. Громашевской // Одесские новости. – 1917. – 6 июня. – С. 1.
4. Траурные объявления о кончине Б. Л. Громашевского // Одесские новости. – 1910. – 21 февраля. – С. 1.
5. Дело студента Л. В. Громашевского // Государственный архив г. Киева. – Ф. 16. – Оп. 465. – Д. 17060. – 3 л.
6. Дело о слушательнице Ванде Михайловне Громашевской // Государственный архив Одесской области (ГА ОО). – Ф. 62. – Д. 546. – 6 л.
7. Личное дело Громашевского Л. В., державшего испытание на степень доктора медицины // ГА ОО. – Ф. 45. – Оп. 20. – Д. 36. – 22 л.
8. Гоц Ю. Д. Громашевський Лев Васильович / Ю. Д. Гоц, А. Л. Гураль, В. О. Мухопад // Енциклопедія Сучасної України : у 25 т. – К., 2004– . – Т. 6. – 2006. – С. 529.
9. ГА ОО. – Ф. 16. – Оп. 94. – Д. 2. – Л. 298.
10. Журавель В. І. Історія виникнення самостійної кафедри соціальної гігієни в Одесі / В. І. Журавель, О. В. Козаченко // Сучасний стан та перспективи розвитку соціальної медицини та організації охорони здоров'я: напрямки та шляхи реформування системи охорони здоров'я (До 80-річчя кафедри соціальної медицини, управління та економіки охорони здоров'я) : матер. міжнар. наук.-практ. конф., 18–19 вересня 2003 р. – Одеса, 2003. – С. 8–13.
11. Козаченко О. В. Одеський період діяльності Л. В. Громашевського: 1918–1928 / О. В. Козаченко // Сучасний стан та перспективи розвитку соціальної медицини та організації охорони здоров'я: напрямки та шляхи реформування системи охорони здоров'я (До 80-річчя кафедри соціальної медицини, управління та економіки охорони здоров'я) : матер. міжнар. наук.-практ. конф., 18–19 вересня 2003 р. – Одеса, 2003. – С. 14–20.
12. Известия Одесского медицинского института // Одесский медицинский журнал. – 1928. – № 1. – С. 49.

УДК 614(091)

А.В. Мякина, А.Н. Мищенко, Д.Ю. Дончак

Харьковский национальный медицинский университет

ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ И СТАНОВЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Благополучие человека неотделимо от состояния здоровья, поэтому уровень цивилизованного развития какого-либо государства измеряется уровнем здоровья его граждан.

Наука о закономерностях развития здоровья общества и здравоохранения называется социальной медициной. Социальная медицина (общественная гигиена) находится на стыке различных наук – медицины, социологии, гигиены, естествознания и др. – и изучает воздействие социальных условий на здоровье населения, а также влияние на здоровье людей социологических и экономических факторов. Социальная медицина, в отличие от медицины как науки, изучает здоровье не отдельных людей, а определенных социальных групп населения, общества в целом в неразрывной связи с условиями жизни.

Основы социальной медицины возникли так же давно, как и личная гигиена. Гигиенические навыки появились еще у первобытного человека: обустройство жилища, приготовление пищи, оказание примитивной взаимопомощи, захоронение умерших и т. д. При создании племенных союзов их правители также уделяли внимание здоровью соплеменников: принимали санитарные меры, предохраняющие от эпидемий (чисто эмпирическим путем), содействовали обучению лекарей и т. п.

Уже в городах-государствах Древней Греции деятельность врачей начала регламентироваться. Так, в законах Ликурга (Спарта) говорится о регламентации работы врачей: например, специальные чиновники-эфоры должны были отбирать здоровых младенцев, а больных – убивать. Эти чиновники также строго следили за соблюдением гигиенических правил, установленных в Спарте, в процессе подготовки воинов. Древние греки внесли свой вклад в понимание здорового образа жизни и его значения для здоровья.

В древнеримских законах (Законы 12 таблиц) предусматривались меры санитарного характера: запрещение пользования водой из загрязненного источника, контроль за пищевыми продуктами на рынках, соблюдение правил захоронения, выполнение требований по устройству общественных бань и т. д. (за всем этим следили специальные чиновники-эдилы). Города обязывали нанимать и содержать так называемых народных врачей, в обязанности которых входила охрана здоровья населения. В Древней Греции лечебницы при храмах назывались асклепионами в честь бога врачевания Асклепия. Имена детей Асклепия – Гигиен и Панацей – стали нарицательными (гигиена означает здоровый, панацея – несуществующее лекарство от всех болезней). Положение врача в Древнем мире было почетно. Борьба с инфекционными заболеваниями способствовала развитию представлений о связи между условиями жизни и здоровьем. В Византии в городах также нанимали и содержали народных врачей до VIII–IX вв., а затем стали открывать больницы для бедных.

В связи с широким распространением заразных болезней в Средневековье были разработаны и законодательно оформлены противозидемические мероприятия: изоляция больных, карантин, сжигание вещей и жилищ заболевших, запрещение хоронить умерших в черте городов, надзор за водоисточниками, устройство лепрозориев и т. д. Заметную роль в развитии

© А.В. Мякина, А.Н. Мищенко, Д.Ю. Дончак, 2013

общественной медицины сыграли взгляды ранних социал-утопистов (Томаса Мора, Томмазо Кампанеллы и др.), которые, излагая представления об идеальном обществе, большое внимание уделили режиму труда, гигиене, здоровому образу жизни и питанию.

Возникновение профессиональных заболеваний в период появления мануфактур проявилось в дальнейшем развитии социально-гигиенических взглядов. Именно тогда врачи обратили внимание на связь между характером труда и особенностями профессиональных заболеваний.

Впервые вопрос об общественном здоровье был освещен в Декларации прав человека и гражданина, принятом Учредительным собранием Франции во время Великой французской революции. Здоровье населения рассматривалось как национальное богатство. Этот подход к здравоохранению продиктовал и те реформы, которые были подготовлены комиссией под руководством знаменитого деятеля Французской революции, врача по образованию, Кабаниса (Марат и Робеспьер тоже были врачами). Эта комиссия подготовила и реформы медицинского образования, сделав его доступным для простых людей. Согласно этой реформе медицинские школы в Париже, Монпелье и других городах были преобразованы в школы здоровья, в которых открыли кафедры гигиены (одна из них даже называлась кафедрой социальной гигиены).

Постепенно создавались условия для организации национальных систем и служб здравоохранения. Первая реформа, касающаяся медицинских учреждений всего государства, была проведена во Франции в 1822 г., когда при Министерстве внутренних дел был учрежден Высший медицинский совет, а в провинциях – соответствующие комитеты и комиссии. В 1784 г. в Германии впервые В.Т. Рау ввел термин «медицинская полиция», включив в это понятие наблюдение за здоровьем населения, надзор за госпиталями и аптеками, предупреждение эпидемий, просвещение населения и т. д. Также в Германии в 80–90-х гг. XIX в. были приняты законы по социальному страхованию, в которых предусматривалось финансирование из трех источников: прибыль предприятий, взносы трудящихся и средства госбюджета.

В середине XIX в. были созданы международные договоренности о мерах борьбы с инфекционными заболеваниями. В 1861 г. в Александрии был учрежден первый Международный карантинный совет, что явилось одним из первых мероприятий по охране общественного здоровья, носящего международный характер.

К концу XIX в. общественная гигиена (социальная медицина) сформировалась как наука, изучающая влияние социально-экономических факторов на здоровье различных групп населения. Во многих странах, в том числе и в России, стали создаваться научные общества по проблемам общественного здравоохранения, так как появились специалисты в области социальной медицины, занимающиеся и практикой, и научными исследованиями. Так, в 1905 г. в Германии было учреждено Общество социальной гигиены и медицинской статистики, которое занималось вопросами охраны здоровья детей, борьбы с туберкулезом и алкоголизмом и т. п.

Окончательное формирование социальной гигиены как предмета преподавания в высших учебных учреждениях произошло в начале XX в. Первые курсы по социальной гигиене были организованы в Венском (1909) и Мюнхенском (1912) университетах. В течение первой четверти XX в. в нескольких городах Германии были открыты академии социальной гигиены. Одним из основоположников социальной гигиены был Альфред Гротьян, «врач-социалист», как он себя называл.

В высших школах Франции с 1919 г. открылись курсы социальной гигиены, был организован первый во Франции Институт гигиены и социальной медицины. В Бельгии в 1930-е гг. социальная медицина входила в курс обучения менеджеров здравоохранения, а социальная гигиена – студентов высших медицинских школ. В Италии по социальной медицине были изданы руководства. Идеи социальной медицины получили широкое распространение и в Великобритании, когда в годы Второй мировой войны были организованы первые кафедры социальной медицины (в Оксфорде, Эдинбурге, Манчестере и других городах), а также Институт социальной медицины. В США первые научные работы о связи болезней с социально-экономическими условиями жизни людей появились в 1911 г.

В России большой вклад по формированию мер общественного призрения в определенную систему сделал Петр I. В 1712 г. Петр I требует повсеместного устройства госпиталей для

«увечных и самых престарелых, не имеющих возможностей снискать пропитания трудами», вменяет в обязанность городским магистратам заботиться о предупреждении нищеты. При Петре I была создана сеть социальных заведений: смиренных домов, прядильных домов и т. д. Начинания Петра I были продолжены Екатериной II. Так, в 1775 г. была основана государственная система общественного призрения.

Земская реформа 1864 г. способствовала дальнейшему формированию социальной медицины (гигиены). Согласно основным положениям этой реформы на земство было возложено попечение о «народном здравии». Появилась первая в мире система медицинского обслуживания населения, действующая по участковому принципу. Центрами оказания бесплатной медицинской помощи на селе стали сельский врачебный участок, земская больница, амбулатория, фельдшерские и акушерские пункты, санитарные врачи, уездный и губернский санитарные советы и т. д.

Социальная гигиена как наука стала предметом преподавания в России еще в 1865 г., когда в Киевском университете читался курс социальной гигиены. В 1906 г. в Киеве был введен самостоятельный курс «Основы социальной гигиены и общественной медицины». С 1908 г. курс «Социальная гигиена и общественная медицина» читался в Петербурге.

Центром социальной гигиены в России с 1920 г. стал Институт социальной гигиены. При участии Н.А. Семашко в 1922 г. была организована кафедра социальной гигиены с клиникой профессиональных болезней в Первом Московском университете. Через год подобные кафедры были организованы и в других университетах. С 1922 г. стали издаваться первые учебники и учебные пособия по социальной гигиене (медицине), переводиться на русский язык научные труды зарубежных социал-гигиенистов. С 1922 по 1930 г. издавался журнал «Социальная гигиена».

Накануне Великой Отечественной войны кафедры социальной гигиены были переименованы в кафедры организации здравоохранения, что ограничило круг проблем предмета. В 1946 г. был создан Институт социальной гигиены и организации здравоохранения имени Н.А. Семашко, а в 1966 г. он был преобразован во Всесоюзный научно-исследовательский институт социальной гигиены и организации здравоохранения (сейчас НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранения имени Н.А. Семашко РАМН).

Первой в Украине кафедре социальной медицины, организации и экономики здравоохранения Харьковского национального медицинского университета сегодня 90 лет. История кафедры начинается с создания кафедры социальной медицины в Харьковском медицинском институте. Основателем ее был народный комиссар здравоохранения страны Моисей Григорьевич Гуревич. Создание кафедры было организационно утверждено 27 октября 1923 г., когда руководство медицинского общества поручило преподавание социальной гигиены М.Г. Гуревичу, а санитарной статистики – С.А. Томилину, заведующему отделом санитарной статистики Народного комиссариата здравоохранения.

Научные интересы кафедры включали следующие вопросы: причины роста количества и диспансеризация больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки; злокачественные новообразования и организация борьбы с ними, проблема сердечно-сосудистых заболеваний, проблемы оказания медицинской помощи населению и т. д.

Социальная медицина как наука прошла долгий путь становления и развития. Социальные, экономические и экологические проблемы в Украине прежде всего отражаются на одной из высших социальных ценностей государства – здоровье нации и сохранении ее генофонда. Поддержание высокого уровня здоровья и является главной целью и основой социальной медицины, в развитии и становлении которой огромная роль принадлежит старейшей кафедре в Украине – кафедре социальной медицины, организации и экономики здравоохранения ХНМУ.

Список литературы

1. *Богоявленский Н. А.* Древнерусское врачевание в XI–XVII вв. Источники для изучения истории русской медицины / Н. А. Богоявленский. – М. : Медгиз, 1960. – 326 с.

2. *Бородулин Ф. Р.* История медицины : избранные лекции / Ф. Р. Бородулин. – М. : Медгиз, 1961. – 252 с.
3. *Волков В. А.* Российская профессура XVIII – начала XX вв. Биологические и медико-биологические науки : Биографический словарь / В. А. Волков, М. В. Куликова. – СПб. : РХГИ, 2003. – 548 с.
4. *Заблудовский П. Е.* История медицины : методическое пособие / П. Е. Заблудовский. – М. : Медицина, 1998. – 113 с.
5. История медицины : учебник для студентов медицинских институтов / [Заблудовский П. Е., Крючок Г. Р., Кузьмин М. К., Левит М. М.]. – М. : Медицина, 1981. – 352 с.
6. *Кузьмин М. К.* История медицины : очерки / М. К. Кузьмин. – М. : Медицина, 1978. – 198 с.
7. *Левит М. М.* Становление общественной медицины в России / М. М. Левит. – М. : Медицина, 1974. – 232 с.
8. *Лисицын Ю. П.* Здравоохранение в XX веке / Ю. П. Лисицын. – М. : Медицина, 2002. – 216 с.
9. *Лисицын Ю. П.* История медицины / Ю. П. Лисицын. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2004. – 400 с.
10. *Сорокина Т. С.* История медицины / Т. С. Сорокина. – М. : Academia, 2004. – 560 с.

УДК 614:616.1-08(477.61)

*С.Н. Тыць, А.Г. Гуков, Л.А. Покрышка, А.В. Зоря, И.Г. Баранов,
А.Д. Луговсков*, Т.Ю. Тыць***

*Луганский областной кардиологический диспансер
*ГУ «Луганский государственный медицинский университет»
**Департамент здравоохранения Луганской облгосадминистрации*

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ЛУГАНСКОЙ ОБЛАСТИ: ОТ ПРОШЛОГО К НАСТОЯЩЕМУ

В связи с высокой распространенностью сердечно-сосудистых заболеваний среди населения, а также необходимостью улучшения профилактики и лечения таких заболеваний в 70-е гг. XX в. в СССР была создана кардиологическая служба – система организации специализированной медицинской помощи лицам, страдающим болезнями органов кровообращения неревматической природы. В состав этой службы входили кардиологические кабинеты поликлиник, специализированные отделения больниц и бригады скорой медицинской помощи, областные (краевые, республиканские) кардиологические диспансеры.

Ввиду эпидемического роста среди граждан СССР заболеваемости ишемической болезнью сердца, в том числе инфарктом миокарда, с учетом ходатайства директора Всесоюзного кардиологического научного центра Академии медицинских наук СССР (образованного в декабре 1975 г.) Евгения Ивановича Чазова 30 октября 1978 г. министр здравоохранения СССР Б.В. Петровский издал приказ № 1038, в котором официально вводилась специальность «врач-кардиолог», утверждались положения о кардиологическом диспансере, кардиологическом отделении стационара, кардиологическом кабинете поликлиники и т. д. Так кардиология официально стала составной частью системы здравоохранения страны.

С 1980 г. в Луганской области согласно приказу МЗ УССР от 05.01.79 № 10 и соответствующему приказу областного отдела здравоохранения (ООЗ) кардиоревматологическая служба была разделена на две самостоятельных, были организованы кардиологические кабинеты и отделения в городах и центральных районных больницах (ЦРБ), кардиологические бригады скорой медицинской помощи. Установлена численность штатных должностей врачей-кардиологов из расчета 1 должность на 30 тыс. взрослого населения, утверждены положения о вновь создаваемых кардиологических учреждениях (отделениях, кабинетах), а также даны указания с назначением штатных кардиологов республик, краев, областей, городов.

В 1980 г. во исполнение указанного приказа в соответствии с приказом Ворошиловградского ООЗ кардиоревматологическое диспансерное отделение Ворошиловградской областной больницы им. Ф.Э. Дзержинского было преобразовано в кардиологическое, в структуру которого вошли: кардиологическое диспансерное отделение в составе областной поликлиники (заведующий – Кучеренко Николай Павлович) и кардиологическое стационарное отделение на 40 коек (заведующий – Покрышка Леонид Алексеевич, который стал главным внештатным кардиологом области).

В 1976 г. на базе 1-й городской больницы г. Ворошиловграда создано кардиологическое отделение на 60 коек (заведующий – Струков Виктор Васильевич). Позже в составе кардиологического отделения было выделено 20 коек для реабилитации больных инфарктом

© С.Н. Тыць, А.Г. Гуков, Л.А. Покрышка и др., 2013

миокарда (заведуюча – Коляденко (Антонец) Ирина Дмитриевна), начало функционировать инфарктное отделение на 40 коек с блоком реанимации и интенсивной терапии на 7 коек (заведующий – Воробьев Евгений Павлович).

Кардиологическое отделение с инфарктным отделением 1-й городской больницы г. Ворошиловграда в соответствии с приказом ООЗ стало организационно-методическим центром по организации медицинской помощи больным инфарктом миокарда и их реабилитации в Ворошиловградской области. В соответствии с приказом МЗ и Федерации профсоюзов Украины в г. Славянске Донецкой области начал функционировать санаторий «Юбилейный», куда для санаторного этапа реабилитации направлялись больные, перенесшие острый инфаркт миокарда, прошедшие курс медикаментозной и физической реабилитации в кардиологических стационарах Луганской области. Распределение и выдачу путевок в санаторий в соответствии с приказом ООЗ было вменено в обязанность кардиологическому диспансерному отделению Ворошиловградской областной клинической больницы.

В соответствии с методическими указаниями Института кардиологии им. академика Н.Д. Стражеско под руководством профессора, доктора медицинских наук Кочетова Анатолия Михайловича были разработаны методические указания по медицинской реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда, которые через облздравотдел были направлены во все лечебные учреждения Ворошиловградской области.

В соответствии с приказом МЗ начали проводить целевые профилактические осмотры организованных и неорганизованных контингентов граждан по раннему выявлению ишемической болезни сердца и гипертонической болезни с ежеквартальными отчетами в оргметодотделе областной больницы о ходе проведения профосмотров. Для улучшения диагностической помощи врачам на местах в кабинете функциональной диагностики областной клинической больницы было установлено оборудование для приемов по телефонной сети городов и районов области электрокардиограмм, записанных у больных, находящихся на стационарном лечении по поводу острой коронарной недостаточности и нарушений сердечного ритма.

Для своевременной консультативной помощи больным на местах в соответствии с графиком, утвержденным ООЗ, на срочные вызовы, организуемые отделением плановой и экстренной помощи (санавиацией), в том числе с использованием авиации (самолетов Ан-2), в лечебные учреждения городов и районов почти ежедневно стали выезжать врачи-кардиологи и сотрудники кафедры терапии Ворошиловградского мединститута Коломиец Виктор Иванович, Колчин Юрий Николаевич и др.

Приказом Ворошиловградского ООЗ от 22.03.85 № 83 на основании решения коллегии МЗ УССР от 21.03.84 с 1 июля 1985 года был открыт областной кардиологический диспансер на 120 коек в здании терапевтического корпуса областной клинической больницы, первым главным врачом которого назначен Горбатенко Александр Викторович. Он руководил этим учреждением в течение последующих 26 лет. Заместителем главного врача по лечебной работе был назначен Шевченко Юрий Васильевич. Первым заведующим кардиологическим отделением № 1 приказом главного врача ЛОКД стал Воробьев Евгений Павлович. С 1986 г. кардиологическое отделение № 2 возглавила Неклюдова Людмила Герасимовна. Заведующим блоком интенсивной терапии реанимации в 1991 г. приказом главного врача диспансера был назначен Кочетов Сергей Анатольевич.

В состав диспансера входили: 2 стационарных кардиологических отделения на 60 коек, блок реанимации и интенсивной терапии на 6 коек, поликлиническое отделение, которое состояло из 1 кабинета в поликлиническом отделении областной клинической больницы.

Благодаря всем приведенным мерам в области удалось выработать алгоритм проведения профосмотров граждан на выявление ишемической болезни сердца и гипертонической болезни, оказания первой медпомощи больным острой коронарной недостаточностью на до- и госпитальном этапах, в том числе медикаментозной, физической, психологической реабилитации, отбора на санаторно-курортное лечение, ресоциализации. Рост показателя выявляемости заболеваний на целевых профосмотрах в первые годы их проведения привел к

повышению показателей общей заболеваемости ишемической болезнью сердца и гипертонической болезнью. Вместе с тем имели место положительные сдвиги по исходам лечения, летальности от общей коронарной недостаточности и инфаркта миокарда, срокам лечения, показателям инвалидности.

В 1987 г. общая заболеваемость болезнями системы кровообращения составила: общая – 1422, первичная – 189,3 на 10 тыс. взрослого населения; гипертонической болезнью: общая – 204,2, первичная – 76,4 на 10 тыс. взрослого населения; ишемической болезнью сердца: общая – 423,8, первичная – 40,6 на 10 тыс. взрослого населения; инфарктом миокарда: общая – 12,0, первичная – 11,0 на 10 тыс. взрослого населения.

В 1987 г. в области был зарегистрирован 121 врач-кардиолог, или 0,4 на 10 тыс. населения, абсолютное число кардиологических коек – 1285, или 3,3 на 10 тыс. населения, или 14,4 % по отношению к общему числу коек. По городам и районам области количество кардиологических коек в стационарах было представлено следующим образом: Ворошиловград – 200, Антрацит – 60, Брянка – 60, Кировск – 60, Краснодон – 40, Красный Луч – 60, Первомайск – 40, Ровеньки – 60, Рубежное – 60, Свердловск – 60, Северодонецк – 60, Стаханов – 60; районы: Кременской – 45, Сватовский – 40, Перевальский – 60, Луганский – 40, Старобельский – 40.

Благодаря деятельности кардиологов Луганской области существенно был поднят организационный уровень специализированной кардиологической помощи и качества медицинского обслуживания кардиологических больных в районах. Хотелось бы назвать некоторых заведующих кардиологическими отделениями области: Иванова Евгения Петровна (Краснолучская ГБ имени «Известий»), Кузло Ася Михайловна (Северодонецкая ГБ), Белинский Вадим Леонидович (Коммунарская ГБ, ныне Алчевская), Науменко Константин Михайлович (Лисичанская ГБ им. Титова), Розенфельд Владимир Яковлевич (Первомайская ГБ), Мазур Тамара Павловна (Краснодонская ГБ), Афанасьевская Александра Степановна (Старобельская ЦРБ) и мн. др.

На сегодняшний день сеть кардиологической службы Луганской области представлена 55 кардиологическими кабинетами во всех городах и районах области, за исключением Меловского района.

В области работает 142 кардиолога. Среди 14 городов области только в Кировске нет кардиолога (физического лица). Из 17 районов области кардиологи есть только в 7, что составляет всего 41 %. В Беловодском, Белокуракинском, Краснодонском, Марковском, Меловском, Новоайдарском, Попаснянском, Ст. Луганском и Троицком районах нет кардиологов как физических лиц. В Меловском районе ставка кардиолога не предусмотрена еще с прошлого века. В ряде регионов предусмотрено всего от 0,50 до 0,75 ставки врача-кардиолога, что практически сводит на нет качество оказания кардиологической помощи населению в этих регионах. Так, в г. Кировске предусмотрено всего 0,5 ставки врача, в Антрацитовском, Беловодском и Попаснянском районах – по 0,75 ставки, т. е. кардиологов нет, и они даже не планируются.

Укомплектованность кардиологами в 2012 г. составила 77,6 % (в 2000 г. – 91 %). Обеспеченность кардиологами по области составила 0,63 на 10 тыс. населения (в Украине в 2011 г. – 0,7 на 10 тыс.). По регионам области этот показатель колеблется от 0,18 на 10 тыс. населения в г. Брянка и Славянском районе до 0,84 на 10 тыс. в Луганске и Северодонецке.

Стационарная служба представлена областным кардиологическим диспансером (главный врач – Тыць Сергей Николаевич), в составе которого функционируют два стационара по 60 коек (заведующий отделением № 1 – Косюга Татьяна Михайловна, заведующий отделением № 2 – Зоря Александр Валентинович) и отделение интенсивной терапии на 10 коек (заведующий – Баранов Игорь Геннадьевич), кардиологическим отделением в госпитале инвалидов Великой Отечественной войны на 60 коек (заведующий – Сташкевич Владислав Павлович), кардиологическим отделением в ЛОКБ на 30 коек (заведующий – Никраса Анатолий Иванович) и 16 кардиологическими отделениями в области. В городах развернуто 14 кардиологических отделений, из них в г. Луганске: на базе ГБ № 7 два стационара по 60 коек, инфарктное отделение на 40 коек, отделение интенсивной терапии на 6 коек и по одному в остальных 11 из 14 городов области.

В Брянке и Кировске нет кардиологических отделений. По районам, а их в области 17, развернуто всего 2 кардиологических отделения – в Кременском и Перевальском районах. В Старобельске с 2012 г. кардиологическое отделение объединено с неврологическим отделением и с последующим переименованием в кардионеврологическое отделение на 40 коек. Реально на сельскохозяйственный регион области (2/3 территории и 23 % населения области) приходится всего 2 кардиологических отделения общим количеством коек – 75.

В 2012 г. по области развернуто 920 кардиологических коек, в то время как в 2000 г. их было 1015. По области они распределились следующим образом: 210 коек (22,8 %) в больницах областного подчинения, 605 коек (65,8 %) развернуто в городах области, 105 коек (11 %) в сельских районах. Обеспеченность кардиологическими койками – 4,06 на 10 тыс. населения (в Украине в 2011 г. – 3,6 на 10 тыс.). Средние сроки лечения больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы по области составили 12,5 дня (в 2000 г. – 16,3 дня), максимальные сроки лечения в Попаснянском районе – 24,2 дня, минимальные – в Северодонецке – 9,1 дня (по областным учреждениям – 12,2 дня). Летальность на больничной койке составила 4,4 % (в 2000 г. – 3,8 %). Самая высокая летальность в Свердловске (7,8 %), Краснодоне (7,3 %) и Первомайске (7,3 %).

В стационаре пролечен 3291 больной с инфарктом миокарда (в 2000 г. – 2937 больных из 2917 зарегистрированных), практически каждый больной с прижизненно установленным диагнозом пролечен в стационаре.

Средние сроки лечения больных с инфарктом миокарда – 14,7 дня (в 2000 г. – 19,3 дня). Колебания составили от 22 дней в Троицком районе до 6,2 дня – в Марковском. По городам средние сроки лечения составили 15,1 дня, по районам – 14,2 дня, по областным учреждениям – 13,3 дня. Летальность по области за 2012 г. составила 12,4 % (в 2000 г. – 11,8 %). По городам области летальность достигла 13,0 % (в 2000 г. – 12,7 %), по районам – 13,2 % (в 2000 г. – 9,0 %), в областных учреждениях – 7,3 % (в 2000 г. – 9,2 %).

Еще три года назад кардиологическая помощь Луганской области находилась в архаичном состоянии. В 99 % помощь населению оказывалась консервативными методами в отделениях терапевтического профиля, по стандартам, утвержденным в 90-е годы. Кардиохирургическая помощь существовала номинально. При ежегодной потребности в 5 тыс. операций выполнялось около 60 в год, а интервенционная кардиология отсутствовала в принципе. Исключением было одно направление – имплантация кардиостимуляторов при лечении аритмий.

Единственный выход из сложившейся ситуации был в укреплении материально-технической базы и создании целостной системы оказания медицинской помощи кардиологическим больным. Понимая это и не дожидаясь директив из Киева, руководством области было начато серьезное реформирование здравоохранения, в том числе и кардиологической службы, был организован кардиологический центр, в состав которого вошли три крупных лечебно-профилактических учреждения г. Луганска: областная клиническая больница, областной кардиодиспансер, кардиологический центр Луганской городской больницы № 7. Ощутимо улучшилась материально-техническая база, установлен и запущен в эксплуатацию современный ангиографический аппарат, на базе ОКБ создан центр интервенционной радиологии, где успешно стали проводить первичные чрезкожные коронарные вмешательства, в том числе и у пациентов в период острого инфаркта миокарда.

В 2010 г. в ЛОКБ организовано отделение интервенционной радиологии (заведующий – Шаповалов Николай Анатольевич), а уже через год на конвейер были поставлены коронаро-вентрикулография и стентирование коронарных артерий. В 2011 г. в ЛОКД открыто отделение компьютерной томографии, успешно освоена методика неинвазивной коронароангиографии. В этом же году после реконструкции введено в эксплуатацию отделение интенсивной терапии с экспресс-лабораторией. Эти отделения оснащены самым современным лечебно-диагностическим и лабораторным оборудованием. Весь спектр клинико-биохимических обследований, включая специфические кардиомаркеры, маркеры тромбоемболии легочной артерии, больные получают бесплатно. На базе отделения интенсивной терапии развернут телеметрический консультативно-диагностический центр. За 2012 г. проведено более 150 консультаций.

В 2012 г. в ЛОКБ закончены капитальные ремонты и введены в эксплуатацию новые отделения кардиореанимации и кардиохирургии.

Помимо материально-технической базы в реформировании нуждалась и сама система оказания кардиологической помощи.

Организационно-тактическим прорывом в службе стал 2012 г. К этому времени были успешно освоены методики ургентного стентирования и аортокоронарного шунтирования при остром инфаркте миокарда.

Центр стал работать в режиме ургентности – 24 ч/сут. 7 дней в неделю. В целях более эффективного использования высоких технологий и получения максимального КПД в области был разработан и утвержден Департаментом здравоохранения локальный фармакоинвазивный протокол лечения больных с острой коронарной недостаточностью. В своем роде он является уникальным, ни в одной области Украины нет ничего подобного. Согласно этому протоколу больной, у которого на этапе скорой помощи диагностирован острый инфаркт миокарда, минуя промежуточную госпитализацию, в течение 2 часов транспортируется в центр для ургентного стентирования, если доставка в течение этого времени не возможна, больной госпитализируется в стационар 2-го уровня, где ему проводится тромболитическая терапия.

Этот протокол позволил нам выстроить четкую, определенную последовательность оказания медицинской помощи и перевозки больного на всех трех уровнях начиная с бригады скорой помощи и заканчивая катетеризационной лабораторией или кардиохирургической операционной. Существенно сократилось время с момента обращения пациента до оказания экстренной помощи и вырос охват реперфузионной терапией больных с острым инфарктом миокарда. По Украине он не превышает 23 %, в Луганской области – 47 %. Охват больных до 6 ч – 92 %.

Данная тактика оправдала себя и очень быстро дала ожидаемый результат. За 2012 г. проведено около 687 коронарографий (235 ургентных), 190 из них закончились механической ревазуляризацией, установлено 144 стента при остром инфаркте миокарда. Учитывая тот факт, что в основе протокола лежит фармакоинвазивная стратегия, в области по-прежнему активно используется тромболитическая терапия. В 2011 г. было проведено 503 тромболитических (2-е место по Украине), темпы не снизились и в 2012 г. – 467 (+ 190 механических реперфузий).

Благодаря выбранной тактике и современным технологиям сегодня мы уже имеем первые положительные результаты: летальность от инфаркта миокарда снизилась на 0,9 %; смертность от инфаркта миокарда – на 8,5 %; смертность от ишемической болезни сердца – на 3,6 %. Тем не менее имеющийся потенциал сегодня реализован не более чем на 15–20 %. Потребность только в интервенционных методах по области составляет около 6000/год. Цифры госпитальной летальности при различных подходах говорят сами за себя. Поэтому при должной организации оказания медицинской помощи можно добиться еще лучших результатов. Несмотря на достигнутое, остается еще масса нерешенных проблем. Одна из них – высокий уровень заболеваемости и смертности от инсульта. Традиционно Луганская область по этому показателю занимала лидирующее место по Украине. В 2000 г. показатель заболеваемости инсультом превышал среднеукраинский почти в 2 раза (550,1 на 100 тыс. при 307,6 на 100 тыс. в Украине). Сегодня нам удалось стабилизировать его и приблизить к среднему по стране.

Вторая проблема – это лечение хронической ишемической болезни сердца и нарушений ритма. Луганская область – одна из немногих, где до сих пор не внедрены методики электрофизиологических исследований и катетерной абляции в лечение тахикардий. Но на сегодняшний день необходимое оборудование уже закуплено и есть все предпосылки в ближайшее время заполнить этот пробел.

Необходимо активнее использовать возможности телемедицины, в частности телеметрической системы ЮНЕТ, как на этапе скорой помощи, так и в лечебно-профилактических учреждениях 1-го и 2-го уровня оказания медицинской помощи.

Остается актуальным создание межрайонных кардиологических центров.

Для более полного охвата населения области интервенционными методами лечения и диагностики необходимо открытие второго центра интервенционной радиологии на базе ЛОКБ.

В бесіде с губернатором Луганщини Пристюком Владимиром Николаевичем доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник НИЦ «Институт кардиологии им. академика Н.Д. Стражеско» НАМН Украины (г. Киев) Соколов Максим Юрьевич высоко оценил усилия областной власти по выведению региональной медицины на качественно новый современный уровень. По его словам, Луганская область сейчас является одной из самых динамично развивающихся здравоохранение и в частности кардиологическую помощь. Соколов М.Ю. сказал: «Я не в первый раз на Луганщине и могу сказать, что у вас кардинально изменена система лечения инфарктов. Успешное освоение самых передовых жизнеспасательных методов лечения, таких как стентирование, соответствует современному европейскому уровню. Новые технологии, оборудование и уже приобретенный опыт врачей вместе с одной из самых лучших организаций медицинского процесса выделяют Луганщину среди других регионов».

УДК 616.31(09)

О.И. Резник

Запорожский государственный медицинский университет

НЕКОТОРЫЕ ФАКТЫ ИСТОРИИ РАЗВИТИЯ ЗУБОВРАЧЕВАНИЯ

Медицина начала развиваться еще в доисторические времена. О развитии науки мы впервые узнаем из работ Гомера [1, 2]. Зачатки научных знаний о природе возникли у народов Древнего Востока за несколько тысячелетий до нашей эры. Все учения древнегреческих врачей легли в основу современной медицины. Бурно начали развиваться такие науки, как психология, философия, биология, не говоря о точных науках. Это сопровождалось накоплением знаний в области медицины человека, которые использовались многими членами первобытной общины. Зубные болезни упоминаются в знаменитом древнеегипетском медицинском трактате, известном как папирус Эберса (по имени немецкого египтолога и писателя Георга Эберса, который его опубликовал в 1875 году). Он был написан не позднее 1550 года до новой эры, в самом конце эпохи Среднего Царства. Скорее всего, трактат был частично скопирован с более раннего руководства по медицине, составленного еще в первой половине III тысячелетия до нашей эры. Папирус Эберса содержит свыше 900 рецептов снадобий для лечения заболеваний и расстройств пищеварения, сердца, органов дыхания, слуха и зрения. Среди них можно найти одиннадцать прописей паст и мазей, которые использовались при болезнях зубов и десен. Египетские медики полагали, что эти составы обладают способностью снимать зубную боль, уменьшать воспаление десен, оздоравливать полость рта и предотвращать расшатывание зубов [6–8]. Можно не сомневаться, что древние египтяне весьма нуждались в услугах дантистов. Исследование мумий показало, что многие жители страны фараонов страдали воспалениями надкостницы, кариесом и поражениями десен. Около десятка заболеваний полости рта и способов их лечения описано и в китайских медицинских манускриптах, возраст которых составляет около 3 тыс. лет. Самым выдающимся медиком того времени стал Гиппократ. Его труды применяются в медицине и по сегодняшний день. Свидетельством этого является знаменитая клятва, символизирующая врачебную этику. История развития стоматологии (зубоврачевания) берет свое начало еще с античного мира, Древней Греции, о чем сохранилось множество трудов известных мыслителей, философов, античных медиков. Эти собрания интересны и ценны первыми наблюдениями и заключениями, связанными с клиникой зубных болезней и болезней полости рта [7, 9].

Первые попытки выделить оказание помощи и лечение заболеваний зубочелюстной системы в самостоятельный раздел врачевания (начало специализации, выделение зубоврачевания из структуры знаний и практики общей медицины) отмечались за 3–5 тыс. лет до н. э. (Индия, Египет) [3]. Разумеется, первобытный человек, не имея подлинных знаний о характере повреждений зубов, причины болезней и смерти видел в сверхъестественных силах. На этой основе возникло знахарство. В своей практике лечения знахари использовали, с одной стороны, некоторые рациональные приемы ухода за больными, целебные свойства многих растений, а с другой – религиозные обряды и ритуалы. Для лечения зубов прибегали ко всевозможным заклинаниям и заговорам, служившим методами борьбы со злыми духами, которые, по представлениям древних, и вызывали болезни. Однако зачастую лечение сводилось к тому, что поврежденный зуб просто удаляли. Позднее, уже в III в. до н. э., народы Месопотамии и

© *О.И. Резник, 2013*

стран Древнего Востока имели представления о заболеваниях зубов и десен, о лекарственных средствах, применяемых при их лечении [4]. А в Древнем Египте в тот же период уже стали появляться первые врачи, которые специализировались на лечении зубных болезней. Из древнеассирийских и древнеавиловских клинописей известно, что врачи умели определять болезни органов полости рта по изменению цвета языка и десен [10–12]. Найденный в Ассирии текст медицинского содержания включал 16 рецептов приготовления смесей для чистки зубов, против их расшатывания и от так называемого «зубного червя», которого считали возбудителем кариеса. Интересно, что в Древнем Вавилоне выбитый зуб оценивался невероятно дорого: виновный выплачивал штраф до 167 г серебра. Потому неудивительно, что удалению зубов предпочитали лечение их болезней.

В Древней Греции лечение зубных болей осуществлялось жрецами асклепионов – центров жреческой медицины. Лечение состояло в том, что человек с больным зубом сначала обогащал свой духовный мир, отдыхал и лишь после того жрец при помощи снотворных и специальных смесей вводил больного в состояние полубреда и проводил различные манипуляции и лечебные действия. Существенный вклад в развитие зубо врачевания в античности внес Гиппократ. Его труды «О прорезывании зубов», «О болезнях», «Эпидемии» содержат описания болезней зубов и даже их лечения. Хотя ни один из его трудов и не был полностью посвящен стоматологии, его подход принципиально отличался от того, которого придерживались в асклепионах и был ближе к современной стоматологии. Любопытно, что задолго до появления генетики Гиппократ высказал гипотезу о болезнях зубов как о результате естественной предрасположенности или унаследованной слабости. Гиппократ уделял внимание и проблемам вывихов челюсти и методам их вправления, что вполне можно отнести к разделу хирургической стоматологии. В книге «О суставах» Гиппократ пытался объяснить причины вывиха челюсти. Таким образом, труды Гиппократа уже 25 веков являются источником медицинских знаний для многих поколений врачей. Изучив ряд сочинений Гиппократа, мы можем утверждать, что они и сейчас продолжают изумлять своей простотой и систематизированностью. Именно ссылки Гиппократа на болезни зубов и их лечение можно считать той основой, которая оказала влияние на развитие стоматологии в последующие века [13–15].

В Древнем Риме долгое время лечили народными средствами: кореньями и травами, отварами и настоями, часто совмещая это с магией и наговорами. Зубо врачеванием и даже протезированием занимались цирюльники и ювелиры [5].

Новый этап в истории зубо врачевания начался в I в. н. э., когда Архиген, врач императора Траяна, одним из первых просверлил полость зуба в лечебных целях, хотя проведенное им лечение стало единственной в тот период попыткой лечения зубов с использованием специального инструмента. Событие, заслуживающее особого внимания, произошло в 249 г. н. э. Язычники публично пытали дочь александрийского чиновника, принявшую христианство – Аполлонию. При этом ей поочередно удаляли зубы, дробили челюсти, пока она не согласилась отречься от веры, понимая, что смерть неизбежна. Женщину освободили от пут, но вместо того чтобы произнести ожидаемые слова, она бросилась в костер и сгорела заживо. Позднее церковь возвела Аполлонию в ранг святой мученицы. С тех пор она является покровительницей всех страдающих зубной болью, а с начала XX века – и покровительницей врачей-стоматологов [16].

Эпоха раннего Средневековья определила первые признаки профессионального ухода за полостью рта: Павел Эгинский (VII в.) предложил зубные камни удалять с помощью долота и других инструментов. Он же говорил о необходимости чистки зубов после еды, подчеркивая, что частички пищи на зубах оставляют налет. А его современник китайский ученый Су Кунг уже в 659 году писал о заполнении зуба расплавленным серебром в лечебных целях. Однако этот рецепт был вскоре забыт [5].

Интересно, что кариес в средневековой Европе считался признаком достатка. Здоровыми зубами чаще обладали бедняки, питавшиеся грубой пищей, а для аристократа неприличным было иметь нетронутые кариесом зубы. Те из дворян, у которых были белые ровные зубы,

старались улыбаться реже. Хотя уже в то время задумывались о безболезненных способах лечения. Впрочем многие из них, по современным представлениям, были весьма сомнительными. Один из старинных русских методов зубо врачевания заключался в том, что нужно подойти к рябине и несколько раз погрызть ее ствол или ветки, приговаривая: «Рябина-рябина, вылечи мои зубы, а коль не вылечишь – всю изгрызу». Когда же домашние средства не приносили желаемых результатов, прибегали к услугам врачей. Впрочем такое лечение тоже не сулило избавления от недуга: применяли «жесткие» методы – зуб прижигали каленым железом – до самого корня. При этом никаких обезболивающих инъекций тогда, разумеется, не было. Известны лишь некоторые существовавшие способы обезболивания. К примеру, для этих целей широко применялся алкоголь. Также распространен был «метод общего обезболивания» посредством удара тяжелым предметом по голове. В результате больной терял сознание и становился безучастным к манипуляциям врача. Если же ни алкоголя, ни прочих одурманивающих средств не было, пациент при лечении зубов от боли часто терял сознание [17]. Еще в IX в. арабский врач Мухаммед аль Рашид рекомендовал применять от зубной боли мышьяк, способный убивать зубной нерв, и тем самым избавлять от страданий. Лишь только в Средние века паста с мышьяком стала широко применяться и в Европе.

В русских средневековых рукописных книгах по медицине (лечебниках и травниках – первой русской «Фармакопее», составленной Д. Гурчиным и А. Холмогоровым) болезням зубов и десен также уделялось значительное внимание. Народные врачеватели зубов (зубоволоки) широко использовали лекарственные средства растительного происхождения (камфора, настои трав, припарки из семян), укрепляли зубы проволочными «шинами», умели накладывать пломбы на «чреваточины» в зубах [18].

Новое время (XVI–XVII вв.) ознаменовалось постепенным выделением зубо врачевания в самостоятельную отрасль практической медицины. В этот период разработано много новых методов в зубном протезировании. Известный хирург Амбруаз Паре подробно описал технику удаления зубов, операции при пульпите и реплантации зубов, а также разработал новые инструменты для удаления и лечения зубов. В России зубо врачевание начало интенсивно развиваться в период реформ Петра I. Он в 1710 году впервые ввел звание «зубной врач» в официальный оборот. Сам же Петр I умело проводил ряд хирургических операций, в том числе и по удалению зубов. В Санкт-Петербурге хранится коллекция из 73 зубов, удаленных императором лично. Причем, хотя большинство из них относится к группе трудноудаляемых, переломов не отмечено, что говорит о хорошем знании анатомии и владении техникой удаления зубов. В 1718 году Петром I была открыта «инструментальная изба» для изготовления хирургических инструментов, в настоящее время эти инструменты хранятся в Эрмитаже. Вначале в России готовили кадры среднего медицинского персонала – фельдшеров, которые обучались в фельдшерских школах. Они получали знания по анатомо-физиологическим особенностям зубочелюстной системы, осваивали элементы зубо врачевной практики по оказанию помощи при вывихе нижней челюсти, переломах челюстей, при зубной боли и удалении зубов. После открытия Московского университета (1755), основателями которого были М.В. Ломоносов и граф И.И. Шувалов, зубо врачевную помощь помимо фельдшеров стали оказывать лекари. Они получили медицинское образование в университете, специальной сдачи экзамена для занятий зубо врачеванием от них не требовалось [19, 20].

Как самостоятельная область медицины зубо врачевание выделилось лишь в конце XVII – начале XVIII века. В значительной степени этому способствовала деятельность французского хирурга Пьера Фошара (1678–1761). Он прошел путь от цирюльника до хирурга и приобрел широкую популярность как частнопрактикующий зубной врач. П. Фошар описал около 130 заболеваний зубов и болезней ротовой полости, изучал причины их возникновения и особенности течения. На основе своих исследований он составил одну из первых классификаций болезней зубов. Его капитальный труд «Зубная хирургия, или лечение зубов» (1728) явился первым руководством, в котором систематизировались научные и практические знания по зубо врачеванию. П. Фошар внес также существенный вклад в зубо протезирование: он

усовершенствовал небные obturatory, применил колпачки из золота и фарфоровое покрытие для искусственных зубов; ему принадлежит идея использования специальных пружин для удержания во рту полных съемных зубных протезов. Он занимался исправлением дефектов неправильного роста зубов и челюстей и по праву считается основателем ортодонтии – раздела ортопедической стоматологии [21].

Следующим обзорным этапом в истории развития стоматологии принято считать XIX в. XIX столетие проходило под знаменем развития хирургии, во время которого трудились Н.И. Пирогов, П.А. Загорский, И.В. Буяльский и многие другие выдающиеся медики и ученые. Хирурги XIX в. уже проводили сложнейшие операции в челюстно-лицевой области. Именно в этот период во время сложнейших хирургических операций был открыт наркоз, улучшены хирургические инструменты, в том числе и стоматологические. Лечение зубов, наряду с зубными врачами, в тот период занимались также цирюльники и лекари, которые были выпускниками медико-хирургических академий и специализированных университетов. В этот же период впервые упоминается звание «зубного лекаря». И вот уже в конце XIX столетия благодаря усилиям «зубных лекарей», хирургов, практикующих операциями на челюстно-лицевой области, в истории развития стоматологии свершилось великое знаменательное событие – зубопротезирование выделилось в самостоятельный отдельный раздел медицины, основанный на всех известных на тот момент достижениях в других областях. В этот период в России открываются первые специализированные частные стоматологические школы, выпускникам которых вручался диплом с указанием уже нового звания – «зубного врача». Кроме «зубных врачей» зубопротезированием продолжали заниматься цирюльники (обучавшиеся профессии путем собственного ученичества) и лекари (выпускники медико-хирургических академий и университетов). Зубопротезированием в этот период занимались дантисты, зубные врачи, окончившие зубопротезные школы, ибо согласно закону, «всякий, желающий посвятить себя зубопротезной деятельности, должен выучиться не только лечению зубов, их пломбированию, но и протезированию» [22, 23].

Кроме открытия школ, вторая половина XIX в. особенно создана научными медицинскими сообществами, среди которых было немало стоматологических, в частности одонтологических. Также организовывались съезды и созовы, во время которых обсуждались актуальные проблемы стоматологии: проблемы одонтологического образования, проблемы подготовки квалифицированных кадров, пути создания специализированных периодических печатных одонтологических журналов и газет. Среди инициаторов подобных мероприятий всемирно известные имена Н.В. Склифосовский, И.М. Коварский, А.К. Лимберг (который стал первым профессором, затронувшим и посвятившим научные труды детской стоматологии и путям ее развития, а также изучению, лечению и профилактике наиболее распространенного зубного заболевания – кариеса) [24].

Итак, несмотря на тысячелетнюю историю, только в конце XIX в. зубопротезирование стало оформляться как самостоятельная медицинская дисциплина, выделившаяся из хирургии. Благодаря бурному развитию естественных наук появляются новые направления в медицине, базирующиеся на открытиях в области физиологии и экспериментальных исследованиях. Разработка асептики и антисептики, наркоза стала толчком к развитию хирургии, а стало быть, и зубопротезирования. В дальнейшем организация зубопротезных обществ, проведение съездов, появление периодических и научных изданий, открытие одонтологических доцентур и кафедр – все это способствовало развитию научного зубопротезирования.

Список литературы

1. *Мирский М. Б.* Хирургия от древности до современности. Очерки истории / М. Б. Мирский. – М. : Наука, 2000. – 798 с.
2. *Алексеев В. П.* История первобытного общества / В. П. Алексеев, А. И. Першиц. – [5-е изд., испр.]. – М. : Высшая школа, 1999. – С. 94, 134–138.

3. *Сорокина Т. С.* Атлас истории медицины: Первобытное общество. Древний мир / Т. С. Сорокина. – [2-е изд., переработ. и дополн.]. – М. : Изд-во УДН, 1987. – 170 с.
4. *Сорокина Т. С.* Атлас истории медицины: Новое время (1640–1917) / Т. С. Сорокина. – М. : Изд-во УДН, 1987. – 160 с.
5. *Сорокина Т. С.* История медицины : учебник для студ. мед. вузов РФ / Т. С. Сорокина. – [2-е изд., переработ. и дополн.]. – М. : ПАИМС, 1994. – 384 с.
6. *Жуковский Л. И.* Выдающиеся имена в мировой медицине / [Л. И. Жуковский, В. Я. Коган] ; под ред. проф. А. А. Грандо. – К. : РИА «Триумф», 2002. – 495 с.
7. *Лихвар В. Д.* Культурология / В. Д. Лихвар, Д. Е. Погорелый, Е. А. Подольская. – М. : Эксмо, 2008. – 416 с.
8. *Моисеева Н. А.* Культурология. История мировой культуры / Н. А. Моисеева. – СПб. : Питер, 2008. – 256 с.
9. *Дауге П. Г.* К вопросу о едином зубо врачебном образовании / П. Г. Дауге // Вопросы здравоохранения. – 1929. – № 8. – С. 10–15.
10. *Козлов А. М.* Гиппократ и морально-этические проблемы медицины / А. М. Козлов, И. И. Косарев. – М. : ГИИ, 1983. – 84 с.
11. *Кузнецов В. И.* Древний Китай / В. И. Кузнецов. – М., 1997. – 168 с.
12. *Чернышев А. Г.* Древний Египет / А. Г. Чернышев. – М.–Л., 1996.
13. *Гиппократ.* Сочинения / [Гиппократ] ; пер. В. И. Руднева, ком. В. П. Карпова. – М. : Сварог, 1994. – 736 с.
14. *Вольский С. Ф.* Об Гиппократе и его учении / С. Ф. Вольский. – СПб., 1940. – 251 с.
15. *Гиппократ.* Клятва / Гиппократ // Этика и общая медицина. – СПб. : Азбука, 2001. – С. 45–46.
16. Энциклопедический словарь Ф. А. Брокгауза и И. А. Ефрона : в 86 т. – СПб. : Брокгауз–Ефрон, 1890–1907.
17. *Богород Р. М.* К истории зубо врачевания в России / Р. М. Богород // Практическое зубо врачевание. – 1913. – № 7. – С. 182–184.
18. История медицины / [Заблудовский П. Е., Крючок Г. Р., Кузьмин М. К., Левит М. М.]. – М. : Медицина, 1981. – 351 с.
19. *Мультиановский М. П.* История медицины / М. П. Мультиановский. – [изд. 2-е, перераб. и доп.]. – М. : Медицина, 1967. – 271 с.
20. *Попов С. С.* История мировой стоматологии: мифы, легенды, реальность / С. С. Попов. – Омск : ГУИПП «Омский дом печати», 2000. – 288 с.
21. *Коварский М. О.* Пьер Фошар (1690–1762) (Забытый юбилей) / М. О. Коварский // Стоматология. – 1929. – № 4. – С. 58–64.
22. *Леви Д.* Руководство к зубо врачебной науке / Д. Леви. – СПб. : Изд. К. Риккера, 1882. – 137 с.
23. *Левицкий А. П.* Материалы к истории зубо врачевания в России / А. П. Левицкий // Одонтологическое обозрение. – 1899. – № 1, 3, 8, 9. – 1900. – № 1, 2, 3.
24. *Хачатурян В. М.* История мировых цивилизаций с древнейших времен до конца XX века / [В. М. Хачатурян] ; под ред. В. И. Уколовой. – [3-е изд., испр. и доп.]. – М. : Дрофа, 1999. – 512 с.

ЕКОНОМІКА СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

УДК 614.212:616.1/4:519.22/.25

Н.Р. Готь

Львівська обласна клінічна лікарня

ОЦІНКА ТА ОПТИМІЗАЦІЯ ДІЯЛЬНОСТІ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ СЛУЖБИ КЛІНІЧНОЇ ЛІКАРНІ ОБЛАСНОГО ПІДПОРЯДКУВАННЯ

З метою оцінки основних показників роботи терапевтичної служби клінічної лікарні обласного підпорядкування та оптимізації її діяльності проведено статистичний аналіз звітності структурних підрозділів Львівської обласної клінічної лікарні за період з 2009 по 2011 рік, а саме: ревматологічного, терапевтичного, нефрологічного та профпатологічного відділень. Оцінено стан проблеми на сьогоднішній день та визначено шляхи покращання ефективності роботи даної служби.

Ключові слова: *терапевтична служба, клінічна лікарня обласного підпорядкування, оптимізація діяльності.*

На сучасному етапі розвитку перед національною системою охорони здоров'я стоїть завдання забезпечення населення високоякісною медичною допомогою. Соціальна політика держави в цій галузі спрямована на реформування всієї системи охорони здоров'я, вдосконалення організації роботи та управління її установами й закладами, впровадження в практику прогресивних технологій та зміцнення матеріально-технічної бази [1, 2].

Покращання якості медичної допомоги та підвищення її ефективності є одним з основних критеріїв кінцевого результату діяльності в системі охорони здоров'я. Актуальність даної проблеми наголошено «Хартією про реформування охорони здоров'я» на конференції міністрів охорони здоров'я (Люблін, 1996) [3], у постанові Кабінету Міністрів України від 17.02.10 № 208 «Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я» [4], у Законі України від 07.07.11 № 3612-VI «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» [5]. Основні напрями реформування системи

охорони здоров'я ввійшли до Програми економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентноспроможна економіка, ефективна держава» (блок «Рейформа медичного обслуговування») [6]. Проте концепція цього питання розроблена недостатньо.

Саме тому ми вирішили простежити динаміку та дати оцінку основним показникам роботи терапевтичної служби клінічної лікарні обласного підпорядкування та розробити шляхи оптимізації її ефективної діяльності.

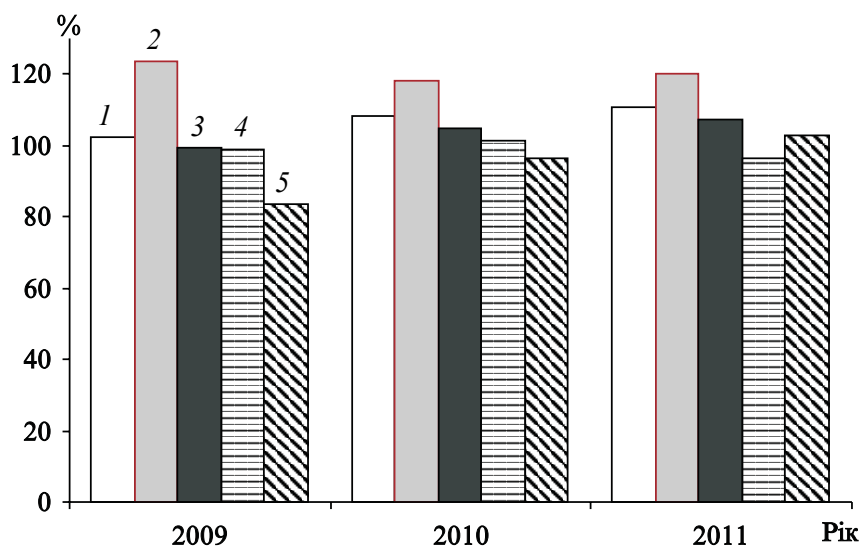
Матеріал і методи. Проведено статистичний аналіз звітності структурних підрозділів терапевтичної служби Львівської обласної клінічної лікарні за період з 2009 по 2011 рік, а саме: ревматологічного, терапевтичного, нефрологічного та профпатологічного відділень. Частка ліжок терапевтичного профілю у загальному ліжковому фонді лікарні становить 25,5 %.

Отримані в результаті досліджень цифрові дані обробляли за допомогою прикладних програм «Microsoft Office Excel 2007» та «StatSoft Statistica 6.0».

© *Н.Р. Готь*, 2013

Результати та їх обговорення. При проведенні аналізу загальних показників виконання плану ліжко-днів виявлено перевиконання даного показника в усіх відділеннях терапевтичного профілю, крім гастроентерологічного. Так, у ревматологічному відділенні цей показник у 2011 році збільшився на 8,2 % у порівнянні з таким у 2009 році і становив 110,6 % (рисунок). У терапевтичному відді-

ду порушує оптимальний лікувально-охоронний режим клінічної лікарні, що, ймовірно, зумовлено недосконалістю системи відбору та плановості госпіталізації пацієнтів. Адже відомо, що в Україні самостійно звертаються до лікарів-спеціалістів майже третина (29,5 %), до стаціонарів – 16,9 % пацієнтів. У результаті рівень обслуговування у 65,9 % випадків не відповідає тяжкості стану пацієн-



Динаміка показників виконання плану ліжко-днів відділень терапевтичного профілю клінічної лікарні обласного підпорядкування у період з 2009 по 2011 рік:

1 – ревматологічне; 2 – терапевтичне; 3 – нефрологічне;
4 – гастроентерологічне; 5 – профпатологічне відділення

ленні виконання плану ліжко-днів було високим увесь досліджуваний період і становило у 2009, 2010 та 2011 роках відповідно 123,7; 118,2 та 120,1 %. У роботі нефрологічного підрозділу відмічається наступна динаміка: план ліжко-дня збільшено із 99,6 % у 2009 році до 104,8 % у 2010 році та 107,1 % – у 2011-му. Крім того, виявлено виконання даного показника у профпатологічному відділенні у 2011 році (102,8 %) відносно показників попередніх років. Проте у роботі гастроентерологічного відділення констатовано тенденцію до зниження та невиконання плану ліжко-днів: 99,1 % – у 2009 році, 101,5 % – у 2010 році та найнижчий показник – 96,4 % – у 2011 році.

Перевиконання плану у 2011 році зумовило роботу ліжка терапевтичного відділення протягом 416,9 дня, а ревматологічного і нефрологічного – 384,0 і 369,4 дня відповідно (табл. 1). Таке використання ліжкового фон-

тів та перебігу захворювання, у 43,2 % – надання медичної допомоги відбувається на більш високих, ніж необхідно, рівнях [2].

У період з 2009 по 2011 рік відмічено тенденцію до зменшення середнього терміну перебування пацієнтів на госпітальному ліжку як показника інтенсивності лікування у ревматологічному та терапевтичному відділеннях (табл. 1). Найнижчим даний показник виявився у терапевтичному підрозділі і становив 10,4 дня у 2011 році. У ревматологічному відділенні простежено динаміку до його зменшення на 0,4 дня у порівнянні з показником у 2009 році. В інших відділеннях встановлено тенденцію до збільшення середнього терміну перебування пацієнтів у стаціонарі з найвищим показником у профпатології (14,5 ліжко-дня). Наукові та технологічні досягнення у секторі охорони здоров'я паралельно з підвищенням стандартів життя, освітніми та економічними новаціями дають

Таблиця 1. Показники роботи терапевтичної служби клінічної лікарні обласного підпорядкування з 2009 по 2011 рік

Відділення	Рік	Робота ліжок, дні	Середнє перебування пацієнтів на ліжку, ліжко-дні	Обіг ліжка, рази	Проліковано хворих, абс.
Ревматологічне	2009	355,3	11,5	31,0	1195
	2010	376,2	11,8	31,8	1239
	2011	384,0	11,1	34,6	1354
Терапевтичне	2009	429,3	10,5	41,0	1136
	2010	410,1	10,5	39,2	1081
	2011	416,9	10,4	40,3	1113
Нефрологічне	2009	343,7	13,1	26,3	745
	2010	361,4	13,5	26,8	774
	2011	369,4	13,2	27,9	779
Гастроентерологічне	2009	344,0	12,3	27,9	1065
	2010	352,2	12,6	27,9	1078
	2011	334,5	12,5	26,8	1043
Профпатологічне	2009	265,5	12,8	20,8	1210
	2010	335,1	15,1	22,2	1301
	2011	356,8	14,5	24,7	1458

зможу для більшості хворих, які раніше потребували тривалих стаціонарних послуг, значно скоротити термін стаціонарного лікування [6]. Так, 36 % пацієнтів, госпіталізованих в обласні лікарні для надання їм третинної медичної допомоги, фактично потребували вторинної допомоги. Їх лікування у лікарнях обласного підпорядкування через устаткування закладів більш складним оснащенням має більшу вартість, ніж лікування в міських або районних лікарнях [7].

Проведено додатковий аналіз роботи відділень терапевтичного профілю за нозологічними одиницями пролікованих пацієнтів. У ревматологічному відділенні спеціалізована медична допомога надається хворим із дифузними захворюваннями сполучної тканини, системними васкулітами, захворюваннями опорно-рухового апарату. Частка пацієнтів із ревматоїдним артритом була найвагомішою у структурі всіх пацієнтів із захворюваннями кістково-м'язової системи і становила 43,1 % у 2011 році. Частка хворих працездатного віку, які лікувалися у цьому відділенні у 2011 році, становила 68,8 %, з них третина – віком до 35 років. У роботі підрозділу широко використовуються новітні методи лабораторної діагностики із застосуванням імунологічних і серологічних методик.

Вивчивши структуру патологій, з приводу яких у 2011 році проводилась госпіталізація у терапевтичне відділення, ми констатували той факт, що хвороби системи кровообігу становили 66,8 %, захворювання органів дихальної системи – 21,1 % (з них пневмонії – 60,0 %). Вагому та важливу частку у структурі захворюваності пацієнтів терапевтичного відділення займає ендокринологічна патологія (3,6 %), а саме лікування ускладнень цукрового діабету (2 % від загальної кількості пролікованих хворих).

При аналізі нозологічної структури пролікованих пацієнтів нефрологічного профілю у 2011 році встановлено, що частка пацієнтів із захворюваннями сечостатевої системи становила 82,2 %, із них з гострим і хронічним пієлонефритом – 42,0 %, гломерулярним ураженням нирок – 35,7 %. Окрему ланку становлять пацієнти з діабетичною нефропатією, госпіталізація яких збільшилась у 1,25 разу: з 5,6 % у 2010 році до 7,0 % – у 2011-му. Крім того, у 2011 році у відділенні верифіковано вроджені вади нирок у 3,8 %, захворювання сполучної тканини у 1,7 %, захворювання системи кровообігу у 2,7 %.

У гастроентерологічному відділенні у 2011 році спеціалізована медична допомога надавалась 95,0 % хворих із хворобами орга-

нів травлення, з них із захворюваннями шлунка та 12-палої кишки – 12,0 %, із захворюваннями гепатобіліарної системи – 53 %. Також проліковано 1,5 % пацієнтів із ендокринологічною патологією та у 1,2 % діагностовано злоякісні новоутворення.

Частка хворих профпатологічного відділення, які у 2011 році потребували встановлення та уточнення професійного захворювання, первинно становила 59,5 %, що на 5,4 % менше, ніж у 2010 році. За результатами клініко-діагностичних обстежень, а також експертизи, частка осіб, яким встановлено професійне захворювання, була практично однаковою у 2010 і 2011 роках – 46,7 і 46,4 % відповідно. Найчастіше реєструвались хвороби дихальної системи (76,7 %) та захворювання опорно-рухового апарату. Решту пацієнтів, яким проведено експертизу, взято на диспансерне спостереження з підозрою на професійне захворювання.

Одним із показників, які характеризують якість діагностики і лікування, є смертність. Загалом, позитивну динаміку зниження летальності з 2009 по 2011 рік виявлено у терапевтичному та нефрологічному відділеннях: з 1,06 до 0,72 % і з 0,90 до 0,13 % відповідно (табл. 2). У ревматологічному відділенні

Таблиця 2. Динаміка показників летальності хворих у відділеннях терапевтичного профілю клінічної лікарні обласного підпорядкування у період з 2009 по 2011 рік, %

Відділення	Рік		
	2009	2010	2011
Профпатологічне	0,75	0,37	0,74
Гастроентерологічне	0,75	0,37	0,77
Нефрологічне	0,90	0,13	0,13
Терапевтичне	1,06	0,93	0,72
Ревматологічне	0,08	0,32	0,15

Список літератури

1. Людський ресурс – важливий резерв підвищення якості медичної допомоги / В. Г. Гінзбург, Т. М. Полішко, О. В. Лугова [та ін.] // Запорозький медичний журнал. – 2011. – № 2. – С. 68–72.
2. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – № 1. – С. 5–23.

ні смертність знизилась у 2 рази у порівнянні з показником 2010 року (0,15 %), проте цей пока зник виявився на 46,7 % вищим, ніж у 2009 році. Встановлено збільшення летальності у гастроентерологічному та профпатологічному відділеннях до однакового рівня (0,77 %).

Таким чином, у дослідженні оцінено стан терапевтичної служби клінічної лікарні обласного підпорядкування та визначено шляхи оптимізації її ефективної подальшої діяльності.

Висновки

1. Оптимізація лікувально-діагностичного процесу шляхом використання сучасних технологій забезпечить медичну, соціальну та економічну ефективність медичної допомоги.

2. Управління діяльністю обласної лікарні включає систему фінансування, систему контролю, управління якістю лікувально-діагностичного процесу, а також амбулаторну та консультативну допомогу із залученням фахівців медичного університету.

3. З метою ефективного, раціонального використання, розвитку матеріально-технічної бази та кадрового забезпечення закладу необхідне удосконалення управління на основі впровадження у діяльність клінічної лікарні нових інформаційно-аналітичних технологій і системи індикаторів якості роботи та контролю за забезпеченням адекватного лікувально-діагностичного процесу терапевтичного підрозділу.

Перспективність дослідження. Розвиток науково-клінічної бази лікарні та розширення фінансування наукової діяльності її підрозділів у пріоритетних напрямках забезпечить покращання роботи терапевтичної служби клінічної лікарні обласного підпорядкування.

3. Болотіна Н. Б. Медичне право як навчальна дисципліна в Україні та зарубіжних країнах / Н. Б. Болотіна // Юридична наука. – 2012. – № 5. – С. 7–16.
4. Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я : Постанова Кабінету Міністрів України від 17.02.10 № 208 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : zakon.nau.ua/doc/.
5. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві : Закон України від 07.07.11 № 3612–VI // Відомості Верховної Ради України. – 2012. – № 12–13. – С. 81.
6. Програма економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентноспроможна економіка, ефективна держава» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.president.gov.ua/content/ker-program.html>.
7. Ярош Н. П. Наукове обґрунтування ролі та місця обласної лікарні в системі охорони здоров'я на сучасному етапі реформування сектора : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.02.03 «Соціальна медицина» / Н. П. Ярош. – К., 2001. – 19 с.

Н.Р. Готь

ОЦЕНКА И ОПТИМИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ОБЛАСТНОГО ПОДЧИНЕНИЯ

В целях оценки основных показателей работы терапевтической службы клинической больницы областного подчинения и оптимизации ее деятельности проведен статистический анализ отчетности структурных подразделений Львовской областной клинической больницы в период с 2009 по 2011 год, а именно: ревматологического, терапевтического, нефрологического и профпатологического отделений. Оценено состояние проблемы на сегодняшний день и определены пути повышения эффективности работы данной службы.

Ключевые слова: *терапевтическая служба, больница областного подчинения, оптимизация деятельности.*

N.R. Got

EVALUATION AND OPTIMIZATION OF THE ACTIVITY OF THE THERAPEUTIC SERVICES CLINICAL HOSPITAL OF REGIONAL SUBORDINATION

In order to evaluate the basic performance of therapeutic service clinical hospital of regional subordination and optimize its operations conducted statistical analysis reporting structural units of Lviv regional clinical hospital during the period from 2009 to 2011, namely rheumatological, therapeutic, nephrological and occupational pathologic departments. The state of the problem for today is assessed and ways to improve the efficiency of the service are determined.

Key words: *therapeutic service, clinical hospital of regional subordination, optimization of work.*

УДК 338.2:614

*Т.М. Камінська**Національний юридичний університет ім. Ярослава Мудрого, м. Харків***ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
В ПОСТІНДУСТРІАЛЬНІЙ ЕКОНОМІЦІ**

Досліджено основні тенденції розвитку охорони здоров'я в постіндустріальному світі і фактори, які впливають на їх формування. Проаналізовано складності реформ в Україні та шляхи скорочення тіньової економіки.

Ключові слова: *постіндустріальна економіка, охорона здоров'я, тіньова економіка.*

Міцне здоров'я створює передумови для якісного і стабільного відтворення людського капіталу та активної економічної самореалізації індивіда. Це дуже важливо в умовах постіндустріальної економіки, коли зростає виробництво нематеріального продукту та інтелектуальних послуг, а роль людини стає вирішальною. Щорічно експерти ООН ранжують країни світу за індексом розвитку людського потенціалу. У 2012 р. він коливався від 0,955 у Норвегії до 0,740 в Україні та 0,304 у Нігері [1]. Проте його складовою є очікувана тривалість життя людей, яка залежить від стану громадського здоров'я. Високий рівень захворюваності в Україні спонукає вітчизняних учених і менеджерів детально вивчати досвід розвинених країн.

Дослідження та узагальнення істотних, найбільш повторюваних і якісно відмінних тенденцій розвитку охорони здоров'я в розвинених країнах передбачає використання наукових методів аналізу, синтезу, дедукції та індукції, співвідношення кількісних і якісних змін, а також методу наукової абстракції. Виявлення цих тенденцій дозволяє визначити орієнтири та коридор можливостей для реформ в Україні, поєднати на практиці зарубіжний досвід з національними особливостями системи охорони здоров'я.

Магістральним вектором і визначальною тенденцією розвитку охорони здоров'я у постіндустріальних країнах є неухильне зростання ролі держави. Воно обумовлено

суттєвим підвищенням ролі соціальних чинників економічного розвитку, глобальним зростанням середніх витрат медичного обслуговування під впливом дорогих новітніх технологій, старінням населення та появою нових хвороб (держава ефективніше контролює зростання цін, ніж ринок приватних послуг), а також зростанням доходів населення у багатьох країнах. Розвиток громадянського суспільства, якому сприяє правова держава, забезпечує високу частку громадських організацій у наданні медичних послуг, соціальну відповідальність бізнесу, а також контракти муніципалітетів з приватними фірмами.

Ці теоретичні висновки підтверджує світова статистика. Наприклад, за даними ОЕСР, державні витрати на медицину на душу населення зросли у 1981–2010 рр. (у дол. за ПКС) у Німеччині – з 870,9 до 3331,0 дол.; у Канаді – з 678,5 до 3081,1 дол.; в Ірландії – з 448,6 до 2584,7 дол.; в Іспанії – з 317,9 до 2266,8 дол.; у Нідерландах – з 558,9 до 4049,9 дол.; у Норвегії – з 622,9 до 4607,4 дол.; у Португалії – з 209,1 до 1794,8 дол. – відповідно у 3,8; 4,5; 5,8; 7,13; 7,2; 7,4 та 8,6 разу; у 1987–2010 рр. в Італії – з 887,3 до 2358,9 дол.; у Греції – з 426 до 1730,7 дол. – відповідно у 2,7 та 4,1 разу (розраховано за [2]). В даний час відбувається посилення державного регулювання навіть у соціально-страхових системах європейської охорони здоров'я, причому основним вектором все більше стає підвищення якості лікування для населення зага-

© Т.М. Камінська, 2013

лом, а не тільки забезпечення мінімальних стандартів для бідних.

Але особливо вагоме зростання ролі держави в охороні здоров'я спостерігають у США, які тривалий час не відрізнялися високим рівнем перерозподілу держбюджету на користь соціальної сфери. Історично для США була характерна модель приватного (добровільного) медичного страхування і невелика роль держави. Про новий тренд свідчать дані таблиці.

суспільства, увага до прав людини, а також зростання її ролі у створенні нематеріальної складової ВВП, запровадження дорогих медичних технологій; зростання витрат на розробку нових ліків; старіння населення та поява нових хвороб. До побічних чинників відносять агресивний маркетинг фармацевтичних компаній; асиметрію інформації для пацієнтів, які не мають медичної освіти, і можливість призначення додаткових, зайвих процедур. Саме тому всі без винятку розви-

Динаміка витрат на державні програми з охорони здоров'я в США, млрд. дол., складено за [3]

Показник	Фіскальні роки						
	1962	1973	1983	1993	2003	2009	2015, прогноз
Загалом	2,3	20,1	95,9	259,9	519,3	852,9	1280,6
«Medicare» (без премій)		9,5	56,8	145,9	277,9	494,5	769,5
«Medicade»	0,1	4,6	19,0	75,8	160,7	250,9	336,2
Забезпечення реформи з охорони здоров'я							72,5

Як бачимо, з 1962 по 2009 р. витрати на державні програми з охорони здоров'я у США зросли майже у 371 раз, а за прогнозом до 2015 р. зростуть у 556,8 разу. В абсолютному вираженні приріст за 1962–1982 рр. становив 93,6 млрд. дол., а за 1983–2009 рр. – 593 млрд. дол., або у 6,34 разу більше. Витрати на програми «Medicare» і «Medicade» теж суттєво зросли з 1973 по 2009 р. відповідно у 52,0 та 54,5 разу. Фінансування реформи в охороні здоров'я у США за прогнозом у 2015 р. становитиме 72,5 млрд. дол. Тобто динаміка державних витрат на охорону здоров'я в США, як і у багатьох країнах світу, прискорюється і свідчить про наступ так званого соціального лібералізму.

Підвищення присутності держави в охороні здоров'я здійснюється на тлі випереджального росту середніх витрат медичного обслуговування порівняно з їх зростанням в інших сферах економічної діяльності. Наприклад, за даними ОЕСР, державні витрати на медицину на душу населення зросли у 1981–2010 рр. (у дол. за ПКС) у Німеччині, Канаді, Ірландії, Іспанії, Нідерландах, Норвегії та Португалії відповідно у 3,8; 4,5; 5,8; 7,13; 7,2; 7,4 та 8,6 разу (розраховано за [2]). Ця тенденція має такі об'єктивні чинники: подальша демократизація

нені країни здійснюють політику стримування непродуктивних витрат на охорону здоров'я.

Ще одна суттєва загальносвітова тенденція – це структурно-технологічна перебудова галузі. Сегмент лікувальних закладів – найвитратніший через експлуатацію вартісного обладнання та найвищу асиметрію інформації про якість послуг вузькопрофільних спеціалістів, яка штучно підсилює витрати. Розвинена первинна медицина, навпаки, сприяє профілактиці захворювань, скорочує витрати і лікує не окремі органи, а людину загалом. Тому у провідних країнах світу, особливо європейських, здійснюється політика скорочення лікарень та впровадження інтенсивних медичних технологій, підтримки лікарів загальної практики. Там вони виступають водночас і медичними, і економічними суб'єктами, мають певні права власності, самостійно приймають економічні рішення щодо розподілу фонду грошових коштів, які отримують від місцевих органів влади. Вони розраховуються за спеціалізовані медичні послуги, тому змушені діяти раціонально, зіставляючи витрати і результати. Для лікарів загальної практики характерний конкурентний розвиток, тому що пацієнти мають право їх вибору. Наприклад, у Швеції

існує такий вибір у разі звернення до лікаря первинної ланки у межах регіону.

Наступною тенденцією постіндустріального світу є децентралізація фінансування охорони здоров'я. В багатьох європейських країнах регіональні органи отримують грошові фонди з центральних бюджетів з урахуванням подушного нормативу, а потім самостійно розпоряджаються ними. Іноді вони отримують додаткові ресурси за рахунок регіонального оподаткування та платних медичних послуг. У Канаді на макрорівні приймається тільки загальна стратегія розвитку, а кожна провінція проводить самостійну політику, виходячи з регіональної структури захворюваності. У Польщі регіональна влада, між іншим, є відповідальною за залучення інвестицій та за борги лікувальним закладам.

Спрямовування питань фінансування охорони здоров'я до локальної ланки за рівних інших умов наближує бюджетні кошти до хворих, сприяє чуйнішій реакції на їх потреби та більш раціональному їх використанню. Витрати на охорону здоров'я та освіти зазвичай є домінуючими у місцевих бюджетах, тому потоки місцевих податків є більш очевидними та прозорими, наближаються до адресних платежів на медичне страхування. Децентралізація фінансування охорони здоров'я є також умовою формування контрактних відносин між територіальними органами та медичними закладами, сприяє розвитку державно-приватного партнерства у галузі, стимулює інновації менеджменту в охороні здоров'я.

Дискусії навколо зростання ролі держави, структурної перебудови та децентралізації охорони здоров'я в Україні серед науковців і практиків не вщухають. Справа в обмеженості суспільних ресурсів – частка витрат на галузь у загальному обсязі ВВП останні роки варіюється на рівні 3,5–3,8 %. Для порівняння дані 2010 р.: у США частка витрат на охорону здоров'я в загальному обсязі ВВП становить 17,6 %; у Канаді – 11,4 %; у країнах Західної Європи – від 10 до 12 %, у нових країнах ЄС (постсоціалістичних) – від 6,3 до 9 % [2]. Тому багато науковців пропонують саме збільшення фінансування охорони здоров'я в Україні як головний напрям покращання громадського здоров'я. І воно, дійсно, послідовно зростає (у 2012 р., за даними Міністерства економіч-

ного розвитку і торгівлі, на 24,9 % у порівнянні з показником 2011 р.) [4, 5]. Однак збільшення фінансування втрачає сенс, бо розтринькується тіньовими схемами.

Тіньова економіка охорони здоров'я є окремою складовою тіньової економіки на макрорівні, яка займає значне місце у кланово-олігархічній економіці України. Її суб'єктами виступають раціональні учасники ринку медичних послуг, які прагнуть до максимізації вигод за умов обмеженості ресурсів. До них можуть належати управлінці в охороні здоров'я, фармацевтичні компанії та їхні представники, лікарі та інші медичні працівники, аптеки, діагностичні лабораторії та ін. Відмінність між суб'єктами легальної та тіньової економічної діяльності в охороні здоров'я полягає у вірогідності бути покараним за девіантну поведінку.

Зовнішні причини тіньової економіки охорони здоров'я України пов'язані з глобалізацією світової економіки, поширенням міжнародного права на економічні інтереси найбільших ТНК, монополізацією ними фармацевтичного ринку – частка США, Японії, Європи дорівнює на ньому майже 80 %. Наслідком діяльності монополістів стає зростання цін на ліки, агресивний маркетинг, диктування умов уряду, українським фармацевтичним компаніям, лікарям і пацієнтам. Внутрішні причини тіньової економіки охорони здоров'я України різні. Першою є недосконалість законодавства та механізму його реалізації щодо тендерних угод, надання необгрунтованої переваги певному продавцеві (зокрема іноземному) або завищення цін на ліки на умовах відшкодування покупцю частини їх вартості (найтипівіший злочин у медичних закупівлях). Є випадки, коли у тіньові схеми втягують лікарів, відшкодовуючи їм частину вартості ліків, які купують пацієнти, або надаючи інші привілеї. Попит на ліки завжди досить високий, бо належить до низькоеластичного – потреба у гарному здоров'ї є найсуттєвішою для нормальної життєдіяльності людини. До інших причин належать: значна залежність судової влади від виконавчої, низький рівень зарплати лікарів (з причини розподілу суспільних ресурсів в егоїстичних інтересах великого бізнесу та вивезення капіталу в офшорні зони), її слабка диференційованість залежно від обсягу й

якості праці. Згідно з даними Державної статистичної служби України, якщо середня зарплата штатних працівників за березень 2013 р. в промисловості дорівнювала 3698 грн., у діяльності транспорту і зв'язку – 3960 грн., у сфері фінансової та страхової діяльності – 6454 грн., то в охороні здоров'я – 2258 грн., що відповідно становило 115,1; 123,3; 200,9 та 70,3 % до середнього рівня в економіці [2]. Тому медичні працівники націлені на неформальні платежі пацієнтів, які сягають майже половини загального обсягу фінансування галузі. Соціальне медичне страхування в Україні, яке контролює поведінку лікарів та їхні доходи, відсутнє, а добровільне є мізерним за умови низького платоспроможного попиту населення.

Ось чому банальне збільшення коштів на медицину без скорочення тіньової економіки на макро- і мікрорівні неефективно. Крім того, зростання державного фінансування охорони здоров'я в Україні гальмує перекид у співвідношенні між первинним, вторинним і високоспеціалізованим сегментом медицини на користь стаціонарів, а також високий рівень необґрунтованої госпіталізації населення. Певне скорочення лікарняного сегмента в Україні спостерігалось у 1991–1999 рр. Але воно було наслідком трансформаційної кризи, тому не супроводжувалось збільшенням обсягів й ефективності первинної медицини. Зараз структурну перебудову впроваджують цілеспрямовано. Реформи передбачають встановлення стандартів якості надання медичних послуг та системи стимулів для медичних працівників, створення зв'язку між фінансовими потоками й якістю наданих послуг. Проте перетворення здійснюються дуже суперечливо. Головні недоліки – копіювання європейської практики без урахування вітчизняних особливостей (велика відстань між місцем розташування сімейних лікарів, з одного боку, та лікарнями й лабораторіями клінічних аналізів – з іншого; невинуватене закриття лікарень у дуже віддалених районах, погані дороги для «Швидкої допомоги» або їхня відсутність, тіньова економіка); мінімальний вплив на хід реформ медиків і пацієнтів, максимальний – бюрократії. Катастрофічно не вистачає сучасних менеджерів та сімейних лікарів. Дійсну реструктуризацію охорони здоров'я гальмують недосконалість

законодавства, незацікавленість у її ефективності учасників тіньової економіки, гальмування перетворень у витратній відомчій медицині і тільки після цього – недостатнє фінансування галузі.

Децентралізація охорони здоров'я теж спостерігається в Україні, проте ефективність розподілу бюджетних ресурсів на виконання національних програм охорони здоров'я дуже низька і зорієнтована на екстенсивний розвиток. Місцеві бюджети значною мірою залежать від міжбюджетних трансфертів. Слабкість регіональної політики є наслідком відсутності системних і прогресивних реформ в Україні. Не останню роль відіграють також випадки централізації тіньових фінансових потоків.

Досвід розвитку охорони здоров'я в постіндустріальних країнах дає уроки Україні. Важливо виробити правильний алгоритм реформ, і починати треба з тіньової економіки. Її скорочення на макрорівні і перерозподіл бюджетних коштів на користь охорони здоров'я – це головний крок перед проведенням реформ у галузі, інакше вони соціально й економічно неефективні. Необхідно професійне формування такого законодавства, яке заважає тіньовим економічним відношенням (між лікарями, пацієнтами, суб'єктами інфраструктури, представниками влади), а також дієздатного механізму його реалізації; поступове відродження моральних чинників починаючи з економічної поведінки представників усіх трьох гілок влади й закінчуючи виконавцями клятви Гіппократа; реформування охорони здоров'я гармонічно до світових тенденцій та історичних традицій; підтримка прозорого ринку приватних медичних послуг (він складає конкуренцію тіньовій державній медицині), забезпечення доступу його суб'єктів до державного фінансування на конкурентній основі. Необхідні повсюдне впровадження новітніх медичних технологій і підвищення зарплати медикам державних установ за рахунок деофшоризації та демонополізації національної економіки, структурної перебудови охорони здоров'я. Економічну мотивацію медичних працівників слід доповнити кардинальним покращанням умов праці, відпочинку, професійного росту, а також підвищенням їх соціального статусу у суспільстві.

Список літератури

1. Доповідь про розвиток людини 2012 [Електрон. ресурс]. – Режим доступу : <http://hdr.undp.org/en/statistics/>.
2. OECD Health Data [Електрон. ресурс]. – Режим доступу : http://www.oecd.org/document/16/0,3746,en_2649_37407_2085200_1_1_1_37407,00.html.
3. Historical Tables. U.S.Government Printing Office Access [Електрон. ресурс]. – Режим доступу : <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/BUDGET-2011-TAB/content-detail.html>.
4. Инвестиции в здравоохранение и соцпомощь в Украине выросли на 25 % [Електрон. ресурс]. – Режим доступу : <http://minfin.com.ua/2013/03/04/727038/?u>.
5. Державна статистична служба України [Електрон. ресурс]. – Режим доступу : <http://www.ukrstat.gov.ua/>

Т.М. Каминская

ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ПОСТИНДУСТРИАЛЬНОЙ ЭКОНОМИКЕ

Исследованы основные тенденции развития здравоохранения в постиндустриальном мире и факторы, которые влияют на их формирование. Проанализированы сложности реформ в Украине и пути сокращения теневой экономики.

Ключевые слова: *постиндустриальная экономика, здравоохранение, теневая экономика.*

Т.М. Kaminska

THE TRENDS OF PUBLIC HEALTH DEVELOPMENT IN POSTINDUSTRIAL ECONOMICS

The main trends in health care in postindustrial world and the factors which influence their formation are examined. The complexity of reforms in Ukraine and ways to reduce the shadow economics are analysed.

Key words: *postindustrial economics, health care, shadow economics.*

УДК 614.2:351.77

В.М. Лехан, В.Г. Гінзбург, Е.В. Борвінко

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Департамент охорони здоров'я Дніпропетровської обласної державної адміністрації

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА МОДЕЛІ СЕМАШКА ТА МОДЕЛІ, ЗАПОЧАТКОВАНОЇ В РАМКАХ РЕФОРМИ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Проведено порівняльний аналіз існуючої в Україні модифікації моделі Семашка та моделі, започаткованої в рамках реформи системи охорони здоров'я в Україні. Виявлено, що нова модель за основними характеристиками істотно відрізняється від існуючої до початку реформи і близька до найбільш ефективних систем охорони здоров'я, зберігаючи і розвиваючи при цьому певні позитивні риси, притаманні українській системі охорони здоров'я.

Ключові слова: система охорони здоров'я, модель, реформа.

Зміцнення системи охорони здоров'я вважається сьогодні однією з найважливіших детермінант здоров'я. За даними ВООЗ, зміцнення систем охорони здоров'я та поліпшення їх функціонування справляє вагомий вплив на здоров'я та благополуччя людей [1, 2]. Стратегічна спрямованість на зміцнення систем охорони здоров'я передбачає розбудову такої моделі системи охорони здоров'я, яка найкращим способом забезпечує задоволення потреб населення в медичній допомозі, сприяє найбільш ефективному використанню комплексу наявних ресурсів галузі та враховує культурні, історичні й економічні особливості держави.

Діюча в Україні модель системи охорони здоров'я Семашка, яка збереглася з радянських часів, не відповідає таким вимогам та сучасним реаліям, оскільки вона, по-перше, була створена в умовах планової економіки і не придатна для функціонування в ринкових умовах; по-друге, навіть в умовах планової економіки її максимальна успішність була зафіксована при епідемічному типі патології і суттєво зменшилася при переході до неепідемічного типу патології; по-третє, вона орієнтована на екстенсивний розвиток галузі [3–5]. Сучасний етап розвитку української охоро-

ни здоров'я потребує формування національної моделі охорони здоров'я, орієнтованої на максимально можливе задоволення об'єктивних потреб населення в якісній медичній допомозі, що було започатковано Програмою економічних реформ на 2010–2014 рр. «Заможне суспільство, конкурентноспроможна економіка, ефективна держава».

Мета дослідження – порівняльний аналіз діючої до останніх часів в Україні системи охорони здоров'я, сформованої на принципах моделі Семашка, та національної моделі, розбудова якої відбувається в рамках Програми економічних реформ.

Матеріал і методи. Вивчено різні характеристики української модифікації моделі Семашка та нової національної моделі охорони здоров'я, орієнтованої на задоволення об'єктивних потреб населення в якісній медичній допомозі. Для оцінки нової моделі проведено аналіз нормативних документів, регламентуючих функціонування системи охорони здоров'я в умовах її реформування: Законів України «Бюджетний кодекс України [6]; «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення медичної допомоги» [7] (далі –

© В.М. Лехан, В.Г. Гінзбург, Е.В. Борвінко, 2013

Закон України «Про внесення змін до Основ законодавства»), «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» [8] (далі – Закон України «Про порядок проведення реформування...»), «Про екстрену медичну допомогу» [9]; Постанови Уряду України «Про затвердження Порядку створення госпітальних округів у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві» [10] (далі – «Про порядок створення госпітальних округів»).

Результати та їх обговорення. Узагальнені дані порівняльного аналізу подано в таблиці.

Реорганізація структури медичного обслуговування. Провідною проблемою для вітчизняної охорони здоров'я є неефективність структури медичного обслуговування,

зокрема відсутність чіткого розподілу за видами медичної допомоги, перш за все первинної та вторинної, роздута мережа ЗОЗ, відсутність диференціації ліжкового фонду залежно від інтенсивності лікування, наявність паралельних відомчих медичних структур та ін., що істотно зменшує можливості системи в цілому та ЗОЗ зокрема щодо надання медичної допомоги необхідного обсягу та якості, зменшує витратну ефективність медичного обслуговування.

В новій моделі передбачається структурне і юридичне розмежування первинної, вторинної та третинної медичної допомоги, приведення мережі ЗОЗ у відповідність до потреб населення у різних видах медичної допомоги. Одним зі шляхів структурної реорганізації є впорядкування надання вторинної медичної допомоги зі створенням госпітальних округів,

Порівняльна характеристика моделі Семашка, існуючої в Україні до початку реформ,

Характеристика		Модель Семашка (Україна до реформування)
Розмежування по видах медичної допомоги		Відсутність чіткого розмежування медичної допомоги за її видами
Формування мережі		Консервація існуючої мережі
Збалансованість державних зобов'язань щодо надання медичної допомоги з обсягами фінансування		Незбалансованість
Фінансування системи охорони здоров'я	Об'єднання бюджетних коштів	Надзвичайна фрагментованість фінансових потоків
	Закупівля медичних послуг	Утримання ЗОЗ
	Оплата медичних послуг	Кошторисне фінансування
Формування штатного розпису ЗОЗ		Залежно від характеристик потужності ЗОЗ
Формування підходів до оплати праці		Оплата за відпрацьований час
Запровадження системи стандартизації		Регулювання галузевими нормативами
Керованість медичних маршрутів пацієнтів		Відсутність керованості – прямиий (вільний) доступ пацієнтів до послуг лікарів-спеціалістів і стаціонарів
Спосіб формування контингенту обслуговування первинною ланкою		Дільнично-територіальний принцип
Місце недержавних ЗОЗ у системі охорони здоров'я		Наявність дискримінації між державними і недержавними ЗОЗ

Примітка. ЗОЗ – заклади охорони здоров'я.

які не є структурними одиницями, а розглядаються як форма упорядкування надання вторинної медичної допомоги з її диференціацією залежно від інтенсивності медичної допомоги, подолання дублювання діяльності бюджетних закладів, які належать різним територіальним громадам, підвищення доступності та якості вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, підвищення ефективності використання ресурсів вторинної медичної допомоги. В межах госпітального округу виділяються лікарні для надання інтенсивного, планового, відновного лікування та хоспіси.

Структурній реорганізації підлягає і екстрена медична допомога, коли замість значної кількості закладів та підрозділів різного підпорядкування у кожному регіоні створюється центр екстреної медичної допомоги з мере-

жею його відділень та пунктів тимчасового базування виїзних бригад екстреної медичної допомоги або станцій, підстанцій швидкої медичної допомоги з розрахунку виконання нормативу прибуття бригад швидкої медичної допомоги до пацієнта у термін не більше ніж 10 хв у містах та 20 хв у сільській місцевості. Важливим структурним елементом реформованої системи екстреної медичної допомоги є центральна диспетчерська центру екстреної допомоги, яка працює в цілодобовому режимі з використанням сучасних комунікаційних технологій. Відкриття таких диспетчерських у пілотних регіонах заплановано на друге півріччя 2013 р. Головним принципом структурної перебудови системи екстреної медичної допомоги є забезпечення екстериторіальності та нормативно врегульованої доступності цього виду допомоги.

та нової моделі охорони здоров'я, започаткованої реформою у 2010 р.

Нова національна модель охорони здоров'я

опис	нормативне врегулювання
Структурне та фінансове розмежування медичної допомоги за її видами	Ст. 35-1, 35-2, 35-3, 35-4, 35-5 Закону України «Про внесення змін до Основ законодавства...»
Формування мережі з урахуванням потреб населення у медичному обслуговуванні	Ст. 16 цього ж Закону
Встановлення гарантованого рівня медичної допомоги	Ст. 18 цього ж Закону
Формування потужних пулів фінансових коштів	Ст. 7 Закону України «Про порядок проведення реформування...»
Передача в спільну власність територіальних громад відомчих ЗОЗ	Бюджетний кодекс України, 2010 р. Постанова КМУ «Про створення госпітальних округів»
Запровадження договірних відносин	Ст. 18 Закону України «Про внесення змін до Основ законодавства»
Запровадження нових фінансових механізмів	Бюджетний кодекс України, 2010 р.
Залежно від обсягу та складності роботи, що виконується	Ст. 9 Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я...»
Оплата з урахуванням обсягів та якості роботи	Ст. 10 цього ж Закону
Законодавче забезпечення	Ст. 14-1 Закону України «Про внесення змін до Основ законодавства...»
Доступ пацієнтів до послуг лікарів-спеціалістів і стаціонарів переважно за направленням лікаря первинної ланки – принцип воратаря	Ст. 35-1 цього ж Закону
Вільний вибір лікаря первинної медичної допомоги	Ст. 35-1 цього ж Закону
Усунення дискримінації між державними і недержавними ЗОЗ	Ст. 35-1, 35-2 цього ж Закону

Збалансованість державних зобов'язань з обсягами фінансування. В існуючій моделі декларуються безоплатність необмеженого обсягу медичної допомоги, що є недосяжним навіть для країн з дуже високим рівнем економічного розвитку та високою пріоритетністю охорони здоров'я. Такий підхід розмиває границі між безоплатною та платною медичною допомогою, провокує збільшення фінансового тягаря для населення при отриманні медичної допомоги, збільшує масштаби нерівності як в охороні здоров'я, так і в здоров'ї різних верств населення.

В новій моделі прописано, хоч поки що без відповідного методичного та нормативного забезпечення, встановлення гарантованого рівня медичної допомоги, що дозволить забезпечити збалансованість державних зобов'язань щодо надання безоплатної медичної допомоги з обсягами фінансування.

Фінансування системи охорони здоров'я. Згідно з сучасною класифікацією система фінансування охорони здоров'я виконує такі функції: об'єднання фінансових коштів, закупівля та оплата медичних послуг. Щодо першої функції для української системи фінансування галузі характерна надзвичайна фрагментованість потоків бюджетних коштів: 4-рівнева система розподілу бюджетних коштів на охорону здоров'я, встановлена Бюджетним кодексом 2001 р., оптимізована новим Бюджетним кодексом 2010 р. до 3-рівневої: державний / національний, регіональний, районний і міський рівні. Посилює фрагментацію фінансових потоків існування відомчих систем охорони здоров'я.

У доповіді ВООЗ за 2010 рік «Фінансування систем охорони здоров'я – шлях до універсального покриття витрат на медичну допомогу» заявлено, що «...консолідація пулів з самого початку реформування повинна бути частиною стратегії. Існування численних пулів неефективно, оскільки дублює один одного та збільшує вартість адміністративних та інформаційних систем. Вони також утруднюють захист від фінансового ризику та досягнення соціальної справедливості. Для того, щоб система охорони здоров'я працювала, необхідно об'єднати пули, створити дійсно єдиний пул, в рамках якого можливо було б вирівнювати ризику» [11]. В новій моделі

охорони здоров'я передбачається створення потужних пулів фінансових коштів. У пілотних регіонах апробується механізм об'єднання фінансових потоків для надання первинної допомоги на міському/районному рівнях; для вторинної, третинної та екстреної допомоги – на обласному рівні, що створює передумови для ліквідації фінансових бар'єрів при наданні медичної допомоги та збільшення стійкості системи медичної допомоги.

Крім того, прикінцевими положеннями Бюджетного кодексу, прийнятого у 2010 р., та Постановою Уряду про створення госпітальних округів зафіксовані необхідність передачі відомчих медичних установ у комунальну власність та їхня інтеграція в територіальні системи охорони здоров'я як беззаперечна умова для усунення дублювання фінансових потоків.

Закупівлі медичних послуг у системі Семашка фактично не було. Заклади охорони здоров'я утримували за рахунок бюджетних коштів, і обсяг їхнього фінансування фактично визначався характеристиками потужності медичних закладів, що не створює стимулів до інтенсивної роботи. В новій моделі вперше в історії охорони здоров'я України закладені основи переходу до договірних відносин між головними розпорядниками бюджетних коштів та провайдерами медичних послуг, що, за доказовими даними, належать до ключових стратегій підвищення ефективності розподілу та використання ресурсів [12].

Традиційним методом оплати медичних послуг у моделі Семашка був метод поетапного кошторису доходів і витрат, який має низку серйозних недоліків: виділення коштів за кошторисом витрат не ув'язується з результатами роботи їх отримувачів, не створює у установ стимулів до більш раціонального використання ресурсів і відтворює витратний тип господарювання, у зв'язку з чим навіть значне збільшення обсягів виділених установам коштів не гарантує підвищення якості виконання державою своїх соціальних зобов'язань.

В новій моделі планується використання сучасних методів оплати медичних послуг, які стимулюють підвищення ефективності використання ресурсів: для первинної допомо-

ги – подушне фінансування, для вторинної та третинної допомоги – оплата за закінчений випадок за методикою діагностично споріднених груп – ДСГ (Diagnosis-related group – DRG) або за глобальним бюджетом. Сьогодні вже зроблено перші кроки до збільшення гнучкості фінансового управління в охороні здоров'я, зокрема Урядом прийнято Постанову щодо запровадження спрощеної системи фінансування первинної медико-санітарної допомоги за 2 кодами (поточні та капітальні видатки). В Національному плані дій на 2013 р. щодо впровадження Програми економічних реформ, затвердженому Указом Президента України від 12 березня 2013 року № 128/2013, заплановано затвердження методики формування ДСГ та визначення вартості медичної допомоги для 25 ДСГ.

Формування штатних розписів закладів охорони здоров'я. Традиційно з радянських часів штатні нормативи і, відповідно, штатні розписи ЗОЗ були прив'язані до характеристик потужності медичних закладів (кількості ліжок, відвідувань та ін.), що було потужним стимулом до збереження або навіть розширення існуючих потужностей без урахування реальних потреб населення у видах та обсягах медичної допомоги. В реформованій системі передбачається застосування штатних нормативів, що базуються на обсягах та складності виконуваних медичних послуг без урахування характеристик потужності. На сучасному етапі розроблена та апробована методика розробки штатних нормативів, заснованих на зазначених підходах, планується перехід до формування в пілотних регіонах штатних розписів ЗОЗ вторинного та третинного рівнів на оновлених засадах з 2014 р.

Оплата праці медичного персоналу. В рамках старої моделі медичні працівники отримували заробітну плату за відпрацьований час, без урахування реальних результатів роботи, що не сприяло їх заінтересованості в поліпшенні показників здоров'я населення та раціональному використанні ресурсів. Нова модель передбачає перехід до оплати праці залежно від інтенсивності та якості роботи і таким чином орієнтує медичний персонал на результативність роботи, пошук оптимального балансу між витратами і якістю медичної допомоги.

Запровадження системи стандартизації. В останні 15 років в Україні здійснювалася велика робота по розробці та впровадженню стандартів в охороні здоров'я, проте вперше в рамках нової моделі регулювання стандартизації в галузі (застосування державних соціальних нормативів та галузевих стандартів) відбувається на законодавчому рівні.

Керованість маршрутів пацієнтів. Одним з істотних недоліків існуючої системи є хаотичність та некерованість медичних маршрутів пацієнтів, які часто не відповідають тяжкості та перебігу захворювання. Пацієнт може на свій розсуд звернутися до лікаря практично будь-якої спеціальності в поліклініці. Природно, що частина з них помиляється у виборі профілю спеціаліста. Частина пацієнтів самостійно звертається в стаціонарні установи, і деяких з них можуть госпіталізувати навіть при відсутності показань, якщо необхідно заповнити порожні ліжка. Все це призводить до запізнення з наданням адекватної медичної допомоги та неефективного використання обмежених ресурсів галузі.

Нова модель передбачає застосування чіткої системи направлень відповідно до медичних показань лікарем первинної ланки або лікуючим лікарем закладу охорони здоров'я, що забезпечує надання вторинної (спеціалізованої) чи третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. При цьому враховуються історичні особливості, що склалися в системі медичного обслуговування в Україні: без направлення медична допомога надається безоплатно в екстрених випадках, вторинна (спеціалізована) медична допомога відповідно до медичних показань пацієнтам, які звернулися до акушера-гінеколога, стоматолога, педіатра, та пацієнтам із хронічними захворюваннями, які перебувають на диспансерному обліку.

Спосіб формування контингенту лікаря первинної ланки. В новій моделі територіально-дільничний принцип формування контингенту поступається вільному вибору пацієнтом лікаря первинної ланки, підкріпленому подушним фінансуванням останнього, що сприяє формуванню довіри пацієнта до лікаря, а також відповідальності лікаря перед пацієнтом – механізмів, які не притаманні територіально-дільничному підходу.

Роль і місце недержавних ЗОЗ у системі охорони здоров'я. В Україні після отримання незалежності приватний сектор охорони здоров'я розвивався активно, проте відокремлено від державної системи охорони здоров'я. Певним проривом можна вважати законодавче врегулювання можливості недержавних ЗОЗ укладати з розпорядниками бюджетних коштів договори про надання медичної допомоги за бюджетні кошти. Застосування такої норми є важливим кроком стосовно усунення існуючої дискримінації приватних ЗОЗ та створення умов для формування реального конкурентного середовища в галузі.

Перелік характеристик, підданих порівняльному аналізу, не є вичерпним, однак

досить наглядно ілюструє відмінності між системою Семашка та новою системою охорони здоров'я, орієнтованою на задоволення потреб населення в медичній допомозі, до чого прямує українська система охорони здоров'я.

Висновки

Модель системи охорони здоров'я, започаткована в Україні, істотно відрізняється від існуючої модифікації моделі Семашка та значною мірою за своїми основними характеристиками близька до такої у країнах з найбільш ефективними системами охорони здоров'я, зберігаючи при цьому певні позитивні риси, притаманні вітчизняній охороні здоров'я.

Список літератури

1. Таллиннская хартия: Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния [Электронный ресурс] / Системы здравоохранения – здоровье – благосостояние : Европейская министерская конференция ВОЗ по системам здравоохранения, Таллинн, Эстония, 25–27 июня 2008 г. – Режим доступа : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/88612/E91438R.pdf.
2. Системы здравоохранения, здоровье и благосостояние: оценка аргументов в пользу инвестирования в системы здравоохранения / [Figueras J., McKee M., Lessof S. et al.]. – Всемирная организация здравоохранения, 2008. – 91 с.
3. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні. Спільний звіт / [під заг. ред. В. М. Лехан, В. М. Рудого]. – К. : Вид-во Раєвського, 2005. – 168 с.
4. Лехан В. М. Стратегія розвитку охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. – К. : Цифра, 2009. – 50 с.
5. Lekhan V. Ukraine: Health system review / V. Lekhan, V. Rudiy, E. Richardson // Health Systems in Transition. – 2010. – V. 12, № 8. – 183 p.
6. Бюджетний кодекс України від 8 липня 2010 року № 2456-VI // Відомості Верховної Ради України. – 2010. – № 50–51.
7. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення медичної допомоги : Закон України від 07.07.11 № 3611-VI // Відомості Верховної Ради України. – 2012. – № 14. – С. 86.
8. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві : Закон України від 07.07.11 № 3612-VI // Відомості Верховної Ради України. – 2012. – № 12–13. – С. 81.
9. Про екстрену медичну допомогу : Закон України від 05.07.12 № 5081-VI // Відомості Верховної Ради України. – 2013. – № 30. – С. 340.
10. Про затвердження Порядку створення госпітальних округів у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві : Постанова КМУ від 24.10.12 № 1113.
11. The World Health Report. Health Systems Financing: the path to universal coverage / World Health Organization. – Geneva, 2010. – 128 p.
12. Салтман Р. Б. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий / Р. Б. Салтман, Дж. Фигейрас ; пер. с англ. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2000. – 432 с.

В.Н. Лехан, В.Г. Гинзбург, Э.В. Борвинко

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МОДЕЛИ СЕМАШКО И МОДЕЛИ, ОСНОВАННОЙ В РАМКАХ РЕФОРМЫ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УКРАИНЕ

Проведен сравнительный анализ существующей в Украине модификации модели Семашко и модели, реализуемой в рамках реформы системы здравоохранения в Украине. Установлено, что новая модель по основным характеристикам существенно отличается от существовавшей до начала реформы и близка к наиболее эффективным системам здравоохранения, сохраняя и развивая при этом определенные положительные черты, присущие украинской системе здравоохранения.

Ключевые слова: система здравоохранения, модель, реформа.

V.N. Lekhan, V.G. Ginsburg, E.V. Borvinko

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF THE SEMASHKO MODEL AND A MODEL BASED IN THE REFORM OF THE HEALTH SYSTEM IN UKRAINE

The comparative analysis of the Semashko model's existing modifications in Ukraine and the model implemented in the framework of the reform of the health system in Ukraine is carried out. It is determined, that the new model has the main characteristics significantly different from existing before the reform. It is close to the most efficient health care systems, maintaining and developing the characteristics of an Ukrainian health care system.

Key words: health care system, the model, the reform.

УДК 614.12

*В.А. Сміянов, А.В. Степаненко, С.В. Тарасенко**Сумський державний університет**ДП «Державний експертний центр» МОЗ України, м. Київ***МОДЕЛЬ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
НА ОСНОВІ МЕХАНІЗМУ ВНУТРІШНЬОГО АУДИТУ
В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Розроблено організаційно-методологічний підхід до управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я на основі механізму внутрішнього аудиту, що надає практичну можливість прийняття та реалізації управлінських рішень для забезпечення безперервного покращання якості медичної допомоги в закладі охорони здоров'я.

Ключові слова: *якість медичної допомоги, заклад охорони здоров'я, механізм внутрішнього аудиту, модель.*

Індустріальна модель управління якістю в медицині орієнтована на задоволення потреб і очікувань пацієнтів та інтересів усіх сторін, що беруть участь у наданні медичної допомоги (лікарів, медичних сестер). Ця модель реалізує сучасну концепцію безперервного покращання якості медичної допомоги.

Підвищення ефективності впровадження системи безперервного покращання якості медичної допомоги як основи індустріальної моделі управління якістю медичної допомоги передбачає застосування механізму внутрішнього аудиту [1]. Останній є джерелом інформації, що допомагає організаторам охорони здоров'я об'єктивно оцінити реальний стан якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я та приймати управлінські рішення.

Концептуальні підходи до забезпечення та управління якістю медичної допомоги розглядали в міжнародних дослідженнях Х. Вуори [2], D. Berwick [3], J. Ovretveit [4], Т.К. Луговкіна [5], В.О. Щепін, А.Л. Лінденбратен [6] та ін. Дослідження, присвячені питанням управління якістю медичної допомоги, проведені Ю.В. Вороненком [7], А.Б. Зіменковським [7], В.А. Огневим [9]. Проте актуальним залишається питання по-

будови дієвої моделі управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я.

Метою дослідження була побудова моделі функціонування системи управління якістю медичної допомоги на основі механізму внутрішнього аудиту в закладі охорони здоров'я.

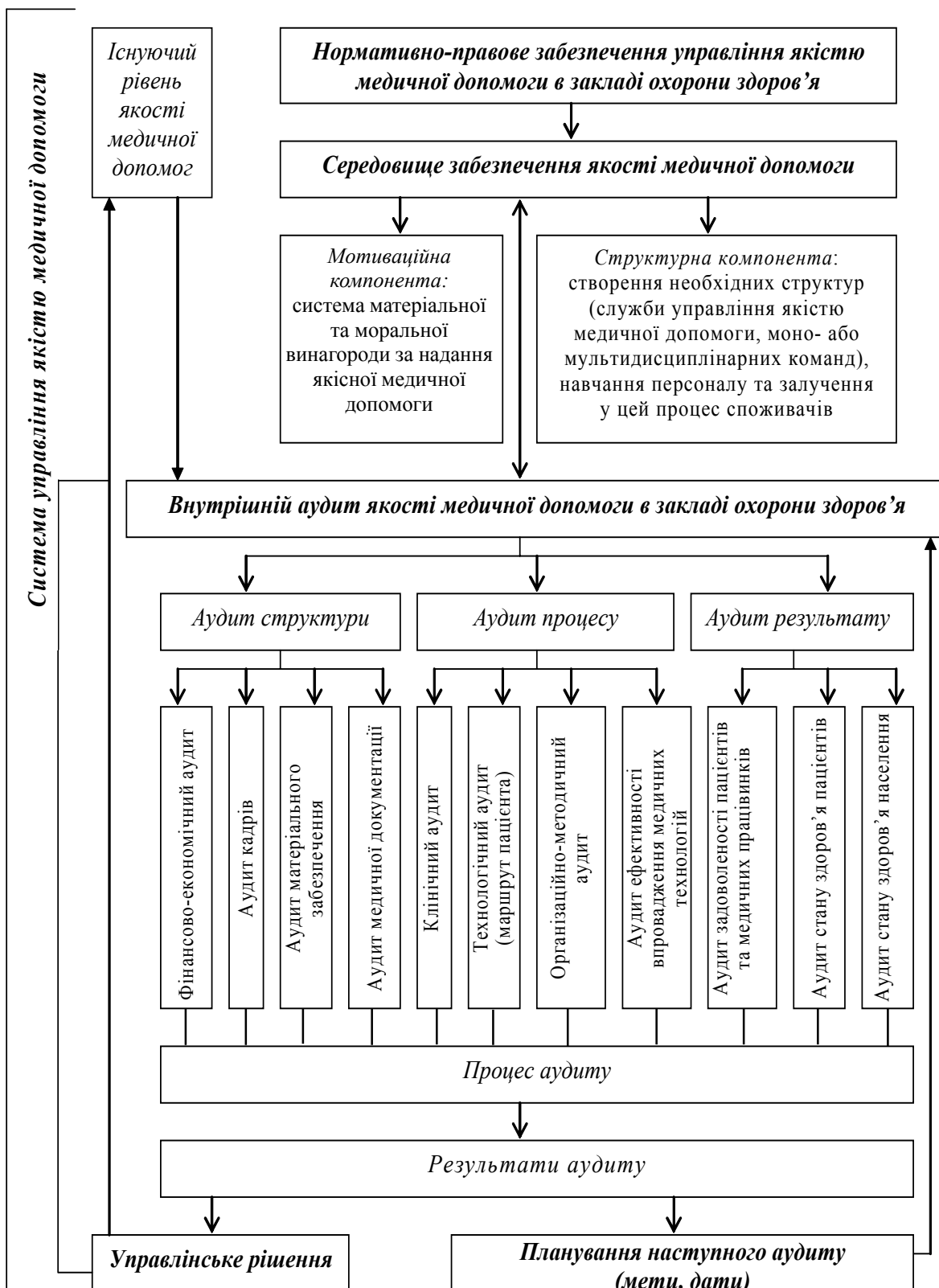
Матеріал і методи. У процесі дослідження застосовувалися системно-структурний, абстрактно-логічний, порівняльний методи; методи групувань, моделювання та мета-аналіз.

Результати та їх обговорення. Розроблена і впроваджена нами в заклади охорони здоров'я м. Суми модель управління якістю медичної допомоги на основі механізму внутрішнього аудиту подана на рисунку.

Внутрішній аудит як постійна діяльність у системі управління якістю медичної допомоги закладу охорони здоров'я складається з різних видів аудитів, які здійснюються в рамках визначених завдань і у відповідності до певних критеріїв (рисунок).

Методологія внутрішнього аудиту передбачає циклічне оцінювання якості медичної допомоги в закладі охорони здоров'я. Авторський організаційно-методологічний підхід до управління якістю медичної допомоги на

© В.А. Сміянов, А.В. Степаненко, С.В. Тарасенко, 2013



Загальна модель управління якістю медичної допомоги на основі механізму внутрішнього аудиту (авторська розробка)

основі механізму внутрішнього аудиту передбачає таку етапність.

I етап – створення нормативно-правової бази управління якістю медичної допомоги на основі стандартизації у закладі охорони здоров'я (локальні клінічні протоколи, накази, методичні рекомендації, маршрути пацієнтів, внутрішні технологічні стандарти, форми для анкетування, річні плани і т. п.).

II етап – створення середовища, сприятливого до безперервного покращання якості медичної допомоги, у закладі охорони здоров'я:

- лідерство керівництва;
- проведення загальних зборів колективу з роз'ясненням цілей та принципів концепції безперервного покращання якості медичної допомоги (доброзичливості, конфіденційності, використання вже наявних даних, відсутності покарання або обвинувачення в результаті проведення аудиту);

- створення структурної компоненти безперервного покращання якості медичної допомоги: необхідних моно- або мультидисциплінарних груп, до складу яких наказом головного лікаря можуть бути залучені працівники різних підрозділів даного закладу охорони здоров'я, споживачі медичних послуг; забезпечення навчання персоналу;

- формування мотиваційної компоненти системи безперервного покращання якості медичної допомоги: системи матеріальної та моральної винагороди за надання якісної медичної допомоги; за участь у роботі мультидисциплінарних груп.

III етап – проведення внутрішнього аудиту якості медичної допомоги мультидисциплінарною командою: планування; підготовка аудиту; проведення аудиту; впровадження змін; моніторинг та оцінка впроваджень.

Тема аудиту має бути актуальною та локальною. Тему аудиту, як правило, визначає головний лікар. На етапі планування аудиту видається наказ про проведення внутрішнього аудиту.

Етап підготовки аудиту передбачає вибір методології (аналіз первинної документації, звітів, відповідності процесу лікування локальним протоколам, стандартам, моніторинг думки пацієнтів та ін.); визначення індикаторів якості медичної допомоги з даної теми.

На етапі проведення аудиту виявляються недоліки та вузькі місця в організації медичної допомоги в закладі охорони здоров'я; розробляються та надаються пропозиції щодо покращання наявної медичної практики, які оформлюються протоколом засідання мультидисциплінарної групи.

На етапі впровадження змін видається наказ по закладу про підсумки внутрішнього аудиту та впровадження пропозицій з удосконалення якості медичної допомоги з визначенням терміну повторного аудиту. Останній етап аудиту включає моніторинг та оцінку впроваджень.

Висновки

1. Застосування внутрішнього аудиту в системі управління якістю медичної допомоги дозволяє закладу охорони здоров'я перейти від статичного контролю до динамічного покращання якості.

2. Впровадження дієвої моделі управління якістю медичної допомоги передбачає застосування механізму внутрішнього аудиту.

3. Авторський організаційно-методологічний підхід до управління якістю медичної допомоги на основі механізму внутрішнього аудиту передбачає таку етапність: створення нормативно-правової бази управління якістю медичної допомоги; створення середовища, сприятливого до безперервного покращання якості медичної допомоги, у закладі охорони здоров'я; проведення різних видів внутрішнього аудиту якості медичної допомоги мультидисциплінарною командою за запропонованою етапністю, у результаті яких приймається управлінське рішення щодо покращання якості медичної допомоги в закладі охорони здоров'я.

4. Розроблена модель управління якістю медичної допомоги на основі механізму внутрішнього аудиту впроваджена в заклади охорони здоров'я м. Суми.

5. Досвід управління якістю медичної допомоги на основі механізму внутрішнього аудиту може бути поширений в мережі закладів охорони здоров'я України.

Перспективність подальших досліджень полягає у підвищенні ефективності функціонування моделі внутрішнього аудиту у практиці закладів охорони здоров'я на основі технологій бенчмаркінгу.

Список літератури

1. *Сміянов В. А.* Управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я / В. А. Сміянов, А. В. Степаненко // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2012. – № 2–3. – С. 64–67.
2. *Вуори Х. В.* Обеспечение качества медицинского обслуживания. Концепция и методология / Х. В. Вуори. – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 1985. – 179 с.
3. *Berwick D. M.* Keynote address at the third European forum for quality improvement in healthcare / D. M. Berwick // Organized by the British Medical Journal and the Institute for Healthcare Improvement. – Vienna, 1991.
4. *Ovretveit J.* Каковы оптимальные стратегии улучшения качества стационарной помощи? What are the best strategies for ensuring quality in hospitals? [Электронный ресурс] / J. Ovretveit. – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report, 2003. – 33 с. – Режим доступа:
<http://www.euro.who.int/document/e82995.pdf>.
5. *Луговкина Т. К.* Совершенствование системы качества медицинской помощи в лечебно-профилактической организации / Т. К. Луговкина, Н. А. Тютюкова // Системная интеграция в здравоохранении. – 2012. – № 3. – С. 61–70.
6. Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи / [Щепин О. П., Стародубов В. И., Линденбрaten Г. И., Галанова Г. И.]. – М. : Медицина, 2002. – 176 с.
7. *Вороненко Ю. В.* Методичні підходи до впровадження стандартизації організаційних технологій у систему управління якістю медичної допомоги / Ю. В. Вороненко, В. В. Горачук // Український медичний часопис. – 2012. – № 5. – С. 108–110.
8. *Зіменковський А. Б.* Наукове обґрунтування концептуальної моделі управління якістю в охороні здоров'я України шляхом системного розвитку медичної стандартизації : автореф. дис. на здобуття наукового ступеня д-ра мед. наук : спец. 14.02.03 «Соціальна медицина» / А. Б. Зіменковський. – К, 2007. – 32 с.
9. *Огнев В. А.* Аспекти оптимізації управління якістю медичної допомоги дітям з цукровим діабетом / В. А. Огнев, Л. І. Чумак, Н. М. Федак // Медицина сьогодні і завтра. – 2012. – № 1. – С. 23–27.

В.А. Сміянов, А.В. Степаненко, С.В. Тарасенко

МОДЕЛЬ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ОСНОВАНИИ МЕХАНИЗМА ВНУТРЕННЕГО АУДИТА В УЧРЕЖДЕНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Разработан организационно-методологический подход к управлению качеством медицинской помощи в учреждении здравоохранения на основе механизма внутреннего аудита, предоставляющий практическую возможность принятия и реализации управленческих решений для обеспечения непрерывного улучшения качества медицинской помощи в учреждении здравоохранения.

Ключевые слова: *качество медицинской помощи, учреждение здравоохранения, механизм внутреннего аудита, модель.*

V.A. Smilianov, A.V. Stepanenko, S.V. Tarasenko

THE MODEL OF MEDICAL CARE QUALITY MANAGEMENT BASED ON INTERNAL AUDIT IN A HEALTH CARE FACILITY

Organizational and methodological approach to medical care quality management in a health care facility based on internal audit was developed. This approach gives the feasibility to make and implement the managerial decisions to provide continuous medical care quality in a health care facility improvement.

Key words: *medical care quality, health care facility, medical and social mechanism of internal audit, model.*

ПИТАННЯ СУЧАСНОГО СТАНУ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

УДК 616-036.86:378.661

Л.Н. Бобро

Харьковский национальный медицинский университет

РОЛЬ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Практика работы амбулаторно-поликлинической службы свидетельствует о недостаточном знании врачами общей практики особенностей медико-социальной экспертизы, что снижает эффективность лечения и может отрицательно повлиять на дальнейшую судьбу больного. Разработан алгоритм проведения экспертизы нетрудоспособности, который предложено использовать для решения вопросов медико-социальной экспертизы.

Ключевые слова: *медико-социальная экспертиза, врач общей практики.*

Недостаточное знание или недооценка особенностей медико-социальной экспертизы врачами общей практики снижает эффективность лечения и может негативно сказаться на судьбе больного [1–3]. Чтобы избежать этого, важно формировать у врача клинично-экспертное мышление, необходимое для самостоятельной работы каждому врачу и особенно семейному. Именно семейный врач в силу своей интегративной роли должен уметь наиболее полно оценить целесообразность и возможности коррекции трудовой деятельности больного [2–4].

При решении вопросов экспертизы трудоспособности мы предлагаем использовать алгоритм, разработанный на нашей кафедре. Алгоритм включает в себя два этапа: I – учет медицинских факторов; II – учет социальных факторов.

Медицинский критерий – это в первую очередь диагноз. Заключение о трудоспособности может быть правильным только тогда, когда поставлен точный диагноз. Диагноз должен обязательно отражать стадию и течение болезни, а также наличие и степень функциональных нарушений. При формулировании диагноза нужно пользоваться общепринятыми классификациями, так как терми-

нологическая неточность может служить причиной экспертных ошибок [3–5].

При оценке медицинских критериев необходимо учитывать характер основного заболевания (острое, хроническое); тяжесть течения (легкая, средней тяжести, тяжелая); характер течения (быстро прогрессирующее, медленно прогрессирующее, рецидивирующее, персистирующее); наличие или отсутствие пароксизмальных состояний (гипертонические кризы, нарушения ритма и проводимости и др.), их частоту и тяжесть; осложнения основного заболевания и степень их тяжести; характер морфологических изменений пораженных органов и систем по данным инструментальных методов обследования. Важнейшим критерием нетрудоспособности является не нозологический диагноз, а степень нарушения функций пораженных органов и систем в состоянии как покоя, так и при использовании проб с функциональными нагрузками. Необходимо также учесть адекватность и эффективность проведенного лечения (в том числе и физиотерапевтического, санаторно-курортного), поскольку именно отсутствие полноты комплексной терапии часто является предиктором пролонгации заболевания.

© Л.Н. Бобро, 2013

Пол и возраст пациента также являются важными факторами, влияющими на трудовой и реабилитационный прогноз у каждого конкретного пациента. Эти факторы можно рассматривать и как медицинские, и как социальные критерии. С одной стороны, с возрастом значительно повышается индекс коморбидности, что оказывает влияние на течение основного инвалидизирующего заболевания. С другой стороны, часто именно возраст и пол являются факторами, ограничивающими возможности социальной реабилитации больных (гендерные ограничения для некоторых видов работ, ограничение возможности к переобучению с возрастом и др.).

К социальным критериям относятся профессия, специальность, образование, условия труда и быта [5–7].

С учетом задач медико-социальной экспертизы все виды труда делят на два вида: с преобладанием факторов физического и нервно-психического напряжения. Для того чтобы дать правильную трудовую рекомендацию, помимо характера выполняемой работы, в каждом конкретном случае необходимо выяснить условия труда, которые могут быть совершенно различными у лиц с одинаковой профессией и по-разному влиять на состояние их здоровья.

Необходимо учитывать: основную профессию и уровень квалификации (квалификационный разряд); характер работы, которую выполняет больной (физическая, интеллектуальная, смешанная); темп (свободный, заданный); рабочую позу (свободная, вынужденная, стоя, сидя, с переменной положением); напряженность работы (незначительная, умеренная, выраженная, значительная); условия работы (в помещении, на улице, в горячем цехе, на сквозняках, на высоте); наличие профессиональных вредностей; уровень образования; профессиональный маршрут (длительность работы в других профессиях); возможность рационального трудоустройства [5–7].

При анализе материально-бытовых условий уточняются жилищные условия, наличие в семье лиц, которые могли бы ухаживать за больным, количество трудоспособных в семье и др.

Чтобы оценить трудовой и реабилитационный прогноз пациента, следуя предла-

гаемому алгоритму, врач пошагово оценивает все категории жизнедеятельности: способность к самообслуживанию, обучению, передвижению, трудовой деятельности, ориентации, общению, способность контролировать свое поведение.

Степень ограничения жизнедеятельности характеризуется одной или соединением нескольких обозначенных наиважнейших ее критериев.

Выделяют три степени ограничения жизнедеятельности: умеренную, выраженную и значительную [5–7].

В зависимости от степени ограничения жизнедеятельности устанавливают I, II или III группу инвалидности, а также причины инвалидности либо признаков стойкой утраты трудоспособности не находят.

Основания для установления I группы инвалидности следующие: значительное ограничение жизнедеятельности человека, неспособность к самообслуживанию и потребность в постоянном постороннем присмотре или помощи в результате стойких, значительно выраженных функциональных нарушений в организме, предопределенных заболеванием, травмой или врожденным дефектом.

Критерием установления I группы инвалидности является ограничение одной или нескольких категорий жизнедеятельности в значительной степени.

Основания для установления II группы инвалидности следующие: значительное ограничение жизнедеятельности человека при сохраненной способности к самообслуживанию, отсутствии потребности в постоянном постороннем присмотре, досмотре или помощи.

Критерием установления II группы инвалидности является ограничение одной или нескольких категорий жизнедеятельности в выраженной степени.

Ко II группе инвалидности могут принадлежать также лица, которые имеют два заболевания или более, которые в совокупности функциональных нарушений приводят к значительному ограничению жизнедеятельности человека и его работоспособности.

Основаниями для установления III группы инвалидности являются: умеренно вы-

раженное ограничение жизнедеятельности, в том числе работоспособности, вследствие стойких, умеренной тяжести функциональных нарушений в организме, потребность в социальной помощи и социальной защите [6, 7].

Критерием установления III группы инвалидности является ограничение одной или нескольких категорий жизнедеятельности в умеренно выраженной степени.

Отдельные элементы этого алгоритма хорошо известны, но мы их предлагаем в логической взаимосвязи, что повышает их эффективность.

Список литературы

1. Ферфильфайн И. Л. Классификационная модель стандартов медико-социальной экспертизы / И. Л. Ферфильфайн // Сучасні проблеми медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів: наук.-практ. конф. з міжнародною участю : матеріали конф. – Дніпропетровськ : Пороги, 2006. – С. 44–46.
2. Шестаков В. П. О методологических принципах оценки эффективности медико-социальной реабилитации инвалидов / В. П. Шестаков // Там само. – Дніпропетровськ : Пороги, 2006. – С. 55–58.
3. Правова допомога при проведенні медико-соціальної експертизи як засіб правової просвіти громадян / [Кіяновська О., Коваль О., Тарасенко Л., Яцків Т.]. – Львів : Галицький друкар, 2010. – 147 с.
4. Семейная медицина : у 3 кн. / за ред. О. М. Гиріної. – К. : Медицина, 2007. – Книга I. Організаційні основи сімейної медицини. – 2007. – 392 с.
5. Латишев Є. Є. Формування системи сімейної медицини в Україні / Є. Є. Латишев. – К., 2007. – 176 с.
6. Семейная медицина на шляху до високої якості надання первинної медико-санітарної допомоги : матеріали наук.-практ. конф. з міжнародною участю (29–30 травня 2008 р., м. Харків) / Харківська медична академія післядипломної освіти. – Харків, 2008. – 75 с.
7. Методичні рекомендації з організації роботи дільничних терапевтів та сімейних лікарів і превентивної медицини / [упоряд. Є. Я. Скларов та ін.] ; Львів. нац. мед. ун-т ім. Данила Галицького. – Л., 2007. – 46 с.

Л.М. Бобро

РОЛЬ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ У ВИРІШЕННІ ПРОБЛЕМ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ

Практика роботи амбулаторно-поліклінічної служби свідчить про недостатнє знання лікарями загальної практики особливостей медико-соціальної експертизи, що знижує ефективність лікування і може негативно вплинути на подальшу долю хворого. Розроблено алгоритм проведення експертизи непрацездатності, який запропоновано використовувати для вирішення питань медико-соціальної експертизи.

Ключові слова: медико-соціальна експертиза, лікар загальної практики.

L.N. Bobro

ROLE OF GENERAL PRACTITIONER IN SOLUTION OF PROBLEMS MEDICAL AND SOCIAL EXAMINATION

The practice of ambulatory-policlinic service indicates a lack of knowledge by general practitioners of the features of the medical and social examination, which reduces the effectiveness of treatment and may adversely affect the future of the patient. The algorithm for the examination of disability is developed, which is proposed to use to address the medical and social examination.

Key words: medical-social examination, general practitioner.

УДК 616.314.13/.16-002-003.663.4-007.23-036.22-053.81

Е.Г. Денисова, И.И. Соколова

Харьковский национальный медицинский университет

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Изучена распространенность кариеса, системной гипоплазии, флюороза и клиновидных дефектов зубов у лиц молодого возраста. Установлено сочетанное поражение зубов заболеваниями различной этиологии и патогенеза.

Ключевые слова: кариес, системная гипоплазия, флюороз, клиновидный дефект.

Особенностью стоматологических заболеваний на современном этапе является их высокая распространенность и интенсивность поражения зубочелюстной системы, одновременное развитие нескольких самостоятельных видов патологии (поражение твердых тканей зубов различной этиологии, заболевания пародонта и слизистой оболочки полости рта, зубочелюстные аномалии и деформации), хроническое прогрессирующее течение патологических процессов, приводящих к формированию очагов хронической одонтогенной инфекции и нередко являющихся причиной возникновения и развития болезней желудочно-кишечного тракта, печени, сердечно-сосудистой патологии, ревматизма, нефропатии и многих инфекционно-аллергических состояний. Для уменьшения интенсивности и распространенности стоматологической патологии необходимо динамическое изучение этих показателей с разработкой на их основе региональных программ профилактики.

Отмечается зависимость повышения частоты стоматологических заболеваний от образа жизни, уровня гигиенической культуры и образования, характера и режима питания, медицинской активности [1].

Кариес зубов остается по-прежнему самой распространенной патологией твердых тканей зубов, приводящей к возникновению очагов хронического воспаления и, как след-

ствие, к удалению зубов, формированию вторичных аномалий прикуса [2]. Наряду с этим у лиц молодого возраста достаточно большая группа патологии твердых тканей зубов может приводить к аналогичным последствиям. Это некариозные поражения, возникающие как до прорезывания постоянных зубов (гипоплазия, флюороз) [3], так и в период активной функциональной нагрузки после прорезывания постоянного зуба (клиновидный дефект, эрозии эмали, «компьютерный» некроз эмали) [3, 4]. И если первая группа некариозных поражений типична для молодых пациентов, то возникновение второй – результат применения абразивных зубных паст, электрических зубных щеток, кислых фруктовых напитков и др. Таким образом, наблюдается тенденция возникновения заболеваний твердых тканей зубов у лиц молодого возраста, не характерных для них до недавнего времени. Есть еще одна тенденция, которая осложняет диагностику нозологических форм: достаточно часто кариозный процесс развивается на фоне некариозных поражений твердых тканей, возникающих до прорезывания зубов.

В связи с этим цель данной работы – изучение распространенности заболеваний твердых тканей зубов у лиц молодого возраста.

Материал и методы. Было проведено исследование состояния полости рта у 98 лиц

© Е.Г. Денисова, И.И. Соколова, 2013

в возрасте 21–24 лет, которые проходили обучение в интернатуре ХНМУ. Обследование проводили в условиях стоматологического кабинета при искусственном освещении согласно методике и требованиям ВОЗ [5]. Дифференциальную диагностику между некариозными поражениями твердых тканей зубов и кариесом проводили по традиционным критериям (окрашивание метиленовым синим, высушивание поверхности эмали и т. д.). Клиническое обследование предусматривало оценку распространенности и интенсивности поражения зубов и поверхностей кариесом (индексы КПУз, КПУп, где К – кариес, П – пломбированные, У – удаленные зубы) [6]. Для оценки распространенности дефектов развития эмали использовали индекс DDE (Developmental Defects of Enamel) [5]: оценивали индексные зубы 14, 13, 12, 11, 21, 22, 23, 24, 36, 46, применяемые в эпидемиологических исследованиях. Распространенность дефектов эмали (%) рассчитывали для пациентов и для зубов. Флюороз зубов характеризовали по критериям индекса Dean [5]: сомнительный, очень слабый, слабый, средний, тяжелый, при этом для оценки выбирали два наиболее пораженных зуба в полости рта обследуемого. При исследовании использовали классификацию клиновидных дефектов по С.М. Махмудханову [7]. В качестве основного статистического метода использовали закон распределения Стьюдента с общепринятой в медицине и биологии достоверностью $p < 0,05$.

Результаты исследований. После диагностического исследования в данной группе лиц были установлены следующие нозологические единицы: кариес зубов, системная гипоплазия эмали, флюороз, клиновидные дефекты, причем наблюдалось сочетание кариозного процесса и системной гипоплазии зубов, кариеса и клиновидных дефектов.

В результате обследования было установлено, что распространенность кариозного процесса у молодых лиц составила $(69,8 \pm 5,4) \%$; интенсивность кариеса у одного обследуемого в среднем составила: КПУз – $2,5 \pm 0,2$, КПУп – $3,5 \pm 0,4$. При анализе индекса КПУз было установлено, что компонент К был равен $2,10 \pm 0,23$; П – $0,24 \pm 0,05$; У – $0,14 \pm$

$0,50$. Кариозным процессом поражались преимущественно моляры – $(54,1 \pm 4,35) \%$ и премоляры – $(35,1 \pm 4,9) \%$. При этом, говоря о форме кариозного процесса, преобладал средний кариес, хроническое течение.

Из 98 обследованных лиц у 21 во время стоматологического осмотра были установлены дефекты развития эмали по индексу DDE, что составило $21,43 \%$ всех обследованных лиц. Дефекты наблюдались в $(3,30 \pm 1,05) \%$ зубов каждого пациента, имеющего данную патологию, при этом формы дефектов были различны. Ограниченная пятнистость наблюдалась у 7 ($33,3 \%$) обследованных на резцах обеих челюстей и молярах, при этом дефектная эмаль имела нормальную толщину с гладкой поверхностью, граница между пораженной эмалью и нормальной четкая, цвет пораженной эмали был различным: белым, кремовым, желтым или коричневым. При диффузной пятнистости (6 человек – $28,6 \%$) дефектная эмаль также была нормальной толщины, форма пятнистости имела вид ломаной линии, отдельные пятна сливались в обширные поля. Цвет пятнистости был преимущественно белый. Гипоплазия наблюдалась у 4 (19%) пациентов в виде дефектов, имеющих ограниченную толщину эмали или же полное ее отсутствие. Данный вариант встречался в форме ямочек, углублений (как правило, на буграх моляров), борозд (на резцах). Ограниченная и диффузная пятнистость была у 2 ($9,52 \%$) пациентов и протекала однородно: ограниченная пятнистость наблюдалась на молярах, диффузная – на резцах. Пятнистость была белого цвета. У 1 обследованного ($4,76 \%$) имело место сочетание ограниченной пятнистости и гипоплазии: белые пятна на резцах и углубления на буграх моляров. Сочетание диффузной пятнистости и гипоплазии также было зарегистрировано у 1 пациента ($4,76 \%$): пятнистость на резцах, углубления на буграх моляров, причем на дне углубления наблюдался дентин, плотный, безболезненный при зондировании. Сочетание трех типов дефектов нами выявлено не было. Следовательно, дефекты формирования эмали по индексу DDE были установлены у 21 обследованного, из них у 15 наблюдалась пятнистая форма, а у 6 – сочетание пятнистой формы с гипоплазией.

Діагноз флюороза був встановлений у 3 обстежуваних (3,06 %), при цьому форма характеризувалась як дуже слабка: маленькі непрозорі білі плями, розбросані по поверхні зуба і займають менше 25 % зубної поверхності. Така низька розповсюдженість даного захворювання пояснюється тим, що місто Харків не належить до епідеміологічної зони підвищеного вмісту фтору в питтєвій воді [8].

З 98 обстежених кліновидні дефекти були виявлені у 8 осіб, що становило 8,16 %. Виявлені кліновидні дефекти були єдиничні, по глибині ураження – початкові і поверхні, розташовані на вестибулярній поверхні премолярів верхньої і нижньої щелепи. У одного пацієнта могло зустрічатися як одностороннє ураження зубів, так і двостороннє, ураження одного зуба або декількох зубів, як початкове ураження, так і поверх-

не. Тому у 8 осіб з виявленою патологією загальна кількість уражених зубів становило 19, на 1 пацієнта – (1,58±0,58) ураженого зуба: 10 – початкове ураження і 9 – поверхнє, що становило в середньому на людину по (1,66±0,81) і (1,5±0,5) зуба відповідно.

Висновок

У порожнині рота у одного пацієнта можуть бути декілька нозологічних форм захворювань твердих тканин зубів з різними етіологічними факторами і патогенезом. І, як наслідок цього, підходи до профілактики і лікування різні. У зв'язі з цим для складання індивідуальних програм реабілітації має, на наш погляд, значення вивчення розповсюдженості захворювань не по окремих нозологічних групах, а по ураженості системи порожнини рота в цілому, що і буде в подальшому визначати перспективність наших досліджень.

Список літератури

1. *Давыдов Б. Н.* Розповсюдженість і інтенсивність стоматологічних захворювань у студентів-іноземців в період їх навчання в Росії / Б. Н. Давыдов, О. А. Гаврилова, М. А. Шевлякова // *Стоматологія*. – 2011. – № 1. – С. 22–24.
2. Інформаційний бюлетень ВОЗ № 318, травень 2012 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу до бюлетеню : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/ru/>.
3. *Грошиков М. И.* Некаріозні ураження тканин зуба / М. И. Грошиков. – М. : Медицина, 1985. – 176 с.
4. *Коцєрова Л. Н.* Некаріозні ураження. Комп'ютерний некроз. Лікування і профілактика стоматологічних захворювань [Електронний ресурс] / Л. Н. Коцєрова. – Режим доступу до журн. : <http://medinfo.ru/article/33/117418/>.
5. Стоматологічні дослідження. Основні методи. – [4-е вид.]. – Женева : ВОЗ, 1997. – 76 с.
6. *Виноградова Т. Ф.* Диспансеризація дітей у стоматолога / Т. Ф. Виноградова. – М. : Медицина, 1988. – 256 с.
7. *Махмудханов С. М.* Кліновидні дефекти зубів (етіологія, клініка і лікування) : автореф. дис. на соискання уч. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.00.21 «Стоматологія» / С. М. Махмудханов. – К., 1968. – 25 с.
8. Проблема фтору в підземних водах Харківського регіону в зв'язі з їх експлуатацією / В. В. Яковлев, В. Д. Лищина, И. Н. Литвиненко, О. В. Гаврилюк // *Вісник Харківського національного університету*. – 2009. – № 864. – С. 244–250.

О.Г. Денисова, І.І. Соколова

ПОШИРЕНІСТЬ ЗАХВОРЮВАНЬ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ

Вивчено розповсюдженість карієсу, системної гіоплазії, флюорозу і кліноподібних дефектів зубів у осіб молодого віку. Встановлено поєднане ураження зубів захворюваннями різної етіології та патогенезу.

Ключові слова: карієс, системна гіоплазія, флюороз, кліноподібний дефект.

O.G. Denisova, I.I. Sokolova

PREVALENCE OF DENTAL HARD TISSUES IN YOUNG ADULTS

The prevalence of dental caries, systemic hypoplasia, fluorosis and wedge-shaped defects of teeth is studied in young adults. The combined defeat of teeth by diseases of different etiology and pathogenesis is established.

Key words: *caries, systemic hypoplasia, fluorosis, wedge-shaped defect.*

УДК 364.444:616.24-006.6-07

А.Н. Зинчук

Харьковский национальный медицинский университет

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РАКА ЛЕГКОГО СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Изучена распространенность рака легкого среди жителей Харьковской области. Определены возрастные и половые особенности развития заболевания.

Ключевые слова: *распространенность, рак легкого, ранняя диагностика.*

Рак легкого – эпителиальная злокачественная опухоль, возникающая из поверхностного эпителия бронхов или из бронхиальных желез.

Высокая смертность от этой опухоли не должна служить поводом для пессимизма. Даже если 10 % от всех заболевших в Украине удастся вылечить, то это составит примерно 6215 спасенных жизней в год. Нельзя забывать и о тысячах больных, которым удастся существенно улучшить качество жизни и продлить жизнь. Главная проблема в повышении эффективности лечения – организация ранней диагностики заболевания.

Рак легкого встречается преимущественно в пожилом возрасте. В странах, где средняя продолжительность жизни не превышает 50 лет, эта опухоль не является важной общественной проблемой. Первые 5 мест по смертности от рака легкого занимают Шотландия (109,6 на 100 тыс. населения), Нидерланды (103,2 на 100 тыс. населения), Великобритания (92,5 на 100 тыс. населения), Люксембург (89,7 на 100 тыс. населения), Финляндия (86,9 на 100 тыс. населения). Самый высокий уровень обычно отмечается среди городских жителей [1].

К началу 2000-х годов по сравнению с 1986 годом в развитых странах Запада (Шотландия как эталон) регистрируют на 17 % меньше заболевших раком легкого [1]. Через 5 лет после выявления опухоли остаются в живых только 6–7 % больных [2]. В США этот показатель за 1974–1997 годы вырос с 12 до

15 % [3, 4]. В некоторых странах положение с выживаемостью больных раком легкого немного лучше, но сравнивать показатели разных стран не всегда корректно. Да и показатели по регионам одной страны различаются довольно существенно.

Профессиональные факторы играют немаловажную роль в возникновении рака легкого. С достоверностью установлена этиологическая связь возникновения рака легкого с рядом веществ (асбест, мышьяк, хром, никель и их соединения, радон и продукты его распада, горчичный газ, каменноугольные смолы) и производственных процессов – алюминиевая промышленность, производства, связанные с коксованием угля, выплавкой железа и стали, резиновая промышленность и др. Доля рака легкого, связанного с профессиональными факторами, колеблется от 4 до 40 % от всех случаев рака.

Необходимо отметить, что курение и профессиональные факторы синергически влияют на риск возникновения рака легкого.

Рак легкого в большей степени, чем другие формы злокачественных опухолей, связан с загрязнением атмосферного воздуха канцерогенными веществами. Они обнаруживаются не только на территории промышленных предприятий, выбрасывающих их в промышленных центрах, вдоль автомобильных магистралей, но и далеко за их пределами. Население, проживающее в городах и территориально-промышленных комплексах с высокой степенью индустриального развития, пре-

© А.Н. Зинчук, 2013

имущественно тяжелой, химической, нефте-химической и нефтеперерабатывающей промышленности, чаще поражается онкологическими заболеваниями, в том числе и раком легкого, чем в городах, специализирующихся на легкой и пищевой промышленности. Однако эпидемиологические данные о загрязнении атмосферного воздуха как этиологическом факторе рака легкого указывают на то, что загрязнение воздуха скорее всего влияет на риск развития этого заболевания, но влияние курения и профессиональных факторов имеет гораздо большее значение.

В последние годы появился большой интерес к изучению роли загрязнения воздуха жилых помещений табачным дымом и α -частицами радиоактивного излучения радона и его производных в этиологии рака легкого.

Общеизвестно канцерогенное действие ионизирующего излучения. Наиболее весомым из всех естественных источников ионизирующего излучения является радон – невидимый и не имеющий вкуса и запаха инертный газ.

На поступление радона в жилые помещения влияет ряд факторов:

- содержание и выделение его из подстилающих горных пород, из строительных материалов, которые часто содержат высокие концентрации радона и его производных;
- потребление питьевой воды и газа, содержащих радон, вентиляция помещений и др.

Легкие подвергаются особенно высокому риску злокачественных изменений в связи с α -излучением из продуктов деградации радона. Основываясь на экспозиции к ним рабочих в шахтах, показано, что 70% осажденного радона приходится на легкие.

Результаты эпидемиологических исследований позволили предположить, что различные факторы вызывают определенный гистологический тип рака легкого [2]. Так, связь между курением и риском возникновения рака легкого – значительна для плоскоклеточного и меньше для крупноклеточного рака и аденокарциномы, которая часто встречается у некурящих женщин и среди населения с невысокой заболеваемостью раком легкого.

К настоящему времени получены убедительные данные о том, что центральный и периферический рак различаются не только

локализацией и структурами, из которых они развиваются, но и особенностями этиологии, пато-, морфо- и гистогенеза. В этиологии рака легкого большое значение имеет вдыхание канцерогенных веществ, проникновение канцерогенов с крово- и лимфотоком, что подтверждается экспериментальными и клиническими данными [2].

Результаты эпидемиологических исследований влияния факторов окружающей среды на риск развития рака легкого позволяют сделать следующий вывод. Доля влияния различных изучаемых факторов неодинакова, а именно: роль курения и профессиональная экспозиция несравнимо больше, чем загрязнения атмосферного воздуха [3].

После облучения в зоне Чернобыльской АЭС у участников ликвидации последствий аварии рак легкого занимает первое ранговое место, составляя 35% всех онкологических заболеваний. Поступление радиоактивных веществ было наибольшим в летние месяцы из-за более интенсивного пылеобразования и отказа ликвидаторов из-за жары использовать респираторы. После начала воздействия инкорпорированных радионуклидов рак легкого выявлялся, как правило, через 12–15 лет после участия в работах [5].

При изучении распространенности рака легкого среди жителей города Харькова и Харьковской области отмечен рост заболеваемости. Так, в 2001 году показатель заболеваемости был равен $44,4 \pm 1,4$ на 100 тыс. населения, в 2006 году – $46,2 \pm 1,4$ на 100 тыс., а в 2011 году – $48,3 \pm 1,2$ на 100 тыс., что подтверждают и республиканские данные. Уровень общей заболеваемости в Украине с 2001 года вырос на 21% за данный период. И этот показатель существенно увеличился в Днепропетровской, Закарпатской, Винницкой, Киевской, Тернопольской, Черкасской областях, а лидирующее место в этом списке, к сожалению, занимает Харьковская область.

Также выявлено, что наиболее часто встречается заболевание у мужчин, чем у женщин. Так, в 2001 году заболеваемость мужчин составила 81,8 на 100 тыс., заболеваемость женщин – 14,3 на 100 тыс., в 2006 году – 81,6 и 17,3 на 100 тыс. соответственно, в 2011 году – 84,1 и 19,1 на 100 тыс. соответственно.

У мужчин наибольшая распространенность рака легкого отмечается в возрасте от 71 до 80 лет. Заболеваемость увеличивалась до конца 70-х годов, после чего начала медленно уменьшаться вследствие некоторого сокращения количества курильщиков. В развитых странах эта тенденция прослеживается более четко в связи с энергичными профилактическими мерами начиная с 70-х годов прошлого века (на уровне правительства).

Среди лиц женского пола различий в возникновении заболевания по возрастным критериям не выявлено. Привычка женщины курить сигареты в Украине приобрела практически массовые масштабы в начале 90-х годов прошлого века. Резкого повышения заболеваемости женщин раком легкого следует ждать в 2020-е годы. В развитых странах Запада число курильщиц увеличилось сразу после II Мировой войны. В текущем столетии возможна «эпидемия» рака легкого среди населения женского пола [6].

Из данных таблицы видно, что наиболее часто заболевание выявляется в третьей стадии в каждом из упомянутых годов. При сравнении определяется некая тенденция к увеличению выявляемости заболевания на первой стадии (это прослеживается только в том случае, если рассматривать изолированно только

Частота первичного выявления заболевания с учетом его стадии, на 100 тыс.

Год	Стадии заболевания			
	1-я	2-я	3-я	4-я
2001	5,64	3,59	21,62	13,54
2006	7,61	6,10	25,50	6,97
2011	10,62	4,67	22,83	10,20

одну первую стадию). В целом же лидирует при первичном выявлении третья стадия.

Диагностика рака легкого затруднена в первую очередь тем, что данная патология не относится к тем заболеваниям, которые можно заподозрить на первых стадиях их развития без применения специальных методов обследования и диагностики. В том случае, если врач подозревает развитие данного заболевания, это уже не является ранним выявлением. А такое возможно уже только лишь при третьей, четвертой стадии заболевания. При выявлении заболевания на этих стадиях прогноз на излечение будет крайне минимальным.

Помимо упомянутого на затруднение ранней диагностики влияет и тот факт, что среди жителей падает уровень доверия официальной медицине.

Список литературы

1. Мерков А. М. Рак лёгких и курение / А. М. Мерков // Вопросы онкологии. – 2004. – № 5. – С. 109–116.
2. Black R. J. Trends in cancer survival in Scotland 1968–1990 / R. J. Black, L. Sharp, S. W. Kendrick. – Edinburgh : Information & Statistics Division, National Health Service in Scotland, 1993. – 138 p.
3. Cancer Statistics, 2001 / R. T. Greenlee, M. B. Hill-Harmon, T. Murray, M. Thun // Ca: Cancer J. Clin. – 2001. – V. 51, № 1. – P. 15–36.
4. Cancer Statistics, 2002 / Ahmedin Jemal, Andrea Thomas, Taylor Murray, Michael Thun // Ca: A Cancer for Clinicians. – 2002. – V. 52, № 1. – P. 23–27.
5. Зубовский Г. А. Рак легкого у лиц, подвергшихся радиационному воздействию вследствие аварии на Чернобыльской АЭС / Г. А. Зубовский, С. А. Хрисанфов // Вопросы онкологии. – 2003. – Т. 49, № 3. – С. 359–362.
6. Lung cancer rates convergence in young men and women in the United States: Analysis by birth cohort and histologic type / Jemal Ahmedin, Travis William D., Tarone Robert E. [et al.] // Int. Journal of Cancer. – 2003. – V. 105, № 1. – P. 101 – 107.
7. Давыдов М. И. Злокачественные новообразования в России и странах СНГ в 2000 г. / М. И. Давыдов, Е. М. Аксель. – М., 2002. – 281 с.

A.M. Zinchuk

ЕПІДЕМІОЛОГІЯ РАКУ ЛЕГЕНІ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Вивчена поширеність раку легені серед жителів Харківської області. Визначено вікову і статеву особливості розвитку захворювання.

Ключові слова: поширеність, рак легені, рання діагностика.

A.N. Zinchuk

THE EPIDEMIOLOGY OF LUNG CANCER IN THE POPULATION OF KHARKIV REGION

The prevalence of lung cancer among residents of Kharkiv region is studied. The age and sex peculiarities development of disease are determined.

Key words: prevalence, lung cancer, early diagnosis.

УДК 616.12-008.318-06:616-008

В.Е. Кардаш, Е.Ц. Ясинська, Ж.А. Ревенко

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

ВПЛИВ СЕРЦЕВИХ АРИТМІЙ НА ОСОБЛИВОСТІ РОЗПОДІЛУ СУПУТНІХ ЗАХВОРЮВАНЬ

За даними звернень на основі поглибленого аналізу одержано уточнені дані про особливості структурного розподілу супутніх захворювань при порушеннях серцевого ритму серед міських жителів.

Ключові слова: *серцеві аритмії, супутні захворювання, джерела інформації.*

Поширеність порушень ритму та провідності серця збільшуються із року в рік, і ці захворювання лишаються основною причиною раптової серцевої смерті, особливо хворих на ішемічну хворобу серця.

Незважаючи на комплекс сучасних медичних заходів, порушення ритму та провідності серця відносяться до найбільш складних і найменш розроблених розділів кардіології [1, 2]. У зв'язку з цим особливого значення набувають епідеміологічні дослідження цих захворювань, зв'язок їх з умовами праці, побуту, перенесеними та супутніми захворюваннями. Що стосується супутніх захворювань, то в літературі зустрічаються лише вказівки на наявність при порушеннях ритму серця окремих соматичних захворювань, які часто вважаються їх причинами [3, 4].

Все це перш за все пов'язано з тим, що серцеві аритмії (за винятком ідіопатичних форм) не визнаються самостійними захворюваннями, а відносяться до симптомів патологічних станів, які виникають при захворюваннях серця або розладах нейрогуморальної регуляції діяльності серця [5, 6], тому вони в системі обліку захворювань не реєструються і статистика їх не ведеться. Разом з тим вивчення особливостей перебігу серцевих аритмій має велике значення для запобігання їх виникнення та ефективного лікування [7].

У містах до 90 % хворих при виникненні в них порушень ритму та провідності серця викликають швидку медичну допомогу. При

цьому такі хворі обов'язково обстежуються електрокардіографічно, що реєструється в картках виклику (ф. 110/0). Тільки незначна частина таких хворих звертається безпосередньо в кардіологічні кабінети поліклінік або кардіологічні стаціонари.

Мета дослідження – визначити особливості розподілу структури супутніх захворювань при серцевих аритміях за допомогою поглибленого вивчення звернень, встановити зв'язок динаміки зі структурою та частотою захворюваності окремими формами порушень ритму серця, зі статеві-віковими особливостями.

Матеріал і методи. Для вивчення особливостей розподілу структури супутніх захворювань, що зустрічаються при серцевих аритміях, за даними звернень нами при проведенні дослідження використані картки виклику швидкої медичної допомоги за 2002–2008 роки. Для полегшення статистичної обробки результатів всі картки виклику були алфавітизовані та зведені на одну особу, що дозволило встановити загальну кількість хворих, які звертались у станцію швидкої медичної допомоги за ці роки з приводу порушень ритму серця, також враховувались хворі, які вперше звертались безпосередньо в кардіологічні кабінети поліклінік та кардіологічні стаціонари. На кожного хворого заповнювалась спеціальна картка.

Результати та їх обговорення. Виявлено та уточнено за запропонованою методикою

© В.Е. Кардаш, Е.Ц. Ясинська, Ж.А. Ревенко, 2013

такі дані про загальну кількість первинних звернень за роками досліджень (2002–2008 роки). Уперше звернулись у лікувальні заклади міста з приводу серцевих аритмій 568 хворих. Серед них було 290 (51,0 %) чоловіків і 278 (48,9 %) жінок. Із 568 хворих 8,1 % були у віці до 40 років, 16,2 % – у віці 40–49 років, 21,2 % – 50–59 років; 29,9 % – 60–69 років і 24,6 % – старші 70 років. Як видно з наведених даних, серед уперше виявлених хворих з серцевими аритміями найбільша кількість – у віці 50–69 років. Що стосується соціального складу, найбільший відсоток хворих серед уперше виявлених приходиться на непрацюючих – 54,7 % (інваліди, пенсіонери, домогосподарки); робітників було всього 21,2 %, службовців – 24,1 %.

За роки дослідження відбулися зміни в рівнях супутніх захворювань, що виникли в осіб при первинних захворюваннях на порушення ритму та провідності серця. Встановлено, що 36,9 % порушень ритму і провідності серця виникли на тлі ішемічної хвороби серця, 25,5 % – на тлі атеросклерозу з гіпертензією та без неї, 12,3 % – на тлі гіпертонічної хвороби, 7,6 % – на тлі ревматизму, 5,9 % – на тлі хронічних неспецифічних захворювань легень, 4,8 % – на тлі захворювань шлунково-кишкового тракту, 2,9 % – на тлі тиреотоксикозу, 2,1 % – на тлі органічних уражень центральної нервової системи, 0,5 % – на тлі інших захворювань, у 1,5 % випадків супутні захворювання не були виявлені (табл. 1).

У 2008 році відсоток гіпертонічної хвороби в структурі супутніх захворювань знизився відносно показника 2002 року у чоловіків у 2,2 разу, у жінок в 1,9 разу. За цей же період як у чоловіків, так і у жінок, хворих на серцеві аритмії, значно зросла частка атеросклерозу та хронічних неспецифічних захворювань легень, дещо збільшилися показники ішемічної хвороби серця (табл. 2).

Зниження відсотка гіпертонічної хвороби в структурі супутніх захворювань при порушеннях серцевого ритму і провідності серця свідчить про деякі успіхи в її лікуванні. В той же час зростання відсотка ішемічної хвороби, атеросклерозу з гіпертензією і без неї та хронічних неспецифічних захворювань легень вказує на провідну роль цих захворювань у виникненні серцевих аритмій.

Проаналізувавши співвідношення між супутніми захворюваннями в окремих вікових групах, ми встановили, що у хворих з серцевими аритміями відсоток гіпертонічної хвороби з віком зростає тільки до вікової групи 50–59 років, ревматизму та інших захворювань (нейроциркуляторної дистонії, гіпертиреозу та ін.) – у віці до 40 років. У більш старших вікових групах на перші місця виходять атеросклероз з гіпертензією і без гіпертензії та хронічні неспецифічні захворювання легень. Як свідчать дані табл. 3, найбільший відсоток гіпертонічної хвороби у хворих з серцевими аритміями припадає на вікову групу 40–49 років; ревматизму, нейроциркуляторної дистонії, гіпертиреозу – на віковій групі 40 років; атеросклерозу та хронічних

Таблиця 1. Структура супутніх захворювань при порушеннях ритму та провідності серця

Супутні захворювання	Кількість хворих	
	абс.	%
Ішемічна хвороба серця	210	36,9
Атеросклероз з гіпертензією і без неї	145	25,5
Гіпертонічна хвороба	70	12,3
Ревматизм	43	7,6
Хронічні неспецифічні захворювання легень	33	5,9
Захворювання шлунково-кишкового тракту	27	4,8
Тиреотоксикоз	17	2,9
Органічні ураження центральної нервової системи	12	2,1
Інші захворювання	3	0,5
Захворювання не були виявлені	8	1,5
Всього	568	100

Таблиця 2. Співвідношення між супутніми захворюваннями в структурі їх при порушеннях ритму та провідності серця у чоловіків і жінок, %

Супутні захворювання	2002 р.		2008 р.	
	чол.	жін.	чол.	жін.
Ішемічна хвороба серця	30,2	26,1	34,2	30,2
Атеросклероз з гіпертензією і без неї	22,1	18,2	28,1	25,1
Гіпертонічна хвороба	21,4	30,8	9,2	16,4
Ревматизм	6,2	7,1	6,0	7,4
Хронічні неспецифічні захворювання легень	2,4	2,7	5,3	5,5
Захворювання шлунково-кишкового тракту	4,8	3,9	4,9	4,0
Інші захворювання	12,9	16,2	12,3	11,4
Всього	100	100	100	100

Таблиця 3. Співвідношення в структурі супутніх захворювань при серцевих аритміях в осіб різного віку, %

Супутні захворювання	Вікові групи				
	до 40	40–49	50–59	60–69	70 +
Ішемічна хвороба серця	36,6	36,8	42,0	44,3	45,01
Гіпертонічна хвороба	24,5	31,7	13,6	1,9	1,3
Атеросклероз без гіпертензії	5,1	15,6	26,4	30,3	0,3
Атеросклероз з гіпертензією	–	1,2	16,6	17,1	28,1
Ревматизм	13,2	4,1	1,5	0,3	23,0
Хронічні неспецифічні захворювання легень	–	0,4	4,4	5,0	2,1
Інші захворювання (нейроциркуляторна дистонія, тиреотоксикоз та ін.)	20,6	10,2	3,5	1,1	0,19
Всього	100	100	100	100	100

неспецифічних захворювань легень – на вікові групи 70 років і старших (табл. 3).

У ході досліджень виявлені також і деякі зміни рівнів супутніх захворювань, що виникли в осіб при первинних захворюваннях на серцеві аритмії (табл. 4).

Як видно з даних табл. 4, у 2008 р. порівняно з 2002-м значно зросла частота ішемічної хвороби серця та атеросклерозу з гіпертензією

та без неї. У осіб з серцевими аритміями, які виникли вперше, частота гіпертонічної хвороби знизилася більше ніж у 2 рази. Зниження рівня гіпертонічної хвороби як супутнього захворювання вказує на деякі успіхи в її лікуванні. У той же час збільшення частоти ішемічної хвороби серця та атеросклерозу як супутніх захворювань вказує на зростаючу роль їх у виникненні серцевих аритмій.

Таблиця 4. Співвідношення між частотою супутніх захворювань в осіб з серцевими аритміями, що виникли вперше, у 2002 році порівняно з 2008 роком, на 100 обстежених

Супутні захворювання	2002 р.	2008 р.	p
Ішемічна хвороба серця	26,4±3,2	38,2±3,9	<0,01
Атеросклероз з гіпертензією та без неї	32,6±2,6	47,1±3,6	<0,01
Гіпертонічна хвороба	27,1±3,4	8,8±4,2	<0,01
Ревматизм	4,2±1,1	6,9±3,3	<0,05
Хронічні неспецифічні захворювання легень	2,9±2,1	4,9±3,2	<0,05
Захворювання шлунково-кишкового тракту	3,5±4,3	4,6±3,8	>0,05
Інші захворювання	12,1±3,2	12,1±4,2	>0,05

Висновки

1. Ішемічна хвороба серця займає провідне місце в структурі супутніх захворювань при серцевих аритміях, атеросклероз з гіпертензією і без неї – друге, гіпертонічна хвороба – третє, ревматизм – четверте.

2. За останній час відмічається тенденція до збільшення в структурі супутніх захворювань при серцевих аритміях частки атеросклерозу з гіпертензією і без неї та хронічних неспецифічних захворювань легень, при цьому відмічається зниження частки гіпертонічної хвороби у віці 40–49 років та незначне збільшення – у віці до 40 років.

3. За 6 років спостереження значно зросла частота атеросклерозу та ішемічної хвороби серця, а частота гіпертонічної хвороби як супутнього захворювання знизилась як у чоло-

віків, так і у жінок, хворих на уперше виявлені аритмії, більше ніж у 2 рази.

4. У віковій структурі супутніх захворювань при порушеннях ритму та провідності серця при ревматизмі, нейроциркуляторній дистонії та гіпертиреозі найбільшу частку займають вікові групи до 40 років, при гіпертонічній хворобі – вікова група 40–49 років, при ішемічній хворобі – вікова група 70 років і старше, при атеросклерозі і хронічних неспецифічних захворюваннях легень – вікові групи старше 60 років.

Перспективи подальших досліджень.

Уточнені дані про структуру супутніх захворювань при серцевих аритміях у перспективі при розробці заходів з їх профілактики розширюють можливості підвищення якості лікувально-профілактичної допомоги населенню.

Список літератури

1. Бойцов С. А. Нарушение ритма сердца при хронической сердечной недостаточности / С. А. Бойцов, А. М. Подлесов // Сердечная недостаточность. – 2001. – Т. 2, № 5. – С. 224–227.
2. Срібна О. В. Поширеність порушень ритму та провідності серця серед сільського населення України / О. В. Срібна, І. М. Горбась // Укр. кардіол. журн. – 2008. – № 1. – С. 89–94.
3. Кулішов С. К. Екстрасистолічна аритмія: клінічні прояви, можлива небезпека для життя, варіанти лікування / С. К. Кулішов, К. Є. Вакуленко, Н. Г. Третяк // Медицина неотложных состояний. – 2009. – № 1. – С. 19–23.
4. Чорна Ю. А. Прогнозирование достижения различных типов ортостатических реакций артериального давления методом шагово-дискриминантного анализа у пациентов с постоянной формой фибрилляции предсердий / Ю. А. Чорна // Україна. Здоров'я нації. – 2011. – № 4. – С. 169–174.
5. Фомин Н. В. Средиземноморская диета: профилактика заболеваний сердечно-сосудистой системы / Н. В. Фомин // Врач. – 2003. – № 3. – С. 50–51.
6. Чазов Е. И. Проблемы первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний / Е. И. Чазов // SYNOPSIS medicinalis. – 2003. – № 1. – С. 6–10.
7. Коваленко В. М. Серцево-судинні захворювання і порушення ритму серця: медико-соціальні та методичні шляхи формування національної стратегії профілактики і лікування аритмій / В. М. Коваленко, О. С. Сичов // Укр. кардіол. журн. – 2005. – № 5. Додаток. – С. 3–6.

В.Э. Кардаш, Э.Ц. Ясинская, Ж.А. Ревенко

ВЛИЯНИЕ СЕРДЕЧНЫХ АРИТМИЙ НА ОСОБЕННОСТИ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

По данным обрабатываемости на основе углубленного анализа получены данные об особенностях структурного распределения сопутствующих заболеваний при нарушениях сердечного ритма среди городских жителей.

Ключевые слова: *сердечные аритмии, сопутствующие заболевания, источники информации.*

V.E. Kardash, E.Ts. Yasinska, Zh.A. Revenko

CARDIAC ARRHYTHMIAS INFLUENCE ON THE PECULIARITIES OF THE ATTENDANT DISEASES DISTRIBUTION DISTURBANCES

On the basis of the depth study the visits of the patients to medical ambulance servis obtained clarify datas of the structure of the attendant diseases by the heart rate disturbances.

Key words: *cardiac arrhythmias, attendant diseases, sources of the information.*

УДК 616.1-058.24:316.728

*В.Е. Кардаш, Е.Ц. Ясинська, Ж.А. Ревенко**Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці***ЗАКОНОМІРНОСТІ У ФОРМУВАННІ СПОСОБУ ЖИТТЯ
ХВОРИХ НА СЕРЦЕВО-СУДИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ
СЕРЕД ОКРЕМИХ ГРУП РОБІТНИКІВ І СЛУЖБОВЦІВ**

Суттєвий вплив на виникнення ішемічної хвороби серця, в тому числі порушень ритму та провідності серця, має характер професійної діяльності. Високу захворюваність на серцеві аритмії виявлено в осіб, професійна діяльність яких супроводжується нервово-психічним перенапруженням на тлі недостатньої фізичної активності. Особливо велике значення у виникненні ішемічної хвороби серця і порушень ритму серця має поєднаний вплив факторів.

Ключові слова: *групи робітників і службовців, захворюваність, розповсюдженість, загальні та стандартизовані показники, «зворотний» метод Керріджа.*

Оцінка ролі професій у виникненні різних захворювань, особливо серцево-судинних, дуже складна, тому що для повного висновку необхідно враховувати вплив усього комплексу властивих даній професії чинників. Дані про роль окремих професій у виникненні порушень ритму та провідності серця вкрай нечисленні. Разом з тим у більшості наукових праць, присвячених даному питанню, існує тенденція звести реакцію організму у відповідь на сукупний вплив характерних для даної професії чинників до ізольованої реакції на окремо взяті фактори (шум, вібрація, контакт з хімічними речовинами та ін.) [1]. При цьому не надається належної уваги можливому впливу інших факторів (фізична активність, нервово-психічні напруження тощо), етіологічна роль яких визнається більшістю авторів [2, 3].

Складність вивчення і труднощі оцінки ролі окремих професій у виникненні серцево-судинних захворювань, у тому числі порушень ритму та провідності серця, привели до того, що з ряду питань цієї проблеми існують значні суперечності. Все більшого значення набуває облегшення фізичної та розумової праці, все більше вимог ставиться до інтелектуальної підготовки та точних реакцій [4].

У зв'язку з цим при вивченні впливу професій на захворюваність не можна обмежуватись окремими професійними шкідливостями, необхідно по можливості враховувати дію всіх властивих даній професії чинників [5, 6]. Тому для виявлення впливу професійно-виробничих чинників на захворюваність необхідно згрупувати професії не по окремих санітарно-гігієнічних ознаках, а по групах цих ознак [7]. Багато з професій канули в минуле, а умови праці інших різко змінились. На жаль, нова класифікація професій за таким принципом до цього часу не створена.

Мета дослідження – об'єднати в групи провідні професії робітників та службовців за характером і умовами праці для з'ясування ролі професійно-виробничих чинників у виникненні порушень ритму та провідності серця й обчислити загальні та стандартизовані показники їх розповсюдженості.

Матеріал і методи. Для з'ясування ролі професійно-виробничих факторів у виникненні порушень ритму та провідності серця провідні професії робітників та службовців за характером і умовами праці були об'єднані в групи. Ми прагнули додержуватись принципу провідного впливу тих чи інших чин-

© В.Е. Кардаш, Е.Ц. Ясинська, Ж.А. Ревенко, 2013

ників у даній групі, навіть у тих випадках, якщо ступінь їх впливу на осіб різних професій не однаковий.

В подальшому серед виділених груп професій робітників та службовців були обчислені загальні та стандартизовані показники розповсюженості порушень ритму та провідності серця. Через відсутність вікового складу детальних професій був використаний для стандартизації «зворотний» метод Керріджа. Використання цього методу дозволило виділити групи професій, при яких відмічаються високі рівні розповсюженості порушень ритму та провідності серця. Для більш детального з'ясування ролі розумової та фізичної праці в розповсюженості порушень ритму та провідності серця ми розподілили працюючий контингент у досліджуваних групах (хворих і здорових) на осіб переважно розумової та переважно фізичної праці.

Результати та їх обговорення. Серед професій службовців були виділені такі групи:

1-ша – керівники підприємств та установ (праця цієї групи характеризується високим ступенем нервово-психічного напруження, малою фізичною активністю і виконується в закритому приміщенні);

2-га – робітники інженерно-технічної праці: інженери, техніки, конструктори, майстри, креслярі (високий ступінь розумового напруження, негативні емоції, закрите приміщення);

3-тя – медичні працівники: лікарі, фельдшери, акушерки, медичні сестри, зубні лікарі (високий ступінь розумового та нервово-психічного напруження, постійне пригнічення негативних емоцій);

4-та – наукові працівники та педагоги: професори, доценти, асистенти, наукові співробітники, вчителі, вихователі дитячих садків, шкіл-інтернатів (високий ступінь розумового та нервово-психічного напруження, мала фізична активність, закрите приміщення);

5-та – працівники літератури та мистецтва: письменники, журналісти, редактори, музиканти, скульптори, художники, артисти (високий ступінь розумового напруження, мала фізична активність, закрите приміщення);

6-та – юридичний персонал: прокурори, судді, адвокати, юрисконсульти (високий ступінь

нервово-психічного напруження, мала фізична активність, закрите приміщення);

7-ма – працівники зв'язку: радіотелеграфісти, телеграфісти, телефоністи (високий ступінь напруження уваги, негативні емоції, сидяча праця, робота в різні зміни, закрите приміщення);

8-ма – працівники торгівлі: продавці магазинів, ларьків, наметів та ін. (напруження уваги, постійний шум, негативні емоції, стояча робота);

9-та – працівники плану та обліку: бухгалтери, економісти, плановики, інструктори, контролери (високий ступінь розумового напруження, сидяча праця, закрите приміщення).

За таким самим принципом були об'єднані в групи професії робітників.

У першу групу ввійшли робітники-металісти, які займаються обробкою металу і праця яких характеризується високим напруженням уваги, виконується у вимушеному положенні та закритому приміщенні (токарі, свердлувальники, шліфувальники, фрезувальники, інструментальники, лекальники, клепальники, електромонтери, слюсарі).

У другу групу ввійшли робітники, які піддаються дії дерев'яного пилу, – деревообробники, праця яких пов'язана з високим напруженням уваги, виконується в закритому приміщенні і у вимушеному положенні (токарі по дереву, модельники, бондарі, бочкарі, колісники, збірники меблів та тари, корзинники, сувенірники).

В третю групу ввійшли робітники, що піддаються дії бавовняного, шовкового та шерстяного пилу, – текстильники, праця яких характеризується високим ступенем напруження уваги, виконується в закритому приміщенні (чесальники, мотальники, прядильники, ткачі, трикотажники).

В четверту групу об'єднані швейники, що працюють у конвеєра. Праця їх пов'язана з високим ритмом роботи, напруженням уваги і виконується у вимушеному (зігнутому) положенні.

У п'яту групу ввійшли будівельники, праця яких пов'язана з відносно високим фізичним напруженням і виконується на відкритому повітрі (бетонярі, муляри, землекопи, кровельщики).

В шосту групу ввійшли харчовики, праця яких пов'язана з дією високої температури, високою вологістю і виконується в закритому приміщенні (пекарі, кухарі, ковбасники, маслороби, миловари, кондитери).

В сьому групу ввійшли водії транспорту, праця яких пов'язана з високим напруженням уваги, малою рухливістю та вимушеним положенням.

Зрозуміло, що подібна класифікація певною мірою умовна. Не всі професії, об'єднані в одній групі, рівною мірою піддаються дії характерних для даної групи чинників (табл. 1, 2).

конується в закритому приміщенні і характеризується високим ступенем нервово-психічного напруження та малою фізичною рухливістю.

Серед робітників як чоловічої, так і жіночої статі найбільш високі показники розповсюдженості порушень ритму зареєстровані у осіб, які виконують роботу з великим ступенем нервово-психічного напруження, напруження уваги та низькою фізичною активністю (швачки, текстильники, водії авто- та електротранспорту).

Хоч стандартизація показників «зворотним» методом є менш точною, однак така

Таблиця 1. Загальні та стандартизовані показники розповсюдженості порушень ритму і провідності серця у службовців виділених груп, на 1000 чоловіків і жінок кожної групи професій*

Групування професій	Стать		Обидві статі	Стандартизовані показники
	чол.	жін.		
Керівники підприємств та закладів	17,1	19,1	18,9	15,5
Інженерно-технічні працівники	7,3	6,9	7,1	5,6
Медичні працівники	10,0	8,6	8,9	8,4
Педагоги	7,8	8,8	8,5	7,2
Працівники зв'язку	10,0	8,3	9,4	9,9
Працівники торгівлі	7,6	8,5	8,1	7,8
Працівники плану та обліку	10,2	7,3	8,5	6,3
Всі службовці	7,1	6,6	6,8	—

* Через відсутність вікового складу детальних професій був використаний для стандартизації «зворотний» метод Керріджа. Тут і в табл. 2.

Таблиця 2. Загальні та стандартизовані показники поширеності порушень ритму і провідності серця у робітників виділених професій, на 1000 чоловіків і жінок кожної групи

Ішемічна хвороба серця	30,2	26,1	34,2	30,2
Атеросклероз з гіпертензією і без неї	22,1	18,2	28,1	25,1
Гіпертонічна хвороба	21,4	30,8	9,2	16,4
Ревматизм	6,2	7,1	6,0	7,4
Хронічні неспецифічні захворювання легень	2,4	2,7	5,3	5,5
Захворювання шлунково-кишкового тракту	4,8	3,9	4,9	4,0
Інші захворювання	12,9	16,2	12,3	11,4
Всього	100	100	100	100

Найбільш високі загальні та стандартизовані показники розповсюдженості порушень ритму і провідності серця у службовців обох статей були відмічені у керівників підприємств та закладів, медичних працівників, педагогів та працівників зв'язку. Як відомо, праця службовців указаних груп професій ви-

велика різниця в показниках крайніх груп (1:3 серед службовців і 1:6 серед робітників) свідчить про значний вплив на рівні розповсюдженості порушень ритму та провідності серця таких чинників, як нервово-психічне напруження, мала фізична рухливість та ін.

Як відомо, ці чинники сьогодні визнаються провідними у виникненні порушень ритму та провідності серця.

Для більш детального з'ясування ролі розумової та фізичної праці в розповсюдженості порушень ритму і провідності серця ми розподілили працюючий контингент досліджуваних груп (хворих і здорових) на осіб переважно розумової та переважно фізичної праці.

Особи, які виконували переважно розумову працю, у свою чергу, за ступенем нервово-психічного напруження були розподілені на дві групи:

- з високим ступенем нервово-психічного напруження, а саме: керівники підприємств та закладів, директори, начальники, головні спеціалісти, інженери, конструктори, майстри, техніки, лікарі, фельдшери, акушерки, наукові працівники, педагоги, письменники, журналісти, артисти, судді, прокурори, бухгалтери, економісти;

- з середнім ступенем нервово-психічного напруження, а саме: механіки, диспетчери, лаборанти, креслярі, фармацевти, медичні сестри, завідувачі дошкільними дитячими закладами, бібліотекарі, контролери, юрисконсульти.

Особи переважно фізичної праці за ступенем енерговитрат були розподілені за класифікацією О.П. Молчанової на три групи:

- легкої фізичної праці з добовими енерговитратами до 3 000 великих калорій (годинники, ювеліри, палітурники, швачки-мотористки, вишивальниці, швачки, черевичники, галантерейники, закрійники, прядильники, провідники, вахтери, лаборанти, водії авто- та електротранспорту, комірники;

- середньої фізичної праці з добовими енерговитратами від 3 000 до 3 500 великих калорій (токарі, свердлувальники, стругальники, шліфувальники, фрезерувальники, слюсарі, інструментальники, лекальники, ткачі, мотористи, модельники);

- важкої фізичної праці з добовими енерговитратами від 3 500 великих калорій і більше (кочегари, бурильники, каменярі, відбійники, прохідники, кріпильщики, формувальники, ковалі, молотобійці, трубопровідники, котельники, вантажники, арматурники, лісоруби, землекопи, бетонярі, каменярі, муляри, прачки, теслярі, покрівельники, асфальтувальники).

У виділених групах осіб розумової та фізичної праці були обчислені загальні та стандартизовані за «зворотним» методом Керріджа показники поширеності порушень ритму і провідності серця.

Як видно з даних табл. 3, найбільш висока поширеність порушень ритму і провідності серця відмічена в групі осіб переважно розумової праці з високим ступенем нервово-психічного напруження, а серед осіб переважно фізичної праці – у тих, хто виконує легку фізичну працю; найбільш низькі рівні розповсюдженості відмічені у осіб фізичної праці. Ці особливості розповсюдженості порушень ритму і провідності серця у осіб розумової та фізичної праці зберігаються і при стандартизації показників за віком. Однак не можна думати, що важка фізична праця сприятливо впливає на показники поширеності цієї патології. Не треба забувати, що особи з фізіологічними відхиленнями від норми, особливо з підвищеним артеріальним тиском, який часто є причиною порушень ритму серця, як прави-

Таблиця 3. Загальні та стандартизовані показники поширеності порушень ритму і провідності серця серед осіб розумової та фізичної праці, на 1000 осіб кожної групи

Праця	Показники	
	загальні	стандартизовані
Переважно розумова		
високий ступінь нервово-психічного напруження	8,8	10,6
середній ступінь нервово-психічного напруження	6,5	7,8
Переважно фізична		
легка	4,7	5,7
середня	2,9	2,8
важка	2,5	2,8

ло, не допускаються до важкої праці, а захворівши, переходять на іншу роботу. Саме ці обставини передусім пояснюють особливості поширеності порушень ритму серця серед осіб легкої та важкої фізичної праці.

Висновки

1. Найбільш високі загальні та стандартизовані показники розповсюдженості порушень ритму та провідності серця серед службовців обох статей були відмічені у керівників підприємств і закладів, медичних працівників, педагогів і працівників зв'язку, праця яких виконується в закритому приміщенні і характеризується нервово-психічним напруженням та малою фізичною рухливістю.

2. Серед робітників як чоловічої, так і жіночої статі найбільш високі показники розповсюдженості порушень ритму зареєстровані у осіб, які виконують роботу з великим ступенем нервово-психічного напруження, напруження уваги та низькою фізичною

активністю (швачки, текстильники, водії авто-та електротранспорту).

3. Велика різниця в показниках крайніх груп (1:3 серед службовців і 1:6 серед робітників) свідчить про значний вплив на рівні розповсюдженості порушень ритму і провідності серця таких факторів, як нервово-психічне напруження, мала фізична рухливість та ін. Ці особливості розповсюдженості порушень ритму і провідності серця у осіб розумової та фізичної праці зберігаються і при стандартизації показників за віком.

Перспективи подальших досліджень.

Уточнені дані про розповсюдженість порушень ритму та провідності серця серед певних груп професій дозволять у подальшому формувати життєво необхідні знання, уміння, навички зі збереження й підтримки організму в оптимальному функціональному стані, з подолання психічних і фізичних перевантажень в аспекті збереження, розвитку і зміцнення здоров'я, формування здорового способу життя.

Список літератури

1. Рингач Н. О. Роль управління охороною громадського здоров'я в організації боротьби з чинниками ризику серцево-судинних захворювань / Н. О. Рингач // Вісн. НАДУ. – 2009. – № 1. – С. 214–223.
2. Vaquer D. Prevalence's of ECG finding in large population based samples of men and women / D. Vaquer, J. Backer, M. Kornitzen // Heart. – 2000. – V. 84. – P. 625–633.
3. Kannel W. B. Prevalence, incidence, prognosis and predisposing condition for atrial fibrillation population-beside estimator / W. B. Kannel, P. A. Wolf, E. A. Benjamin [et al.] // Amer. J. Conditional. – 1998. – № 2. – P. 82–89.
4. Ясинська Е. Ц. Особливості захворюваності та розповсюдженості порушень ритму та провідності серця серед міських жителів / Е. Ц. Ясинська // Актуальні питання клінічної та екстремальної медицини : Матеріали 85-ї підсумкової наукової конференції, присвяченої 60-річчю Буковинської державної медичної академії. – Чернівці, 2004. – С. 270–275.
5. Срібна О. В. Поширеність порушень ритму та провідності серця серед сільського населення України / О. В. Срібна, І. М. Горбась // Укр. кардіол. журнал. – 2008. – № 1. – С. 89–94.
6. Срібна О. В. Епідеміологічний аналіз поширеності фібриляцій передсердь у міській неорганізованій популяції / О. В. Срібна // Здоров'я України. – 2006. – № 21. – С. 16.
7. Гайдаєв Ю. О. Проблеми здоров'я та напрямки його покращання в сучасних умовах / Ю. О. Гайдаєв, В. М. Корнацький // Укр. кардіол. журн. – 2007. – № 5. – С. 12–16.

В.Э. Кардаш, Э.Ц. Ясинская, Ж.А. Ревенко

ЗАКОНОМЕРНОСТИ В ФОРМИРОВАНИИ СПОСОБА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СРЕДИ ОТДЕЛЬНЫХ ГРУПП РАБОТНИКОВ И СЛУЖАЩИХ

Существенное влияние на возникновение ишемической болезни сердца, в том числе нарушений ритма и проводимости, оказывает характер профессиональной деятельности. Высокая заболеваемость сердечными аритмиями выявлена у лиц, профессиональная деятельность которых сопровождается нервно-психическим перенапряжением на фоне недостаточной физической

активності. Особливо велике значення в виникненні ішемічної хвороби серця і порушенні серцевого ритму має сукупне впливання факторів.

Ключевые слова: *групи працівників і службовців, захворюваність, поширеність, загальні і стандартизовані показники, «обернений» метод Керриджа.*

V.E. Kardash, E.Ts. Yasinska, Zh.A. Revenko

CONFORMITIES TO LAW IN FORMING OF WAY OF LIFE OF PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES AMONG THE SEPARATE GROUPS OF WORKERS AND OFFICE WORKERS

Substantial character on the origin of ischemic heart disease, including violations of rhythm and conductivity of heart, has character of professional activity. High morbidity on cardiac arrhythmias, it is educed for persons professional activity of that is accompanied by a neuropsychic overstrain on a background insufficient physical activity. An especially large value in the origin of ischemic heart disease and violations of rhythm of heart has the united influence of factors.

Key words: *groups of workers and office workers, morbidity, prevalence, general and standardized indexes, «reverse» method of Kerridzh.*

УДК 659.3:616-005-02-07

*В.І. Клименко, А.В. Коваленко**Запорізький державний медичний університет***ІНФОРМОВАНІСТЬ НАСЕЛЕННЯ ПРО ЧИННИКИ РИЗИКУ
ХВОРОБ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ**

Показано, що, незважаючи на ефективність профілактичних заходів щодо виявлення артеріальної гіпертензії серед населення України, третина хворих залишаються не обізнаними стосовно цифр свого «робочого тиску», відвідують лікаря тільки при погіршенні стану здоров'я, а кожен чотирнадцятий хворий ніколи не контролює артеріальний тиск. Як наслідок, відбувається швидке прогресування хвороби та збільшується кількість ускладнень. Доведено необхідність розробки заходів інформування населення про чинники ризику хвороб системи кровообігу та мотивації контролю за артеріальним тиском.

Ключові слова: *інформованість, фактори ризику, хвороби системи кровообігу, артеріальна гіпертензія.*

В останні десятиліття в структурі поширеності хвороб та смертності населення України перше місце посідають хвороби системи кровообігу. Актуальність цієї проблеми для охорони здоров'я зумовлена їх медико-соціальним значенням, яке полягає в смертності населення працездатного віку, провідним місцем у структурі первинного виходу на інвалідність, що значно впливає на трудовий потенціал країни [1, 2]. Хвороби системи кровообігу залишаються основною причиною смерті населення більшості розвинених країн Європи і становлять майже 40 % усіх випадків. Вони є причиною 4,3 млн. смертей в Європі та понад 2 млн. – у країнах ЄС, що становить відповідно 48 і 42 % від загального числа всіх випадків смерті. Смертність від хвороб системи кровообігу в Україні перевищує середньоєвропейський показник удвічі, а порівняно з окремими країнами – в 3,5 разу, тоді як у більшості розвинених країн не перевищує 50 % середньоєвропейського [1]. В Україні протягом 2012 р. хвороби системи кровообігу зумовили 66,7 % усіх смертей і стали першою за значущістю причиною смерті населення працездатного віку. У структурі смертності від хвороб системи кровообігу

провідною причиною є ішемічна хвороба серця – 66,6 %. Практично все доросле населення страждає на атеросклероз, найнебезпечнішими проявами якого є ішемічна хвороба серця та цереброваскулярні захворювання.

Кожен четвертий житель нашої планети після 40 років має підвищений артеріальний тиск – це приблизно більше ніж 1,5 млрд. людей та, на жаль, за даними статистики, приблизно 45 % людей не знають, що вони мають високі цифри артеріального тиску. У всьому світі на цю недугу страждає понад 65 млн. дорослого населення, в той час як в Україні – майже 12 млн. Таким чином, кожен п'ятий хворий на артеріальну гіпертензію є українцем. За даними офіційної статистики МОЗ, на 1 січня 2011 р. в Україні зареєстровано 12 122 512 хворих на артеріальну гіпертензію, що становить 32,2 % дорослого населення країни. Спостерігається щорічне стійке зростання поширеності артеріальної гіпертензії, що є свідченням ефективної роботи закладів охорони здоров'я, які надають первинну медичну допомогу, з виявлення даної патології.

Саме артеріальна гіпертензія є основним чинником ризику розвитку хронічних форм ішемічної хвороби серця, а також церебровас-

© В.І. Клименко, А.В. Коваленко, 2013

кулярних захворювань і, звичайно, безпосередньо впливає на показники захворюваності, інвалідності та смертності внаслідок хвороб системи кровообігу. Дана група захворювань стає причиною смерті все більшого числа людей у світі, вражаючи рівною мірою як бідних, так і багатих. Підсумовуючи досягнення, експерти в першому десятилітті XXI ст. визначили, що зменшення серцево-судинних захворювань у цілому на 40 % відбулося в першу чергу за рахунок контролю артеріального тиску [2, 3]. Саме тому розробки щодо вдосконалення профілактичної допомоги населенню мають не лише величезний соціальний, а й фінансовий вплив на здоров'я населення України [4].

Мета роботи – встановити рівень інформованості населення про чинники ризику хвороб системи кровообігу, зокрема артеріальної гіпертензії.

Матеріал і методи. Здійснили бібліосемантичний аналіз міжнародних документів, діючих нормативно-правових актів, результатів досліджень стосовно проблеми серцево-судинних захворювань. Провели медико-соціальне дослідження на базі поліклінік центральних районних та міських лікарень Запорізької області. Нами за умови інформованої згоди проведено анкетування 320 осіб працездатного віку, які знаходяться на обліку у лікаря у зв'язку з артеріальною гіпертензією. Контрольну групу становили 150 осіб, вибраних довільно (випадковим механічним відбором) з числа пацієнтів, які звертались у вказані амбулаторно-поліклінічні заклади з приводу обстеження чи проходження профілактичного обліку.

Результати та їх обговорення. Результати нашого дослідження підтвердили дані інших наукових досліджень щодо існування в Україні проблеми інформування осіб щодо чинників ризику хвороб системи кровообігу та переконання даних пацієнтів у тому, що ці фактори впливають на здоров'я та спричиняють шкоду йому.

В групі хворих на артеріальну гіпертензію переважали особи з тривалістю хвороби 6–10 років – (43,5±7,56) %. Дана група хворих частіше за все виявляється при профілактичних оглядах і потім знаходиться на диспансерному спостереженні, тому можна вважати

ефективним та доцільним впровадження Програми профілактики артеріальної гіпертензії. Але при цьому (37,10±3,51) % хворих не знали про цифри свого «робочого тиску», (24,60±3,44) % відвідують лікаря тільки при погіршенні свого стану здоров'я, (14,60±3,01) % ніколи не контролюють цифри артеріального тиску, а (20,30±3,21) % контролюють періодично, при погіршенні самопочуття, при цьому (37,10±3,51) % не відчувають підвищення артеріального тиску взагалі.

Зрозуміло, що на цьому етапі особливу увагу необхідно приділяти всім хворим на артеріальну гіпертензію з метою запобігання можливому виникненню її ускладнень. Більшість пацієнтів з артеріальною гіпертензією проходять лікування в амбулаторних (поліклінічних) медичних закладах. Світовий досвід, узагальнений ВООЗ, свідчить про те, що своєчасна діагностика, проведення заходів первинної та вторинної профілактики, своєчасне призначання адекватної медикаментозної терапії, залучення до участі в процесі лікування пацієнта та членів його родини затримує прогресування захворювання, знижує ризик виникнення ускладнень, сприяє поліпшенню якості життя та збереженню працездатності.

Ефективність дій лікаря при лікуванні кожного конкретного пацієнта і досягнення успіхів у контролі артеріального тиску серед населення країни в цілому значною мірою залежить від узгодженості дій лікарів загальної практики – сімейної медицини та лікарів, які надають вторинну медичну допомогу, що забезпечує єдиний діагностичний і лікувальний підхід [5].

Лише комплексний підхід до вирішення проблем артеріальної гіпертензії та її наслідків може з часом привести до поліпшення показників стану здоров'я. Такий підхід вимагає чіткої послідовності та координації дій спеціалістів, що задіяні у процесі надання медичної допомоги та здійснюють їх, керуючись клінічними настановами по веденню пацієнтів з артеріальною гіпертензією, розробленими на принципах доказової медицини.

Протягом останнього десятиріччя проводяться заходи щодо профілактики та лікування хвороб системи кровообігу: Національна програма профілактики і лікування артеріаль-

ної гіпертензії, Державна програма запобігання та лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань на 2006–2010 роки, значну увагу їм було приділено в міжгалузевій комплексній програмі «Здоров'я нації» на 2002–2011 роки, але вони залишаються значущою медико-соціальною проблемою. Як наслідок, упроваджено загальнодержавну програму «Здоров'я 2020: український вимір» на 2012–2020 роки, мета якої – проведення профілактики неінфекційних захворювань, мінімізація факторів ризику захворювань та створення сприятливого для здоров'я середовища, формування культури здоров'я, мотивації населення до здорового способу життя, організації виконання спеціальних заходів щодо медичного забезпечення хворих за окремими найбільш значущими в соціально-економічному та медико-демографічному плані окремими класами хвороб та нозологічними формами, саме до яких відносяться хвороби системи кровообігу. Мотивацією для збереження здоров'я населення та ефективного контролю артеріального тиску стала реалізація у 2012 р. в Україні пілотного проекту щодо запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою [6].

Опитавши хворих на артеріальну гіпертензію відносно забезпечення їх антигіпертензивними препаратами, ми встановили, що кожного п'ятого навіть ще не інформовано про запровадження даної програми, а майже 40 % не вірять у неї та не вважають доцільним постійно приймати ліки, боячись побічних дій лікарських засобів.

Список літератури

1. Основні причини високого рівня смертності в Україні: Звіт Управління розвитку людини Світового банку із серії «Здоров'я людини та демографія» / [підгот. Р. Менон, Б. Фрогнер]. – К. : ВЕРСО-04, 2010. – 60 с.
2. Основні показники інвалідності та діяльності медико-експертних комісій України за 2010 рік (аналітико-інформаційний довідник) / [Маруніч В. В., Іпатов А. В., Коробкін Ю. І. та ін.]. – Дніпропетровськ : Пороги, 2011. – 137 с.
3. Коваленко В. Н. Реализация Национальной программы профилактики и лечения артериальной гипертензии в Украине / В. Н. Коваленко, Ю. Н. Сиренко // Український медичний часопис. – 2003. – Т. 37, № 5. – С. 97–101.
4. Сердюк А. М. Профілактичне спрямування медицини як стратегія реформ охорони здоров'я / А. М. Сердюк // Журнал НАМН України. – 2011. – № 1 (т. 17). – С. 39–43.

Таким чином, підвищення артеріального тиску у населення виявляється випадково при проведенні профілактичних оглядів, але на цьому жорсткий контроль за профілактичними заходами себе вичерпує, що підтверджується ствердженнями (14,60±3,01) % хворих на артеріальну гіпертензію про відсутність контролю артеріального тиску, (24,60±3,44) % – про відвідування лікаря тільки при погіршенні свого стану здоров'я. При цьому (37,10±3,51) % не відчують підвищення артеріального тиску, а 40 % хворих на артеріальну гіпертензію не вважають доцільним постійно приймати антигіпертензивні препарати.

Висновки

1. Показано, що переважна більшість населення не інформована про наслідки постійного підвищення артеріального тиску і не вважають доцільним постійно приймати антигіпертензивні препарати.

2. Встановлено, що понад 20 % хворих на артеріальну гіпертензію не мають уявлення про програму державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою.

3. Доведено необхідність розробки та запровадження моделі інформаційно-освітнього забезпечення профілактики хвороб системи кровообігу серед населення.

Перспективи подальших досліджень полягають у розробці та впровадженні окремих елементів моделі інформаційно-освітнього забезпечення профілактики хвороб системи кровообігу населення України.

5. Наказ МОЗ України від 24.05.12 № 384 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при артеріальній гіпертензії» [Електронний ресурс]. – Режим доступу :

www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20120524_384.html.

6. Постанова Кабінету Міністрів України від 25.04.12 № 340 «Про реалізацію пілотного проекту щодо запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою» [Електронний ресурс]. – Режим доступу :

<http://www.minjust.gov.ua/news/40023>.

В.И. Клименко, А.В. Коваленко

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ О ФАКТОРАХ РИСКА БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Показано, что, несмотря на эффективность профилактических мероприятий по выявлению артериальной гипертензии среди населения Украины, треть больных остаются в неведении относительно цифр своего «рабочего давления» и посещают врача лишь только при ухудшении самочувствия. При этом каждый четырнадцатый больной артериальной гипертензией никогда не контролирует артериальное давление. Как следствие, болезнь быстро прогрессирует, осложняясь. Доказана необходимость разработки мероприятий по информированию населения о факторах риска болезней органов кровообращения и мотивации контроля артериального давления.

Ключевые слова: информированность, факторы риска, болезни органов кровообращения, артериальная гипертензия.

V.I. Klimenko, A.V. Kovalenko

THE AWARENESS OF POPULATION OF CARDIOVASCULAR DISEASES RISK FACTORS

It is shown, that in spite of effectiveness of preventive methods against arterial hypertension among population of Ukraine, a third of patients are still not aware of numbers of their «working pressure» and visit physician only after worsening of their state of health and each 14th patient never controls numbers of blood pressure. Consequently disease quickly progresses, with great amount of complications. So, authors of the article demonstrate, that it is necessary to develop measures on informing of population about risk factors of cardiovascular diseases and motivation of controlling blood pressure.

Key words: risk factors, cardiovascular diseases, awareness, arterial hypertension.

УДК 616-084+617.7-007.681

*О.Б. Кощинець**ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»***ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНОГО СТАТУСУ
ТА ДЕМОГРАФІЧНИХ ХАРАКТЕРИСТИК
ХВОРИХ НА ПЕРВИННУ ГЛАУКОМУ**

Дослідження проводилось на базі офтальмологічних відділень стаціонарів трьох центральних районних лікарень Івано-Франківської області. Обстежено репрезентативну групу 515 осіб, яких за тяжкістю глаукоматозного ураження розподілено на дві основні групи: 347 хворих з I–II (початковими) стадіями первинної глаукоми та 168 пацієнтів з III–IV (пізніми) стадіями захворювання. Встановлено, що хворі на первинну глаукому, більшість з яких (87,6 %) похилого і старечого віку, за основними соціально-економічними детермінантами нездоров'я характеризуються низьким рівнем матеріального благополуччя (у 54,0 % середньомісячний дохід на члена сім'ї нижче прожиткового мінімуму), освіти (33,3 % з початковою та неповною середньою) і зайнятості (тільки 12,6 % працюють). Пізні стадії захворювання та інвалідність унаслідок них більш поширені серед чоловіків ($p < 0,05$). Доведено, що шанси пізніх стадій глаукоми збільшуються з віком (OR=2,32; 95 % CI: 1,56–3,46), при низькому рівні зайнятості (OR=2,34; 95 % CI: 1,22–4,52) і освіти (OR=1,60; 95 % CI: 1,09–2,36) та достовірно вищі серед хворих чоловічої статі (OR=1,48; 95 % CI: 1,02–2,15). Це вказує на те, що низька доступність і невчасне звернення за медичною допомогою внаслідок соціально-економічних та освітньо-культурних чинників значною мірою формують несприятливий перебіг захворювання і створюють необхідність додаткових соціально-економічних витрат для держави.

Ключові слова: *первинна глаукома, профілактика, соціально-економічний статус.*

Первинна глаукома – це хронічне прогресуюче захворювання, наслідками якого є каскад незворотних змін зорових функцій аж до повної їх втрати [1]. Незважаючи на сучасні медичні технології, раціональне лікування глаукоми все ще залишається утрудненим унаслідок того, що розвиток втрати зору припинити практично неможливо [2]. Як наслідок, у всіх регіонах світу у переліку причин сліпоти друге місце належить глаукомі [3–5]. Через значне соціальне значення проблеми ВООЗ для боротьби зі сліпотою розробила довгострокову програму «Зір–2020» [3, 6].

Первинна глаукома переважно уражає осіб похилого і старечого віку [1, 3, 4, 7]. А тому у зв'язку із постарінням населення, за прогнозами Н.А. Quigley і А.Т. Broman, число хворих

з первинною глаукомою у світі до 2020 року збільшиться до 79,6 млн. осіб [5].

Сказане підкреслює важливість профілактики, дослідження факторів ризику з метою прогнозування розвитку захворювання та його ускладнень, раннього виявлення ураження зору [3, 4, 7–9].

Відомо, що одними із найважливіших чинників, які впливають на здоров'я населення та доступ його до медичної допомоги, міжнародними експертами визнано соціально-економічні детермінанти [4, 5, 10]. Так, на взаємозв'язок між рівнем соціально-економічного розвитку регіону (за показниками валової доданої вартості та доходів на одну особу в рік) та поширеністю захворювань органа зору вказують праці українських учених-

© О.Б. Кощинець, 2013

офтальмологів, зокрема С.О. Рикова та О.П. Вітовської [3, 9]. Проте досліджень щодо визначення впливу інших характеристик соціально-економічних детермінант, таких як: рівень освіти, зайнятість у народному господарстві, соціальний статус, самооцінка добробуту тощо, на виникнення та розвиток ускладнень від глаукоми проводилось недостатньо.

Мета дослідження – вивчення особливостей соціально-економічних характеристик хворих на первинну глаукому та їх можливого впливу на прогресування глаукоми.

Матеріал і методи. За спеціально розробленою програмою на базі офтальмологічних відділень стаціонарів трьох центральних районних лікарень Івано-Франківської області обстежили репрезентативну групу 515 осіб, хворих на первинну глаукому. За тяжкістю глаукоматозного ураження їх розподілили на дві основні групи: 347 респондентів з I–II (початковими) стадіями первинної глаукоми та 168 хворих на глаукому з III–IV (пізними) стадіями захворювання. Вивчали розподіл у досліджуваних групах таких соціально-економічних чинників, як матеріальний добробут, рівень освіти, зайнятості в кожній зазначеній категорії. Розраховували частоту кожного чинника на 100 обстежених і похибку репрезентативності для відносних величин, а оцінку достовірності різниці отриманих даних у групах порівняння проводили за допомогою критерію χ^2 [11].

Для вивчення впливу окремих чинників на формування пізніх стадій глаукоми використовували методику розрахунку показника відношення шансів (Odds Ratio, OR) та його 95 % довірчого інтервалу (95 % Confidential Interval, 95 % CI) [12].

Результати та їх обговорення. Встановлено, що більшість обстежених хворих (87,6 %) – це особи 60 років і старші, що відповідає даним інших досліджень [3, 4, 7] про зростання розповсюдженості глаукоми з віком. Відповідно, різниця у віковій структурі осіб з початковими і пізними стадіями захворювання виявилась суттєвою ($p < 0,001$). Серед обстежених з III–IV стадіями глаукоми половина – люди старечого віку (75 років і старші) – 50,6 % проти 33,4 % серед осіб з I–II стадіями, головним чином за рахунок вікової групи понад 80 років (27,4 % проти 12,4 %

відповідно). Тобто інволюційні процеси, безумовно, впливають на розвиток і прогресування глаукоми, що підтверджують дані розрахунку показника відношення шансів – з віком (після 70 років) шанси діагностики пізніх стадій захворювання зростають у 1,5–3,5 рази (OR=2,32; 95 % CI: 1,56–3,46). З іншого боку, той факт, що кожен десятий (10,7 %) хворий на глаукому у III–IV стадіях (а це інвалідність та сліпота) – працездатного віку, вказує на недоліки вчасного виявлення захворювання, наслідки яких являють собою значний соціально-економічний тягар.

У структурі обстежених за статтю частки чоловіків і жінок були приблизно однаковими – 49,3 та 50,7 % відповідно. Проте той факт, що серед осіб з ускладненим перебігом чоловіків більше, ніж жінок (56,0 % проти 44,0 %; $p < 0,05$), дозволяє висунути гіпотезу, що пізні стадії частіше розвиваються у чоловіків, можливо, внаслідок їх загальновідомого більш нездорового способу життя та невчасного звертання за медичною допомогою [10]. Встановлено, що у осіб чоловічої статі у 1,5–2 рази вищі шанси виникнення пізніх стадій глаукоми (OR=1,48; 95 % CI: 1,02–2,15).

За місцем проживання 51,7 % обстежених хворих були сільськими мешканцями і 48,3 % – міськими, що в цілому відповідає загальнообласному розподілу. Такі ж пропорції зареєстровано і всередині основних груп порівняння ($p > 0,05$).

Основні соціально-економічні параметри, зокрема рівень матеріального благополуччя, вивчали як за даними суб'єктивної самооцінки, так і за середньомісячною сумою доходу на одного члена сім'ї. Встановлено, що більш-менш задоволені своїм рівнем добробуту менше половини респондентів: (42,9±2,2) % охарактеризували його як середній і зовсім мало [(6,1±0,8) %] – як високий. Значна частка опитаних [(41,7±2,2) %] оцінювала його нижче середнього, і практично кожен десятий [(12,2±1,4) %] – як низький.

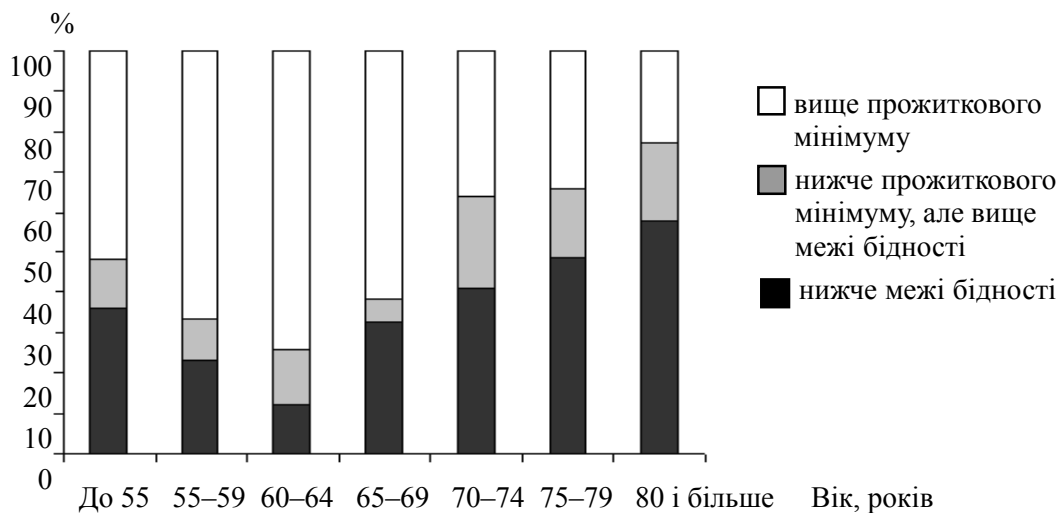
Слід зазначити, що самооцінка рівня добробуту не розрізнялась в основних групах порівняння за стадією захворювання ($p > 0,05$), проте достовірно ($p < 0,001$) мінялась з віком. Так, частка осіб, що оцінюють свій матеріальний стан нижче середнього і низький, зростає з віком із (44,0±9,9) % у віці до 55 років до

(77,5±4,4) % у осіб старше 80-річного віку. Це логічно, оскільки люди старечого віку не мають можливості для додаткового заробітку і живуть тільки на пенсію. Додатковим аргументом цього може бути факт, що практично всі респонденти, які оцінювали свій добробут як високий та вище середнього, були у соціально активному віці – до 65 років.

Достовірно розрізнялась оцінка добробуту респондентів залежно від місця проживання ($p < 0,05$). Суттєво гірше визначали свої доходи мешканці сіл, де можливості додаткових заробітків мінімальні. Тут частка тих, хто вважали свої доходи низькими, виявилась удвічі більшою, ніж у містах, – (15,4±9,2) % проти (8,8±1,8) % відповідно. І, навпаки, серед міських респондентів частіше зустрічалися хворі, які оцінювали свій добробут як високий, – (5,2±1,4) % проти (1,1±0,6) % сільських мешканців.

на глаукому мали дуже низький середньомісячний дохід на одного члена сім'ї – нижче встановленої межі бідності (755 грн./міс на момент опитування). Ще у (15,6±1,6) % респондентів цей показник був вищим від межі бідності, але нижчим від прожиткового мінімуму (більше 825 грн./міс на одного члена сім'ї). Вказані дані значно гірші, ніж суб'єктивні оцінки респондентів, – як уже було показано, тільки 6 % вважали свої доходи низькими. Поясненням цьому можуть бути невраховані в дослідженні інші доходи або те, що при суб'єктивній оцінці респонденти порівнюють себе із подібними за статками сусідами, знайомими та родичами.

Об'єктивні рівні доходу у хворих на глаукому не залежали від стадії захворювання, статі та місця проживання ($p > 0,05$) і також суттєво погіршувались із віком ($p < 0,001$). Хоча, як видно на рисунку, навіть у респон-



Порівняльна характеристика матеріальних доходів обстежених, $p < 0,001$

Закономірними виявились і гендерні оцінки рівня доходу респондентів. Хворі на глаукому жінки вдвічі частіше від чоловіків уважали свої доходи низькими – (16,1±2,3) % проти (8,3±1,7) %, хоча решта показників між собою вже так явно не розрізнялись ($p = 0,53$).

Вивчення об'єктивного рівня матеріального добробуту показало, що частка хворих на глаукому, середньомісячний дохід яких на одного члена сім'ї відповідав прожитковому мінімуму або був вище, становила дещо менше половини опитаних – (45,0±2,2) %. Разом з тим майже 40 % [(39,2±2,2) %] хворих

дентів працездатного віку матеріальний дохід достатньо низький. Так, майже половина (48,0 %) опитаних у віці до 55 років мали середньомісячний дохід на одного члена сім'ї нижчий від прожиткового мінімуму, з них більше третини [(36,0±9,6) %] – нижче встановленої межі бідності. «Найкраща» ситуація, як суб'єктивно, так і об'єктивно, у віковій групі 60–64 роки, де дуже низькі доходи зафіксовані тільки у кожного десятого (12,1 %). Можливо, це стало наслідком ще досить активної життєвої позиції у цьому віці, коли значна частина пенсіонерів продовжують пра-

цювати, а діти, як правило, вже міцно стоять на ногах. Проте у наступних вікових групах частка осіб з низьким і дуже низьким матеріальним достатком прогресивно зростала до 76,4 % змушених жити на доходи нижче прожиткового мінімуму, в тому числі 57,3 % – на доходи нижче межі бідності.

Такий достатньо низький рівень матеріального добробуту вказує на небезпеку обмеженого доступу хворих на глаукому до медичної допомоги і, як наслідок, до запізнілого виявлення. З іншого боку, розглянута ситуація на тлі достатньо високої вартості лікування і реабілітації глаукоми створює для держави виклики щодо необхідності соціального захисту таких хворих, особливо у похилому віці.

Разом з тим у дослідженні не отримано доказів того, що низькі доходи посилюють шанси прогресування захворювання як при об'єктивній (OR=0,93; 95 % CI: 0,64–1,35; $p>0,05$), так і при суб'єктивній (OR=1,65; 95 % CI: 0,97–2,83; $p>0,05$) їх оцінці, очевидно, внаслідок загально невисокого рівня добробуту всього населення України.

За рівнем освіченості хворі на глаукому розподілилися таким чином. В цілому аж третина опитаних мали освіту нижче середньої, з них (7,8±1,2) % – початкову і (25,5±1,9) % – неповну середню. Приблизно у четвертій частині респондентів – (26,7±2,0) % – середня загальна освіта і ще у такої ж – (25,5±1,9) % – середня спеціальна. Вищу освіту мали (14,6±1,6) % опитаних хворих на глаукому, переважно за рахунок міського населення – (19,7±2,5) % проти (9,8±1,8) % сільських мешканців ($p<0,001$). Натомість серед хворих з сільських поселень значно більше було осіб з низьким рівнем освіти, ніж серед міських жителів: (10,6±1,9) % – з початковою та (30,2±2,8) % – з неповною середньою освітою проти (4,8±1,4) та (20,5±2,6) % відповідно.

Приблизно однаково розподілилися за рівнем освіти респонденти жіночої та чоловічої статі ($p>0,05$). Однак встановлено, що з віком знижується частка осіб з більш високим рівнем освіти ($p<0,001$): у віці до 55 років 16,0 % осіб з освітою нижче середньої і у віці понад 80 років – 69,7 %.

Подальший аналіз підтвердив наявність зв'язку між рівнем освіти та прогресуванням глаукоми ($\chi^2=12,34$; $p<0,05$). Особи із III–IV стадіями частіше мали початкову [(10,7±2,4) %] чи неповну середню освіту [(29,8±3,5) %], ніж хворі з I–II стадіями [(6,4±1,3) та (23,4±2,3) % відповідно]. Доведено, що при низькому рівні освіти суттєво збільшуються шанси виявлення більш пізніх стадій глаукоми (OR=1,60; 95 % CI: 1,09–2,36).

Важливими соціально-економічними характеристиками є соціальний статус та характер зайнятості населення. Враховуючи уже показані особливості вікової структури обстежених хворих на глаукому, зрозуміло, що більшість із них [(82,7±1,7) %] за соціальним статусом – пенсіонери. Тільки (12,6±1,4) % опитаних працюють.

Логічно, що найбільші частки працюючих – у соціально активних вікових групах, які поступово зменшуються з 64,0 % у віці до 55 років до 15,1 % у 65–69 років і до поодиноких випадків серед 70-річних і старших. Пропорційно з цим зростають частки пенсіонерів: з 0 % у групі молодших за 55 років до 28,2 % у 55–59 років (головним чином за рахунок жінок, оскільки опитування проводилось у 2010 році, тобто до пенсійної реформи) і до майже 100 % серед 70-річних і старших.

Крім того, звертають на себе увагу ще декілька важливих особливостей. По-перше, навіть з настанням похилого віку (в Україні – 60 років [10]) частка працюючих (можливо, внаслідок необхідності додаткового заробітку до пенсії) залишається достатньо високою – кожен четвертий (25,9 %) у групі хворих 60–64 років і кожен шостий (15,1 %) у 65–69 років. По-друге, у групах респондентів працездатного віку досить суттєвою була частка безробітних: 32,0 % у віці до 55 років і 10,3 % – у 55–59 років, що, зрозуміло, є тягарем для держави щодо соціального захисту цих осіб. Це в додаток до достатньо значного відсотка інвалідів серед обстежених хворих на глаукому: 4,0 % у віці до 55 років, найбільша частка (12,8 %) у 55–59 років та поодинокі випадки у постпрацездатному віці.

Вже було вказано, що показники інвалідності формуються в основному за рахунок пізніх стадій хвороби (III–IV стадії). Якщо

серед обстежених працездатного віку з I–II стадіями глаукоми інвалідів незначний відсоток (тільки 3,6 % у 55–59 років та 2,2 % у 60–64 роки), то серед хворих з III–IV стадіями їх 14,3 % у віці до 55 років та більше ніж третина (36,4 %) у 55–59 років. На наш погляд, це ще раз наочно демонструє соціальне значення вчасного виявлення глаукоми.

При аналізі соціального статусу обстежених хворих не виявлено особливої різниці за місцем проживання ($p > 0,05$), проте встановлено суттєві відмінності за гендерною ознакою ($p < 0,01$). Хворі на глаукому жінки у 88,1 % випадків – пенсіонерки проти 77,2 % чоловіків-пенсіонерів, що скоріше за все пояснюється різницею пенсійного віку на час обстеження. Це ж, очевидно, може бути поясненням і того факту, що серед обстежених у віці до 55 років частка безробітних практично однакова – 31,3 % серед чоловіків та 33,3 % серед жінок, а серед осіб 55–59 років частка безробітних становила 17,4 % серед чоловіків та жодного випадку серед жінок, для яких це вже був час виходу на пенсію.

Однак, очевидно, зовсім інші причини призвели до того, що практично всі інваліди серед обстежених – чоловіки. Уже у віці до 55 років 6,3 % хворих чоловічої статі – інваліди, а у 55–59 років – 21,7 %, в той час як серед жінок цих вікових груп – жодного випадку (всі інваліди жіночої статі були у віці 60–64 років – 2,9 % обстежених жінок відповідної вікової групи). Показані особливості співвідносяться із попередньо описаними даними, що у групі обстежених з пізніми стадіями глаукоми частка чоловіків більше, ніж жінок, та з уже висловленою гіпотезою, що причини цього слід шукати у способі життя та невчасному зверненні за медичною допомогою.

Статистично значущі розбіжності ($p < 0,05$) за соціальним статусом спостерігались і в залежності від тяжкості глаукоматозного ураження. Якщо частка пенсіонерів відрізнялась

незначно (81,3 % серед хворих з I–II стадіями та 85,7 % – з III–IV), то цілком закономірно в групі з початковим перебігом працюючих було вдвічі більше, ніж з пізніми стадіями (15,3 % проти 7,2 % відповідно). В групі безробітних, навпаки, 2,6 % мали I–II стадії захворювання і 4,2 % – III–IV. Практично всі інваліди спостерігались у групі з пізніми стадіями глаукоми (3,0 % проти 0,9 % обстежених осіб відповідних груп). У цілому незайнятість у різних її формах (вихід на пенсію, безробіття та інвалідність) значно збільшує шанси діагностики пізніх стадій глаукоми (OR=2,34; 95 % CI: 1,22–4,52).

Висновки

1. Встановлено, що хворі на первинну глаукому, більшість з яких (87,6 %) похилого і старечого віку, за основними соціально-економічними детермінантами нездоров'я характеризуються низьким рівнем матеріального благополуччя (у 54,0 % середньомісячний дохід на члена сім'ї нижче прожиткового мінімуму), освіти (33,3 % з початковою та неповною середньою) і зайнятості (тільки 12,6 % працюють). Пізні стадії захворювання та інвалідність унаслідок них більш поширені серед чоловіків ($p < 0,05$).

2. Доведено, що шанси збільшуються з віком (OR=2,32; 95 % CI: 1,56–3,46), при низькому рівні зайнятості (OR=2,34; 95 % CI: 1,22–4,52) і освіти (OR=1,60; 95 % CI: 1,09–2,36) та достовірно вищі серед хворих чоловічої статі (OR=1,48; 95 % CI: 1,02–2,15). Це вказує на те, що нижча доступність і невчасне звернення за медичною допомогою внаслідок соціально-економічних та освітньо-культурних чинників значною мірою формують несприятливий перебіг захворювання і створюють необхідність додаткових соціально-економічних витрат для держави.

Перспективи подальших досліджень. Отримані результати будуть використані для створення вдосконаленої моделі системи профілактики первинної глаукоми.

Список літератури

1. *Нестеров А. П.* Глаукома / А. П. Нестеров. – М. : Мед. информ. агентство, 2008. – 357 с.
2. Особливості ведення хворих на первинну відкритокутову глаукому в умовах офтальмологічного стаціонара / В. І. Ангел, Н. А. Тихончук, Н. О. Дзюба [та ін.] // Науковий вісник НМУ ім. О. О. Богомольця. – 2008. – № 20. – С. 21–23.

3. Вітовська О. П. Наукове обґрунтування Національної стратегії боротьби з первинною глаукомою в Україні : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук : спец. 14.02.03 «Соціальна медицина», 14.01.18 «Офтальмологія» / О. П. Вітовська. – К., 2011. – 32 с.
4. Epidemiology of glaucoma in Sub-Sahara Africa: prevalence, incidence and risk factors / Fatima Kyari, Mohammed M. Abdull, Andrew Bastawrous [et al.] // Middle East Afr. J. Ophthalmol. – 2013, Apr.–Jun. – V. 20 (2). – P. 111–125.
5. Quigley H. A. The number of people with glaucoma worldwide in 2010 and 2020 / H. A. Quigley, A. T. Broman // Br. J. Ophthalmol. – 2006. – № 90. – P. 262–267.
6. Профилактика предотвращаемых случаев слепоты и нарушения зрения [Электронный ресурс] : Доклад секретариата ВОЗ № EB117/35, 22 декабря 2005 г. – Женева : Исполнительный Комитет ВОЗ, 2005. – 5 с. – Режим доступа : https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB117/B117_35-ru.pdf. – Титул з екрана.
7. Нагорна А. М. Дослідження факторів детермінації поширеності захворювань органа зору у популяціях населення України / А. М. Нагорна, С. О. Риков, Д. В. Варивончак // Гігієна населених місць. – 2003. – Вип. 41. – С. 361–368.
8. Мультифакторні захворювання: внесок спадкових та зовнішніх чинників у виникненні відкритокутової глаукоми / О. І. Тимченко, О. П. Вітовська, Л. І. Драч [та ін.] // Гігієна населених місць. – 2006. – Вип. 47. – С. 462–471.
9. Риков С. О. Наукове обґрунтування системи надання офтальмологічної допомоги населенню України : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук : спец. 14.01.18 «Офтальмологія» / С. О. Риков. – К., 2004. – 34 с.
10. Москаленко В. Ф. Концептуальні підходи до формування сучасної профілактичної стратегії в охороні здоров'я: від профілактики медичної до профілактики соціальної / В. Ф. Москаленко. – К. : Авіцена, 2009. – С. 135–147.
11. Децик О. З. Методичні підходи до узагальнення результатів наукових досліджень / О. З. Децик // Галицький лікарський вісник. – 2011. – Т. 18, № 2. – С. 5–8.
12. Бабич П. Н. Применение современных статистических методов в практике клинических исследований. Сообщение третье. Отношение шансов: понятие, вычисление и интерпретация / П. Н. Бабич, А. В. Чубенко, С. Н. Лапач // Український медичний часопис. – 2005. – № 2 (46). – С. 113–119.

О.Б. Кошинец

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО СТАТУСА И ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНОЙ ГЛАУКОМОЙ

Исследование проводилось на базе офтальмологических отделений стационаров трех центральных районных больниц Ивано-Франковской области. Обследована репрезентативная группа из 515 человек, которые по тяжести глаукоматозного поражения были разделены на две основные группы: 347 больных с I–II (начальными) стадиями первичной глаукомы и 168 пациентов с III–IV (поздними) стадиями заболевания. Установлено, что больные первичной глаукомой, большинство из которых (87,6 %) пожилого и старческого возраста, по основным социально-экономическим детерминантам нездоровья характеризуются низким уровнем материального благополучия (в 54,0 % среднемесячный доход на члена семьи ниже прожиточного минимума), образования (33,3 % с начальным и неполным средним) и занятости (только 12,6 % работают). Поздние стадии заболевания и инвалидность вследствие них более распространены среди мужчин ($p < 0,05$). Доказано, что шансы развития поздних стадий глаукомы увеличиваются с возрастом (OR=2,32; 95 % CI: 1,56–3,46), при низком уровне занятости (OR=2,34; 95 % CI: 1,22–4, 52) и образования (OR=1,60; 95 % CI: 1,09–2,36) и достоверно выше среди больных мужского пола (OR=1,48; 95 % CI: 1,02–2,15). Это указывает на то, что меньшая доступность и несвоевременное обращение за медицинской помощью вследствие социально-экономических и образовательно-культурных факторов в значительной степени формируют неблагоприятное течение заболевания и создают вызовы дополнительных социально-экономических затрат для государства.

Ключевые слова: *первичная глаукома, профилактика, социально-экономический статус.*

O.B. Koshchinetc

PECULIARITIES OF SOCIAL AND ECONOMIC STATUS AND DEMOGRAPHIC CHARACTERS OF PATIENTS WITH PRIMARY GLAUCOMA

The study was conducted at the offices of ophthalmic departments of three District Hospitals in Ivano-Frankivsk region. A representative group of 515 persons has been surveyed grouped per severity of glaucomatous damage into two main groups: 347 patients with I–II (initial) stages of primary glaucoma and 168 patients with III–IV (late) stages of the disease. It is found, that patients with primary glaucoma, the majority of which (87,6 %) are aged and elderly, their main socio-economic determinants of unhealthy have a low level of material well-being (54,0 % in average monthly income per family member below subsistence level), education (33,3 % with primary and incomplete secondary education) and employment (only 12,6 % are working). Late stages of the disease and following disability are prevailing among male ($p < 0,05$). It is shown, that the chances of late stages of glaucoma development increase with age (OR=2,32; 95 % CI: 1,56–3,46), with low levels of employment (OR=2,34; 95 % CI: 1,22–4,52) and education (OR=1,60; 95 % CI: 1,09–2,36) and was significantly higher in male patients (OR=1,48; 95 % CI: 1,02–2,15). This indicates that the lower access and delayed referral for medical care due to social, economic, educational and cultural factors largely formed an adverse course of the disease and created additional challenges of social and economic burden to the state.

Key words: *primary glaucoma, prevention, socio-economic status.*

УДК 616.1/9:616.89]-07-085

Н.В. Малик, А.В. Паровіна, А.С. Галічева

Харківський національний медичний університет

РОЛЬ ТА МІСЦЕ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Тривожно-депресивні розлади сьогодні являють загальномедичну проблему. Лікарі загальної практики часто стикаються з цією проблемою. Показано, що соматичні скарги часто приховують основну причину захворювання. У результаті лікар призначає непотрібне обстеження і лікування. Сімейному лікарю часто непросто розібратися в цих суперечливих скаргах, встановити точний діагноз та призначити лікування.

Ключові слова: сімейний лікар, психічні розлади, діагностика, лікування.

Психічне здоров'я відіграє важливу роль у створенні здорового, продуктивного суспільства. Багато людей, які мають проблеми із психічним здоров'ям, на жаль, залишаються без необхідної допомоги або отримують її не в повному обсязі.

Сьогодні наша країна проводить реформу системи охорони здоров'я, тобто реформування системи первинної медичної допомоги. Зокрема, зона діагностичної та лікувальної компетенції сімейного лікаря стає значно ширше, ніж у поліклінічного терапевта. Сімейний лікар – це не диспетчер, він має бути головною ланкою медичної допомоги. Він повинен знати та лікувати не тільки соматичні захворювання, а й іншу патологію, в тому числі і психічні розлади.

Тривожні порушення зустрічаються дуже часто і є одним із найбільш розповсюджених видів пограничної психічної патології. Гіподіагностика та неадекватне лікування психічних розладів є однією з найважливіших проблем амбулаторної ланки медичної допомоги. У численних повідомленнях стверджують, що часто пацієнти звертаються до сімейного лікаря зі скаргами, які явно або опосередковано пов'язані з емоційними проблемами [1, 2]. Рекомендації лікаря проконсультуватися у психіатра викликають у пацієнтів негативну реакцію через небезпеку їх

дискримінації. Частота психічних розладів у пацієнтів першої ланки медичної допомоги сягає 20–33 %. Часто тривожно-депресивні розлади сховуються під маскою соматичної патології [3, 4]. Такі пацієнти мають багатий досвід спілкування з лікарями різних спеціальностей і багато різноманітних діагнозів. Лікар, який не має досвіду в цій галузі, відчуває розгубленість перед необхідністю впродовж 15-хвилинного візиту виявити джерело проблеми та обрати адекватний план лікування. Знання діагностичних критеріїв найпоширеніших психічних розладів та механізму дії й побічних ефектів психотропних ліків є запорукою ефективного лікування таких хворих. Проте найважливішим є вміння вислухати і співчутливо відреагувати на страждання пацієнта.

Психічні розлади є загальномедичною проблемою, з якою частіш за все зустрічаються не тільки фахівці вузького профілю, а і лікарі інших спеціальностей. Низька інформованість лікарів загальномедичної практики про різноманітні скарги при тривожних станах, на жаль, частіш за все є причиною їх пізньої діагностики. Це зумовлює, у свою чергу, втрату працездатності, порушення якості життя, складність терапії. Ці стани можуть призвести до інвалідизації, тому своєчасна діагностика і надання сімей-

© Н.В. Малик, А.В. Паровіна, А.С. Галічева, 2013

ним лікарем необхідної кваліфікованої допомоги пацієнтам з психічними розладами є актуальним і дуже складним питанням. У нашій країні продовжується дискусія про те, якою мірою сімейний лікар може бути причетним до надання медичної допомоги пацієнтам із психічними розладами [5].

Депресивні та тривожні розлади широко розповсюджені в популяції, тому з ними частіше за все стикаються лікарі загальної практики. Вчені вважають, що ризик розвитку депресії або тривоги протягом життя становить у середньому 15–20 %. Передбачається, що кожний третій пацієнт, що звертається до терапевта, має підвищений рівень тривожності. Крім того, у 10–15 % жінок спостерігається післяпологова депресія, у 50 % – передменструальний синдром, який характеризується поєднанням соматичних скарг з ознаками тривожності і депресії. Поширеність цих станів значно збільшується з віком і становить 25–30 % у осіб старше 65 років [6].

Тривожні розлади можуть призводити до різноманітних наслідків: від легкого емоційного дискомфорту до суїцидальних спроб і самогубств. При цьому слід пам'ятати, що попередити тяжкі наслідки тривоги можливо. В найбільш легких випадках людина здатна впоратись з тривогою самостійно, а в більш серйозних ситуаціях необхідно втручання лікаря. Діагностика і лікування тривожних порушень потребують серйозного та кваліфікованого підходу, але це не означає, що пацієнта необхідно госпіталізувати в психіатричний стаціонар. Хотілося б підкреслити, що проблема виявлення цих розладів не є прерогативою психіатрів, у більшості випадків пацієнти з ознаками тривожних порушень звертаються за допомогою до лікаря загальної практики [7, 8]. У той же час погана освідченість лікарів загальної практики про симптоми тривожних порушень призводить до діагностичних помилок. У результаті хворі з панічними розладами можуть роками спостерігатись з приводу атипової бронхіальної астми, артеріальної гіпертензії неясного генезу, вегетосудинної дистонії [9–11].

Коли хворі звертаються до лікаря, вони описують свій стан як депресивний, хоча ознакою істинної депресії вважається кла-

сична тріада: знижений настрій (від відчуття легкого суму до глибокої пригніченості і безвихідної туги), ідеаторна загальмованість (повільна тиха мова, важкість зосереджування, скудність асоціацій, зниження пам'яті) та моторна загальмованість (аж до депресивного ступору).

До критеріїв діагностики депресії [12] відносять:

- основні симптоми: зниження настрою майже щоденно або більшу частину дня у порівнянні з нормою, яка притаманна пацієнтові; втрата інтересів та здатності відчувати задоволення від діяльності, пов'язаної з позитивними емоціями; зниження активності та енергії, підвищена втома;

- додаткові симптоми: порушення сну будь-якого типу; зниження апетиту з відповідними змінами маси тіла; думки про смерть, самогубство, які повторюються; песимістичне бачення майбутнього; ідеї провини, самоприниження; знижена самооцінка; зниження концентрації уваги, неспроможність зосередитись, погіршення здатності мислити, коливання при прийнятті рішень;

- соматичні симптоми: втрата інтересів до звично приємної діяльності та задоволеності від неї; втрата емоційної реакції на оточення та події, які зазвичай викликають радість; ранні пробудження від сну; посилення пригніченості та депресивних хвилювань у ранкові часи; об'єктивні дані про чітку психомоторну загальмованість, які відмічаються сторонньою людиною; значне зниження апетиту; втрата маси (на 5 % і більше за останній місяць); значне зниження лібідо;

- тріада Протопопова (симпатикотонія): тахікардія, мідріаз, закріпи.

Щодо відносно конкретних клінічних проявів тривоги слід відмітити, що їх фактично немає, як у разі нападу бронхіальної астми або стенокардії. Хворі, як правило, не можуть чітко визначити, якими симптомами проявляється тривога. Це зумовлює різноманітність клінічних проявів. Скарги в основному носять аморфний характер. Пацієнти скаржаться на утруднення дихання, запаморочення, відчуття завмирання або зупинки серця, посилення перистальтики кишечника [13].

Такі ознаки звичайно супроводжуються вегетосудинними проявами: відчуттям жару,

припливами, симптомами дратівливості і порушенням сну, зниженням відчуття своєї значущості або самооцінки, неможливістю виконати повсякденні обов'язки. Частіш за все тривожні стани спостерігаються у жінок у пре- та клімактеричному віці, коли формується клімактеричний синдром, при якому тривожні прояви стають практично облігатним компонентом психоемоційного дисбалансу, який нерідко домінує в клінічній симптоматиці при різних захворюваннях [14].

Тривожні розлади можуть бути вкрай виснажливими для пацієнта та погано піддаватися лікуванню. Отже, цілком можливо, що виникне необхідність консультації психіатра. Консультацію доцільно призначати в таких випадках.

Лікар не впевнений у первинному діагнозі.

Лікування не дає поліпшення через очікуваний проміжок часу.

Існують підозри щодо наркотичної або алкогольної залежності.

Пацієнт має суїцидальні думки.

Сімейний лікар не впевнений, який саме препарат застосувати [15].

Проте більшість пацієнтів із тривожними станами звертаються до сімейного лікаря, і саме він їх лікує. Таке лікування, як правило, тривале і може бути потрібним упродовж усього дорослого життя. Інколи результати його зовсім не такі, на які сподівається лікар або пацієнт, проте своєчасна й адекватна допомога суттєво збільшує шанси хворого на задовільну якість життя, позбавляючи від страждань, пов'язаних зі страхом та відокремленістю від світу.

Найважливішою складовою охорони психічного здоров'я на етапі первинної медичної допомоги є профілактика. Важливе місце займає психоосвіта на мікросоціальному (родини, пацієнти повинні знати, як проходить їхнє порушення, як підвищити якість життя, передбачити загострення, навіщо необхідно приймати ліки) і макросоціальному рівнях (пропаганда здорового способу життя, створення для цього необхідних умов).

Лікування тривожно-депресивних порушень повинно бути комплексним та вміщувати психотерапевтичні заходи (роз'яснювальну, сугестивну, сімейну психотерапію) та

лікарські препарати (транквілізатори, антидепресанти, нейролептики). Вибір препарату залежить від рівня тривожного порушення та тривалості захворювання. В розгорнутому тривожному порушенні впродовж тривалого часу препаратами першого вибору були анксиолітики – препарати бензодіазепінового ряду. При наявності стійкої клінічної картини монотерапія анксиолітиками, як правило, малоефективна, має багато ускладнень (зміни толерантності, формування залежності від ліків і синдром відміни). Завдання лікування тривожно-депресивних станів полягає не тільки в купіруванні симптомів захворювання, а і у покращанні якості життя пацієнта, що виражається в змінах соціальної та особистісної адаптації.

Використання високих доз трициклічних антидепресантів протягом тривалих курсів лікування також супроводжується рядом серйозних побічних ефектів (седацією, послабленням концентрації уваги, зниженням швидкості реакції). Це призводить до невиконання хворими призначеного режиму терапії аж до відмовлення від прийому ліків. Зниження дози призводить до того, що пацієнти роками приймають препарати в неефективних дозах. Адекватне використання трициклічних антидепресантів неможливо у пацієнтів з рядом супутніх соматичних захворювань (вираженою серцево-судинною патологією, захворюваннями передміхурової залози, відкритокутовою глаукомою) [15–18].

Сьогодні найбільш широко застосовують препарати групи селективних інгібіторів зворотнього захвату серотоніну. Доведено, що тривалий прийом таких препаратів (флуоксетину, пароксетину, сертраліну) не призводить до суттєвих змін у соціальній активності пацієнтів і не потребує професійних обмежень [7, 8]. Завдяки високому ступеню безпечності досягається максимальний комплайнс, що забезпечує ефективне амбулаторне лікування.

Проблема тривожно-депресивних порушень на сьогодні дуже актуальна та потребує пильної уваги і сторожкості лікарів різних спеціальностей, особливо сімейних лікарів. Сучасні підходи до лікування тривожно-депресивних станів залежать від фармакотерапевтичної дії препарату. Це моно- або

комбінована терапія з урахуванням пріоритетного використання різних ліків, які є безпечними у використанні і надають максимальний терапевтичний ефект.

Таким чином, з урахуванням ставлення пацієнтів до лікаря-психіатра, частоти виникнення психічних розладів сімейні лікарі повинні вміти діагностувати цю патологію та

орієнтуватися у призначенні сучасних психотропних препаратів, беручи до уваги ті чи інші протипоказання, якщо не йдеться про «велику» психіатрію. Тому дуже важливо навчати навичкам психотерапевтичних втручань, підвищувати професійну підготовку серед лікарів загальної практики відносно діагностики та лікування психічних розладів.

Список літератури

1. *Балукова Е. В.* Тревожные расстройства у больных терапевтического профиля / Е. В. Балукова, Ю. П. Успенский, Е. И. Ткаченко // Тер. архив. – 2007. – № 6. – С. 85–88.
2. *Зарецкий М. М.* Тревожные расстройства в общемедицинской практике и подходы к их терапии / М. М. Зарецкий, Н. М. Черникова // Здоровье Украины. – 2009. – № 17. – С. 52–53.
3. *Акжигитов Р. Г.* Возрастные, клинические и терапевтические аспекты тревоги в общемедицинской практике / Р. Г. Акжигитов // Лечащий врач. – 2001. – № 2. – С. 31–35.
4. *Мищенко Н.* Тревожные расстройства – актуальная проблема медицины / Н. Мищенко // Здоровье Украины. – 2006. – № 18. – С. 49.
5. *Глузман С. Ф.* Оказание психиатрической помощи семейными врачами в Украине – миф или реальность? / С. Ф. Глузман, И. А. Марценковский // Новости медицины и фармации. – 2011. – № 20. – С. 3–4.
6. *Костюченко С. И.* Эпидемиология психического здоровья в Украине / С. И. Костюченко // НейроNews. – 2008. – № 2. – С. 9–13.
7. *Колуцкая Е. В.* Современные подходы к психофармакотерапии тревожных расстройств / Е. В. Колуцкая // Междунар. неврол. журн. – 2006. – № 4. – С. 141–142.
8. *Краснов В. Н.* Тревожные расстройства: их место в современной систематике и подходы к терапии / В. Н. Краснов // Соц. и клин. психиатрия. – 2008. – Т. 18, вып. 3. – С. 33–38.
9. *Ениколопов С. Н.* Тревожные состояния у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями / С. Н. Ениколопов // Здоровье Украины. – 2006. – № 24/1. – С. 28.
10. *Лапина Н. С.* Тревожно-депрессивные состояния у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью / Н. С. Лапина, Н. Н. Боровков // Клиническая медицина. – 2008. – № 2. – С. 59–62.
11. *Brenes G. A.* Anxiety and chronic obstructive pulmonary diseases: prevalence, impact and treatment / G. A. Brenes // Psychosomatic Med. – 2003. – V. 65. – P. 963–970.
12. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. Всемирная организация здравоохранения. – Женева, 1994. – 208 с.
13. *Can R. E.* Panic disorder and asthma: causes, effects and research implication / R. E. Can // Psychosom. Res. – 1998. – V. 44 (1). – P. 43–52.
14. *Воробьева О. В.* Психовегетативный синдром, ассоциированный с тревогой / О. В. Воробьева // Здоровье Украины. – 2007. – № 8. – С. 47–48.
15. *Тонгий Н. В.* Тревожные расстройства в практике семейного врача / Н. В. Тонгий // Вестник семейной медицины. – 2006. – № 3. – С. 7–9.
16. Психосоматические и соматические расстройства // Врачебный меридиан. – 2008. – № 1. – С. 31–34.
17. *Чазова Т. Е.* Тревожно-депрессивные расстройства у пациентов с сахарным диабетом 2 типа, осложненным острым коронарным синдромом / Т. Е. Чазова, Т. Г. Вознесенская, Т. Ю. Голицына // Кардиология. – 2007. – № 6. – С. 10–14.
18. *Lydiard R. B.* Irritable bowel syndrome, anxiety and depression: what are links? / R. B. Lydiard // Clin. Psychiatry. – 2001. – V. 62 (8). – P. 38–45.

Н.В. Малик, А.В. Паровина, А.С. Галичева

РОЛЬ И МЕСТО ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Тревожно-депрессивные расстройства сегодня представляют общемедицинскую проблему. Врачи общей практики часто сталкиваются с этой проблемой. Показано, что соматические жалобы часто скрывают основную причину заболевания. В результате врач назначает ненужное обследование и лечение. Семейному врачу зачастую непросто разобраться в этих противоречивых жалобах, установить точный диагноз и назначить лечение.

Ключевые слова: семейный доктор, психические расстройства, диагностика, лечение.

N.V. Malik, A.V. Parovina, A.S. Galicheva

MEANING AND PLACE OF MENTAL DISORDERS IN FAMILY DOCTOR PRACTICE

A mental disorders are a general medical problem today. The general practitioners often deal with this problem. It is shown, that somatic complaints often hide the main reason of the disease. The doctor uses the unnecessary examination and treatment. It is difficult for family doctor for understanding in these inconsistent complaints, establish the exact diagnosis and appoint treatment.

Key words: family doctor, mental disorders, diagnostics, treatment.

UDC 614.2:517.004.13:519.46(014)

*O.M. Ocheredko, V.P. Klimenyk**National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya***USING OF THE SEMIVARIOGRAM TO MODEL GEOGRAPHICAL DISTRIBUTION OF HEALTH EVENTS (EXAMPLE OF CARDIOVASCULAR DISEASES DISABILITY RATES IN ZHYTOMYR REGION OF UKRAINE)**

Geostatistical modelling is on the rise of its popularity. Still limited tools are available to model health events. The potential of semivariogram to validation of geostatistical modelling was unveiled. Age-period-cohort (APC) data are 11 birth cohorts from date of birth before 1940 year and consequently by five year intervals, 13 443 498 adult-years totally. Data covers all (26) counties of Zhytomyr region, Ukraine. Incidence disability cases certified in 1999–2008 were retrieved from records of medical expert committees. It is used methods: semivariogram modelling with spatial covariance matrix processed by VARIOGRAM and GLIMMIX procedure, SAS. It is demonstrated, that validated initial parameters to space heterogeneity model enable verify robust spatial covariance matrix to study the irregularity in distribution of APC-factors.

Key words: *semivariogram, disability, cardiovascular diseases, geostatistical modelling, Ukraine.*

Geostatistical modelling of health events exploits continuous spatial framework that borrows strength from interpolation between observed point readings. The simplest approach is to integrate spatial correlations in covariance matrix [1]. Bayesian technics exploiting spatial priors is advanced approach [2]. Cardiovascular diseases proved to have distinct population distributions both cross population groups and by localities [3]. Still CD-related disability being the notorious leader somehow evaded attention of geostatistical researchers. Unfortunately we failed to find such researches for CD-related disability in particular in Ukraine.

Materials and Methods. The frame of study was shaped by spatial data organization by APC-factors. It renders «growth» of birth cohorts in time and age. The principal unit is birth cohort. We studied 11 cohorts from date of birth before 1940 and consequently by five year intervals («1941–1945», «1946–1950», ... , «after 1985»), 13443498 adult-years totally (table 1). Each cohort captures unique combination of historical events [4]. The other important component is time dimension that unfolds the succession of events.

Age has intrinsic importance per se as well as indispensable covariate to solve ambiguity of time-age collinearity. Counties have been described by sociodemographic variables and geographical coordinates. More to design can be found in [5–7].

Using semivariogram.

We enhanced classical approach to the geostatistical modelling. It suffers from inconsistencies of starting values of parameters. That is why we suggest the computation of sample or empirical measures of spatial continuity. These continuity measures are the regular semivariogram, a robust version of the semivariogram, and the space covariances. Spatial prediction, then, involves two steps. First, we model the covariance or semivariogram of the spatial process. This involves choosing both a mathematical form and the values of the associated parameters. Second, we use this dependence model in solving the kriging system at a specified set of spatial points, resulting in predicted values and associated standard errors.

We estimated the spatial variability and used the estimates to smooth observed spatial disabili-

© O.M. Ocheredko, V.P. Klimenyk, 2013

Table 1. Composition of birth

Cohorts	Years				
	1999	2000	2001	2002	2003
Before 1940	400000	384000	317000	317000	–
1941	71422	78418	61580	60356	373000
1946	91464	92175	82294	84398	85637
1951	98822	99236	91768	92091	94274
1956	98951	95759	99698	99974	98434
1961	90980	92262	94107	91655	88479
1966	101000	100000	91425	91131	90661
1971	99644	99350	95693	94689	90661
1976	379000	372000	92123	92555	91432
1981	–	–	352000	346000	329000
After 1985	–	–	–	–	–
Totals	1431283	1413200	1377688	1369849	1342759

lity rates. Smoothing is especially propitious for small communities due to sporadic fluctuation of disability rates. Next, we used smoothed disability rates to examine plausible input to space heterogeneity of APC-factors.

The empirical semivariogram was computed by classical estimator from data residuals (r) using the formula:

$$\gamma(h) = \frac{1}{2m} \sum (r_i - r_j)^2,$$

where m is the number of pairs of observations a distance, h , apart, $\gamma(h)$ is estimated for all distances at which pairs of observations exist or at a discrete set of lagged values within a tolerance to ensure that a sufficient number of observations contribute to each value of $\gamma(h)$. The semi-variogram was computed using the following SAS statements (LP stands for linear predictor):

```
proc glimmix data=spacedata;
  class county cohort year Gender Residence;
  model Disabilitynum/population=LP;
  output out=variogramdata resid (noblp
  ilink)=r_ilink;
  id latitude longitude;
  run;
proc variogram data = variogramdata
outvar=outv;
  coordinates x=longitude y=latitude;
  compute novariogram;
  var r_ilink;
  run;
```

```
proc variogram data = variogramdata
outvar=outv;
  coordinates x=longitude y=latitude;
  compute lagd=10 maxlag=14;
  var r_ilink;
  run;
```

Procedure GLIMMIX was used to get residuals r_ilink as input to procedure variogram. First run of latter supplied the value for basic distance unit defining the lags (LAGD=) and maximum number of lag classes used in constructing the continuity measures (MAXLAG=). The average length of the lag is around 10 and final filled so lagd=10 (fig. 1). Up to a pairwise distance of 140 we have a sufficient number of pairs. With choice of LAGD=10, this yielded a maximum number of lags =140/10=14. Fig. 2 shows that the choice of a semivariogram model is adequate. Two functions (exponential and Gaussian) regressed on values of sample semivariogram (variable «variog») with parameters range (R)=21 NUGGET=0.047 SILL=0.05 were fit by NLIN procedure:

```
proc nlin data= variogramdata;
  parms R=50.5 NUGGET=0.047
  SILL=0.052;
  model variog = NUGGET*(distance=0) +
  SILL*(1-exp(-distance/(r)))*(distance<r) +
  SILL*(distance>=r);
  run;
proc nlin data= variogramdata;
  parms R=21 NUGGET=0.047 SILL=0.05;
  model variog = NUGGET*(distance=0) +
```

cohorts by years

2004	2005	2006	2007	2008	Totals
–	–	–	–	–	1418000
304000	294000	308000	280000	–	1830776
66114	72768	75512	123420	152580	926362
85651	86041	86019	77085	78791	889778
92967	95177	94988	85909	87844	949701
95571	92043	89876	95002	93628	923603
87250	87572	87191	87351	84896	908477
91007	90765	90621	87615	87556	928782
90477	89089	87698	89346	88296	1472016
414000	95771	99338	87952	89942	1814003
–	310000	294000	394000	384000	1382000
1327037	1313226	1313243	1407680	1147533	13443498

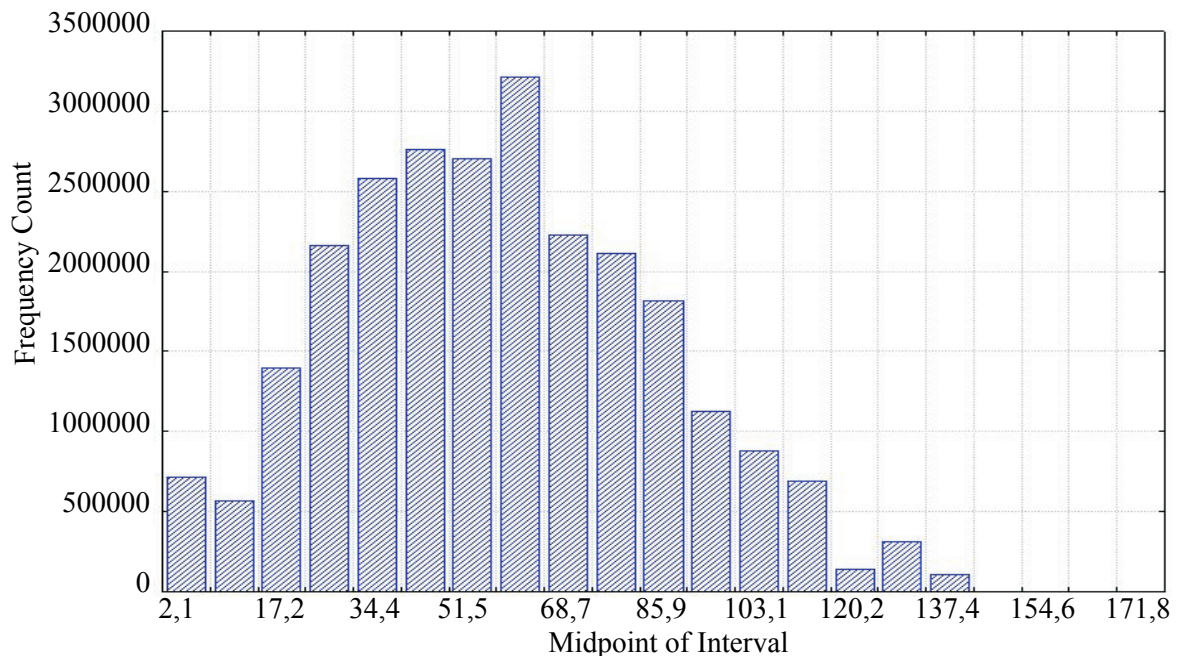


Fig. 1. Distribution of Pairwise Distances

SILL*(1-exp(-distance*distance/(R*R)))*(distance>=R)+ SILL*(distance>=R);
run;

We used Gaussian function with these particular parameters in KRIGE2D procedure to produce a contour plot of the kriging estimates and the associated standard errors (r~2*range=100'=1°40' for Gaussian covariance structure):

proc krige2d data= variogramdata outest=est;

pred var= r_ink k r=100;
model NUGGET=0.047 SCALE=0.052
RANGE=50.5 form=gauss;

coord xc= latitude yc= longitude;
grid x=2960 to 3100 by 5 y=1640 to 1800 by 5;
run;

Grid values ranges from 49°20' to 51°40' for latitude (given in minutes) and from 27°20' to 30°00' for longitude. NUGGET, SCALE, RANGE defined by variogram (fig. 2).

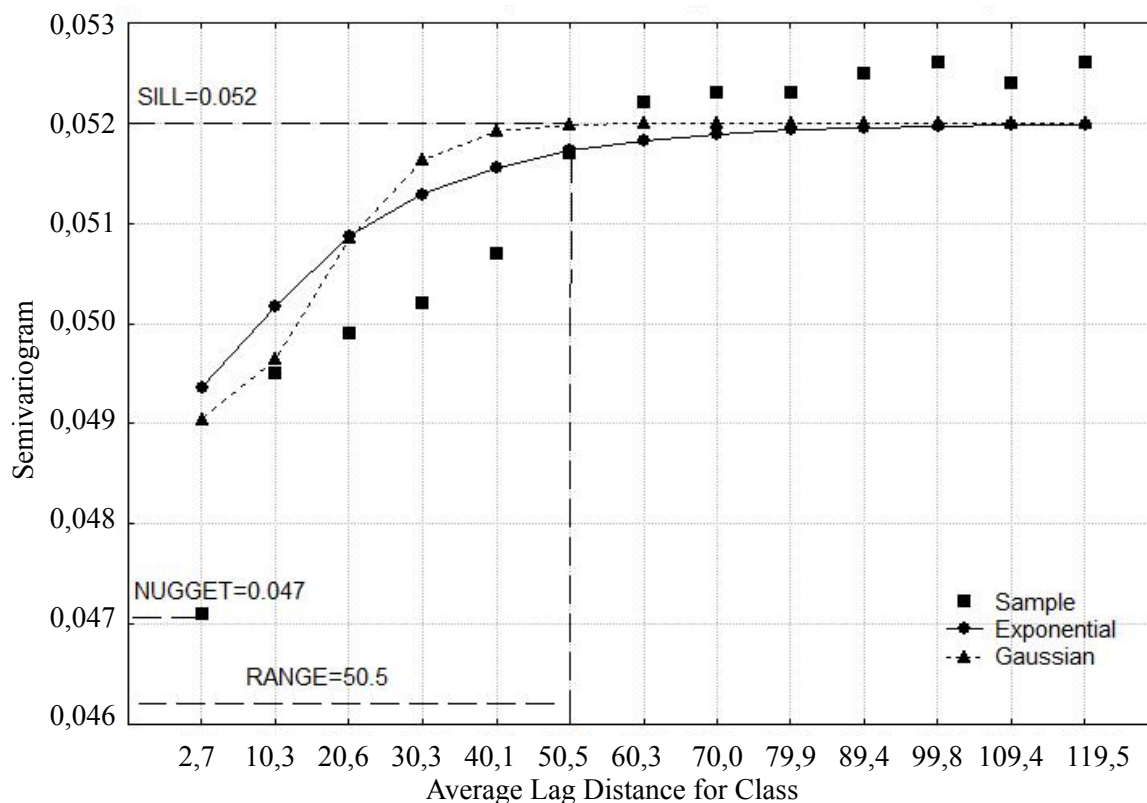


Fig. 2. Theoretical and Sample Semivariograms for CD Disability Data

Precise estimations of space covariance matrix random effects NUGGET, SILL, RANGE we received from procedure MIXED. We recommend to use it with the scope of initial values around variogram estimates via PARMs option. Otherwise, procedure can converge to local maxima and provide grossly unreasonable estimates. Sequence of initials should correspond to the given in output list:

```
proc mixed data= variogramdata;
class county;
model r_ilink =;
repeated/ subject = county
type = SP(GAU)(latitude longitude)
local;
parms (0 to 0.5 by 0.02)
(0 to 100 by 5)
(0.045 to 0.049);
run;
```

The random effects estimates were: SILL=0,050, RANGE=20,7 NUGGET=0,047. These defined space covariance matrix.

Modifications to space heterogeneity in disability rates by irregularity in distribution of APC-

factors were assessed by comparison of likelihoods of nested models. Models differed by linear predictor (LP): shell model with only intercept in LP while LP of APC model was padded out with APC factors. Models had the same spatial Gauss form covariance matrix. Binominal models with canonical logit link function were processed by procedure GLIMMIX.

```
proc glimmix data=spacedata;
class county cohort year Gender Residence;
model Disabilitynum/population=LP;
random _residual_/ subject = intercept
type = SP(GAU)(latitude longitude);
parms (0.050 20.7 0.047)
run;
```

Results. The original data in Zhytomyr region bear evidences of heterogeneity in space distribution of CD-related disability risks (fig. 3). Three picks are conspicuous. Listed by height they are: northern (of latitude above 51° within longitude of the range $27^\circ 20' - 29^\circ$), southern (of latitude up to $50^\circ 40'$ within longitude of the range $27^\circ 40' - 29^\circ 40'$), and eastern (in ranges of latitude $50^\circ 20' - 51^\circ 00'$ and longitude from $29^\circ 30'$).

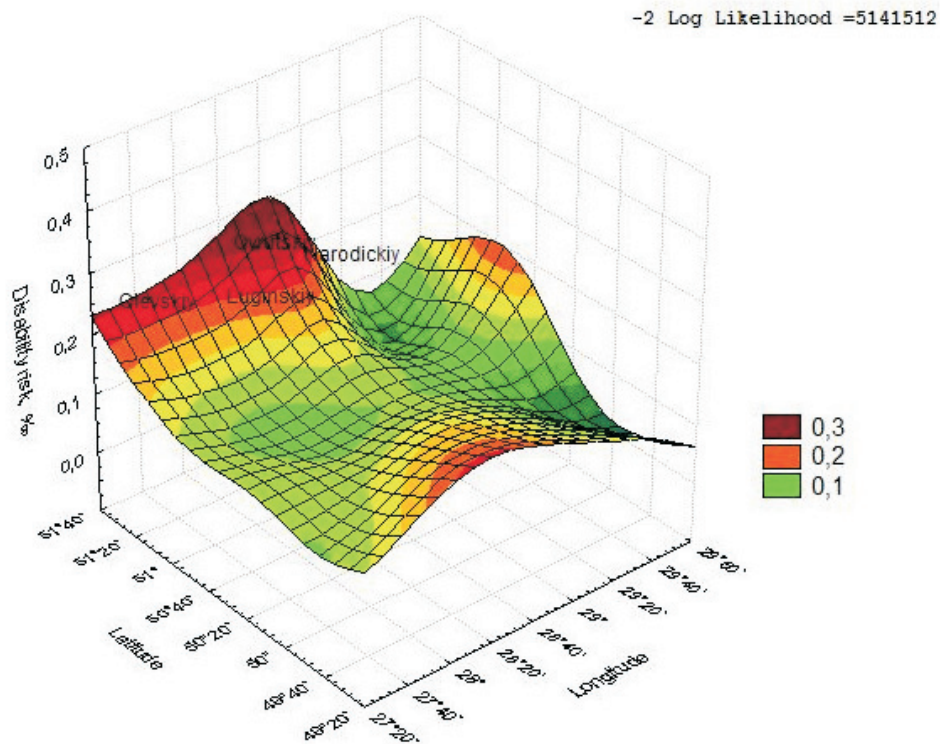


Fig. 3. Space distribution of CD-related disability risks (Zhytomyr region, Ukraine)

Possible applications.

Testing of hypothesis that space heterogeneity in disability rates enhanced by irregularity in distribution of APC or other potent factors can be proceeded by unwrapping the corresponding trend fixed effect. Say, if we are interested in test of age input to heterogeneity we compare to models with the same covariance matrix but different LP (with age + squared age terms and with these dropped out). If space distribution alters significantly, we infer that age indeed modifies space heterogeneity. We have used the difference between models likelihoods as operational test statistics. The procedure applied to test consequently the input of other factors. Basically, we compare 2 consequent nested models: shell model and hypothesized factor model.

Shell model. It is composed by space covariance structure (zero ground model). The «subject = intercept» option in procedure GLIMMIX treats all observations in the data set as potentially correlated. In fact, shell model depicts somewhat smoothed original space distribution of CD-related risks of disability. Negative double logarithm of shell model likelihood (-2 Log Likelihood) equals 5141512.

APC-(factor) model. Including APC-related components to LP covariance matrix preserved helps to test the significance of induced changes to space distribution of risks. LP now contains APC variables cohort, year, age, age squared. -2 Log Likelihood now dropped to 3518939.

Number of additional fixed parameters against shell model is 21. The difference between values of double logarithms of model likelihoods follows in approximation chi-square distribution with degrees of freedom equals to number of additional parameters. $\Delta(2 \text{ Log Likelihood}) = (2 \text{ Log Likelihood}_{\text{shell}} - 2 \text{ Log Likelihood}_{\text{APC}} = 5141512 - 3518939 = 1622573)$. Chi-square(21) 0,999 centile = 54 that is considerably less then difference $\Delta(2 \text{ Log Likelihood})$. Therefore, we stipulate significant $p < 0,0001$ impact of APC-factors on geographical distribution of CD-related risks of disability in Zhytomyr region, Ukraine.

Conclusions

1. Proposed 2-step approach based on semivariogram proved to be indispensable to geographical modelling of health events.
2. Geographical distribution of CD-related risks of disability for Ukraine is still to be

studied as well as the problem of disability on a whole.

3. Hindrances posed by complex data structure (Fu W. J., 2000). The other relates to inconsistency of registries that calls for smoothing.

4. Geostatistical modelling may be helpful in adjustment of local minor irregularities by

smoothing as well as in explanation gross discrepancies.

5. Behind seemingly stationary time distribution of CD-related disability risks we discovered significant trends and distributions by cohorts, years, age by doing APC-decomposition in space frame.

References

1. SAS for mixed models / [Littell Ramon C., George A. Milliken, Walter W. Stroup et al.]. – [2nd ed.]. – Cary, NC : SAS Institute Inc., 2006. – 828 p.
2. Congdon P. D. Applied Bayesian Hierarchical Methods / P. D. Congdon. – Chapman and Hall/CRC, 2010. – 604 p.
3. Individual social class, area based deprivation, cardiovascular disease risk factors, and mortality: the Renfrew and Paisley Study / G. D. Smith, C. Hart, G. Watt [et al.] // J. Epidemiol. Community Health. – 1998. – V. 52. – P. 399–405.
4. Fu W. J. Ridge estimator in singular design with application to age-period-cohort analysis of disease rates / W. J. Fu // Communications in Statistics-Theory and Method. – 2000. – V. 29 (2). – P. 263–278.
5. Klimenyk V. The study of cardiovascular disability risks by the birth cohorts / V. Klimenyk // East European J. of Pub. Health. – 2013. – V. 1 (21). – P. 155–156.
6. Analysis of CD related disability risks by APC construction on the basis of strip-split-plot design / V. Klimenyk, O. Galachenko, O. Ocheredko, I. Andrievsky // East European J. of Pub. Health. – 2012. – V. 2–3 (18–19). – P. 155–163.
7. Klimenyk V. The investigation of historical trends of stroke disability rates based on APC-decomposition / V. Klimenyk // East European J. of Pub. Health. – 2013. – V. 1 (21). – P. 63–71.

О.М. Очердько, В.П. Клименюк

ВИКОРИСТАННЯ СЕМІВАРІОГРАМИ ДЛЯ МОДЕЛЮВАННЯ ГЕОГРАФІЧНОГО РОЗПОДІЛУ МЕДИЧНИХ ПОДІЙ (НА ПРИКЛАДІ РІВНІВ ІНВАЛІДНОСТІ ВНАСЛІДОК СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ЖИТОМИРСЬКІЙ ОБЛАСТІ УКРАЇНИ)

Геостатистичне моделювання набуває все більшої популярності. Проте цей процес стримує відсутність нестача програмного забезпечення, зокрема для моделювання медичних подій. Розкрито потенціал семіваріограми для валідизації геостатистичних моделей медичних подій. Організовано за APC-дизайном (структуровані за віком, періодом, когортою за народженням) 11 когорт за датою народження до 1940 року і далі за 5-річними інтервалами, всього 13 443 498 чоловіко-років. Дані щодо випадків інвалідизації отримано суцільним методом по 26 районах Житомирської області на основі актів освідчення на ВТЕК/МСЕК. Використовували методи: побудови варіограми та геостатистичного моделювання за просторовою ковариційною матрицею на основі процедур VARIOGRAM і GLIMMIX, SAS. Показано, що валідизовані на основі варіограми параметри просторової ковариційної матриці уможливають вивчення просторової гетерогенності розподілів, зокрема APC-факторів. Геостатистична модель дозволила розкрити суттєві тренди і розподіли ризиків інвалідизації в розрізі когорт, років, вікових груп населення на основі APC-декомпозиції в просторовому фреймі.

Ключові слова: інвалідизація, серцево-судинні захворювання, семіваріограма, географічна модель.

А.Н. Очердько, В.П. Клименюк

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СЕМИВАРИОГРАММЫ ДЛЯ МОДЕЛИРОВАНИЯ ГЕОГРАФИЧЕСКОГО РАСПРЕДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ СОБЫТИЙ (НА ПРИМЕРЕ УРОВНЕЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ЖИТОМИРСКОЙ ОБЛАСТИ УКРАИНЫ)

Геостатистическое моделирование приобретает все большую популярность. Однако этот процесс сдерживает ощутимый дефицит программного обеспечения, в частности для моделирования

медицинських подій. Розкрит потенціал семіваріограми для валідації геостатистических моделей медических подій. Організовані по АРС-дизайну (структурізовані по візасту, періоду, когорте по рожденію) 11 когорт по дате рожденія до 1940 года и позже по 5-летнім інтервалам, всього 13 443 498 челоуеко-лет. Данні относительно случаев інвалідізації получені сплошнім методом по 26 районам Житомирської області на основе актов освідетельствованія на ВТЭК. Іспользовані следующие методы: построения варіограми и геостатистического моделірования на основе пространственной коваріаціонної матриці с помощью процедур VARIOGRAM і GLIMMIX, SAS. Показано, что валідізованні варіограммой параметри пространственной коваріаціонної матриці позволяют исследовать пространственную гетерогенность распределеній, в частности АРС-факторов. Геостатистическая модель позволила раскрыть существенные тренды и распределения рисков інвалідізації в разрезе когорт, лет, візастных групп населения на базе АРС-декомпозиції в пространственном фрейме.

Ключевые слова: *інвалідізація, сердечно-сосудистые захворювання, семіваріограма, географіческаа модель.*

УДК 614:616-056.52-053.2

Е.Г. Помогайбо

Харьковский национальный медицинский университет

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Изучены причины возникновения, а также возможные осложнения ожирения у детей и подростков. Выявлены основные медико-социальные мероприятия по предупреждению ожирения.

Ключевые слова: *причины возникновения, осложнения, медико-социальные мероприятия по предупреждению ожирения.*

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) еще в 1998 году определила распространение ожирения как глобальную эпидемию. И в настоящее время оно является одним из самых распространенных хронических заболеваний в мире: по данным ВОЗ, к началу XXI века избыточную массу тела имели около 30 % населения планеты. Кроме того, по информации ВОЗ, по состоянию на 2005–2006 год в мире насчитывалось более 72 млн человек, т. е. более одной третьей взрослых, страдающих ожирением. Прогнозы, которые касаются динамики ожирения как заболевания, остаются неутешительными. Специалистами здравоохранения рассчитано, что уже к 2015 году до 2,3 млрд взрослых человек будут иметь избыточную массу тела и более 700 млн – страдать ожирением. Заболеваемость ожирением продолжает неуклонно и прогрессивно увеличиваться, что особенно наглядно проявляется в последние годы. Несмотря на предпринимаемые меры активной борьбы с этой «эпидемией», о которых неоднократно заявляли практически все развитые страны, темпы роста распространенности ожирения, в частности детского, остаются чрезвычайно большими и составляют по разным регионам мира 1–5 % и более в год. С наиболее значимыми медицинскими последствиями ожирения: сердечно-сосудистыми заболеваниями и сахарным диабетом II типа – связаны высокие показате-

тели потери трудоспособности и преждевременной смертности в современном мире.

Цель исследования – изучить и систематизировать причины возникновения, возможные осложнения и медико-социальные мероприятия по предупреждению ожирения.

Под ожирением следует понимать хроническое заболевание обмена веществ, проявляющееся избыточным развитием жировой ткани, прогрессирующее при естественном течении, имеющее определенный круг осложнений и обладающее высокой вероятностью рецидива после окончания курса лечения. Существует множество методов выявления избыточной массы у ребенка. Наиболее простой способ определения нормальной массы и признаков ожирения у детей различных возрастов – центильные таблицы для мальчиков и девочек от рождения до 17 лет. По вертикали указан возраст, по горизонтали – центили (3, 10, 25, 50, 75, 90, 97). Нормальными считаются показатели, соответствующие центилям 25, 50, 75. Если масса ребенка соответствует центилям 90, 97 либо превышает максимально допустимую массу для данного возраста, можно говорить о наличии ожирения. Для определения степени ожирения может использоваться и индекс массы тела (ИМТ), который рассчитывают по формуле $ИМТ = \text{масса тела} / \text{рост}^2$ (кг/м²). Нормой считается ИМТ 20–24,9 кг/м², избыточную массу устанавливают при ИМТ 25–29,9 кг/м²,

© Е.Г. Помогайбо, 2013

I степень ожирения – при ИМТ 30–34,9 кг/м²,
II степень ожирения – при ИМТ 35–39,9 кг/м²,
III степень ожирения – при ИМТ 40 кг/м² и более [14].

Рост количества детей с избыточной массой в наши дни объясняется преимущественно неправильным питанием и малоподвижным образом жизни. Реже ожирение может быть следствием заболеваний эндокринной системы, опухолей головного мозга и других серьезных болезней.

В развитии детского ожирения важное место занимают экзогенные, или средовые факторы, в частности семейные стереотипы питания и пищевые привычки с употреблением продуктов с высоким содержанием жира и (или) калорий, прием пищи в вечернее и ночное время, невысокий социальный и экономический статус семьи [1–3]. Дополнительным источником высококалорийного питания ребенка может быть пища, приготовленная вне дома, например в школе, в гостях, ресторанах fast-food. Ежедневно треть детей в возрасте 4–18 лет употребляет продукты быстрого питания, что приводит к дополнительному увеличению их массы тела [4]. Вариантом употребления продуктов с высоким содержанием калорий является так называемое безнадзорное питание детей (после школьных занятий). У подростков проявление социальной активности может выражаться в избыточном количестве перекусов вне дома и приеме продуктов с высоким содержанием жира и калорий [2]. Практический интерес имеет определение взаимосвязи частоты ожирения детей и принадлежности их к различным социальным группам. По данным польских исследователей, наиболее низкий процент детей с избыточной массой тела отмечается в семьях неквалифицированных рабочих. Вместе с тем установлено, что дети, родившиеся в менее обеспеченных семьях, страдали ожирением с более раннего возраста. Потеря одного из родителей чаще приводила к развитию поздних форм ожирения у ребенка. Показано также, что во всех группах минимальный процент детей, страдающих ожирением, отмечается в семьях, состоящих из 6 человек и более [5]. Низкая физическая активность или отсутствие адекватной физической нагрузки, увеличение

времени пребывания у телевизора или компьютера, неподвижные игры (шахматы и т. п.) способствуют увеличению массы тела ребенка [6–9]. Степень ожирения в 8,3 раза выше у детей, проводящих за телевизором или компьютером более 5 часов в сутки, по сравнению с теми, кто смотрит телевизор (занят компьютером) менее 2 часов в день [10]. В популяционных исследованиях установлено, что ожирение развивается у 14 % детей, родители которых имели нормальную массу тела. Если ожирением страдает один из родителей, избыточная масса тела у потомства отмечается в 30–60 % случаев. При наличии ожирения у обоих родителей ожирение у детей развивается в 80 % случаев [2, 5]. Эти данные демонстрируют важную, но не абсолютную роль генетического фактора в развитии детского ожирения.

Избыточная масса у ребенка может привести к раннему развитию таких заболеваний, не характерных для детского возраста, как гипертоническая болезнь, сахарный диабет II типа, ишемическая болезнь сердца, цирроз печени и др. Эти заболевания, в свою очередь, ухудшают качество жизни и уменьшают продолжительность жизни человека. Различают следующие осложнения ожирения у детей и подростков:

1. Осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы, такие как повышенное артериальное давление, стенокардия, хроническая сердечная недостаточность и атеросклероз. Все эти заболевания характерны для людей пожилого возраста, однако встречаются и у детей с ожирением.

2. Со стороны пищеварительной системы характерны хронический холецистит, панкреатит, возможны запоры, геморрой. Отложение жиров в печени приводит к развитию жирового гепатоза (или стеатоза печени). В редких случаях жировой гепатоз приводит к развитию цирроза печени.

3. Расстройства со стороны костно-суставной системы включают деформацию костного скелета, боли в суставах, разрушение суставных хрящей, плоскостопие. У детей, страдающих ожирением, отмечается вальгусная деформация коленей.

4. Недостаток инсулина приводит к развитию сахарного диабета II типа. У детей с

избыточной массой намного чаще наблюдаются расстройства сна: храп, апноэ во время сна.

5. Ожирение в подростковом возрасте часто является причиной социальной изоляции (отсутствие друзей среди сверстников), депрессии, что в конечном счете может стать причиной наркомании, алкоголизма либо развития расстройств питания (булимия, анорексия).

6. У женщин, страдающих ожирением с детства или подросткового возраста, выше риск развития бесплодия [11–13].

Важными являются медико-социальные мероприятия по предупреждению ожирения. На начальных этапах заболевания, что наиболее типично для школьного возраста, на первый план выходят именно профилактические методы, направленные на борьбу с избыточной массой тела, регулирование и исправление пагубных пищевых привычек, оптимизацию двигательного режима и распорядка дня, стимулирование собственной мотивации ребенка на здоровый образ жизни. Для улучшения восприятия понятно, что пропаганда здорового образа жизни в целях профилактики ожирения должна начинаться в школе и затем распространяться на все общество [15]. Системе образования следует пересмотреть свою политику в плане обеспечения детей продуктами здорового питания (это касается меню школьных столовых, ассортимента буфетов, автоматов с напитками и др.). Должны быть введены образовательные программы в школах по обучению правильному питанию, основам здорового образа жизни, управлению массой тела. В школьных столовых и буфетах должна быть предоставлена возможность выбора свежих фруктов и овощей, а также продуктов с низким содержанием жира [16]. Первым шагом на пути к расширению двигательной активности детей должно стать ограничение малоподвижных занятий. Другим важным элементом должна стать доступность занятий спортом, спортивными играми как в школе, так и по месту жительства. Физические упражнения должны приносить удовольствие, а не являться наказанием. Скрининговые программы по выявлению ожирения и его осложнений должны быть узаконены, врачам и меди-

цинским сестрам, работающим в первичном звене здравоохранения, следует выявлять детей с ожирением и его осложнениями при профилактических осмотрах. При наличии средств дети с избыточной массой тела (ИМТ > 85 центилей) и их родители должны получать консультации по способам коррекции массы тела и пользе от ее снижения. Дети с ожирением (ИМТ > 95 центилей) должны проходить скрининг на выявление гипертензии, дислипидемии, нарушенной опорно-двигательного аппарата, синдрома ночного апноэ, патологии желчного пузыря, инсулинорезистентности и при обнаружении данных проблем направляться к соответствующим специалистам для уточнения диагноза и включения в программу терапии. В большинстве случаев ответственность за лечение детей с ожирением возлагается на врача первичного звена (поликлиники). Очень важно своевременно выявить детей с избыточной массой и начать работу с ними до того, как разовьется ожирение. Рекомендации по питанию должны быть даны на приеме. Ежедневный контроль массы тела в поликлинике помогает отследить эффективность выполнения рекомендаций; если это окажется недостаточным, проводится консультирование специалистом-диетологом либо включение в одну из программ по снижению массы тела. Если у ребенка помимо ожирения имеются следующие особенности: быстрая прибавка в сочетании с задержкой роста, черты генетического синдрома, неврологические нарушения, аномальное распределение подкожно-жировой клетчатки, требуется консультация специалистов (эндокринолога, генетика, невропатолога). Таким образом, все звенья системы здравоохранения, начиная с лечащего врача амбулаторно-профилактического учреждения, должны быть задействованы в решении данной проблемы, именно лечащий врач с момента рождения ребенка и в дальнейшем должен акцентировать внимание на необходимость родителями и детьми соблюдать правила здорового питания.

Выводы

1. Избыточная масса и ожирение потенцируют риски для здоровья – развитие сердечно-сосудистых осложнений (болезни сердца

и инсультов, повышающих вероятность преждевременной смерти и инвалидности в зрелом возрасте), сахарного диабета II типа, скелетно-мышечных нарушений, ряда онкологических заболеваний и т. д.

2. Определено, что данные риски прогрессивно возрастают по мере увеличения индекса массы тела, поэтому важной является проблема раннего выявления детей, относящихся по совокупности указанных критериев к группе риска, и своевременное начало лечебно-профилактических мероприятий, что

может предотвратить или по крайней мере значительно замедлить формирование характерных факторов риска развития сердечно-сосудистых и других серьезных заболеваний.

3. Важным фактором профилактики ожирения является формирование навыков здорового образа жизни и рационального питания, самодисциплины и самоорганизации. Проблема ожирения требует внимания не только медицинских работников, но и педагогов, социальных работников на уровне семьи, группы детского сада, школы.

Список литературы

1. *Druce M.* The regulation of appetite / M. Druce, S. R. Bloom // Arch. Dis. Child. – 2006. – V. 91, № 2. – P. 183–187.
2. Consensus statement: childhood obesity / P. W. Speiser, M. C. J. Rudolf, H. Anhalt [et al.] // J. Clin. Endocrinol. Metab. – 2005. – V. 90. – P. 1871–1887.
3. *Wilson N.* Food ads on TV: a health hazard for children? / N. Wilson, R. Quigley, O. Mansoor // J. Public. Health. – 1999. – V. 23. – P. 647–650.
4. *St-Onge M. P.* Changes in childhood food consumption patterns: a cause for concern in light of increasing body weights / M. P. St-Onge, K. L. Keller, S. B. Heymsfield // Amer. J. Clin. Nutr. – 2003. – V. 78. – P. 1068–1073.
5. *Wechsler J. G.* Adipositas: ursachen und therapie / J. G. Wechsler. – Berlin – Wien : Blackwell Verlag GmbH, 2003 – 309 s.
6. How active are we? Levels of routine physical activity in children and adults / M. B. Livingstone, P. J. Robson, J. M. Wallace [et al.] // Proc. Nutr. Soc. – 2003. – V. 62. – P. 681–701.
7. *Miller J.* Childhood obesity / J. Miller, A. Rosenbloom, J. Silverstein // J. Clin. Endocrinol. Metab. – 2004. – V. 89. – P. 4211–4218.
8. Does early physical activity predict body fat change throughout childhood? / L. L. Moore, D. Gao, M. L. Bradlee [et al.] // Prev. Med. – 2003. – V. 37. – P. 10–17.
9. Home environmental influences on children's television watching from early to middle childhood / B. E. Saelens, J. F. Sallis, P. R. Nader [et al.] // J. Dev. Behav. Pediatr. – 2002. – V. 23. – P. 127–132.
10. Television viewing and change in body fat from preschool to early adolescence: the Framingham Children's Study / M. H. Proctor, L. L. Moore, D. Gao [et al.] // Intern. J. Obes. Relat. Metab. Disord. – 2003. – V. 27. – P. 827–833.
11. *Васюкова О. В.* Грелин: биологическое значение и перспективы применения в эндокринологии / О. В. Васюкова, А. В. Витебская // Проблемы эндокринологии. – 2006. – Т. 52, № 2. – С. 3–7.
12. *Ивлева А. Я.* Ожирение – проблема медицинская, а не косметическая / А. Я. Ивлева, Е. Г. Старостина. – М., 2002. – 176 с.
13. Ожирение / под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. – М., 2004. – С. 312–328.
14. *Аверьянов А. П.* Диагностика ожирения у школьников: значение определения массы жировой ткани / А. П. Аверьянов, Н. В. Болотова, Е. Г. Дронова // Педиатрия. – 2003. – № 5. – С. 66–69.
15. Economic analysis of a school-based obesity prevention program / L. Y. Wang, Q. Yang, R. Lowry, H. Wechsler // Obes. Res. – 2003. – V. 11. – P. 1313–1324.
16. Inter-relationships among childhood BMI, childhood height, and adult obesity: the Bogalusa Heart Study / D. S. Freedman, L. K. Khan, M. K. Serdula [et al.] // J. Obes. Relat. Metab. Disord. – 2004. – V. 28. – P. 10–16.

К.Г. Помогайбо

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА ОЖИРІННЯ У ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ

Вивчено причини виникнення, а також можливі ускладнення ожиріння у дітей і підлітків. Виявлено основні медико-соціальні заходи з попередження ожиріння.

Ключові слова: причини виникнення, ускладнення, медико-соціальні заходи з попередження ожиріння.

Е.С. Ротогоубо

MEDICAL AND SOCIAL PROBLEM OF OBESITY IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

The causes and complications of obesity in children and adolescents are studied. The major medical and social measures for prevention are identified.

Key words: causes, complications, medical and social measures to prevent obesity.

УДК 616.12-008.331.1-084:[303.1+316.776](477.52-25)

В.А. Сміянов, С.В. Тарасенко, О.І. Сміянова, А.В. Бокатов

Медичний інститут Сумського державного університету

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ ПОІНФОРМОВАНOSTІ ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ У МІСТІ СУМИ

Наведено результати медико-соціального дослідження рівня поінформованості диспансерних хворих на артеріальну гіпертензію у місті Суми щодо перебігу їх захворювання, виконання заходів з профілактики, діагностики і лікування та використання отриманої інформації у процесах управління якістю медичної допомоги. Розроблено заходи щодо підвищення рівня поінформованості хворих з артеріальною гіпертензією шляхом посилення інформаційно-роз'яснювальної діяльності та комунікацій.

Ключові слова: моніторинг, артеріальна гіпертензія, інформаційно-роз'яснювальна діяльність.

Важливими аспектами організації медичної допомоги хворим на артеріальну гіпертензію є мотивація пацієнтів до лікування та дотримання ними рекомендацій з модифікації способу життя і режиму медикаментозної терапії. У більшості країн тільки у 1/8 частини хворих на артеріальну гіпертензію захворювання діагностоване, призначена терапія і досягнутий цільовий рівень артеріального тиску [1].

У зв'язку з цим для підвищення ефективності медичної допомоги хворим з артеріальною гіпертензією необхідним є визначення ступеня прихильності пацієнтів до лікування шляхом моніторингу рівня їх поінформованості [2]. Питанням моніторингу рівня прихильності до лікування хворих на артеріальну гіпертензію присвячені праці W.J. Elliot [3], J.R. Vanegas [4], Lip Ping Low [5] та ін. Проте недостатньо вивченими залишаються питання використання інформації, отриманої в результаті моніторингу, на процеси прийняття управлінських рішень у сфері управління якістю медичної допомоги.

Метою дослідження є аналіз результатів медико-соціального дослідження рівня поінформованості диспансерних хворих на артеріальну гіпертензію у Сумах щодо перебігу

їх захворювання, виконання заходів з профілактики, діагностики та лікування і використання отриманої інформації у процесах управління якістю медичної допомоги.

Матеріал і методи. Дослідження проводилося протягом січня 2013 року. Як інтерв'юери виступили лікарі-інтерни та студенти старших курсів Медичного інституту Сумського державного університету, які спільно з дільничними медичними сестрами відвідали диспансерних хворих удома. Одночасно з анкетуванням вимірювали артеріальний тиск, проводили профілактичну бесіду з хворими та членами їх родини щодо модифікації стилю життя, факторів ризику та можливих ускладнень хвороби.

Усього було опитано 2019 хворих. З них чоловіки становили 29,21 %, жінки – 70,79 %. За віком аудиторія розподілилася таким чином: пацієнтів у віці 18–34 років було 7,23 %; 35–59 років – 29,93 %; 60 років і старше – 62,84 %.

Опитування стосувалося виявлення рівня поінформованості диспансерних хворих щодо перебігу їх захворюваності, проходження діагностичних та лікувальних заходів за 2012 рік. Отримані результати обробляли за допомогою програми ОСА.

© В.А. Сміянов, С.В. Тарасенко, О.І. Сміянова, А.В. Бокатов, 2013

Результати та їх обговорення. Більшість опитаних здійснюють контроль за артеріальним тиском. Так, 63 % хворих постійно проводять контроль тиску, 29 % періодично його вимірюють, 8 % не вимірювали тиск протягом року взагалі.

Про високий рівень консультативної підтримки хворих свідчать такі дані. Переважна більшість опитаних – 97 % – підтверджують отримання детальної інформації про їх хворобу в поліклініці. Медикаментозне лікування було призначене 93 % хворих.

Проте незважаючи на високий рівень поінформованості хворих результати опитування свідчать про недостатній рівень їх відповідальності за власне здоров'я. Лише 48 % опитаних регулярно приймають ліки, 33 % – нерегулярно приймають ліки; 19 % – взагалі не приймають.

Основними причинами нерегулярного приймання ліків хворі називають такі: 48 % – забуваю, 27 % – висока вартість медикаментів, 14 % – не хочу, 11 % – не допомагає.

За результатами опитування, 29 % хворих на артеріальну гіпертензію мали кризи в аналізованому періоді. Викликали дільничного лікаря 12 % опитаних, швидку медичну допомогу – 5 %, 11 % проходили стаціонарне лікування.

Серед факторів ризику хворі називали такі: стреси – 51 %, підвищена маса тіла та спадковість артеріальної гіпертензії у родичів 1-го ступеня спорідненості – 22 %, підвищений рівень холестерину – 25 %, недостатня фізична активність – 15 %, тютюнопаління – 13 % (загальна сума часток перевищує 100 %, оскільки хворі могли вказувати декілька факторів ризику).

Протягом 2012 року 42 % опитаних диспансерних хворих відвідали дільничного лікаря більше 2 разів, 10 % – 2 рази, 16 % – 1 раз, 32 % – жодного разу не звернулися до дільничного.

Більшість опитаних проходили лабораторні обстеження у 2012 році: рівень холестерину та загальний аналіз крові – 60 % опитаних, загальний аналіз сечі – 54 %, рівень глікемії – 46 %, рівень креатиніну – 32 %.

Опитані проходили такі інструментальні обстеження у 2012 році: електрокардіографію – 83 % диспансерних хворих на арте-

ріальну гіпертензію, флюорографію – 75 %, ультразвукове дослідження – 52 %.

Консультації спеціалістів отримали такий відсоток хворих: кардіолог – 83 %, офтальмолог – 46 %, невролог – 45 %, ендокринолог – 40 %, уролог – 21 %, нефролог – 6 %, серцево-судинний хірург – 16 %.

Інформацію про хворобу 84 % пацієнтів отримують від сімейного лікаря, 45 % – від медичної сестри, 17 % – з газет та під час перегляду телевізора, 10 % – від знайомих (загальна сума часток перевищує 100 %, оскільки хворі могли вказувати декілька каналів інформації).

На час відвідування у 65 % хворих був підвищений артеріальний тиск.

91 % опитаних відмічають поінформованість про державну програму щодо забезпечення антигіпертензійними ліками [7].

Близько 90 % опитаних зазначили, що їм виписували рецепти для лікування артеріальної гіпертензії з частковим відшкодуванням коштів, при цьому майже 37 % не використовували ці рецепти за призначенням. Основними причинами такої ситуації хворі називають: забуваю – 66 %, не маю часу – 13 %, приймаю інші ліки – 21 %.

На основі отриманих результатів моніторингу були сформовані такі пропозиції:

1) розробити та впровадити технології нагадування диспансерним хворим один раз на тиждень у телефонному режимі середнім медичним персоналом або студентами Медичного інституту про час профілактичного візиту в поліклініку; необхідність регулярного прийому ліків; необхідність контролю тиску; за необхідності отримання консультацій;

2) розробити і забезпечити всіх хворих з артеріальною гіпертензією «Журналом спостережень з артеріальної гіпертензії», що складається з таких елементів (розділів): щоденник самоконтролю артеріального тиску; пам'ятка щодо факторів ризику та профілактичних заходів; дієтичні рекомендації щодо правильного вибору продуктів харчування; щоденник самоконтролю приймання ліків;

3) розробити пропозиції щодо створення програми нагадування за допомогою SMS-повідомлень.

Висновки

1. Диспансерні хворі на артеріальну гіпертензію у місті Суми обізнані з перебігом своєї хвороби, заходами з профілактики та ризиками.

2. Основною причиною незадовільного виконання призначених лікарем рекомендацій хворі вказують: «забуваю», «не маю часу», «не хочу».

3. Крім стандартних методів профілактики потрібно розробити і впровадити

систему постійного нагадування хворим про необхідність контролю артеріального тиску, лікування, ведення здорового способу життя.

Перспективи подальших досліджень у зазначеному напрямку полягають у відпрацюванні механізмів використання інформації, отриманої у результаті моніторингу думки пацієнтів, у процесах забезпечення різних аспектів якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я.

Список літератури

1. *Ambrosioni E.* Pharmacoeconomic challenges in disease management of hypertension / *E. Ambrosioni* // *Hypertension*. – 2001. – V. 19 (3). – P. 33–40.

2. *Сміянов В. А.* Інструменти та методи управління якістю медичної допомоги: умови та особливості застосування у процесі реформування системи охорони здоров'я України / *В. А. Сміянов, С. В. Тарасенко* // *Східноєвропейський журнал громадського здоров'я*. – 2013. – № 1. – С. 51–57.

3. *Elliott W. J.* The economic impact of hypertension / *W. J. Elliott* // *J. Clin. Hypertens*. – 2003. – V. 5. – P. 3–13.

4. Achievement of treatment goals for primary prevention of cardiovascular disease in clinical practice across Europe: the EURIKA study / *E. Lopez-García, J. Dallongeville, J. R. Banegas [et al.]* // *Eur. Heart J.* – 2011. – № 32 (17). – P. 2143–2152.

5. *Lip Ping Low* (Сингапур). Коментарий к статье «Недостаточный контроль артериального давления у больных пожилого возраста» / *Lip Ping Low* // *Международные направления в исследовании артериальной гипертензии*. – 2000. – № 10. – С. 13–14.

6. Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения. – Мальта : ВОЗ, Европейское региональное бюро, 2012. – 52 с.

7. Постанова КМУ від 25.04.12 № 340 «Про реалізацію пілотного проекту щодо запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою» [Електронний ресурс]. – Режим доступу :

<http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/340-2012-п>.

В.А. Смянов, С.В. Тарасенко, О.И. Смянова, А.В. Бокатов

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ИНФОРМИРОВАННОСТИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ГОРОДЕ СУМЫ

Приведены результаты медико-социального исследования уровня осведомленности диспансерных больных с артериальной гипертензией в городе Сумы относительно течения их заболевания, выполнения мероприятий по профилактике, диагностике и использованию полученной информации в процессах управления качеством медицинской помощи. Разработаны мероприятия по повышению уровня осведомленности больных с артериальной гипертензией путем усиления информационно-разъяснительной деятельности и коммуникаций.

Ключевые слова: мониторинг, артериальная гипертензия, информационно-разъяснительная работа.

V.A. Smianov, S.V. Tarasenko, O.I. Smianova, A.V. Bokatov

MEDICAL AND SOCIAL STUDY OF THE PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION AWARENESS IN SUMY CITY

Monitoring results of current awareness level of dispensary patients with arterial hypertension in Sumy city in relation to the flow of their illness, implementation of measures on a prophylaxis, diagnostics and the uses of the got information in the processes of management quality of medicare are presented. Awareness-raising activities for patients with arterial hypertension were developed by information and education work and communications increasing.

Key words: monitoring, arterial hypertension, information and education work.

УДК 616.12-005.4-055.2-06:[616.61-036.12-02:616.611-002]-038

Т.М. Соломенчук, Х.В. Семеген-Бодак

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

ФАКТОРИ РИЗИКУ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ У ЖІНОК З ХРОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ НИРОК ГЛОМЕРУЛЯРНОГО ГЕНЕЗУ

Обстежено 238 жінок з хронічною хворобою нирок гломерулярного генезу. Для оцінки вираженості та поширеності факторів ризику ішемічної хвороби серця у них досліджували рівень артеріальної гіпертензії, показники ліпідного, пуринового обміну, системного запалення (загальний фібриноген, С-реактивний протеїн, рівень анемії залежно від швидкості клубочкової фільтрації). Встановлено, що артеріальна гіпертензія та гіперхолестеринемія реєструвались найчастіше серед пацієнок з хронічною хворобою нирок. Зниження швидкості клубочкової фільтрації асоціювалось із зростанням виявлення підвищеного рівня С-реактивного протеїну в 1,6 разу, а гіперурикемії – у 2 рази. Поширеність анемії як «нетрадиційного» фактора ризику кардіальних ускладнень залежала від стадії хронічної хвороби нирок.

Ключові слова: *хронічна хвороба нирок, ішемічна хвороба серця, фактори ризику, жінки.*

За сучасними рекомендаціями, хворі на хронічну хворобу нирок (ХХН) належать до групи осіб з дуже високим серцево-судинним ризиком [1].

Особливий інтерес викликає вивчення факторів ризику ішемічної хвороби серця (ІХС) у жінок з ХХН. Адже коронарна хвороба виникає у них у середньому на 10–15 років пізніше, ніж у чоловіків. Коронарна хвороба, що виникає на тлі ХХН, стає дедалі більш характерною і частою патологією серед жінок [2].

Згідно з рекомендаціями ESC щодо профілактики серцево-судинних захворювань у жінок кардіоваскулярні хвороби залишаються провідною причиною захворюваності та смертності жіночої частини населення Європи. Україна за смертністю від ІХС серед жінок посідає друге місце серед європейських країн. В Україні у жінок 25–64 років цей показник приблизно у 8 разів більше такого у жінок в інших країнах Європи. Ситуація погіршується ще й тому, що ІХС значно складніше діагностувати у жінок, ніж у чоловіків.

У деяких дослідженнях (CASS, WISE) вказується на те, що жінки рідше скерову-

ються на інвазивні діагностичні та лікувальні процедури з приводу кардіоваскулярних захворювань, ніж чоловіки. Це призводить до несвоєчасної постановки діагнозу та пізнього початку лікування.

Вивчення факторів ризику та проведення ефективної профілактики серцево-судинних захворювань, насамперед серед жінок з ХХН, набуває сьогодні особливої актуальності. Саме тому ми вирішили вивчити поширеність і вираженість факторів ризику ІХС у жінок з ХХН гломерулярного генезу залежно від ступеня порушення функціональної здатності нирок.

Матеріал і методи. В дослідженні брали участь 238 жінок з ХХН, що виникла на тлі хронічного гломерулонефриту (ХГН), віком від 19 до 77 років, середній вік – (44,55±0,83) року. Програма дослідження включала: збір скарг, анамнезу захворювання, антропометричні виміри (маса тіла, зріст, індекс маси тіла (ІМТ, кг/м²), дослідження показників ліпідного, пуринового обміну, системного запалення, рівня гемоглобіну та креатиніну у плазмі крові. Діагноз ХХН та стадію захворювання встановлювали згідно з класифіка-

© Т.М. Соломенчук, Х.В. Семеген-Бодак, 2013

цією, прийнятою II Національним з'їздом нефрологів України (Харків, 2005), та наказом МОЗ України від 02.12.04 № 593 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Нефрологія».

Критеріями виключення із дослідження вважалися: інші ураження нирок, онкологічні захворювання, цукровий діабет, гостре порушення мозкового кровообігу, тромбоз судин, відмова пацієнта.

Швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ) обчислювали за формулою D. Soscroft і Gault (1976). Стан ліпідного обміну оцінювали шляхом визначення рівнів загального холестерину (ЗХС) і холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ). Рівень ЗХС визначали за методом С.С. Allain et al. (1974) в модифікації фірми LabSystems (Finland). Вміст ХС ЛПНЩ розраховували за формулою Фрідвальда. Стан пуринового обміну визначали спектрофотометрично за вмістом у крові сечової кислоти методом Marimont (London, 1965) у модифікації А.М. Горячовського при довжині хвилі 289 нм. Активність системного імунного запалення досліджували шляхом визначення рівнів С-реактивного протеїну (СРП) і загального фібриногену (ЗФГ). Рівень СРП у сироватці крові визначали методом латекс-аглютинації за допомогою діагностичних наборів «Corma» (Польща), рівень ЗФГ – за методом Р.А. Рутберга (1961).

Залежно від функціональної здатності нирок всі пацієнтки були розподілені у чотири групи: I – 50 осіб зі ШКФ > 90 мл/хв, II – 53 жінки зі ШКФ < 90 мл/хв, III – 64 пацієнтки зі ШКФ < 60 мл/хв, IV – 70 хворих зі ШКФ < 30 мл/хв.

Отримані результати статистично оброблено. Неперервні величини подано у вигляді середніх показників та їхніх похибок ($M \pm m$), отриманих із використанням функції «описова статистика». Для оцінки міжгрупових відмінностей неперервних величин застосовували t-критерій достовірності Стьюдента (або непараметричний критерій Манна–Уїтні). Розбіжність вважали достовірною, якщо вірогідність випадкової розбіжності не перевищувала 0,05 ($p < 0,05$).

Результати та їх обговорення. Проведено порівняльний аналіз поширеності та вираженості основних факторів ризику ІХС

у пацієнток з ХХН залежно від ступеня зниження ШКФ.

Відповідно до останніх рекомендацій ESH/ESC (2007, 2008), KDOQI (2007), Всеросійського наукового товариства кардіологів і наукового товариства нефрологів Росії (2009) цільовим при ХХН є артеріальний тиск (АТ) менший за 130/80 мм рт. ст. У дослідженні артеріальна гіпертензія (АГ) – підвищення рівня АТ $\geq 140/90$ мм рт. ст. – на момент обстеження була виявлена у 201 (84,81 %) хворі. Середня тривалість її перебігу становила $(4,62 \pm 0,33)$ року. Достовірної різниці показників систолічного АТ (САТ) між групами не виявлено. Середній його рівень у загальній групі дорівнював $(155,72 \pm 1,29)$ мм рт. ст., у I – $(156,2 \pm 3,33)$ мм рт. ст., у II – $(154,72 \pm 2,95)$ мм рт. ст., у III – $(159,53 \pm 1,98)$ мм рт. ст., у IV – $(152,64 \pm 2,22)$ мм рт. ст. відповідно. У 60,1 % хворих виявлено підвищення рівня пульсового АТ (ПАТ) в середньому до $(61,33 \pm 1,01)$ мм рт. ст. За рекомендаціями Української асоціації кардіологів з профілактики та лікування АГ, збільшення ПАТ > 60 мм рт. ст. є раннім маркером підвищеної жорсткості артеріальної стінки та свідчить про високий ризик серцево-судинних ускладнень [3].

Надлишкова маса тіла (ІМТ $25,0 - 29,9$ кг/м²) виявлена у 38,40 % пацієнток, у середньому $(27,63 \pm 0,30)$ кг/м², ожиріння (ІМТ > 29,9 кг/м²) – у 23,63 % з них. Відмічена тенденція до зниження ІМТ зі зниженням ШКФ. Збільшення ІМТ на 10 % підвищує вірогідність стійкого зменшення ШКФ у 1,27 рази [4]. Ожиріння, особливо абдомінальне, може збільшувати ризик незворотного погіршення функції нирок. За результатами Buffalo Health Study, у жінок з ІМТ $29,9$ кг/м² і більше ризик розвитку ІХС в 3 рази вищий, ніж у жінок з нормальною масою тіла [5].

Одним з найважливіших чинників прогресування ІХС при ХХН є гіперліпідемія [2]. У 169 (82,84 %) обстежених жінок виявлено підвищений рівень ЗХС ($> 4,0$ ммоль/л). Середній показник його становив $(6,04 \pm 0,18)$ ммоль/л, що значно вище цільових рівнів у цієї категорії хворих з дуже високим ризиком згідно з рекомендаціями ESC/ESA [6]. Вираженість гіперхолестеринемії як фактора ризику достовірно зростає в міру знижен-

ня функціональної здатності нирок: у пацієнток I групи рівень ЗХС становив $(5,33 \pm 0,19)$ ммоль/л, у хворих II групи збільшується до $(5,90 \pm 0,32)$ ммоль/л ($p < 0,05$) і досягає рівня $(5,92 \pm 0,16)$ ммоль/л ($p < 0,01$) і $5,90 \pm 0,56$ ммоль/л ($p < 0,05$) у III і IV групах відповідно.

Подібні результати виявлені при аналізі середнього рівня ХС ЛПНЩ, що є потужним предиктором розвитку інфаркту міокарда у жінок [7]. У 164 пацієнток, які ввійшли у дослідження, даний показник підвищився практично у 2 рази порівняно з бажаним, у загальній групі дорівнював $(3,51 \pm 0,97)$ ммоль/л. Спостерігається достовірне підвищення рівня ХС ЛПНЩ зі зниженням функціональної здатності нирок: I група – $(3,43 \pm 1,05)$ ммоль/л, II – $(3,67 \pm 0,94)$ ммоль/л, III – $(3,79 \pm 1,01)$ ммоль/л, IV – $(3,97 \pm 1,13)$ ммоль/л ($p < 0,001$). Встановлено, що будь-який рівень ХС ЛПНЩ у плазмі крові, що перевищує 2,6 ммоль/л, є проатерогенним і вважається основною причиною високої частоти формування коронарного атеросклерозу. Чим вищий рівень ХС ЛПНЩ, тим більший ризик формування симптомної ІХС.

Підвищення середнього рівня СРП виявлено у 61,11 % жінок загальної групи. Середнє його значення становило $(10,08 \pm 1,56)$ од. Підвищений рівень СРП у сироватці крові є маркером прогресування атерогенезу та несприятливого перебігу ІХС [8]. Ми встановили, що зі зниженням ШКФ рівень СРП поступово зростає: I група – $(6,32 \pm 2,53)$ од., II – $(8,67 \pm 3,44)$ од., III – $(9,00 \pm 3,24)$ од. ($p < 0,05$), IV – $(15,72 \pm 2,86)$ од. ($p < 0,01$). У дослідженні MDRD в осіб з початковими стадіями ХХН відмічався високий рівень СРП, а відносний ризик розвитку серцево-судинних ускладнень був у 1,73 рази вищий, ніж у хворих зі збереженою фільтрацією і нормальним рівнем СРП [2].

Практично у кожній другій пацієнтки (у 48,18 %) реєструвався підвищений рівень ЗФГ – ще одного маркера активації системного запалення та несприятливого прогнозу. Середнє значення цього показника не перевищувало верхньої межі норми і становило $(3,92 \pm 0,08)$ г/л. Однак зі зниженням ШКФ у досліджених хворих відмічалася тенденція до збільшення рівня ЗФГ, проте без досто-

вірної різниці між групами: I група – $(4,05 \pm 0,21)$ г/л, II – $(3,67 \pm 0,12)$ г/л, III – $(4,09 \pm 0,14)$ г/л, IV – $(4,22 \pm 0,19)$ г/л. За даними [9], у жінок, хворих на ІХС, рівень ЗФГ у плазмі крові вищий, ніж у здорових, та є високодостовірним показником, який суттєво впливає на всі кінцеві точки ІХС, як і у чоловіків.

У 30,74 % пацієнток діагностовано анемію з середнім рівнем гемоглобіну $(108,87 \pm 1,35)$ г/л. Спостерігається достовірне зниження вмісту гемоглобіну зі зниженням ШКФ: I група – $(119,42 \pm 2,15)$ г/л, II – $(115,75 \pm 2,09)$ г/л, III – $(112,33 \pm 2,52)$ г/л ($p < 0,05$), IV – $(93,01 \pm 2,30)$ г/л ($p < 0,001$). Анемія призводить до розвитку ішемії, викликаючи підвищення серцевого викиду та зменшення часу наповнення коронарних артерій, або поглиблює її прояви при ІХС.

Гіперурикемію відмічено у 56,0 % обстежених жінок, середнє значення – $(0,40 \pm 0,01)$ ммоль/л. Встановлено достовірну тенденцію до підвищення рівня сечової кислоти у плазмі крові при зниженні ШКФ: I група – $(0,36 \pm 0,02)$ ммоль/л, II – $(0,34 \pm 0,03)$ ммоль/л, III – $(0,39 \pm 0,02)$ ммоль/л, IV – $(0,47 \pm 0,03)$ ммоль/л. Цей феномен зумовлений зменшенням екскреції сечової кислоти, що часто спостерігається у хворих на ХХН. У багатьох дослідженнях встановлено тісний зв'язок між рівнем урикемії, артеріальною гіпертензією та розвитком ІХС.

Встановлено, що зазвичай у обстежених жінок виявлявся не один чинник ризику, а їх поєднання. Найчастіше реєструвалась тріада таких факторів прогресування ІХС: АГ, ожиріння та гіперхолестеринемія (у 70,68 % жінок). Практично в кожній другій пацієнтки з ХХН гломерулярного генезу (у 46,34 % обстежених осіб) АГ супроводжувалась підвищеним рівнем ЗХС, ХС ЛПНЩ і гіперурикемією.

Висновки

1. Найбільш поширеними факторами ризику в пацієнток з ХХН гломерулярного генезу виявилися АГ (84,81 %) та гіперхолестеринемія (82,84 %). Середні рівні САТ і ДАТ та поширеність АГ практично не залежали від стадії ХХН. Проте середні рівні ЗХС та ХС ЛПНЩ достовірно збільшувалися зі

зниженням функціональної здатності нирок. При ШКФ<30 мл/хв гіперхолестеринемія реєструвалась частіше (у 89,47 % жінок), ніж при нормальному рівні сироваткового креатиніну.

2. Підвищений рівень СРП у сироватці крові визначався у 61,11 % обстежених пацієнтів. Встановлено тенденцію до зростання його рівня та поширеності з прогресуванням ниркової дисфункції. При нормальному рівні ШКФ підвищений вміст СРП виявлявся у 45,83 % обстежених осіб, а в жінок із вираженим порушенням функціональної здатності нирок (ШКФ<30 мл/хв) – в 1,6 разу частіше (74,19 %).

3. Середній рівень сечової кислоти виявився підвищеним у половини жінок (56,0 %). Встановлено достовірне зростання поширеності цього фактора ризику ІХС зі зниженням ШКФ. У кожній четвертій жінки з ШКФ>90 мл/хв реєструвалась гіперурикемія, а вже

при ШКФ<30 мл/хв поширеність її зростала вдвічі і становила 58,33 %.

4. Ожиріння в жінок з ХХН виявлялося частіше при нормальній (>90 мл/хв) і дещо зниженій (90–60 мл/хв) ШКФ, а саме: у 54,76 і 38,60 % хворих відповідно. При зниженні ШКФ<30 мл/хв ІМТ>30 кг/м² реєструвався в 4,6 разу рідше, ніж у жінок без порушень ниркових функцій.

5. Поширеність вторинної анемії в осіб жіночої статі з ХХН як «нетрадиційного» чинника ризику кардіальних ускладнень достовірно залежала від стадії ХХН. При нормальній ШКФ зниження рівня гемоглобіну реєструвалося у 36,59 %, а вже при ШКФ<30 мл/хв – у 2,4 разу частіше (86,30 %).

Перспективність дослідження. Враховуючи високу поширеність та вираженість факторів ризику, при ХХН гломерулярного генезу необхідний комплексний підхід до їх корекції з метою профілактики розвитку у них ІХС.

Список літератури

1. US Renal Data System.USRDS 2009 Annual Data report: Atlas of end-stage renal disease in the United States // Am. J. Kidney Dis. – 2010. – V. 55 (suppl. 1). – P. S1–420.
2. Влияние интервальной нормобарической гипокситерапии на функциональное состояние почек у больных стабильной стенокардией с сопутствующим хроническим гломерулонефритом / Г. А. Игнатенко, И. В. Мухин, С. В. Туманова [и др.] // Укр. журн. нефрології та діалізу. – 2008. – № 1. – С. 10–17.
3. Рекомендації Української асоціації кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії. – К., 2008. – 55 с.
4. Association between body mass index and CKD in apparently healthy men / R. Gelber, T. Kurth, A. Kausz [et al.] // Am. J. Kidney Dis. – 2005. – V. 46, № 5. – P. 871–880.
5. Body mass index and mortality in a general population sample of men and women: the Buffalo Health Study / J. M. Dom, E. F. Schisterman, W. Winkelstein [et al.] // Amer. J. Epidemiology. – 1997. – V. 146, № 11. – P. 919–931.
6. Evidence-based guidelines for cardiovascular disease prevention in women: 2007 update / L. Mosca, L. J. Appel, E. J. Benjamin [et al.] // Circulation. – 2007. – V. 115. – P. 1481–1501.
7. Brochier M. L. Coronary heart disease risk factors in women / M. L. Brochier, P. Arwidson // Eur. Heart J. – 1998. – V. 19 (suppl. A). – P. 45–52.
8. Титов В. Н. С-реактивный белок – влияние гормонов, физической активности, жирных кислот пищи. Роль в атеротромбозе артерий и диагностическое значение / В. Н. Титов // Клиническая лабораторная диагностика. – 2008. – № 7. – С. 3–15.
9. Fibrinogen in relation to personal history of prevalent hypertension, diabetes, stroke, intermittent claudication, coronary heart disease and family history: the Scottish Heart Health Study / A. J. Lee, G. D. O. Lowe, W. C. S. Smith, H. Tunstall-Pedoe // Brit. Heart J. – 1993. – V. 69. – P. 338–342.

Т.Н. Соломенчук, К.В. Семеген-Бодак

ФАКТОРЫ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК ГЛОМЕРУЛЯРНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Обследовано 238 женщин с хронической болезнью почек гломерулярного происхождения. Для оценки выраженности и распространенности факторов риска ишемической болезни сердца у них

исследовали уровень артериальной гипертензии, показатели липидного, пуринового обмена, системного воспаления (общий фибриноген, С-реактивный протеин, уровень анемии в зависимости от скорости клубочковой фильтрации). Установлено, что артериальная гипертензия и гиперхолестеринемия регистрировались чаще всего среди пациенток с хронической болезнью почек. Снижение скорости клубочковой фильтрации ассоциировалось с ростом выявления повышенного уровня С-реактивного протеина в 1,6 раза, а гиперурикемии – в 2 раза. Распространенность анемии как «нетрадиционного» фактора риска кардиальных осложнений зависела от стадии хронической болезни почек.

Ключевые слова: хроническая болезнь почек, ишемическая болезнь сердца, факторы риска, женщины.

T.M. Solomenchuk, Kh.V. Semegen-Bodak

RISK FACTORS FOR CORONARY HEART DISEASE IN WOMEN WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE OF GLOMERULAR GENESIS

The 238 women with chronic kidney disease of glomerular genesis are investigated. To assess expression and prevalence of risk factors of coronary heart disease depending on the glomerular filtration rate the level of hypertension, blood lipid levels, uric acid, fibrinogen, C-reactive protein, haemoglobin were determined. It was established, that hypertension and dyslipidemia most frequently registered in examined patients. The prevalence of elevated C-reactive protein levels increased by 1.6 times, and hyperuricemia by 2 times with decreasing of glomerular filtration rate. The prevalence of anemia as «untraditional» RF depended on the stage of chronic kidney disease.

Key words: chronic kidney disease, coronary heart disease, risk factors, women.

УДК 616.31:616.724:616.742]-008.6-036.22-02

Е.Ю. Стоян, И.И. Соколова, А.В. Андрусенко

Харьковский национальный медицинский университет

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МЫШЕЧНО-СУСТАВНОЙ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Обобщены результаты наблюдения 298 пациентов с мышечно-суставной дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава. Выявлено превалирование дисфункциональных явлений у 209 (70,1 %) лиц юношеского и молодого возраста, в частности у молодых женщин от 18 до 35 лет (157 человек), со средней или тяжелой степенью дисфункции. Показано, что этиология мышечно-суставной дисфункции височно-нижнечелюстного сустава охватывает практически все стороны жизни человека, когда любой из неблагоприятных факторов может стать причиной болезни. Совокупность этиологических проблем приводит к «омоложению» мышечно-суставной дисфункции височно-нижнечелюстного сустава.

Ключевые слова: височно-нижнечелюстной сустав, мышечно-суставная дисфункция, этиология, распространенность.

Мышечно-суставная дисфункция височно-нижнечелюстного сустава (МСД ВНЧС) – одно из самых противоречивых заболеваний, с которым сталкиваются практикующие врачи-стоматологи, вследствие разнообразия клинических проявлений и полиэтиологичности развивающихся в нем патологических изменений. МСД принадлежит к группе так называемых внесуставных заболеваний, к которым относятся бруксизм (феномен Кароли), синдром Костена, шилоподъязычный синдром Эгле, дестензионные подвывихи, встречающиеся в юношеском возрасте [1]. На сегодняшний день актуальными остаются вопросы эпидемиологии и этиологии МСД ВНЧС, так как лечение и реабилитация таких пациентов, понимание патологических процессов, приводящих к ней, остаются важной проблемой в челюстно-лицевой хирургии и стоматологии [2]. Результаты многочисленных исследований свидетельствуют о том, что в 70–89 % случаев МСД ВНЧС не связана с воспалительными процессами, а является обычным функциональным нарушением и обусловлена

изменениями, в частности, латеральных крыловидных мышц. Обращает на себя внимание высокая распространенность МСД у лиц молодого возраста – от 27 до 76 %, а среди детей и подростков – от 14 до 20 % [3]. Сотрудниками кафедры хирургической стоматологии Казанского НМУ изучена эпидемиология отдельных признаков или симптомов МСД ВНЧС у здоровых 454 детей, подростков и лиц молодого возраста. Симптомы дисфункции выявлены у 51,1 % обследованных, а пик их распространенности приходился на 22–25 лет [4]. Данные российских авторов свидетельствуют о том, что функциональные нарушения ВНЧС встречаются у 27,5–39,0 % населения, а среди детей и подростков их частота достигает 70 %. На основании этого можно считать изучение патологии ВНЧС детского и подросткового возраста важнейшим вопросом стоматологии XXI века [5].

Объекты и методы. В течение 10 лет мы провели клинические обследования 298 пациентов с МСД ВНЧС: 86 мужчин и 212 женщин, возраст которых варьировал от 18 до 50 лет. Использовали тактику всесто-

© Е.Ю. Стоян, И.И. Соколова, А.В. Андрусенко, 2013

ронного обстеження з акцентом на выяснення анамнезу життя і захворювання, роду занять, загального статусу, консультацій сусідніх спеціалістів-стоматологів, невропатологів, ортопедів. Степінь порушення в ВНЧС визначали за загальноприйнятими методами. Особливу увагу приділяли стану опорно-двигального апарату. Рентгенографію ВНЧС проводили в боковій проекції в закритому і відкритому прикусі для порівняльної оцінки положення суставної головки, наявності або відсутності порушень її форми. Степінь проявів і тяжкості МСД ВНЧС визначали згідно клінічному індексу Helkimo (1974) [6]. Розподіл пацієнтів з МСД ВНЧС за статтю і віком представлено в табл. 1.

Таблиця 1. Розподіл пацієнтів з МСД ВНЧС за статтю і віком

Вік, років	Чоловіки	Жінки	Всього	
			абс.	%
18–22	26	62	88	29,5
23–30	21	46	67	22,5
31–35	12	42	54	18,0
36–40	15	28	43	14,5
41–45	9	25	34	11,5
46–50	3	9	12	4,0
Всього	86	212	298	100

Результати і їх обговорення. Результати аналізу вікового складу були дуже красномовні. МСД ВНЧС за відсутності ортопедическої, ортодонтическої, терапевтическої і специфіческої патологій частіше зустрічалась у осіб юнацького і молодого віку (209 осіб; 70,1 %). За аналізу клінічних проявів МСД індексу Helkimo пацієнти розподілились наступним чином: легку ступінь дисфунк-

ції мали 43 особи, середню – 115 осіб, важку – 140 осіб (табл. 2). Взаємозв'язок МСД ВНЧС і стану позвоничника встановлено за робіт ряду дослідників. За даними [7], існує взаємозалежність порушень прикусу і краніомандибулярних дисфункцій за розвитку порушень осанки (сколіоз) і остеохондрозу позвоничника. За результатів суб'єктивної інформації, об'єктивного обстеження і рентгенографіческого аналізу стану шийного відділу було виявлено, що всі наші пацієнти страждали остеохондрозом шийного відділу позвоничника або мали сколіотическу осанку, сколіоз. За цим переважили жінки молодого віку від 18 до 35 років (157 осіб; 52,7 %), у яких ступінь дисфункціональних явищ визначалась як середня або тяжка дисфункція. Рентгенологіческа картина більшості пацієнтів (85 %) не мала змін за сторони суставних компонентів, але визначалась комбінація різної ступені звуження суставної щіли. За той же час пальпація області прикріплення жувальних м'язів була достатньо чутливою або навіть болісною у всіх пацієнтів за розвитком такої званої дисфункціональної контрактури. Учючи отримані результати, можна утвердити, що етіологія МСД ВНЧС охоплює практически всі сторони життя людини, коли будь-якою з несприятливих факторів може стати причиною хвороби. У окремих наших пацієнтів симптоми з'являлись спонтанно на фоні повного здоров'я і також несподівано зникли, маючи при цьому характерну особливість з'являтися знову. Останні десятиліття прослідковується неуклонний ріст кількості молодих пацієнтів, в основному представителів жіночого статі. Можливо, даний факт

Таблиця 2. Розподіл пацієнтів за ступенем тяжкості проявів МСД ВНЧС

Ступінь дисфункції	Чоловіки		Жінки		Всього	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Легка (1–4 бали)	15	17,5	28	13,2	43	14,4
Середня (5–9 бали)	26	30,2	89	42,0	115	38,6
Тяжка (10–25 бали)	45	52,3	95	44,8	140	47,0
Всього	86	100	212	100	298	100

связан с ростом нарушений опорно-двигательного аппарата как результата массовой гиподинамии, долговременного вынужденного положения при работе с компьютерами детей и подростков. Пристрастие девушек-подростков к «модной» обуви на каблучке выше 3 см, что противоречит рекомендациям ортопедов, приводит к нарушению адекватной работы скелетных мышц и формированию сколиотической осанки. Фактором, потенцирующим рост поражений ВНЧС, является остеохондроз подросткового периода, приводящий к нарушению структур хрящевой ткани позвоночника и сочетающийся с вовлечением в патологический процесс скелетной мускулатуры головы и шеи. Возможным фактором, который приводит к развитию МСД ВНЧС, является быстрое питание, при котором отсутствует необходимость в полноценной жевательной активности челюстно-

лицевого мышечного аппарата. Иницирующими моментами также могут быть различные изменения со стороны деятельности ЦНС (нервно-эмоциональное, физическое напряжение), парафункции жевательных мышц.

Выводы

Совокупность перечисленных этиологических проблем, по нашему мнению, приводит к «омоложению» мышечно-суставной дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. На первый взгляд кажущееся отсутствие причин для развития данной патологии на самом деле кроется в гиподинамии молодого населения во всех аспектах жизнедеятельности. Данная проблема является не только медицинской, но и социальной, что определяет перспективность исследования данной области стоматологии.

Список литературы

1. *Пшепий Р. А.* Аффективные расстройства в структуре диагностики и лечения синдрома дисфункции височно-нижнечелюстного сустава : автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук : спец. 14.00.21 «Стоматология», 14.00.13 «Нервные болезни» / Р. А. Пшепий. – М., 2002. – 22 с.
2. *Кравченко Д. В.* Диагностика и малоинвазивные методы лечения пациентов с функциональными нарушениями височно-нижнечелюстного сустава : автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук : спец. 14.00.21 «Стоматология» / Д. В. Кравченко. – М., 2007. – 24 с.
3. Диагностика дисфункций ВНЧС и дисфункций шейной области [Электронный ресурс] / «Валлес М». – Режим доступа : http://www.stomport.ru/articlepro_show_id_132.
4. Распространенность функциональных нарушений височно-нижнечелюстного сустава у детей, подростков и лиц молодого возраста / Р. С. Ибрагимова, А. М. Бокаева, Д. Е. Федоров [и др.] // Вестник КазНМУ. – 2013. – № 1. – С. 116–120.
5. *Баташвили Ш. М.* Клинико-функциональная характеристика и комплексная реабилитация больных с поражением височно-нижнечелюстного сустава при ювенильном идиопатическом артрите : автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук : спец. 14.01.14 «Стоматология» / Ш. М. Баташвили. – М., 2010. – 25 с.
6. *Стоян О. Ю.* Консервативні методи лікування в комплексній терапії дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.22 «Стоматологія» / О. Ю. Стоян. – Полтава, 2000. – 17 с.
7. Стоматологический статус больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата / А. В. Цимбалистов, И. В. Войтяцкая, Т. А. Лопушанская, А. Е. Черваток // Институт стоматологии. – 2005. – № 4. – С. 68–69.

О.Ю. Стоян, І.І. Соколова, О.В. Андрусенко

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ТА ЕТІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ДИСФУНКЦІЇ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА

Узагальнено результати спостережень 298 пацієнтів із м'язово-суглобовою дисфункцією скронево-нижньощелепного суглоба. Виявлена перевага дисфункціональних явищ у 209 (70,1 %)

осіб юнацького і молодого віку, зокрема у молодих жінок від 18 до 35 років (157 осіб), із середнім чи тяжким ступенем дисфункції. Показано, що етіологія м'язово-суглобової дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба охоплює практично всі боки життя людини, коли будь-який несприятливий фактор може стати причиною хвороби. Сукупність етіологічних проблем призводить до «омолодження» м'язово-суглобової дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба.

Ключові слова: скронево-нижньощелепний суглоб, м'язово-суглобова дисфункція, етіологія, розповсюдженість.

E. Yu. Stoyan, I.I. Sokolova, A.V. Andrusenko

EPIDEMIOLOGICAL AND ETIOLOGICAL ASPECTS OF MUSCULO-SKELETAL DYSFUNCTION OF THE TEMPOROMANDIBULAR JOINT

The results of monitoring of 298 patients with musculo-skeletal dysfunction of the temporomandibular joint are summarized. The prevalence of dysfunctional effects of teenagers and young adults 209 people (70,1 %), particularly in young women aged 18 to 35 years (157 people), medium or severe degree of dysfunction are revealed. It is shown, that the etiology of musculo-skeletal dysfunction of the temporomandibular joint covers almost all aspects of human life, when any of the adverse factors can cause disease. The set of etiological problems leads to «rejuvenate» the musculo-skeletal dysfunction of the temporomandibular joint.

Key words: temporomandibular joint, muscle-joint dysfunction, etiology, prevalence.

УДК 614.1:312.6-053.2/6-(477.75)

О.С. Третьякова, И.А. Сухарева, С.А. Василенко

*ГУ «Крымский государственный медицинский университет
имени С.И. Георгиевского», г. Симферополь*

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ АР КРЫМ: РЕАЛИИ СЕГОДНЯШНЕГО ДНЯ

Проанализированы статистические данные первичной заболеваемости детского населения АР Крым в сравнении с общегосударственными показателями за 2007–2011 гг. На фоне неблагоприятной демографической ситуации отмечается рост первичной заболеваемости за счет показателей возрастных групп 7–14 и 15–17 лет, что требует разработки эффективных мероприятий как на региональном, так и на общегосударственном уровне.

Ключевые слова: здравоохранение, статистика, дети, АР Крым.

Как известно, показатели здоровья детей и женщин являются индикатором социально-экономического здоровья общества [1, 2]. В связи с этим сохранение и улучшение здоровья детского населения является стратегической целью политики государства на пути устойчивого развития общества и служит маркером его экономической состоятельности [1–3].

Цель исследования – анализ первичной заболеваемости детского населения АР Крым в динамике (2007–2011) в сравнении с таковой в Украине.

Материал и методы. Данные отчетов МЗ Украины, МЗ АР Крым, материалы ежегодных итоговых коллегий МЗ АР Крым (2007–2011) были обработаны методами вариационной статистики.

Результаты и их обсуждение. При анализе статистических показателей первичной заболеваемости детей 0–17 лет как в Украине, так и в Крыму отмечен ее рост: в Украине – на 8,6 % (в 2007 г. – 1326,3 ‰, в 2011 г. – 1440,1 ‰); в Крыму – на 6,2 % (в 2007 г. – 1207,5 ‰, в 2011 г. – 1282,9 ‰) [1, 4]. В структуре заболеваемости на Украине лидируют болезни органов дыхания, которые составляют 66 % всей патологии, на II ранговом месте находятся болезни кожи и подкожной

клетчатки (5,1 %), на III месте – инфекционные и паразитарные заболевания (4,1 %), на IV – травмы и отравления (3,8 %), на V – болезни органов пищеварения (3,5 %). В структуре заболеваемости в АР Крым первые два места распределились аналогично (болезни органов дыхания и болезни кожи и подкожной клетчатки – 64,0 и 6,8 % соответственно), на III место вышли травмы и отравления (6,3 %), на IV – инфекционные и паразитарные заболевания (5,1 %), за V место конкурируют болезни глаз и придаточного аппарата, а также болезни уха (по 2,9 %).

При анализе первичной заболеваемости детей в возрастной группе 0–6 лет в Украине отмечено ее снижение на 4,7 % (в 2007 г. – 1712,0 ‰, в 2011 г. – 1631,8 ‰). I и II ранговые места устойчиво закрепились за болезнями органов дыхания (71,0 %) и болезнями кожи (4,8 %), на III месте – инфекционные и паразитарные заболевания (4,5 %), на IV – болезни уха и сосцевидного отростка (3,3 %), V ранговое место, в отличие от предыдущих лет, принадлежит болезням глаза и придаточного аппарата (2,7 %). В АР Крым имеются отличия первичной заболеваемости в этой возрастной группе от показателя по Украине. Так, I место также занимают болезни органов дыхания (71,1 %), однако на

© О.С. Третьякова, И.А. Сухарева, С.А. Василенко, 2013

II ранговым месте находятся инфекционные и паразитарные заболевания, составляющие 4,6 %. III место закрепилось за травмами и отравлениями (4,4 %), которые по Украине не входят в пятерку лидирующих заболеваний. Болезни кожи занимают IV ранговое место, их удельный вес в структуре заболеваемости составляет 3,8 %, на V позиции – болезни уха и сосцевидного отростка (3,4 %) [1, 4]. Такая структура заболеваемости в этой возрастной группе в АР Крым диктует необходимость проведения комплекса мероприятий, конечной целью которых является снижение заболеваемости от травм и отравлений, инфекционных заболеваний, которые можно предотвратить.

При анализе заболеваемости детей в возрасте до 1 года в Украине отмечено ее снижение за исследуемый период на 9,8 % (в 2007 г. – 1730,1 ‰, в 2011 г. – 1560,6 ‰). В АР Крым снижение заболеваемости в этой возрастной группе было более значимым и составило 16,0 % (в 2007 г. – 1324,4 ‰, в 2011 г. – 1113,2 ‰). При этом структура заболеваемости отлична от таковой в других возрастных группах. Несмотря на то, что I ранговое место традиционно принадлежит заболеваниям органов дыхания (Украина – 55,1 %, Крым – 53,9 %), на II место как по Украине, так и в Крыму вышли состояния, возникшие в перинатальном периоде (9,7 и 8,2 % соответственно). На III месте по Украине – болезни крови и кроветворных органов (5,1 %), на IV – болезни нервной системы (4,6 %), и только на V место (4,5 %) вышли болезни кожи, в то время как в Крыму на III месте – болезни нервной системы (5,7 %), опережающие болезни кроветворных органов (5,5 %) и заболевания кожи (4,7 %) [1, 4].

Снижение заболеваемости детей этой возрастной группы, вероятно, является результатом реализации национальных программ «Дети Украины», «Планирование семьи», государственной программы «Репродуктивное здоровье нации», внедрения современных перинатальных технологий и других общегосударственных и региональных мероприятий, направленных на укрепление здоровья нации.

В Украине отмечается рост первичной заболеваемости детей и подростков в возрастной группе 7–14 лет: за 5-летний период этот

показатель увеличился на 12,6 % (в 2007 г. – 1198,1 ‰, в 2011 г. – 1348,9 ‰). I ранговое место занимают заболевания органов дыхания, их удельный вес в структуре заболеваемости составляет 64,5 %. Травмам и отравлениям принадлежит II место (5,1 %), они опережают болезни кожи и подкожной клетчатки, которые с 2010 г. переместились на III позицию (4,9 %). На IV месте – инфекционные и паразитарные заболевания (4,0 %), болезни глаза и придаточного аппарата опередили в 2011 г. болезни органов пищеварения и заняли V позицию (3,8 %). Отличие в структуре заболеваемости в этой возрастной группе в АР Крым от показателя по Украине заключается в том, что болезни кожи и подкожной клетчатки занимают II ранговое место (8,5 %), травмы и отравления – III (8,0 %) [1, 4]. Ухудшение здоровья школьников, вероятно, обусловлено влиянием существенной интенсификации учебного процесса, внедрением новых технологий обучения, вызывающих значительные физические и психоэмоциональные перегрузки, наличием вредных привычек, недостаточным пребыванием на свежем воздухе, гиподинамией и др. [3, 5, 6].

Не может не вызывать беспокойство рост первичной заболеваемости у подростков как в Украине (18 %; в 2008 г. – 10 283,9 на 10 тыс. населения, в 2011 г. – 12 189,8 на 10 тыс. населения), так и в Крыму (34,7 %; в 2008 г. – 7890,0 на 10 тыс. населения, в 2011 г. – 10 626,3 на 10 тыс. населения). Ранговые места на Украине распределились следующим образом: на I и II местах – болезни органов дыхания и кожи (55,7 и 6,5 % соответственно), на III – травмы и отравления (5,7 %), с V на IV место переместились болезни мочеполовой системы (4,6 %), на V месте – заболевания органов пищеварения и глаз (по 4,3 %). Проанализировав структуру первичной заболеваемости у подростков в Крыму, мы установили, что первые три места соответствуют таковым по Украине, а вот на IV место вышли инфекционные и паразитарные заболевания, они составляют 5,4 % в структуре заболеваемости, на V месте – болезни мочеполовой системы (5,1 %) [1, 4]. Возможной причиной роста показателей первичной заболеваемости у подростков является

более полный охват этой возрастной группы медицинскими осмотрами врачами-педиатрами, хорошей выявляемостью и достоверным учетом всех случаев заболеваний. Помимо этого, улучшение информированности молодежи по вопросам охраны здоровья, формирование устойчивых стереотипов здорового образа жизни позволит в определенной мере повлиять на уровень заболеваемости детей старшего школьного возраста [3, 5, 6].

Рассматривая заболеваемость детского населения и ее рост за последние пять лет, следует отметить, что эта динамика является отражением глубоких социально-экономических процессов в эпоху глобализации и экономического кризиса, сопровождающихся расстройством общества, ухудшением питания, условий жизни, материальной обеспеченности, здоровья населения, в том числе и детского. Так, в рейтинге состояния здоровья граждан 145 стран мира, составленном информационным агентством Bloomberg в 2012 году и учитывающем продолжительность жизни, детскую заболеваемость, смертность и ее причины [7], Украина занимает 99-е место, в то время как Эстония – 57-е, Латвия – 79-е, Литва – 81-е, Беларусь – 91-е, Россия – 97-е.

Выводы

1. На фоне неблагоприятной демографической ситуации в Украине состояние здоровья детского населения ухудшилось; как в Украине, так и в АР Крым отмечен рост первичной заболеваемости у детей 0–17 лет, прежде всего за счет показателя в возрастной группе 7–14 лет, а также подростков.

Список литературы

1. Характеристика стану здоров'я дитячого населення України / Т. М. Бухановська, Ю. Б. Габорець, Л. В. Андрейчин, І. М. Матвієнко // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2011 рік. – К., 2012. – С. 65–79.
2. Москаленко В. Ф. Воплощение стратегических направлений новой европейской политики «Здоровье–2020» в здравоохранении Украины / В. Ф. Москаленко, Т. С. Грузева, Л. И. Галиенко // Восточноевропейский журнал общественного здоровья. – 2013. – Спецвып. – С. 62–70.
3. Бухановська Т. М. Стан здоров'я сучасних школярів, шляхи його збереження та поліпшення / Т. М. Бухановська, Л. О. Мальцева, Л. В. Андрейчин // Україна. Здоров'я нації. – 2012. – № 1 (21). – С. 44–50.
4. Министерство здравоохранения АР Крым. Материалы ежегодных итоговых коллегий МЗ АР Крым 2007–2011 гг. [Электронный ресурс]. – Название с титул. экрана.

2. Лидирующую позицию в структуре заболеваемости среди всех возрастных групп занимают болезни органов дыхания, основная масса приходится на вирусные инфекции, фарингиты, тонзиллиты, ларингиты и пневмонии.

3. Рост заболеваемости, отмечаемый в возрастных группах 7–14 и 15–17 лет, совпадающий с периодом обучения в школе, требует формирования мотивации к здоровому образу жизни, расширения спектра профилактических мероприятий и совершенствования методов их проведения в сети образовательных учреждений.

4. Снижение заболеваемости в возрастной группе 0–6 лет, в частности у детей первого года жизни, свидетельствует об эффективности мероприятий, направленных на сохранение здоровья подрастающего поколения как на государственном, так и на региональном уровне.

5. Структура заболеваемости детей 0–6 лет, прежде всего выход на III место в АР Крым травм и отравлений, требует проведения предметного анализа и разработки мероприятий, направленных на снижение риска развития этих состояний.

6. Выход инфекционных и паразитарных заболеваний по Крыму на II место в структуре заболеваемости в возрастной группе 0–6 лет и на IV место у подростков диктует необходимость принятия профилактических мер по ее снижению. Возможной причиной роста инфекционной патологии является снижение уровня «привитости» детского населения, недостаточной эффективности работы по санитарно-гигиеническому воспитанию населения.

5. Захарченко М. П. Проблемы коррекции состояния здоровья при формировании здорового образа жизни в современных условиях / М. П. Захарченко // Восточноевропейский журнал общественного здоровья. – 2013. – Спецвып. – С. 86–90.

6. Рингач Н. О. Здоров'я учнівської молоді: соціологічний аспект / Н. О. Рингач // Здоров'я нації. – 2011. – № 3 (19). – С. 18–24.

7. Агентство Bloomberg представило рейтинг стран мира по состоянию здоровья их жителей [Электронный ресурс] // Центр гуманитарных технологий. – Режим доступа :

URL: <http://gtmarket.ru/news/2012/08/17/4899>.

O.S. Tretiakova, I.A. Sukhareva, S.A. Vasilenko

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ ДІТЕЙ АР КРИМ: РЕАЛІЇ СЬОГОДЕННЯ

Проаналізовано статистичні дані первинної захворюваності дитячого населення АР Крим у порівнянні з загальнодержавними показниками за 2007–2011 рр. На тлі несприятливої демографічної ситуації відмічається зростання первинної захворюваності за рахунок показників вікових груп 7–14 та 15–17 років, що потребує розробки ефективних заходів як на регіональному, так і на загальнодержавному рівні.

Ключові слова: охорона здоров'я, статистика, діти, АР Крим.

O.S. Tretiakova, I.A. Sukhareva, S.A. Vasilenko

CHILD MORBIDITY IN THE AR CRIMEA: THE TODAY REALITIES

The primary morbidity data of the child population in the Crimea are analysed in comparison with national data for the period from 2007 till 2011. The primary morbidity growth is marked by the age groups from 7 till 14 and from 15 till 17 years, according to the unfavorable demographic situation. It is required the working of effective actions both the regional and the national levels.

Key words: public health, statistics, children, AR Crimea.

ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ

УДК 616.37-006-06-089.168.1-036

В.В. Бобро

Харківський національний медичний університет

МЕТОД ПРОГНОЗУВАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ З ПСЕВДОКІСТАМИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

У 55 хворих з псевдокістами підшлункової залози проведено ретроспективний аналіз, виявлено чинники ризику післяопераційних ускладнень. Установлено, що статистично значущими предикторами ризику післяопераційних ускладнень є вік, жіноча стать, наявність доопераційних ускладнень, індекс коморбідності Чарльсона та екстремний характер операції. Запропоновано формулу для розрахунку індексу стратифікації ризику післяопераційних ускладнень.

Ключові слова: псевдокісти підшлункової залози, післяопераційні ускладнення.

Для визначення хірургічної тактики і методу лікування псевдокіст підшлункової залози (ПКПЗ) потрібне найбільш точне прогнозування післяопераційних ускладнень. Але наразі критеріїв такого прогнозування недостатньо [1, 2]. Виявлення ранніх предикторів ускладнень у післяопераційному періоді є актуальним завданням, вирішення якого дозволить підвищити ефективність оперативного лікування хворих з ПКПЗ при використанні будь-якого із методів оперативного втручання [1–3].

Мета роботи – підвищення ефективності оперативного лікування псевдокіст підшлункової залози шляхом прогнозування ускладнень у ранньому післяопераційному періоді.

Матеріал і методи. Проведено ретроспективний аналіз результатів лікування 55 хворих, які перенесли оперативне втручання з приводу ПКПЗ за період з 2008 по 2012 р. Робота виконана на базі ДУ «ІЗНХ АМН України».

Для визначення найбільш вагомих чинників, які зумовили тяжкість перебігу післяопераційного періоду, досліджували особливості доопераційного та післяопераційно-

го періоду у взаємозв'язку з віком, статтю, морфологічними особливостями ПКПЗ та методами лікування.

Були виокремлені дві групи порівняння: I – 29 пацієнтів, у яких доопераційний перебіг ПКПЗ мав ускладнений характер і II – 26 пацієнтів з неускладненим перебігом. Середній вік пацієнтів – (46,2±9,6) року, чоловіків – (44,05±8,90) року, жінок – (53,2±8,6) року ($p>0,1$).

Усім пацієнтам розраховували індекс коморбідності (Charlson Comorbidity Index – CCI) згідно з Charlson Comorbidity Index Score Calculator [4]. Ступінь зрілості кіст оцінювали відповідно до класифікації Т.І. Тамм [5, 6]. Перевагою використаної класифікації є можливість визначення ступеня зрілості кіст до оперативного втручання без урахування тривалості їх існування, що є важливим для планування подальшої тактики ведення пацієнта. При оцінці післяопераційних ускладнень користувалися класифікацією D. Dindo et al. [7].

Статистичну обробку результатів методом прямих і непрямих різниць здійснювали за допомогою комп'ютерної програми SPSS Sta-

© В.В. Бобро, 2013

tistics 17,0, визначали середнє арифметичне значення (M), середньоквадратичне відхилення ($\pm\sigma$) і стандартну похибку ($\pm m$) показників, що вивчаються, а також показник достовірності відмінностей (p). Застосовували аналіз таблиць зв'язаності. Різницю вважали достовірною, якщо досягнутий рівень значущості (p) був нижчим за 0,05. Кореляційний аналіз виконували за Пірсоном та Спірменом. Обчислювали відношення шансів Odds Ratio (OR), критичне значення двостороннього рівня значущості приймали як $p < 0,05$ (довірчий інтервал CI – 95 %). Для зменшення обсягу інформації про досліджуваний медичний об'єкт і розробки математичної моделі застосовували методи логістичної регресії. Прогностичну ефективність моделі оцінювали шляхом дискримінації за індексом AUC за допомогою робочих характерологічних кривих (ROC-аналіз, ROC – receiver operator curves). Ефективність моделі визнавали обмеженою при $AUC \geq 0,70$; доброю при $AUC \geq 0,80$; гарною при $AUC \geq 0,90$.

Результати та їх обговорення. Післяопераційні ускладнення різного ступеня тяжкості мали місце у 41 (74,5 %) пацієнта. Найбільшу кількість становили пацієнти з ускладненнями II ступеня тяжкості – 19 (34,5 %). Ускладнень не встановлено у 14 (25,5 %), причому кількість таких пацієнтів у II групі порівняння була майже вдвічі більше, ніж у I групі. Більшість осіб, у яких післяопераційні ускладнення відсутні (12–85,7 %), становили пацієнти чоловічої статі.

Майже всі пацієнти без ускладнень були молодого та середнього віку – 13 (92,8 %). Натомість, найбільша кількість післяопераційних ускладнень зафіксована у пацієнтів зрілого віку (41,8 %), причому 23,6 % з них мали ускладнення II ступеня. Виявлено прямі кореляції між віком та наявністю післяопераційних ускладнень (r Пірсона – 0,750; $p=0,04$; r Спірмена – 0,774; $p=0,05$) на рівні статистичної достовірності.

Ризик виникнення післяопераційних ускладнень у пацієнтів I групи вчетверо більший, ніж у хворих II групи (OR=4,2; CI=95 %); ризик виникнення післяопераційних ускладнень у молодому та середньому віці втричі менший, ніж у зрілому та похилому (OR=3,5 при CI=95 %).

Оскільки кореляція між об'ємом кісти та її розмірами є очевидною, було досліджено частоту виникнення післяопераційних ускладнень та їхню тяжкість залежно від зазначених показників.

Найбільша кількість ускладнень I (27,3 %) та II ступеня (29,1 %) спостерігалась у пацієнтів із середнім діаметром ПКПЗ вмістом до 200 мл. Якщо діаметр ПКПЗ перевищував 10 см та її вміст був більше за 200 мл, у пацієнтів найчастіше виникали ускладнення II (3,6 %) та III ступеня тяжкості (5,4 %). У перерахунку до всієї групи пацієнтів з великими розмірами ПКПЗ післяопераційні ускладнення III ступеня тяжкості становили майже 60 %. Ризик виникнення післяопераційних ускладнень у пацієнтів з великими ПКПЗ втричі вищий за такий у пацієнтів з малими і середніми ПКПЗ (OR=3,6; CI=95 %).

Було виконано також аналіз зв'язку індексу Чарльсона з наявністю післяопераційних ускладнень. За даними аналізу, з 14 пацієнтів з ССІ 1–2 бали у 9 (67,3 %) післяопераційні ускладнення були відсутні. Ризик виникнення післяопераційних ускладнень у пацієнтів з індексом ССІ ≥ 3 бали більший за такий у хворих з ССІ ≤ 2 бали (OR₂=3,51; CI=95 %).

Частотний аналіз зв'язку ступеня зрілості ПК з наявністю післяопераційних ускладнень показав, що з 26 пацієнтів з I ступенем зрілості ПКПЗ у 84,6 % виникли післяопераційні ускладнення, що становило 40 % від усіх пацієнтів I групи. Післяопераційних ускладнень не було у 74,1 % пацієнтів з II ступенем зрілості ПКПЗ (36,4 % від усіх пацієнтів I групи) та у 100 % пацієнтів з III ступенем зрілості ПКПЗ (3,6 % від усіх пацієнтів I групи). Аналіз відношення шансів виникнення післяопераційних ускладнень показав, що у пацієнтів з I ступенем зрілості ПКПЗ ризик виникнення післяопераційних ускладнень при 95 % довірчому інтервалі для когорти «наявність післяопераційних ускладнень» OR₁=3,51.

Усі досліджувані пацієнти зазнали різноманітних оперативних втручань. Лапаротомічні оперативні втручання були виконані у 23 пацієнтів (41,8 %), у 16 (29,1 %) пацієнтів I групи і у 7 (12,7 %) пацієнтів II групи. Мініінвазивні лапароскопічні втручання ви-

конані у 13 (23,6 %) пацієнтів I групи і у 19 (34,5 %) пацієнтів II групи.

Аналіз результатів хірургічного лікування показав, що серед післяопераційних ускладнень у пацієнтів, які зазнали втручання мініінвазивними методами, переважали ускладнення I ступеня (40,6 %) або були відсутні (34,4 %). У пацієнтів, які були прооперовані лапаротомним способом, переважали ускладнення II (47,8 %) або III (26,1 %) ступеня.

При цьому, незважаючи на спосіб оперативного втручання (лапароскопічне або лапаротомне), у II групі порівняння пацієнтів без ускладнень було у 2 рази більше, ніж у I групі.

Ризик післяопераційних ускладнень у пацієнтів, що піддавалися лапаротомним втручанням, у нашому дослідженні достовірно ($p=0,023$) перевищував аналогічний показник у пацієнтів, до яких було застосовано лапароскопічні методи ($OR=3,01$; $CI=95\%$).

Нами встановлено взаємозв'язок частоти виникнення післяопераційних ускладнень з характером оперативного втручання (екстремним або плановим). Так, при екстремному втручанні ризик виникнення ускладнень у 7,12 рази більше, ніж при плановому, при 95 % довірчому інтервалі.

В I групі порівняння (у пацієнтів з наявністю доопераційних ускладнень) ризик виникнення післяопераційних ускладнень майже вдвічі більший при екстремному характері оперативного втручання (відношення шансів для екстремного втручання/планового втручання в I групі $OR=7,2$, у II групі $OR=3,7$ при 95 % довірчому інтервалі).

Уніваріантний аналіз показав, що статистично значущими позитивними предикторами ризику виникнення післяопераційних ускладнень стали 8 факторів. Значення відношення шансів для цих факторів, отримані при аналізі таблиць зв'язаності, стали підґрунтям для розрахунку бального стратифікаційного індексу післяопераційних ускладнень (СПУ), який розраховували за формулою $СПУ=ХО+МЛ+С+В+ДУ+ОПК+ССІ+СЗПК$, де ХО – характер оперативного втручання; МЛ – метод лікування; С – стать; В – вік; ДУ – доопераційні ускладнення; ОПК – об'єм ПК; ССІ – індекс Чарльсона; СЗПК – ступінь зрілості ПК. «Вага» кожного фактора при його наявності складає приведені до цілого зна-

чення відношення шансів (OR), при відсутності прояву фактора його показник дорівнює 0.

На підставі аналізу частоти виникнення післяопераційних ускладнень при різних показниках суми балів було розроблено шкалу оцінки ризику післяопераційних ускладнень відповідно до обчисленого СПУ. Оцінка ризику післяопераційних ускладнень за допомогою СПУ така: низький – 0–10 балів, середній – до 20 балів, високий – більше 20 балів.

Для уточнення розробленої формули застосували також метод логістичної регресії: вивчили залежність дихотомічної змінної (наявність/відсутність післяопераційних ускладнень) від незалежних змінних, як такі розглядалися зазначені чинники.

Рівняння регресії для прогнозування післяопераційних ускладнень виглядає таким чином: $СПУ=0,312 \cdot ХО - 0,347 \cdot МЛ - 0,906 \cdot С + 2,29 \cdot В - 0,011 \cdot ДУ - 125 \cdot ОПК + 0,440 \cdot ССІ + 0,443 \cdot СЗПК$.

Була проведена оцінка чутливості та специфічності отриманого індексу за допомогою робочої характерологічної кривої (ROC-аналіз). Ця модель вірно визначала тяжкість перебігу післяопераційного періоду у 87,2 % випадків, чутливість для цієї моделі становила 0,85; специфічність – 0,89. Площа під ROC-кривою для цієї моделі (AUROC) дорівнювала 0,912. Такі характеристики кривої вказують на хороший рівень моделі, який дозволяє проводити стратифікацію пацієнтів за ступенем ризику післяопераційних ускладнень у першу добу перебування у стаціонарі за даними рутинних методів дослідження.

Для підвищення точності передопераційної стратифікації ризику розвитку післяопераційних ускладнень у пацієнтів з ПКПЗ треба обов'язково враховувати наявність зазначених чинників та їхнє поєднання у кожного пацієнта.

Висновки

1. Наявність доопераційних ускладнень є самостійним важливим предиктором післяопераційних ускладнень: ризик виникнення післяопераційних ускладнень у пацієнтів з ускладненим перебігом псевдокіст підшлункової залози в доопераційному періоді вчетверо більший ($OR=4,2$ при $CI=95\%$).

2. Найбільш вагомими предикторами ризику виникнення післяопераційних ускладнень є жіноча стать (OR=1,7; CI=95 %), вік (OR=3,5; CI=95 %), позитивний ретенційний потенціал кісти (OR=3,6; CI=95 %), наявність коморбідної патології (при CCI \geq 3 бали OR=

3,51; CI=95 %), I ступінь зрілості ПКПЗ (OR=3,9; CI=95 %).

3. Математична модель, розроблена на підставі виокремлених предикторів, дозволяє прогнозувати ризик виникнення післяопераційних ускладнень у 87,2 % випадків.

Список літератури

1. Ярешко В. Г. Диагностика и лечение осложненных псевдокист поджелудочной железы / В. Г. Ярешко, Ю. А. Михеев, И. В. Криворучко // Украинский журнал хирургии. – 2011. – № 3. – С. 109–112.
2. Губергриц Н. Б. Воспалительные кистозные образования поджелудочной железы / Н. Б. Губергриц // Здоров'я України. – 2008. – № 19/1. – С. 21–23.
3. Ковальчук Л. Я. Хірургічні методи лікування постнекротичних кіст підшлункової залози / Л. Я. Ковальчук, Б. Т. Степан // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. – 2010. – Т. 9, № 2. – С. 99–101.
4. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation / M. E. Charlson, P. Pompei, K. L. Ales, C. R. McKenzie // J. Chron. Dis. – 1987. – V. 40 (5). – P. 373–383.
5. Критерии диагностики ложных кист поджелудочной железы / Т. И. Тамм, С. Г. Белов, В. В. Непомнящий, И. Н. Мамонтов // Клінічна хірургія. – 2009. – № 7–8. – С. 119–121.
6. Андреева И. В. Роль ультразвукового исследования в оценке степени зрелости псевдокист поджелудочной железы / И. В. Андреева, М. С. Ефимов // Український медичний альманах. – 2010. – Т. 13, № 5. – С. 14–17.
7. Obesity in general elective surgery / D. Dindo, M. K. Muller, M. Weber, P. A. Clavien // Lancet. – 2005. – V. 361. – P. 2032–2035.

В.В. Бобро

МЕТОД ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПАНКРЕАТИЧЕСКИМИ ПСЕВДОКИСТАМИ

У 55 больных с псевдокистами поджелудочной железы проведен ретроспективный анализ, выявлены факторы риска послеоперационных осложнений. Установлено, что статистически значимыми предикторами риска послеоперационных осложнений являются возраст, женский пол, наличие дооперационных осложнений, индекс коморбидности Чарльсона и экстренный характер операции. Предложена формула для расчета стратификационного риска послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: псевдокисты поджелудочной железы, послеоперационные осложнения.

V.V. Bobro

METHOD OF FORECASTING OF POSTOPERATIVE COMPLICATIONS AT PATIENTS WITH PANCREATIC PSEUDOCYSTS

A retrospective analysis is carried out at 55 patients with pancreatic pseudocysts, risk factors of postoperative complications are revealed. It is established, that statistically meaningful predictors of risk of postoperative complications are age, female sex, presence of the preoperated complications, index of Charlson comorbidity and urgent character of operation. A formula for the calculation of stratification risk of postoperative complications is offered.

Key words: pseudocysts of pancreas, postoperative complications.

УДК 314.18:911.3(477.85),2001/2012”

М.З. Вацик, В.Е. Кардаш

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

ДЕМОГРАФІЧНА СИТУАЦІЯ В ЧЕРНІВЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ ЗА 2001–2012 РОКИ

Висвітлено демографічну характеристику населення Чернівецької області за період 2001–2012 років. Порівняно отримані дані з відповідними показниками України.

Ключові слова: демографія, структура населення, прийдешня тривалість життя новонароджених.

Сьогодні населення України потерпає від поєднаної дії економічної, екологічної та демографічної криз, які підсилюють одна одну і не дають країні вийти на шлях підвищення якості життя і сталого соціально-економічного розвитку. Деградація навколишнього природного середовища – матеріальна основа негативних змін у демографічних процесах і насамперед у формуванні його здоров'я. Деформоване соціальне середовище також спричиняє негативний вплив на людину, руйнуючи її фізичне й психічне здоров'я, що впливає на дух людини: людина з хворим тілом і психікою не може мати здоровий дух, оскільки є суб'єктом життєдіяльності. Отже, не маючи доброго фізичного, психічного і духовного здоров'я, вона не може бути повноцінним суб'єктом оздоровлення природного і соціального середовища. Коло замикається у вигляді зростання смертності, зниження народжуваності, зменшення демографічного і трудового потенціалів населення, інших проявів демографічної кризи. Зниження рівнів загальної і малякової смертності та певне збільшення середньої очікуваної тривалості життя територіально в Україні різноманітні [1].

Саме з цією метою проаналізована демографічна ситуація в Чернівецькій області за 2001 по 2012 роки, тобто за останні 12 років, та зміни в ній.

Матеріал і методи. У роботі використані статистичні дані за 2001–2012 роки про стан

демографічної ситуації в Чернівецькій області, проведено їх порівняння із відповідними показниками в Україні. У роботі використані такі методи: історичний, бібліографічний, порівняльного аналізу та узагальнення.

Результати та їх обговорення. Територія Чернівецької області становить 8,1 тис. км². Відстань від Чернівців до Києва залізницею – 594 км, шосейними шляхами – 608 км. Незважаючи на те, що Чернівецька область є найменшою в Україні, за щільністю населення вона є найвищою: 114 осіб на 1 км² (по Україні – 80 осіб). Найгустіше заселені Кіцманський та Новоселицький райони (рівнинний статус) – відповідно 120 і 118 осіб на 1 км². Найменша щільність населення – в гірській місцевості: у Путильському районі – 29 осіб на 1 км² [2, 3].

Чисельність населення області на 01.01.13 – 902 119 осіб. За останні дванадцять років населення області скоротилося на 20,6 тис. осіб. Якщо сільське населення в області зменшилося на 25,9 тис. осіб, то міське населення збільшилося лише на 7,2 тис. осіб за цей час.

Тільки на трьох із дванадцяти сільських адміністративних територіях збільшилась чисельність сільського населення: в Сторожинецькому районі (рівнинний статус) – на 2766 осіб (на 2,8 %), у Путильському (гірський статус) – на 460 осіб (на 1,8 %) та у Герцаївському (рівнинний статус) – на 293 особи

© М.З. Вацик, В.Е. Кардаш, 2013

(на 0,9 %). Приріст міських жителів відбувся головним чином за рахунок збільшення населення обласного центру на 11,5 тис. осіб, або +4,6 %, та м. Новодністровська на 424 особи, або +3,9 %. На інших адміністративних територіях зафіксовано зменшення населення. Сформована тенденція до зменшення сільського населення і меншими темпами – до збільшення міського населення.

Розподіл населення за місцем проживання залишався за цей період майже без змін. Частка міського населення на 01.01.13 становила 41,9 % (у 2001 р. – 40,1 %), сільського – 58,1 % (у 2001 р. – 59,9 %) при середньоукраїнському – відповідно 68,6 та 31,5 %. За останні дванадцять років зазначена ситуація майже не змінилася: спостерігався переїзд сільських мешканців у міста (зазначимо, що в Чернівецькій області більшість населення – майже 60 % – проживала в сільській місцевості, і це є характерним для західних районів держави).

Однією з найважливіших кількісних та якісних характеристик населення є його статеві-вікова структура. Протягом багатьох років вона характеризувалася стабільним переважанням жінок у загальній чисельності населення. Станом на 2012 рік чисельність жінок становила 479,3 тис. осіб, або 53,1 %, чоловіків – 422,9 тис. осіб, або 46,9 % (у 2001 р. – відповідно 53,4 та 46,6 %). На кожну тисячу жінок припадало у середньому 882 чоловіки. Це співвідношення змінюється залежно від віку населення. Якщо у новонароджених переважає частка осіб чоловічої статі (51,2 % хлопчиків та 48,8 % дівчинок), то у більш зрілому віці ця пропорція поступово змінюється у бік збільшення чисельності жінок і починаючи з вікової групи 35–39 років у віковій піраміді стабільно переважають жінки. Особливо помітним переважання жінок стає у старших вікових категоріях, що пов'язано з більшими втратами чоловічого населення внаслідок історичних факторів та динамікою смертності населення.

В міських поселеннях відсоток чоловіків менший, ніж у сільській місцевості (46,3 % проти 47,3 %). У міських поселеннях області на 1000 жінок припадає 861 чоловік, у селах – 898. Переважання жінок по відношенню

до чоловіків притаманне майже всім країнам світу.

Демографічне навантаження на осіб віком 15–64 роки становить 435 осіб (у міських поселеннях – 354, в сільській місцевості – 500). По Україні в цілому відповідні показники у 2012 р. становлять 421; 381 та 514 осіб. У порівнянні із даними 2001 р. у статеві-віковій структурі поступово зменшується диспропорція між жінками та чоловіками [4, 5].

Демографічне навантаження в Чернівецькій області у 2012 р. становило 238 дітей віком 0–14 років та 197 осіб віком 65 років і старших на 1000 осіб працездатного віку (по Україні – відповідно 204 та 217 осіб), тобто порівняно із 2001 р. дещо виросло. Найбільше демографічне навантаження зафіксовано у Путильському районі (гірський статус) – 536 осіб: 351 дитина та 185 осіб у віці 65 років і старших.

За останні дванадцять років у Чернівецькій області традиційно найстаріше населення мешкало в Кельменецькому районі (рівнинний статус) – його середній вік – 42,6 року; наймолодше населення – у Путильському районі (гірський статус) – 35,1 року. В цілому по області середній вік населення у 2012 р. становив 38,4 року, що нижче, ніж по Україні, – 40,4 року. Середній вік жіночого населення області становив 40,5 року, чоловічого – 36,1 року (по Україні – відповідно 42,8 та 37,6 року). Підтверджена думка, що Чернівецька область належить до відносно «молодих» областей України.

За зазначений період у Чернівецькій області спостерігалось подальше старіння населення, внаслідок чого суттєво коливалися показники його відтворення. Народжуваність у Чернівецькій області із 10,0 на 1000 населення у 2001 р. виросла до 12,8 на 1000 населення у 2012 р.

Традиційно високий рівень народжуваності у м. Чернівцях, м. Новодністровську, Вижицькому районі (гірський статус) – 16,9 на 1000 населення, Глибоцькому (рівнинний статус) – 15,7 на 1000 населення та Путильському районі (гірський статус) – 19,7 на 1000 населення. Найнижчий рівень народжуваності – у Кельменецькому районі – 9,7 на 1000 населення. Традиційно народжуваність у сільській місцевості залишається вище, ніж у міській.

За дванадцять років народжуваність в області зросла на 77 %, у тому числі у Вишницькому районі – на 40 %, у Глибоцькому – на 19 % та у Путильському – на 34,9 %.

У Чернівецькій області смертність населення у 2012 р. зменшилася до 12,5 %, тобто досягла рівня 2001 р. – 12,5 %. Традиційно високою залишається смертність у Кельменецькому районі (рівнинний статус): у 2001 р. – 18,8 %, у 2012 р. – 19,7 %, де переважають старші вікові групи населення. За останні роки до цього району долучились Хотинський (у 2001 р. – 17,0 %, у 2012 р. – 16,7 %) та Сокирянський (у 2001 р. – 17,0 %, у 2012 р. – 15,4 %) райони (обидва мають рівнинний статус) [6, 7].

У 2012 р. у структурі загальної смертності населення Чернівецької області традиційно значущими залишаються: хвороби системи кровообігу – 64,2 % до всіх причин, новоутворення – 17,29 %, травми – 6,1 %; аналогічна послідовність існувала у 2001 р.

Динаміка смертності дітей у віці до одного року надзвичайно чутливо залежить від зрушень у соціально-економічному і санітарному стані країни, медичному обслуговуванні, екологічних умовах, способі життя різних верств населення. В Чернівецькій області за останні дванадцять років малюкова смертність дещо знизилася з 10,73 % у 2001 р. до 8,0 % у 2012 р. (по Україні у 2001 р. – 11,3 %, у 2011 р. – 9,0 %). На сільських адміністративних територіях однозначної стабільності за зазначений період не виявлено. Найвищі показники малюкової смертності зафіксовані у Кельменецькому районі (рівнинний статус) – 13,4 %, у Новоселицькому (рівнинний статус) – 11,53 % та у Путильському (гірський статус) – 12,1 %. Найнижча малюкова смертність – у Кіцманському районі (рівнинний статус) – 3,6 % і у Сторожинецькому (рів-

нинний статус) – 4,88 %. У структурі смертності дітей першого року за цей період стабільно переважають перинатальні причини, вроджені вади та нещасні випадки як у цілому по області, так і в ряді окремих районів.

Позитивна динаміка підвищення народжуваності та зниження смертності в Чернівецькій області з 2011 року привели до природного приросту населення, який став позитивним – 0,1 на 1000 осіб, у 2012 р. – 0,3 на 1000 осіб (по Україні у 2011 р. був –4,5 на 1000 осіб).

Найбільш вагомим критерієм демографічної ситуації є той факт, що середня очікувана тривалість життя покоління, яке народилося, залежить від рівня смертності дітей, молоді та осіб працездатного віку. В Україні середня очікувана тривалість життя становить 70,3 року і відстає від середньоєвропейського показника на 6 років, від показника країн ЄС – на 10 років [8, 9]. У Чернівецькій області середня очікувана тривалість життя новонароджених у 2001–2002 роках становить 70,9 року, в тому числі у чоловіків – 66,3 року, у жінок – 75,3 року. За останніх десять років даний показник дещо збільшився до 72,97 року, в тому числі у чоловіків – 68,3 року, у жінок – 77,34 року (по Україні – у всього населення – 71,02 року, у чоловіків – 65,48 року, у жінок – 75,88 року).

Висновки

У Чернівецькій області зменшилась природна чисельність населення при деякому зростанні народжуваності та падінні загальної смертності, що привело до позитивного природного приросту населення, зростання частки постарілого населення.

Перспективність досліджень. Наведені матеріали будуть використані при прогнозуванні здоров'я населення України.

Список літератури

1. Демографічна криза в Україні. Проблеми дослідження, вимоги, складові, напрями протидії / НАН України. Інститут економіки ; за ред. В. Стешенко. – К., 2001. – 560 с.
2. Статистичний щорічник Чернівецької області за 2000 рік / Державний комітет статистики України. Чернівецьке обласне управління статистики ; за ред. В. М. Камінської. – Чернівці, 2001. – 381 с.
3. Чисельність та територіальне розміщення населення Чернівецької області (за даними Всеукраїнського перепису населення 2001 року) / Державний комітет статистики України. Чернівецьке обласне управління статистики ; за ред. В. М. Камінської. – Чернівці, 2003. – 57 с.

4. Розподіл постійного населення Чернівецької області за статтю та віком станом на 1 січня 2012 року / Державна служба статистики України. Головне управління статистики у Чернівецькій області ; за ред. А. В. Ротаря. – Чернівці, 2012. – 106 с.

5. Статеві-віковий склад та шлюбний стан населення Чернівецької області (за даними Всеукраїнського перепису населення 2001 року) / Державний комітет статистики України. Чернівецьке обласне управління статистики ; за ред. В. М. Камінської. – Чернівці, 2003. – 91 с.

6. IV з'їзд спеціалістів з соціальної медицини та організаторів охорони здоров'я, 23–25 жовтня 2008 р., м. Житомир : програмні доповіді. – Житомир, 2008. – 71 с.

7. Показники діяльності медичних закладів Чернівецької області за 2001 рік / Управління охорони здоров'я Чернівецької облдержадміністрації. Організаційно-методичний відділ обласної клінічної лікарні ; за ред. М. З. Вацик. – Чернівці, 2002. – 361 с.

8. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я Чернівецької області за 2012 рік / Департамент охорони здоров'я та цивільного захисту населення Чернівецької обласної державної адміністрації ; за ред. С. І. Леонєць. – Чернівці, 2013. – 310 с.

9. *Галієнко Л. І.* Медико-демографічні перспективи для України в контексті нової європейської політики здоров'я – 2020 / Л. І. Галієнко // Східноєвропейський журнал. – 2013. – № 1 (21). – С. 291.

М.З. Вацук, В.Е. Кардаш

ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В ЧЕРНОВИЦКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2001–2012 ГОДЫ

Проанализирована динамика демографических показателей в Черновицкой области за период 2001–2012 гг. Проведено сравнение с соответствующими показателями Украины.

Ключевые слова: структура населения, демография, предстоящая продолжительность жизни новорожденных.

M.S. Vatsyk, V.E. Kardash

DEMOGRAPHIC STATUS IN CHERNOVTSY REGION FOR 2001–2012 YEARS

The changes in demographic indicators in Chernovtsy region for 2001–2012 years are analysed, and their comparison with corresponding parameters of Ukraine is carried out.

Key words: population, mortality, birth rate, population aging.

УДК 614.2.007(477)

*Н.О. Венгрин, О.П. Максименко**

Дубенський медичний коледж

**ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»*

ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я МОЛОДШИМИ МЕДИЧНИМИ СПЕЦІАЛІСТАМИ З ВИЩОЮ МЕДИЧНОЮ ОСВІТОЮ

Проаналізовано забезпеченість системи охорони здоров'я України молодшими медичними спеціалістами з вищою медичною освітою, співвідношення чисельності середнього медичного персоналу та лікарів, чисельність випускників – медсестер та акушерок у динаміці та в порівнянні з Європейським регіоном.

Ключові слова: *система охорони здоров'я, кадрове забезпечення, молодші медичні спеціалісти з вищою медичною освітою, Україна, Європейський регіон.*

Перед системами охорони здоров'я сьогодні стоять нові складні проблеми, зумовлені зміною демографічних характеристик, зростанням хронічних хвороб і станів, пов'язаних зі старінням, недостатнім рівнем фінансування [1, 2]. Накопичений в Європейському регіоні досвід свідчить про те, що для вирішення цих проблем та ефективного функціонування систем охорони здоров'я необхідна достатня кількість професійно підготовлених і досвідчених кадрових ресурсів, правильно розподілених у системах охорони здоров'я [3].

Медичні кадри розглядаються як стратегічний капітал, як одна з найбільш вагомих складових ресурсного забезпечення системи охорони здоров'я та провідний актив, необхідний для надання медичної допомоги населенню країни. Наявність кадрів та їхня фаховість, матеріально-технічне і технологічне забезпечення трудового процесу, оплата праці та соціальний добробут зумовлюють належний рівень якості та своєчасності медичної допомоги населенню [4].

Водночас у багатьох країнах виявляється кризовий стан кадрів охорони здоров'я, особливо в сільських районах. За матеріалами ВООЗ, до найбільш поширених кадрових

проблем в охороні здоров'я належать: невідповідність між цілями стратегій підготовки кадрів і цілями політики охорони здоров'я, дефіцит, дисбаланс та неоптимальне поєднання професійних навичок; неадекватний розподіл кадрів, підвищена мобільність і міграція працівників охорони здоров'я, незадовільне робоче середовище [3–5].

Медсестри й акушерки складають найбільшу частку працівників охорони здоров'я і є важливою частиною охорони здоров'я, особливо його первинної ланки, відновного лікування, реабілітації та інтегрованого медичного догляду, тобто тих служб, з яких починається і закінчується надання всього циклу медичної допомоги [6]. Слід зазначити, що в більшості країн світу сьогодні відчувається брак медичних сестер, причини цього явища різні і залежать значною мірою від рівня соціально-економічного розвитку цих країн [7, 8].

Метою роботи є характеристика забезпечення системи охорони здоров'я молодшими медичними спеціалістами з вищою медичною освітою.

Матеріал і методи. Методами системного підходу, аналітичним та статистичним оброблено дані Держкомстату України за 1991–2011 рр., дані Європейської бази «Здоров'я

© Н.О. Венгрин, О.П. Максименко, 2013

для всіх» за період 2000–2010 рр. щодо забезпечення системи охорони здоров'я молодшими спеціалістами з вищою медичною освітою, медичними сестрами і акушерками, співвідношення лікарів і молодших медичних спеціалістів з вищою медичною освітою, кількості вищих медичних навчальних закладів I–II рівнів акредитації та кількості студентів.

Результати дослідження. В Україні у 2011 р. чисельність працівників з медичною освітою становила 683 тис. осіб; із них лікарів – 224 тис. осіб (32,8 %), молодших спеціалістів з вищою медичною освітою – 459 тис. осіб (67,2 %) [9]. За роки незалежності спостерігається виражена тенденція до скорочення чисельності медичного персоналу: за період 1991–2011 рр. – на 165 тис. осіб, у тому числі лікарів – на 2,6 % (з 230 тис. до 224 тис.), середнього медичного персоналу – в 1,4 разу (з 618 тис. осіб до 459 тис.) [9]. Частково це пов'язано зі скороченням чисельності населення в Україні (за роки неза-

лежності на 11,9 % з 51,9 млн. осіб у 1991 р. до 45,8 млн. у 2011 р.). В результаті зменшення забезпеченості лікарями на 10 000 населення не відбулося, водночас забезпеченість середнім медичним персоналом населення зменшилася на 15,4 % (зі 119,4 до 101,0 на 10 000 населення), табл. 1. Щорічне зменшення чисельності молодших медичних спеціалістів становило в середньому 7950 осіб. Зниження забезпеченості середнім медичним персоналом зумовлено падінням престижності спеціальності середнього медичного працівника. Ці фахівці йдуть з охорони здоров'я в інші сектори економіки, насамперед через низьку оплату праці та відсутність можливостей для службового росту.

Забезпеченість лікарями в Україні майже не відрізняється від такої у країнах Європейського регіону та ЄС, при цьому забезпеченість медичними сестрами та акушерками істотно (на 17÷26 % у різні роки за 10-річний період з 2000 до 2010 р.) нижча, ніж у регіоні

Таблиця 1. Динаміка забезпеченості медичним персоналом в Україні за період 1991–2011 рр. (абсолютна чисельність та на 10 000 населення)

Рік	Кількість лікарів усіх спеціальностей		Кількість середнього медичного персоналу	
	всього, тис.	на 10 000 населення	всього, тис.	на 10 000 населення
1991	230	44,4	618	119,4
1992	228	43,8	602	115,8
1993	230	44,4	600	115,7
1994	227	44,1	588	114,2
1995	230	45,1	595	116,5
1996	229	45,2	583	115,0
1997	227	45,1	566	112,7
1998	227	45,5	557	111,7
1999	228	46,0	553	111,9
2000	226	46,2	541	110,3
2001	226	46,8	530	110,1
2002	224	46,9	526	110,0
2003	223	47,1	523	110,3
2004	223	47,4	522	110,9
2005	224	47,9	496	106,2
2006	225	48,4	493	106,1
2007	223	48,3	488	105,5
2008	222	48,3	465	101,1
2009	225	49,1	467	102,0
2010	225	49,3	467	102,4
2011	224	49,3	459	101,0

в цілому та країнах Європейського Союзу (табл. 2). чисельності медичних сестер і акушерок було в Україні значно нижче, ніж у країнах Єв-

Таблиця. 2. Порівняльні дані забезпеченості лікарями, медичними сестрами та акушерками (на 100 000 населення) в Україні та в країнах Європейського регіону та ЄС за період 2000–2010 рр.

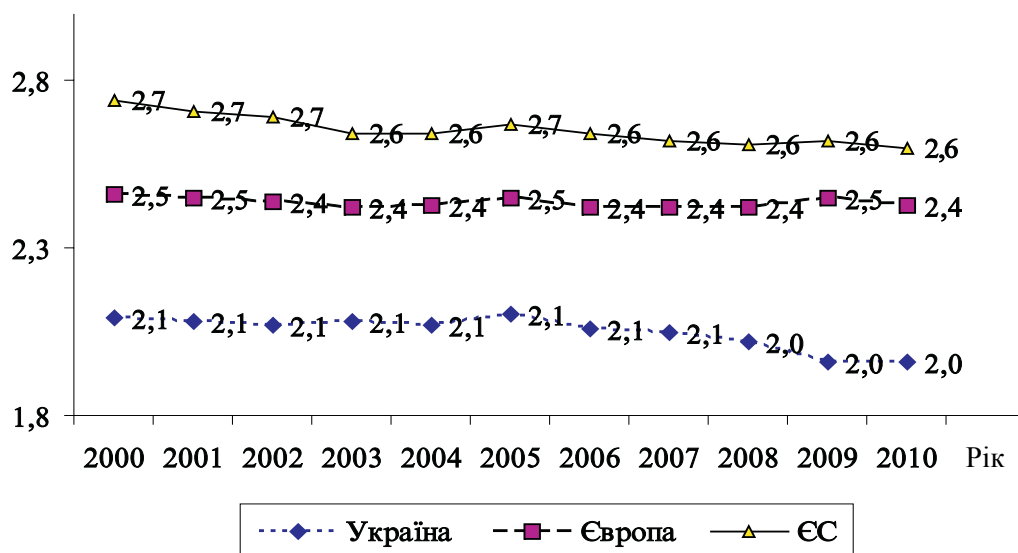
Рік	Україна		Європейський регіон		ЄС	
	лікарі	медичні сестри і акушерки	лікарі	медичні сестри і акушерки	лікарі	медичні сестри і акушерки
2000	300,44	626,83	301,25	741,59	282,69	773,61
2001	300,14	622,90	303,77	742,61	288,21	780,58
2002	301,84	625,39	307,76	750,79	294,68	791,85
2003	300,64	626,57	310,60	752,02	301,53	796,13
2004	301,27	628,28	311,07	754,64	305,02	805,16
2005	301,59	632,92	311,21	760,77	305,24	814,11
2006	308,38	633,82	317,10	768,31	311,97	822,41
2007	308,18	633,11	319,26	773,23	315,64	828,39
2008	312,32	631,82	322,70	782,36	322,67	842,63
2009	349,79	685,27	326,01	797,27	328,58	860,64
2010	349,08	683,76	327,92	798,08	332,68	865,08

Примітка. Проаналізовано дані [10].

Показник співвідношення чисельності середнього медичного персоналу та чисельності лікарів у цілому по галузі за весь період незалежності України коливався в невеликих межах: від 2,09 у 1991 р. до 1,96 – у 2011-му. Проте співвідношення чисельності лікарів до

ропейського регіону та ЄС (рисунок). Так, у 2010 р. цей показник в Україні становив 1,96, а в країнах Європейського регіону – 2,43, в країнах ЄС – 2,6.

Зниження кількості молодших медичних працівників з вищою медичною освітою фор-



Співвідношення чисельності лікарів та сумарної кількості медичних сестер і акушерок в Україні, Європейському регіоні, ЄС за період 2000–2010 рр. (українські показники прийняті за 1), розраховано за даними [10]

мує дисбаланс у системі надання медичної допомоги, обмежує можливості розвитку таких напрямів сфери охорони здоров'я, як сестринський догляд на дому, патронажна служба, реабілітація, проведення профілактичних заходів [5].

В Україні у 2012/2013 навчальному році підготовку молодших спеціалістів здійснювали 107 вищих медичних навчальних закладів I–II рівнів акредитації, в тому числі: за напрямом «Сестринська справа» – 105, «Лікувальна справа» – 93, «Акушерська справа» – 53 заклади [9]. Останнім часом щорічно ці навчальні заклади випускають 10–16 тис. фахівців за вказаними напрямами підготовки (табл. 3).

ною освітою, стабілізувати кадрову ситуацію з цими фахівцями в Україні не вдається.

Відповідно до міжнародних підходів середні медичні працівники (за офіційною термінологією – молодші спеціалісти з вищою медичною освітою) – це окрема категорія медичних фахівців, які самостійно виконують визначений спектр професійних функцій і працюють у партнерстві з лікарями.

За даними вчених [11], на них може бути покладено від 25 до 70 % (залежно від профілю та спеціалізації) функцій, які сьогодні виконує в Україні лікар-спеціаліст. На жаль, в Україні ще з радянських часів склалася практика, що молодші спеціалісти з вищою медичною освітою зазвичай розглядаються не

Таблиця 3. Кількість молодших спеціалістів з напрямку «Лікувальна справа» та «Акушерська справа», які завершили цикл навчання і здобули освітньо-кваліфікаційний рівень в Україні за 2010/2011–2012/2013 навчальні роки

Напрямок	Навчальний рік		
	2010/2011	2011/2012	2012/2013
Лікувальна справа	5252	2769	5945
Сестринська справа	7778	4187	8162
Акушерська справа	1665	1529	1775
Інші	1233	1764	2401
Всього	15 928	10 249	18 283

Кількість випускників-медсестер та акушерок на 100 000 населення в Україні суттєво (на 21÷57 % у різні роки за 10-річний період з 2000 до 2010 р.) менше, ніж у країнах Європейського регіону і ЄС (табл. 4). В цілому, незважаючи на істотний приплив випускників – молодших спеціалістів з вищою медич-

як самостійні спеціалісти, а як помічники лікаря, які виконують його призначення і вкрай рідко приймають самостійні рішення щодо догляду за хворими. Згідно з довідником кваліфікаційних характеристик лише фельдшери можуть працювати самостійно, а акушерки та медичні сестри-анестезисти – само-

Таблиця 4. Кількість випускників-медсестер та акушерок на 100 000 населення в Україні і в Європейському регіоні за 2000–2011 роки

Рік	Україна	Європейський регіон	ЄС
2000	23,63	33,32	28,68
2001	25,00	33,25	29,13
2002	27,07	32,97	29,51
2003	27,81	33,95	29,59
2004	27,73	33,98	31,12
2005	28,26	35,05	30,81
2006	28,61	36,23	32,62
2007	29,23	35,65	32,03
2010	26,26	37,11	34,88
2011	23,58	Немає даних	Немає даних

стійно або під керівництвом лікаря, інші спеціалісти можуть здійснювати свою діяльність лише під керівництвом лікаря [12]. Частка практикуючих (таких, що контактують з пацієнтами) молодших спеціалістів з вищою освітою, які можуть та працюють самостійно у практичній охороні здоров'я, на кінець 2011 р. становить близько 16 %: фельдшерів – 10,3 %, акушерок – 5,9 %. При цьому частка медичних сестер дорівнює 83,8 %. З 1998 року в Україні розпочалася підготовка медичних сестер – бакалаврів за адаптованими європейськими стандартами, однак поки що і обсяг підготовки таких спеціалістів, і їх використання в практичній охороні здоров'я обмежені.

Для підвищення ефективності використання кадрового потенціалу галузі та поліпшення якості медичного обслуговування передбачається переглянути перелік завдань та функцій, що покладаються на медсестринський персонал, з відповідним доопрацюванням їх кваліфікаційних характеристик. Реалізація такої політики вимагає і внесення змін до підготовки молодших спеціалістів з вищою освітою. Для цих цілей доцільно оцінити відповідність сучасним вимогам професійної підготовки тих категорій молодшого медич-

ного персоналу, які сьогодні працюють самостійно – передусім фельдшерів та акушерок.

Висновки

1. В Україні спостерігається виражена тенденція до скорочення чисельності медичного персоналу: за період 1991–2011 рр. – на 165 тис. осіб, переважно за рахунок середнього медичного персоналу – в 1,4 разу (з 618 тис. осіб до 459 тис.). Забезпеченість населення середнім медичним персоналом зменшилася на 15,4 % (зі 119,4 до 101,0 на 10 000 населення).

2. Показник співвідношення чисельності середнього медичного персоналу та чисельності лікарів у цілому по галузі за 20-річний період незалежності України коливався в невеликих межах: від 2,09 в 1991 р. до 1,96 у 2011-му. Проте співвідношення чисельності лікарів до чисельності медичних сестер і акушерок в Україні значно нижче, ніж у країнах Європейського регіону та ЄС.

3. Кількість випускників – медсестер та акушерок на 100 000 населення в Україні за 10-річний період з 2000 до 2010 р. коливалась від 23,58 до 29,23 і була суттєво (на 21÷57 % у різні роки) меншою порівняно з показниками у країнах Європейського регіону і ЄС.

Список літератури

1. Здоровье – 21: Основы политики и достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 1999. – 310 с.
2. Здоровье–2020: Основы Европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/171435/RC62wd09-Rus.pdf.
3. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Совместная работа на благо здоровья. Краткое изложение политики. – Женева : ВОЗ, 2006. – 29 с.
4. Dubois C.-A. Human resources for health in Europe [Электронный ресурс] / C.-A. Dubois, M. McKee, E. Nolte. – European Observatory on Health Systems and Policies Series, 2006. – Режим доступа : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/98403/E87923.pdf.
5. Авраменко Т. П. Кадрова політика у реформуванні сфери охорони здоров'я : аналіт. доповідь / Т. П. Авраменко. – К. : НІСД, 2012. – 35 с.
6. Büscher A. Nurses and midwives: a force for health. Survey on the situation of nursing and midwifery in the Member States of the European Region of the World Health Organization [Электронный ресурс] / A. Büscher, B. Sivertsen, J. White // WHO. Regional Office for Europe, Copenhagen, 2009. – 91 p. – Режим доступа : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/114157/E93980.pdf.
7. Buchan J. Global nursing shortages / J. Buchan // Brit. Med. J. – 2002. – V. 324. – P. 751–752.
8. Олійник О. В. Причини браку медичних сестер у різних країнах світу / О. В. Олійник // Медсестринство. – 2006. – № 1. – С. 59–62.

9. Держкомстат України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.ukrstat.gov.ua/>.
10. European health for all database (HFA-DB) World Health Organization Regional Office for Europe Updated: January 2013. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://data.euro.who.int/hfad/>.
11. *Фигейрас Ж.* Реформа больниц в новой Европе / Фигейрас Ж., Макки М., Моссиалос Е. ; пер. с англ. – М. : Весь мир, 2002. – 320 с.
12. Наказ МОЗ України від 29.03.02 № 117 (v 0117282-02), погоджений з Міністерством праці та соціальної політики України «Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78. Охорона здоров'я» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon.nau.ua/doc/?code=va117282-02>.

Н.А. Венгрин, О.П. Максименко

ХАРАКТЕРИСТИКА ОБЕСПЕЧЕНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МЛАДШИМИ МЕДИЦИНСКИМИ СПЕЦИАЛИСТАМИ С ВЫСШИМ МЕДИЦИНСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ

Проанализированы обеспеченность системы здравоохранения Украины младшими медицинскими специалистами с высшим медицинским образованием, соотношение численности среднего медицинского персонала и врачей, численность выпускников – медсестер и акушерок в динамике и по сравнению с Европейским регионом.

Ключевые слова: *система здравоохранения, кадровое обеспечение, младшие медицинские специалисты с высшим медицинским образованием, Украина, Европейский регион.*

Н.А. Venhryn, O.P. Maksymenko

CHARACTER OF PUBLIC HEALTH SYSTEM PROVISION BY JUNIOR MEDICAL SPECIALISTS WITH HIGHER MEDICAL EDUCATION

The public health provision of Ukraine by junior medical specialists with higher medical education, the ratio of the number of nursing staff and physicians, the number of graduate nurses and midwives in dynamics and comparison with the European region are analysed.

Key words: *public health system, staffing, nursing specialists with higher medical education, Ukraine, European region.*

УДК 613.65:616-003.96:616.8-008.615

О.І. Герасименко

Харківський національний медичний університет

ПСИХОГІГІЄНИЧНІ АСПЕКТИ ФОРМУВАННЯ ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНИХ ФУНКЦІЙ УЧНІВСЬКОЇ МОЛОДІ ЗАЛЕЖНО ВІД ХАРАКТЕРУ НАВЧАННЯ

Описано динаміку формування професійно значущих функцій у процесі навчання спеціальності, пов'язаної з високим рівнем психоемоційного навантаження на зростаючий організм. Виявлено особливості процесу психофізіологічної адаптації підлітків до навчального режиму. Встановлено специфіку реалізації вищих психофізіологічних функцій організму підлітків у процесі навчання різним спеціальностям.

Ключові слова: *учні-підлітки, психофізіологічні функції, адаптація.*

Найважливішими складовими високого рівня якості життя, що дають можливість людині вважати своє життя повноцінним і значущим, є психічне здоров'я і психічне благополуччя. Високий рівень психічного здоров'я являє собою важливий фактор соціального комфорту, продуктивності праці, гармонізації взаємовідносин у системі «людина – суспільство», який сприяє підвищенню добробуту та економічного розвитку суспільства. Тому одним з пріоритетних напрямків сучасної медичної науки і практики є збереження і зміцнення психічного здоров'я молоді як необхідної умови розвитку інтелектуального і духовного потенціалу нації [1, 2].

За результатами численних спостережень дослідників, що займаються проблемою здоров'я підростаючого покоління, стан здоров'я сучасної учнівської молоді в останні десятиліття характеризується уповільненням психічного розвитку, своєрідними змінами структури захворюваності зі значним розширенням розповсюдження неврозоподібних станів [3–5].

Відомо, що посилення впливу психогенних факторів, пов'язаних зі зростанням навчального навантаження в цілому і з його специфікою, безпосередньо призводить до збільшення частоти функціональних розладів у підлітків 15–17 років і більш раннього формування відхилень у стані їх психічного і

соматичного здоров'я [3, 5]. У зв'язку з цим актуальним було вивчення динаміки психофізіологічних функцій залежно від ступеня їх напруження у процесі навчання.

Метою дослідження був порівняльний психогігієнічний аналіз адаптаційних змін професійно значущих функцій учнів ПТУ, характер виробничо-навчальної діяльності яких пов'язаний з різним ступенем навантаження на психоемоційну сферу: підлітки, які навчаються спеціальності сенсорного (оператор ЕОМ) і моторного типу (штукатур) на відділеннях з однорічним терміном навчання.

Матеріал і методи. Всі дослідження проводилися в умовах натурального експерименту в ПТУ та на місцях виробничої практики. У ході експериментів вивчали час латентного періоду зорово-моторної реакції методом хронорефлексометрії з використанням електроміорефлексометра «ЕМР-01» і вимірювача послідовних реакцій «ППР-001», короткочасну пам'ять визначали методом відтворення експонованих цифр, лінійний окомір – за допомогою лінійки Ф. Гальтона [6]. Вираженість рівня напруження професійно значущих функцій (ПЗФ) оцінювали методом професіографічного моделювання [7].

Результати досліджень. При вивченні адаптаційних змін ПЗФ підлітків, які опановують професію оператора ЕОМ, встановлено, що в процесі професійно-технічного

© О.І. Герасименко, 2013

навчання у підлітків статистично достовірно скорочувався латентний період зорової моторної реакції (ЛПЗМР) – від (263,1±3,2) мс на початку навчання до (210,0±3,3) мс – наприкінці ($p<0,001$), табл. 1. Це супровод-

ком адаптаційного процесу і реакціями негайного типу, до оптимальних параметрів функціонування системи. Підтвердженням цього є позитивна динаміка розвитку інших показників комплексу ПЗФ.

Таблиця 1. Динаміка показників функціонального стану ЦНС підлітків – учнів ПТУ, які опановують професію оператора, залежно від рівня напруження ПЗФ у процесі праці ($X\pm Sx$)

ПЗФ	Рівень напруження ($\lg e$)	Показник	Початок навчання	Кінець навчання	p
Рухливість нервових процесів	1,73	ЛПЗМР, мс	263,1±3,2	210,0±3,3	<0,001
		ЧРД, %	14,1±2,1	26,5±2,9	<0,05
Стійкість уваги	2,22	Коефіцієнт стійкості уваги	35,0±2,4	32,4±3,6	<0,05
Концентрація уваги	2,01	Коефіцієнт точності	0,80±0,02	0,87±0,01	<0,01
Короткочасна пам'ять	1,69	Кількість відтворених цифрзнаків	6,53±0,05	7,04±0,05	<0,001

Примітка. n=30. Тут і в табл. 2.

жувалося істотним збільшенням числа розгальмованих диференціювань (ЧРД) від початку до кінця навчання – з (14,1±2,1) до (26,5±2,9) % ($p<0,05$). Подібна динаміка свідчить про те, що на тлі збільшення сили процесу збудження знижується сила гальмівного процесу, що є наслідком перезбудження ЦНС, стійкого підвищення нервово-емоційного напруження організму. Також у підлітків даної групи статистично достовірно скорочувався коефіцієнт стійкості уваги (рівень напруження $\lg e=2,22$) – з 35,0±2,4 до 32,9±3,8 ($p<0,05$). Дана спрямованість провідної професійно значущої функції (ПЗФ) оператора не може розцінюватися як несприятлива тенденція в її розвитку і, мабуть, є особливістю адаптаційного процесу, однією із закономірностей якого є перехід від періоду гіперфункції організму, пов'язаного з почат-

ку динаміці процесу навчання статистично значущо поліпшувався показник концентрації уваги – від 0,80±0,20 до 0,87±0,01 ($p<0,01$) і збільшувався об'єм короткочасної пам'яті – від (6,53±0,05) до (7,04±0,05) цифрзнаку ($p<0,001$), рівень напруження становив відповідно 2,01 і 1,69.

У підлітків контрольної групи, які опановують професію штукатура, характер діяльності якої не пов'язаний з вираженим навантаженням на ЦНС, не відмічалось статистично значущих змін у характеристиках показників рухливості нервових процесів, однак тенденція до скорочення ЛПЗМР при зниженні ЧРД свідчить про зростання до кінця періоду навчання сили як збуджувального, так і гальмівного процесів і є наслідком сприятливих адаптаційних змін (табл. 2). Даний висновок підтверджується відсутністю зна-

Таблиця 2. Динаміка показників функціонального стану ЦНС підлітків – учнів ПТУ, які опановують професію будівельника, залежно від рівня напруження ПЗФ у процесі праці ($X\pm Sx$)

ПЗФ	Рівень напруження ($\lg e$)	Показник	Початок навчання	Кінець навчання	p
Рухливість нервових процесів	1,02	ЛПЗМР, мс	143,3±52,0	351,7±73,2	>0,05
		ЧРД, %	20,0±0,1	11,0±4,7	>0,05
Стійкість уваги	1,34	Коефіцієнт стійкості уваги	45,2±10,6	65,3±12,4	>0,05
Концентрація уваги	1,84	Коефіцієнт точності	0,902±0,010	0,927±0,010	>0,05
Короткочасна пам'ять	1,08	Кількість відтворених цифрзнаків	5,90±0,28	6,80±0,29	<0,05

чущих змін показників стійкості і концентрації уваги при позитивній тенденції розвитку даних ПЗФ у процесі навчання (рівень напруження – 1,34 і 1,84 відповідно), а також позитивною динамікою об'єму короткочасної пам'яті, що становить на початку періоду навчання ($5,90 \pm 0,28$) цифрознаку, наприкінці – ($6,80 \pm 0,29$) цифрознаку ($p < 0,05$).

Обговорення результатів. Специфічною рисою розвитку процесу психофізіологічної адаптації у підлітків – учнів ПТУ при однорічній системі підготовки до професії з вираженим нервово-емоційним навантаженням (оператор ЕОМ) є наявність динамічних процесів формування ПЗФ з різною спрямованістю розвитку окремих психофізіологічних функцій і відсутністю стійких адаптаційних змін до закінчення терміну професійно-технічного навчання. Процес психофізіологічної адаптації підлітків до професії, характер діяльності в якій не пов'язаний з нервово-емоційним навантаженням, закін-

чується до кінця терміну навчання в ПТУ, хоча в цьому випадку відсутні достовірні поліпшення показників провідних ПЗФ будівельника, що, мабуть, можна розцінювати як відсутність їх достатнього тренування протягом навчання.

Висновки

1. Існуючий навчально-виробничий режим підготовки оператора ЕОМ у ПТУ характеризується відсутністю урахування рівня і динаміки психоемоційного навантаження, що виникає у підлітків у процесі опанування професії.

2. З метою попередження розвитку перенапруження організму, що призводить до зриву адаптаційного процесу, необхідна розробка і реалізація гігієнічних програм оцінювання, прогнозування та корекції функціонального стану організму, спрямованих на підвищення працездатності та професійної стійкості даного контингенту.

Список літератури

1. *Махнюк В. М.* Законодавство України про гігієнічні питання збереження здоров'я дітей у загальноосвітніх навчальних закладах / В. М. Махнюк // Довкілля та здоров'я. – 2005. – № 3. – С. 22–24.
2. Проблема гигиенической диагностики здоровья в медицине окружающей среды / М. П. Захарченко, М. М. Захарченко, В. М. Захарченко [и др.] // Гигиена и санитария. – 2005. – № 6. – С. 67–70.
3. Стан здоров'я підлітків та особливості їхнього способу життя / Н. В. Медведовська, С. Д. Пономаренко, Т. К. Кульчицька, О. В. Олексієнко // Україна. Здоров'я нації. – 2007. – № 3–4. – С. 27–30.
4. Актуальні наукові проблеми забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя дітей і підлітків в сучасних умовах України / Н. С. Полька, Г. М. Сисоєнко, Г. М. Єременко [та ін.] // Гігієна населених місць. – 2003. – Вип. 42. – С. 319–323.
5. *Swartz Martha K.* Adolescent health care / Martha K. Swartz // Journal of Pediatric Health Care. – 2009. – V. 23, № 1. – P. 1.
6. *Изюмова С. А.* Свойства активированности и процессы переработки и хранения информации у человека / С. А. Изюмова // Психофизиологические исследования интеллектуальной саморегуляции и активности. – М. : Наука, 1980. – С. 148–162.
7. Унифицированная методика изучения физиолого-гигиенических аспектов профессиональной пригодности и профессионального отбора молодежи / [под ред. Г. Н. Сердюковской]. – М. : МЗ СССР, 1984. – 76 с.

О.И. Герасименко

ПСИХОГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ХАРАКТЕРА ОБУЧЕНИЯ

Описана динамика формирования профессионально значимых функций в процессе обучения специальности, связанной с высоким уровнем психоэмоциональной нагрузки на растущий организм. Выявлены особенности процесса психофизиологической адаптации подростков к учебному режиму.

Установлена специфика реализации высших психофизиологических функций организма подростков в процессе обучения различным специальностям.

Ключевые слова: учащиеся-подростки, психофизиологические функции, адаптация.

O.I. Gerasimenko

PSYCHO-HYGIENIC ASPECTS OF THE FORMATION OF STUDENTS' PSYCHO-PHYSIOLOGICAL FUNCTIONS DEPENDING ON THE NATURE OF LEARNING

The dynamics of professionally significant functions in the process of learning a specialty related to the high level of psychological and emotional strain on the growing organism is described. The features of the adaptative process of teenagers to school mode are founded. The specificity of the high psycho-physiological functions of the adolescent organism in learning various trades is established.

Key words: the students-adolescents, psycho-physiological functions, adaptation.

УДК 614.253.5+616-093.75+371.14

О.З. Децик, Ж.М. Золотарьова

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

ЧИННИКИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ЯК ІНДИКАТОРИ СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ, ЗАДІЯНОГО В СИСТЕМІ ПАЛІАТИВНОЇ І ХОСПІСНОЇ ДОПОМОГИ

За спеціально розробленою програмою опитано 389 медичних працівників закладів охорони здоров'я м. Івано-Франківська: 211 медичних працівників сфери паліативної і хоспісної допомоги (ПХД), які мають з інкурабельними хворими постійний контакт, 111 медиків первинної ланки, що контактують з інкурабельними хворими періодично, та 67 організаторів охорони здоров'я, які взаємодіють з таким контингентом хворих достатньо рідко. Не отримано доказів, що синдром емоційного вигорання (СЕВ) є специфічною проблемою для сфери ПХД, оскільки рівень поширення СЕВ був однаковим у всіх порівнюваних професійних групах – (54,0±2,5) %. Аналіз розподілу контингенту спостереження та поширеності СЕВ за віком, статтю, стажем роботи, рівнем освіти тощо дозволив висунути гіпотезу, що такий кінцевий результат міг скластися внаслідок плинності кадрів у системі ПХД. Встановлено, що такі чинники соціально-психологічної дезадаптації, як скарги на постійні дистреси, незадоволеність рівнем досягнення життєвих цілей, розлучення, негаразди в сім'ях, відчуття самотності та відсутності підтримки в родині, низька громадська активність, конфліктні робочі стосунки, у 1,5–7 разів частіше зустрічаються в медичних працівників із високим та критичним рівнями СЕВ, а отже, можуть бути індикаторами синдрому, придатними для моніторингу якості кадрових ресурсів у закладах охорони здоров'я. При цьому групою ризику слід уважати медичний персонал у віці 30–49 років, де зазначені показники сягають пікових значень. Результати дослідження вказують на необхідність розробки заходів профілактики та корекції СЕВ у медичних працівників: раннього виявлення симптомів, запровадження у закладах охорони здоров'я постійно діючих тренінгів з подолання емоційного вигорання, включення питань профілактики СЕВ у програми до- та післядипломної освіти.

Ключові слова: *паліативна і хоспісна допомога, медичний персонал, синдром емоційного вигорання.*

Професійна медична діяльність у системі «людина – людина» – одна з найбільш психологічно напружених [1]. Особливостями праці медичних працівників у сфері паліативної і хоспісної допомоги (ПХД) є її висока стресогенність, підвищене емоційне та фізичне навантаження, що ускладнюється неминучим контактом з процесами помирання і смерті та відсутністю позитивного результату лікування, оскільки пацієнт все одно йде з життя [2, 3]. Доволі жорсткі професійні й

емоційні виклики часто стають причиною розвитку у медичного персоналу синдрому емоційного вигорання (СЕВ), який за Міжнародною класифікацією хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я 10-го перегляду отримав шифр Z73.0 – «Стрес, пов'язаний з труднощами підтримки нормального способу життя» [4].

Внаслідок виникнення та розвитку СЕВ знижується якість як самого персоналу (психологічне та фізичне виснаження, ріст захво-

© О.З. Децик, Ж.М. Золотарьова, 2013

рюваності, руйнація міжособистісних стосунків тощо), так і, відповідно, ефективність та якість його праці, зростає конфліктність у трудовому колективі і плинність кадрів [2, 5, 6]. За дослідженнями різних авторів, значна частина медичних працівників залишають паліативну сферу після кількох років роботи через негативний вплив професійного стресу на їхнє життя, що є серйозним викликом для системи охорони здоров'я [5–8].

З огляду на сказане, зрозуміло, що для медичного персоналу, який працює з невиліковними хворими, важливо мати навички діагностики, саморегуляції та профілактики розвитку СЕВ. Поінформованість про ранні ознаки СЕВ дозволить попередити розвиток вигорання, впливати на найбільш критичні соціально-психологічні чинники та проводити корекцію наявних симптомів синдрому (само- та взаємодіагностика, тренінги безпосередньо на робочому місці, професійна психологічна допомога тощо). Про можливість успішного подолання емоційного вигорання свідчить позитивний міжнародний досвід [1, 2, 5–8]. Згідно з рекомендаціями Європейської асоціації паліативної допомоги (2007, 2009) ці питання повинні бути включені у програми до- та післядипломної освіти [9, 10].

Мета дослідження – встановити наявність взаємозв'язку соціально-психологічних чинників та синдрому емоційного вигорання медичних працівників, які працюють з інкурабельними та тяжкохворими пацієнтами, та визначити напрями профілактики синдрому емоційного вигорання.

Матеріал і методи. За спеціально розробленою програмою опитано 389 медичних працівників закладів охорони здоров'я м. Івано-Франківська, яких за ступенем контакту з інкурабельними пацієнтами розподілили на три групи: першу групу становили 211 медичних працівників сфери ПХД, які мають з такими хворими постійний контакт (93 лікарі, решта – молодші спеціалісти з медичною освітою), другу – 111 медиків первинної ланки (ПМСД), що контактують з інкурабельними хворими періодично, третю – 67 організаторів охорони здоров'я, які взаємодіють з таким контингентом хворих достатньо рідко.

Синдром емоційного вигорання оцінювали за методикою В. Бойка [11].

Для статистичної обробки даних використовували формули розрахунку частоти кожного чинника на 100 опитаних і похибки репрезентативності для відносних величин, а оцінку достовірності різниці отриманих даних у групах порівняння проводили за допомогою критерію хі-квадрат (χ^2) [12]. Для вивчення впливу окремих чинників на формування СЕВ використовували методику розрахунку показника відношення шансів (Odds Ratio, OR) та його 95 % довірчого інтервалу (95 % Confidential Interval, 95 % CI) [13]. Групами порівняння були особи з високим та критичним рівнями СЕВ і медпрацівники без ознак вигорання.

Результати та їх обговорення. Встановлено, що методика оцінки емоційного вигорання (В. Бойко) є досить складною і громіздкою. Опитувальник містить 84 питання, відповіді на які, підрахунок та інтерпретація результатів вимагають затрат часу і відповідних навичок. Адже інтенсивність прояву СЕВ визначають сумарно на підставі окремих оцінок сформованості трьох його послідовних фаз: напруження, резистенції та виснаження, кожна з яких, у свою чергу, оцінюється за сумою балів по чотирьох симптомах. Ступінь сформованості кожної фази визначають за інтегральною оцінкою її складових (симптомів), а інтенсивність синдрому (несформований, середній, високий та критичний) – за сумарною кількістю балів по трьох фазах. Така складна методика придатна у професійній практиці (наприклад, психотерапевтів) і навряд чи підходить для самооцінки чи моніторингу керівниками закладу охорони здоров'я рівня ураженості медичного персоналу СЕВ з метою виявлення ранніх симптомів та їх корекції. Це наштовхнуло нас на думку про пошук більш простих індикаторів СЕВ.

За результатами дослідження встановлено, що більше половини [(54,0±2,5) %] всіх опитаних медичних працівників мали сформований СЕВ середнього [(37,3±2,5) %], високого [(7,7±1,4) %] та критичного [(9,0±1,5) %] рівнів, причому, як видно на рис. 1, у дослідженні не встановлено суттєвої різниці ($p > 0,05$) у частоті СЕВ та його інтен-

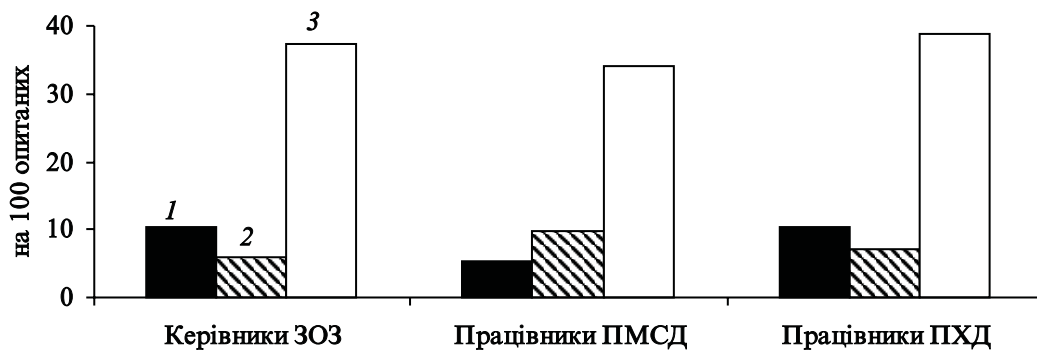


Рис. 1. Частота проявів СЕВ різного рівня серед обстежених медичних працівників: 1 – критичного; 2 – високого; 3 – середнього; $p > 0,05$

сивності серед порівнюваних за рівнем контакту з інкурабельними пацієнтами груп медичних працівників.

За допомогою методики обчислення показника відношення шансів не отримано доказів щодо розвитку СЕВ залежно від віку, статі, місця проживання та кваліфікації ($p > 0,05$). Встановлені тільки суттєві відмінності ($p < 0,05$) за рівнем освіти медичного персоналу – серед лікарів СЕВ поширений у 1,5 разу частіше, ніж серед молодших медичних спеціалістів з медичною освітою. Дві третини опитаних лікарів сфери ПХД [(67,7±4,8) % проти (47,5±4,6) % середнього медперсоналу] мають сформовані ознаки професійного вигорання, у тому числі (15,1±3,7) і (6,8±2,3) % відповідно – критичного рівня.

Доведено, що шанси виникнення СЕВ достовірно зростають при наявності вищої освіти ($OR=1,68$; 95 % $CI=1,11-2,56$; $p < 0,05$). Очевидно, це пов'язано з відмінністю функціональних обов'язків лікарів та медичних сестер стосовно обслуговування інкурабельних хворих. Унаслідок несформованості сфери ПХД в Україні, можливо, середній медперсонал ще не виконує такого обсягу завдань, як у країнах, де існують стандарти цього виду допомоги, а тому основний тягар спілкування з пацієнтом та його родиною традиційно лягає на лікарів. З іншого боку, це може вказувати на плінність кадрів у сфері ПХД внаслідок високого психоемоційного навантаження, особливо за рахунок середніх медпрацівників. Так, попередні наші дослідження [14] показали наявність суттєвих відмінностей у віковому та статевому

складі обстеженого контингенту, аналіз яких дозволив висунути гіпотезу про високу плінність кадрів у сфері ПХД, зокрема серед молодших спеціалістів з медичною освітою (половину яких становили особи до 30 років, головним чином жінки). Ще одним аргументом сказаного, на наш погляд, є відсутність отримання у дослідженні доказів щодо залежності тяжкості проявів СЕВ від стажу роботи ($p > 0,05$). Мало того, професійна діяльність упродовж понад 25 років суттєво знижує шанси формування синдрому ($OR=1,82$; 95 % $CI=1,15-2,86$; $p < 0,05$). Можна припустити, що залишаються у професії ті, хто не має вигорання (особи з високими адаптаційними можливостями та ті, котрі володіють методиками протидії дистресам тощо), а інші – вибувають до того часу.

У підтвердження сказаному при вивченні поширеності чинників соціально-психологічної адаптації встановлено, що половина всіх респондентів [(53,7±2,5) %] скаржились на постійні дистреси у житті. Найбільш уразливими серед порівнюваних професійних груп виявились лікарі сфери ПХД [(66,7±4,9) %; $p < 0,01$] та особливо медичні працівники із високим та критичним рівнем СЕВ [(83,3–85,7) %; $p < 0,001$]. Доведено, що при наявності професійного вигорання шанси страждання від дистресів у 2,5–6 разів вищі ($OR=3,83$; 95 % $CI=2,51-5,83$, $p < 0,001$), рис. 2. Крім того, нарікання на них були найбільш поширені серед медпрацівників у віці 40–59 років (65,0–68,8 %; $p < 0,01$), тобто на вершині професійних досягнень, що може бути підтвердженням взаємозв'язку розглянутого чинника із специфічними умовами трудової ді-

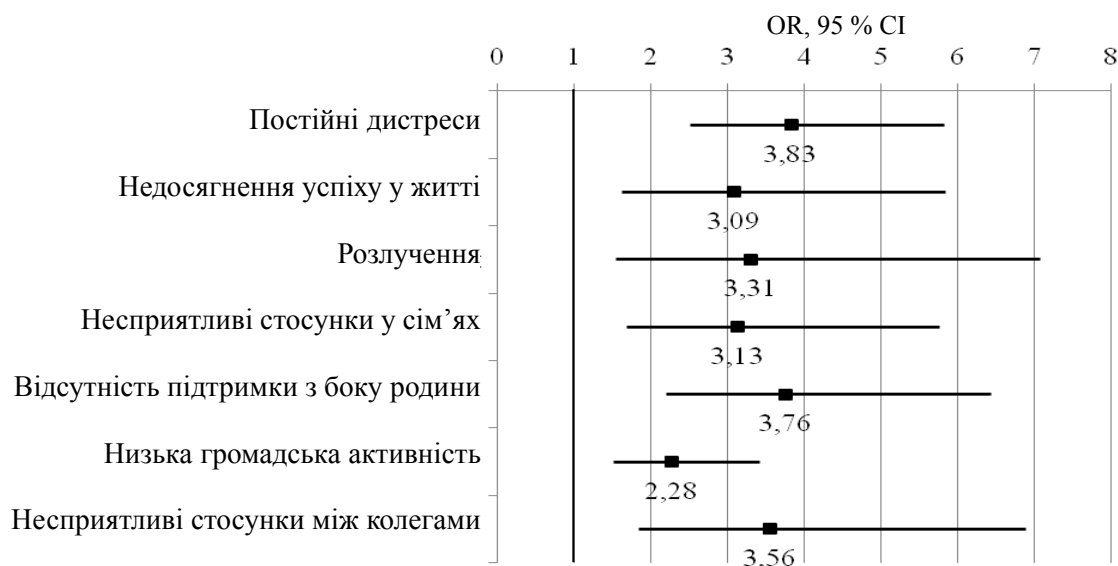


Рис. 2. Взаємозв'язок соціально-психологічних чинників та СЕВ

яльності та доказом подальшого вибування із професії внаслідок високого психоемоційного навантаження.

Важливим психоемоційним чинником та водночас інтегральним параметром якості життя є повнота самоактуалізації, яка відображає міру досягнення життєвих мрій, цілей та сподівань. Досить високою [(15,0±1,8) %] виявилась частка респондентів, які вважали, що взагалі не досягли успіху в житті. Кризовою віковою групою у цьому плані виявився вік 30–39 років [(21,9±4,2) %; $p < 0,05$], який, як відомо, є часом найбільших соціальних та професійних амбіцій. Очевидно, їх невідповідність реальній сфері зайнятості та життєвим цілям може бути ще одним додатковим чинником виникнення емоційного вигорання. Адже кожен четвертий–п'ятий респондент з високим та критичним рівнем емоційного вигорання (20,0–28,6 % проти 7,9 % осіб з несформованим СЕВ; $p < 0,01$) вважав, що зовсім не досяг успіху у житті. При цьому доведено, що шанси виникнення СЕВ (рис. 2) достовірно зростають саме у тих респондентів, які відносять себе до невдах (OR=3,09; 95 % CI=1,63–5,85; $p < 0,01$).

Високий рівень емоційного вигорання серед медичних працівників сфери ПХД негативно впливає й на особисте життя. Встановлено, що поширеність розлучень серед опитаних зростала з (4,3±1,9) % у молодому

віці (до 30 років) до кожного п'ятого [(21,3±4,6) %] у віковій групі 40–49 років. Про можливий взаємозв'язок між напруженими умовами праці та складними сімейними стосунками свідчить найвищий відсоток розлучених серед осіб із СЕВ високого та критичного рівнів (23,3–25,7 % проти 9,0 % у респондентів без ознак вигорання; $p < 0,05$). Підтвердженням цієї гіпотези стали достовірні значення показника відношення шансів – OR=3,31; 95 % CI=1,54–7,09 (рис. 2).

Ще одним доказом негативного впливу професії на сімейний мікроклімат стали результати вивчення взаємостосунків у сім'ях респондентів. Так, половина респондентів [(50,4±2,5) %] оцінили їх як доброзичливі, а решта – як проблемні і навіть конфліктні. Особливо часто несприятливі взаємостосунки у сім'ях зафіксовані у медичних працівників з високим та критичним рівнями СЕВ (63,3–71,4 %). Доведено, що шанси поєднання сімейних негараздів та СЕВ (рис. 2) – досить високі (OR=3,13; 95 % CI=1,69–5,77; $p < 0,001$).

Наслідком показаних внутрішньосімейних проблем стає відсутність підтримки з боку родини та близьких, що поглиблює психологічний дискомфорт медичних працівників. Показано, що практично четверта частина респондентів [(23,4±2,1) %] вважали себе зайвими та не потрібними своїй сім'ї. Вказаний психологічний стан достовірно частіше

спостерігався у осіб з критичним та високим рівнями СЕВ (51,4–53,3 % проти 11,7 % з несформованим синдромом; $p < 0,001$). Про важливість розглянутої характеристики свідчить те, що відсутність підтримки в родині значно збільшує шанси (рис. 2) розвитку СЕВ ($OR=3,76$; 95 % $CI=2,20-6,44$; $p < 0,001$).

Крім негативного впливу на сімейні стосунки розглянуті особливості професійної діяльності відбиваються й на інших характеристиках соціально-психологічної адаптації, якості життя та соціального благополуччя індивідуума, зокрема на його громадській активності. Загалом тільки менше половини опитаних [(45,5±2,5) %] визнали, що регулярно зустрічаються з друзями, родиною чи відвідують різні гуртки, секції, театр, церкву тощо. Ще приблизно така ж частка [(48,6±2,5) %] роблять це зрідка, а (5,9±1,2) % зовсім не беруть участі у громадському житті. При цьому більш поширена абсолютна соціальна апатія серед чоловіків [(11,1±3,2) % проти (4,1±1,2) % жінок; $p < 0,05$] і характерна для молодого та зрілого віку – 30–49 років (10,0–11,5 %; $p < 0,01$). Це знову наштовхує на думку, що саме ці вікові категорії можна розглядати як групи ризику у плані психологічного напруження та виснаження. Високий відсоток медичних працівників, які постійно зайняті у суспільному житті, серед осіб у віці понад 50 років [(54,5–66,7) %] ще раз підтверджує, що в професії, очевидно, залишаються психологічно адаптовані, про що може свідчити їхня активна громадська позиція.

Всередині порівнюваних професійних груп встановлено, що найменш соціально активні респонденти, які постійно працюють з інкурабельними хворими, головним чином лікарі [(12,9±3,5) %; $p < 0,01$]. Крім того, виявлено, що серед осіб з високим і критичним рівнями емоційного вигорання частки тих, що зовсім не беруть участі у громадському житті, ще суттєвіші (13,3–17,1 %), а частка соціально активних осіб значно менша (22,9–30,0 %; $p < 0,001$). Доведено, що при вираженому СЕВ шанси низької громадської активності (рис. 2) достовірно вищі ($OR=2,28$; 95 % $CI=1,52-3,43$; $p < 0,001$).

Також дослідженням встановлено, що розглянуті особливості професійної діяльності негативно впливають на психологічний

мікроклімат у робочих колективах, а отже, і на якість трудових ресурсів. Так, лише (37,9±2,5) % респондентів оцінили свої взаємини з колегами як доброзичливі, а більшість [(62,1±2,5) %] висловили невдоволення ними, причому (3,9±1,0) % з них визнавали наявність постійних конфліктів. Найгірше оцінювали взаємовідносини в колективі медичні працівники у віці 40–49 років (76,3 %), з яких кожен десятий (8,8 %) характеризував ситуацію на роботі як конфліктну ($p < 0,01$).

На противагу очікуваному, стосунки в колективах медиків, які обслуговують інкурабельних хворих, виявились кращими за такі у інших групах. Респонденти цієї групи частіше від інших давали доброзичливі оцінки взаєминам зі своїми колегами [(41,7±3,4) % проти майже рівних часток персоналу міських поліклінік і організаторів охорони здоров'я – (34,5±4,6) та (31,3±5,7) % відповідно; $p < 0,05$]. Очевидно, через високу відповідальність у ході виконання управлінських функцій найбільш проблемні професійні стосунки встановлені у організаторів охорони здоров'я, де кожен десятий оцінив їх як стабільно конфліктні [(9,0±3,5) % проти (3,8±1,3) % працівників ПХД та (0,9±0,9) % працівників первинної ланки]. В цілому кращий мікроклімат у робочих колективах медичних працівників сфери ПХД можна пояснити комплексом факторів: відносно молодший вік працівників (особи до 30 років найкраще оцінюють робочу атмосферу – 46,1–50,0 %), можливо, природний професійний відбір – на цих місцях працюють особи з відповідним складом характеру і психологічними характеристиками, а ті, для кого це надзвичайно важко, як уже неодноразово вказувалось, вибувають із професії. З іншого боку, у цю групу респондентів входили медичні працівники Івано-Франківського хоспісу, у якому з моменту його заснування діють постійні тренінги з профілактики професійного вигорання та з навичок командної роботи [3]. Можливо, саме ця обставина значною мірою вплинула на отримані результати, адже в дослідженні встановлено, що серед осіб з високим та критичним рівнями СЕВ абсолютна більшість (76,7–80,0 %; $p < 0,001$) незадоволені взаєминами в робочому колективі, тобто наяв-

ність емоційного вигорання у 2–7 разів збільшує шанси (рис. 2) ускладнених професійних стосунків з колегами (OR=3,56; 95 % CI=1,84–6,89; $p < 0,001$).

Висновки

1. Не отримано доказів, що синдром емоційного вигорання є специфічною проблемою для сфери паліативної та хоспісної допомоги, оскільки рівень поширення цього синдрому був однаковим у всіх порівнюваних професійних групах. Аналіз розподілу контингенту спостереження та поширеності синдрому емоційного вигорання за віком, статтю, стажем роботи, рівнем освіти тощо дозволяє висунути гіпотезу, що такий кінцевий результат міг скластися внаслідок плинності кадрів у системі паліативної і хоспісної допомоги, особливо молодших спеціалістів з медичною освітою.

2. Встановлено, що такі чинники соціально-психологічної дезадаптації, як скарги на постійні дистреси, незадоволеність рівнем досягнення життєвих цілей, розлучення, негаразди в сім'ях, відчуття самотності та відсутності підтримки в родині, низька громадська активність, конфліктні робочі сто-

сунки, у 1,5–7 разів частіше зустрічаються в медичних працівників із високим та критичним рівнем синдрому емоційного вигорання, а отже, можуть бути індикаторами синдрому, придатними для моніторингу якості кадрових ресурсів у закладах охорони здоров'я. При цьому групою ризику слід уважати медичний персонал у віці 30–49 років, де зазначені показники сягають пікових значень.

3. Результати дослідження вказують на необхідність розробки заходів профілактики та корекції синдрому емоційного вигорання у медичних працівників: раннього виявлення симптомів, запровадження у закладах охорони здоров'я постійно діючих тренінгів з подолання емоційного вигорання, включення питань профілактики синдрому емоційного вигорання в програми до- та післядипломної освіти.

Перспективи подальших досліджень полягають у перевірці висунутих гіпотез та розробці заходів профілактики професійного стресу як важливої складової системи підготовки та вдосконалення професійних знань і навичок медичного персоналу сфери паліативної та хоспісної допомоги.

Список літератури

1. Шелков В. Ю. Профілактика синдрому вигорання у медичних працівників методами психологічної саморегуляції / В. Ю. Шелков // Український медичний часопис. – 2009. – № 2 (70). – С. 57–59.
2. Кужель І. Р. Рівень емоційного вигорання як базовий критерій необхідності та змісту психоед'юкативної та психокорекційної роботи з медичним персоналом хоспісу / І. Р. Кужель, М. В. Маркова // Психіатрія. – 2010. – № 1. – С. 34–39.
3. Застосування системи профілактики синдрому професійного вигорання в Івано-Франківському хоспісі / Л. І. Андріішин, І. Б. Овчаренко, Н. В. Галамага [та ін.] // Перший Національний конгрес з паліативної допомоги, 26–27 вересня 2012 р., м. Ірпінь : тези доповідей. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://ligalife.com.ua/p.pdf>. – Титул з екрану.
4. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision (ICD-10). [Електронний ресурс]. – Geneva : WHO, 2003. Режим доступу : <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online2003/fr-icd.htm?gz70.htm+>. – Титул з екрану.
5. Kovacs M. Emotion work and burnout: Cross-sectional study of nurses and physicians in Hungary / M. Kovacs, E. Kovacs, K. Hegedus // Croat. Med. J. – 2010. – № 51 (5). – Р. 432–442.
6. Эккерт Н. В. Проблемы «эмоционального выгорания» в практике паллиативной помощи / Н. В. Эккерт // Проблемы управления здравоохранения. – 2008. – № 5 (42). – С. 14–19.

7. Кужель І. Р. Щодо форм та змісту медико-психологічної допомоги медичним працівникам з синдромом емоційного вигорання, які працюють з онкологічними хворими в термінальній стадії захворювання / І. Р. Кужель, М. В. Маркова. – 2010. – Т. 14, № 1 (50). – С. 122–124.
8. Sand L. Coping strategies in the presence of one's own impending death from cancer / L. Sand, M. Olsson, P. Strang // Journal of Pain and Symptom Management. – 2009. – № 31 (1). – P. 13–22.
9. Recommendations of the European Association for Palliative Care : Curriculum in Palliative Care Undergraduate Medical Education. – Milano : EAPC, 2007. – 24 p.
10. Recommendations of the European Association for Palliative Care for the Development of postgraduate Curricula leading to Certification in Palliative Medicine. – Milano : EAPC, 2009. – 44 p.
11. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие / сост. Д. Я. Райгородский. – Самара : Издат. дом «БАХРАХ-М», 2002. – С. 161–169.
12. Децик О. З. Методичні підходи до узагальнення результатів наукових досліджень / О. З. Децик // Галицький лікарський вісник. – 2011. – Т. 18, № 2. – С. 5–8.
13. Бабич П. Н. Применение современных статистических методов в практике клинических исследований. Сообщение третье. Отношение шансов: понятие, вычисление и интерпретация / П. Н. Бабич, А. В. Чубенко, С. Н. Лапач // Український медичний часопис. – 2005. – № 2 (46). – С. 113–119.
14. Децик О. З. Порівняльна характеристика кадрового складу закладів охорони здоров'я в контексті обслуговування паліативних пацієнтів / О. З. Децик, Ж. М. Золотарьова // Сучасні медичні технології. – 2013. – № 2 (18). – С. 40–43.

О.З. Децик, Ж.Н. Золотарёва

ФАКТОРЫ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ КАК ИНДИКАТОРЫ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В СИСТЕМЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ И ХОСПИСНОЙ ПОМОЩИ

По специально разработанной программе опрошено 389 медицинских работников учреждений здравоохранения г. Ивано-Франковска: 211 медицинских работников сферы паллиативной и хосписной помощи (ПХП), имеющих с инкурабельными больными постоянный контакт, 111 медиков первичного звена, контактирующих с инкурабельными больными периодически, и 67 организаторов здравоохранения, взаимодействующих с таким контингентом больных достаточно редко. Не получено доказательств, что синдром эмоционального выгорания (СЭВ) является специфической проблемой для сферы ПХП, поскольку уровень распространения СЭВ был одинаков во всех сравниваемых профессиональных группах – (54,0±2,5) %. Анализ распределения контингента наблюдения и распространенности СЭВ по возрасту, полу, трудовому стажу, уровню образования и т. п. позволил выдвинуть гипотезу, что полученный конечный результат мог сложиться вследствие текучести кадров в системе ПХП. Установлено, что такие факторы социально-психологической дезадаптации, как жалобы на постоянные дистрессы, неудовлетворенность уровнем достижения жизненных целей, разводы, семейные неурядицы, ощущения одиночества и отсутствия поддержки в семье, низкая общественная активность, конфликтные трудовые отношения, в 1,5–7 раз чаще встречаются у медицинских работников с высоким и критическим уровнями СЭВ, а значит, их можно использовать в качестве индикаторов синдрома для мониторинга качества кадровых ресурсов учреждений здравоохранения. При этом группой риска следует считать медицинский персонал в возрасте 30–49 лет, где указанные показатели достигают пиковых значений. Результаты исследования указывают на необходимость разработки мер по профилактике и коррекции СЭВ у медицинских работников: раннего выявления симптомов, внедрение в учреждениях здравоохранения постоянно действующих тренингов по преодолению эмоционального выгорания, включение вопросов профилактики СЭВ в программы до- и последипломного образования.

Ключевые слова: паллиативная и хосписная помощь, медицинский персонал, синдром эмоционального выгорания.

O.Z. Detsyk, Jh.M. Zolotarova

SOCIO-PSYCHOLOGICAL DISADAPTATION FACTORS AS BURNOUT INDICATORS OF MEDICAL STAFF IN PALLIATIVE AND HOSPICE CARE

389 medical staff's persons on the basis of various health care facilities in Ivano-Frankivsk were interviewed: 211 medical workers of palliative and hospice care constantly contacting with incurable patients, 111 primary care physicians periodically contacting with them, and 67 health care managers, interacting with this group of patients rare. It was not founded, that burnout is a specific problem for the palliative and hospice care, because the level of burnout was the same in all of the compared occupational groups – (54,0±2,5) %. Analysis of the distribution monitoring contingent and burnout's prevalence by age, gender, seniority, level of education etc. allowed hypothesizing that such final result could emerge as an effect of staff turnover in the palliative care. There were found socio-psychological disadaptation factors as complaints of constant distress, dissatisfaction of achievement life goals, divorce, troubles in families, loneliness and lack family supporting, low social activity, conflict working relationships in 1,5–7 times more common in healthcare workers with high and critical levels of burnout, and therefore can serve as indicators of the syndrome fit for monitoring the quality of staff in health care facilities. The medical personnel aged 30–49 years should be considered as risk group where these parameters reach peak values. The results indicate the need for prevention and correction burnout of health care workers: early detection of symptoms, implementation permanent training to overcome emotional burnout in health care facilities, including issues burnout prevention program in the under- and postgraduate curriculums.

Key words: *palliative and hospice care, medical staff, burnout.*

УДК 378.016:617

*В.В. Доценко**Харківський національний медичний університет***КРЕДИТНО-MOДУЛЬНА СИСТЕМА:
ДОСВІД ВИКЛАДАННЯ ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ**

Узагальнено досвід викладання загальної хірургії для студентів медичних факультетів за умов кредитно-модульної системи. Розглянуто особливості проведення лекційного курсу, практичних занять, самостійної роботи, контролю знань і практичних навичок студентів під час навчання на клінічній кафедрі.

Ключові слова: кредитно-модульна система, загальна хірургія.

Однією з передумов входження України до єдиного європейського та світового освітнього простору є впровадження в систему вищої освіти України основних ідей, сформульованих Болонською декларацією [1, 2]. Головна мета процесу, що розпочався у вищій освіті більшості країн Європи і отримав назву даної декларації, – консолідація зусиль наукової та освітньої громадськості й урядів країн Європи для істотного підвищення конкурентноспроможності європейської системи науки і вищої освіти у світовому вимірі, а також для підвищення ролі цієї системи в суспільних перетвореннях [3, 4]. Необхідною умовою організації навчального процесу по кредитно-модульній системі є наявність робочої навчальної програми по кожній дисципліні, яка складена на кредитно-модульній основі і доведена до уваги викладачів та студентів [5, 6]. Кредитно-модульна система надає можливість врахувати всі досягнення студента, не тільки виконання ним навчального плану, а і його участь у наукових дослідженнях, конференціях, предметних олімпіадах та ін. [6, 7].

Загальна хірургія як навчальна дисципліна базується на вивченні студентами морфологічних дисциплін та інтегрується з цими дисциплінами. Вона є основою вивчення студентами навчальних дисциплін, де застосовуються хірургічні методи лікування, та формує вміння застосовувати отримані знання

в процесі подальшого навчання і професійної діяльності; надає можливість отримати практичні навички та сформувати професійні вміння для діагностики і надання медичної допомоги при певних патологічних станах.

Загальна хірургія разом з пропедевтикою внутрішніх і дитячих хвороб є інтегруючою між теоретичними і клінічними дисциплінами. При вивченні цієї дисципліни студенти отримують навички догляду за хворими, опановують правила медичної деонтології та клінічне мислення. Відповідно до вимог Болонського процесу організація навчального процесу здійснюється за кредитно-модульною системою. Навчальна програма дисципліни складається з двох модулів, які, у свою чергу, розподіляються на вісім блоків змістових модулів. Обсяг навчального навантаження студентів, описаний у кредитах ECTS, – п'ять залікових кредитів, які заховуються студентам при успішному засвоєнні ними відповідного модуля (залікового кредиту). Кредитно-модульна система має свої переваги і розглядається як метод підвищення мобільності студентів при переході із однієї програми на іншу, включаючи програми післядипломної освіти.

На вивчення загальної хірургії навчальною програмою передбачено 165 годин, з них 80 годин відводиться аудиторним заняттям, 45 – самостійній роботі студентів, 40 – лекціям. Більшість практичних занять з загальної

© В.В. Доценко, 2013

хірургії будуються за типом проблемних. Під проблемним навчанням ми розуміємо таку організацію навчальних занять, котрі передбачають створення під керівництвом викладача проблемних ситуацій і активну самостійну діяльність студентів з їх розв'язання, результатом цього є творчий підхід до оволодіння знаннями, навичками, уміннями та розвиток мислительських здібностей.

Для забезпечення впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу викладачами кафедри було перероблено та створено необхідне навчально-методичне забезпечення: робочі навчальні плани, сіткові графіки проходження навчальних модулів та навчальних дисциплін, робочі навчальні програми, засоби діагностики досягнення мети навчання, положення про кредитно-модульну технологію організації навчального процесу.

Відповідно до навчальної програми начитуються установчі лекції, які висвітлюють особливо складні, проблемні питання теми, сучасні новітні підходи тощо. Після установчих лекцій мають місце основні елементи структури модульного навчання: семінарські заняття, практичні заняття та самостійна робота студентів під керівництвом викладача. Але не завжди лекції проводять попереду занять згідно з розкладом.

Кредитно-модульна система здійснюється на трьох рівнях та дозволяє студенту самому вибрати необхідний рівень вивчення конкретного предмета. На першому рівні даються уявлення і цілісна картина матеріалу предмета, що вивчається, вміння відповідати в основному на репродуктивні питання, що забезпечує доступність предмета всім. На другому рівні передбачається розширення і поглиблення знань, одержаних під час засвоєння першого рівня. Третій рівень містить знання, які є необов'язковими для всіх. Цей рівень забезпечує студенту найвищу оцінку.

Модульний контроль та визначення рейтингу студентів використовуються для того, щоб стимулювати систематичну та самостійну роботу студентів, підвищити об'єктивність оцінювання їхніх знань, створення здорової конкуренції між ними в навчанні, виявлення індивідуальних творчих здібностей.

Після завершення лекційних, семінарських, лабораторних і практичних занять про-

водиться модульний контроль знань студентів. Оцінка за модуль визначається як сума оцінок поточної навчальної діяльності (у балах) та оцінки підсумкового модульного контролю (у балах), яка виставляється при оцінюванні теоретичних знань та практичних навичок відповідно до переліків, визначених програмою дисципліни.

Велика кількість матеріалу підлягає самостійному вивченню, майже 30 % загального часу припадає на самостійну роботу студента. Для успішного навчання важливо, щоб студент не просто вмів учитися самостійно (дехто і цього не може, бо в школі навчався лише під безпосереднім керівництвом учителя), а спрямовував свою творчу пізнавальну активність на життєве самовизначення та професійне самоствердження. Відповідно до цього на кафедрах повинні бути створені необхідні умови: приміщення для позааудиторної роботи з відповідним сучасним устаткуванням, комп'ютерами з доступом до інтернету, фантомами, муляжами, що на сьогодні ще не забезпечено.

Викладання загальної хірургії починається з практики у студентів 2-го курсу. Практичні заняття проводяться на перших-других академічних годинах, враховуючи особливості роботи хірургічного стаціонара. Проте на кафедрі одночасно приходиться від 4 до 6 груп студентів, що призводить до перевантаження хірургічного стаціонара та не сприяє кращому оволодінню вміннями та практичними навичками. Перевантаження клініки студентами впливає на санітарно-гігієнічний режим стаціонара, призводить до того, що хворі відмовляються як спілкуватись із студентами, так і виконувати при них лікувальні маніпуляції. Ще однією з невирішених проблем є викладання дисципліни у іноземних студентів. Вона пов'язана з низкою передумов: російськомовні студенти-іноземці недостатньо знають мову, у зв'язку з чим у них виникають труднощі із засвоєнням матеріалу, у них низька мотивація до навчання, англійськомовні студенти не мають можливості самостійно спілкуватись з хворими у зв'язку з мовним бар'єром. Успішність студентів визначається не лише станом організації навчального процесу у вищій школі, а також психологічними закономірностями навчально-професійної діяльності, мотивацією студентів до

навчання. Неврахування усього цього може бути однією з численних причин неуспішності студентів.

Таким чином, необхідна розробка не тільки відповідних програм навчання, а й адекватних їм організаційних форм та методів викладання і навчання.

Висновки

За умов кредитно-модульної системи викладання клінічних дисциплін студентам ме-

дичних факультетів має суттєві особливості, а саме: лекції носять установчий характер, аудиторна робота студентів – практично-орієнтований характер, самостійна робота вимагає від студентів бути більш активними та творчо підходити до навчання. Окрім цього для якісного проведення навчального процесу потрібні сучасне матеріально-технічне устаткування клінічних кафедр та організація форми і методів викладання.

Список літератури

1. *Зіменковський Б. С.* Вища медична освіта і Болонський процес / Б. С. Зіменковський, М. Р. Гжегоцький, І. І. Солонинко. – Львів, 2004. – 200 с.
2. *Сипливий В. О.* Розвиток креативного мислення у студентів при вивченні загальної хірургії / В. О. Сипливий, В. В. Доценко, С. В. Грінченко // Педагогічна культура викладача вищої школи : XLVI навчально-методична конференція : матеріали конф. – Харків : ХНМУ, 2012. – С. 148–151.
3. *Верещагин Ю. Ф.* Рейтинговая система оценки знаний студентов, деятельности преподавателей и подразделений вуза / Ю. Ф. Верещагин, В. П. Ерунов. – Оренбург : ОГУ, 2003. – 105 с.
4. *Передерій В. Г.* Стратегія євроінтеграційного реформування вищої медичної та фармацевтичної освіти в Україні / В. Г. Передерій // Досвід впровадження основних засад Болонського процесу в систему вищої медичної (фармацевтичної) освіти : науково-методична конференція, Тернопіль, 14–15 квітня 2005 р. : матеріали конференції. – Тернопіль, 2005. – С. 3–8.
5. Перший досвід викладання загальної хірургії з доглядом за хворими за кредитно-модульною системою організації навчального процесу / М. Д. Желіба, Ю. Й. Гумінський, І. Н. Ошовський, М. І. Бурковський // Актуальні проблеми сучасної медицини : Вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2009. – Т. 9, вип. 1 (25). – С. 339–341.
6. Кредитно-модульна система навчання інтернів зі спеціальності «хірургія» / Б. О. Матвійчук, В. В. Михайлович, Я. З. Патер, І. М. Павловський // Український журнал хірургії. – 2011. – № 6 (15). – С. 192–196.
7. Медична освіта у світі та в Україні / [Поляченко Ю. В., Передерій В. Г., Волосовець О. П. та ін.]. – К. : Здоров'я, 2005. – 383 с.

В.В. Доценко

КРЕДИТНО-МОДУЛЬНАЯ СИСТЕМА: ОПЫТ ПРЕПОДАВАНИЯ ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ

Обобщен опыт преподавания общей хирургии для студентов медицинских факультетов в условиях кредитно-модульной системы. Рассмотрены особенности проведения лекционного курса, практических занятий, самостоятельной работы, контроля знаний и практических навыков студентов во время учебы на клинической кафедре.

Ключевые слова: кредитно-модульная система, общая хирургия.

V.V. Docenko

CREDIT-MODULAR SYSTEM: EXPERIENCE OF TEACHING OF GENERAL SURGERY

The experience in general surgery teaching for medical students in terms of credit-modular system was generalized. The features of the lecture course, practical exercises, self-study, the control of knowledge and practical skills of students during their studies on the clinical faculty were examined.

Key words: credit-modular system, general surgery.

УДК 614.1:616.24-002.5-07

Т.М. Жабо, А.М. Волик, І.А. Голованова

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія МОЗ України»,
м. Полтава*

*Полтавський обласний благодійний фонд «Громадське здоров'я»
Полтавський обласний клінічний протитуберкульозний диспансер*

ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ АНКЕТУВАННЯ У РАННІЙ ДІАГНОСТИЦІ ТУБЕРКУЛЬОЗУ СЕРЕД НАЙБІЛЬШ УРАЗЛИВИХ ВЕРСТВ НАСЕЛЕННЯ НА ПРИКЛАДІ СПОЖИВАЧІВ ІН'ЄКЦІЙНИХ НАРКОТИКІВ М. ПОЛТАВИ

Наведено дані щодо розповсюдження туберкульозу в середовищі споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН), фактори, що впливають на вразливість даної категорії населення до захворювання на туберкульоз та низьку мотивацію щодо звернення СІН у медичні установи для обстеження. Шляхом анкетування в середовищі СІН, що поєднувало в собі елементи навчання з методикою мотиваційного інтерв'ювання та консультування, вдалося позитивно вплинути на поведінку СІН, динаміку їх звернень та їхню мотивацію щодо проходження обстеження на туберкульоз. Проаналізовано чинники впливу на мотивацію представників уразливих щодо туб-інфікування верств населення стосовно звернення на обстеження, дано рекомендації спеціалістам фтизіатричних служб та фахівцям із санітарно-просвітницької роботи по оптимізації профілактичних інтервенцій серед населення у галузі попередження туберкульозу з використанням досвіду громадських організацій і у співпраці з ними.

Ключові слова: туберкульоз, споживачі ін'єкційних наркотиків, метод анкетування, мотиваційне інтерв'ювання, аутріч, санітарно-просвітницька робота.

За даними ВООЗ, третя частина населення планети (близько 1,9 млрд) інфікована мікобактеріями туберкульозу, з них близько 60 млн. – хворі на туберкульоз. Щороку на планеті виявляють 8–9 млн. осіб, які вперше захворіли на туберкульоз, у тому числі 4–4,5 млн. із бактеріовиділенням, а помирає від туберкульозу понад 2 млн. осіб, що становить понад 5 тис. осіб щодня. Мікобактерії туберкульозу вбивають більше людей, аніж будь-який інший збудник інфекції [1].

Як стверджують фтизіатри, 80 % хворих при вчасному та адекватному лікуванні можна було б врятувати. Проте рання діагностика туберкульозу – це завдання не лише медиків, а й людей з симптомами, які мають вчасно прийти на обстеження [2], особливо це стосується споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН), які є маргінальною, соціально неза-

хищеною і криміналізованою групою населення. Популяція СІН складається переважно з людей молодого і працездатного віку 20–45 років, які страждають на психічну та фізичну залежність від наркотичних речовин, що вводяться шляхом ін'єкцій [3–5].

На необхідність проведення просвітницької та роз'яснювально-мотиваційної роботи з виявлення туберкульозу саме серед СІН вказує той факт, що внаслідок наркозалежності і «втягнутості» в порочний процес пошуку, виготовлення/придбання та вживання наркотиків, а також через необхідність приховувати факти вживання наркотиків особи із середовища СІН не звертаються в медичні заклади, виправдовуючи свою пасивність тим, що в медичних закладах їх засуджують, дискримінують, відносяться як до людей «третього сорту» і взагалі відмовляють у

© Т.М. Жабо, А.М. Волик, І.А. Голованова, 2013

допомозі [6, 7]. Але така позиція, хоча і обумовлює маргінальність СІН, свідчить скоріше за все про самодискримінацію наркоспоживачів зсередини групи та про недбайливе ставлення до власного здоров'я взагалі. Останній факт вказує на тяжкість перебігу основного захворювання, яким у даному випадку є наркоманія, а саме: про симптоматику розладу психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин [8, 9].

У зв'язку з цим особливої актуальності набуває необхідність проведення роз'яснювальної, просвітницько-мотиваційної роботи серед найбільш уразливих верств населення з метою включення представників даних груп в активну роботу по самодіагностиці туберкульозу і створення мотивації до вчасного звернення громадян у лікувально-профілактичні заклади для подальшого кваліфікованого обстеження та за необхідності призначення відповідного лікування.

Мета роботи – визначити необхідність анкетування при ранній діагностиці туберкульозу серед споживачів ін'єкційних наркотиків.

Матеріал і методи. Проаналізовано результати соціологічного опитування СІН [10, 11]. На основі традиційних підходів до соціологічних опитувань у вересні–листопаді 2012 року серед СІН м. Полтави, які є клієнтами програми «зменшення шкоди» Полтавського обласного благодійного фонду

«Громадське здоров'я» було проведене дослідження «Самодіагностика туберкульозу у споживачів ін'єкційних наркотиків», яке мало на меті:

- апробацію і вдосконалення анкети, рекомендованої Агентством США з міжнародної допомоги (USAID) для виявлення туберкульозу на ранніх стадіях і збільшення випадків звернень на обстеження представників груп ризику;

- виявлення СІН з ознаками «туберкульозної настороги» та подальша робота з ними щодо їх звернення для обстеження в профільні лікувально-профілактичні заклади.

Загальна кількість проанкетованих СІН – 101 особа. Опитування громадян проводилось у пунктах обміну шприців програми «Зменшення шкоди», що спрямована на профілактику та пом'якшення негативних медичних, соціальних, економічних та юридичних наслідків у середовищі СІН, які не можуть або не готові відмовитись від вживання наркотиків [12, 13]. Дослідження проводилось соціальними працівниками Полтавського обласного благодійного фонду «Громадське здоров'я», які пройшли попередній інструктаж щодо заповнення анкети (табл. 1).

Результати анкетування оцінювали таким чином: якщо особа давала ствердну відповідь на 3 питання чи більше або ствердну відповідь на одне з перших восьми питань, їй пропонувалось звернутись для подальшого обсте-

Таблиця 1. Анкета для самостійного визначення необхідності обстеження на туберкульоз (USAID, 2012)

№	Запитання	Так/ні
1	Чи є у Вас кашель або покашлювання протягом більш ніж 2 тижні?	
2	Чи спостерігали Ви у себе останнім часом підвищену стомлюваність або слабкість?	
3	Чи була у Вас підвищена пітливість, особливо вночі?	
4	Чи не зменшилася Ваша маса з нез'ясованої причини?	
5	Чи не помічали Ви підвищення температури тіла (до 37,0–37,5 °С) останнім часом?	
6	Чи немає у Вас задишки при незначному фізичному навантаженні?	
7	Чи не тривожить Вас періодично біль у грудній клітці?	
8	Чи був у Вас контакт з хворими на туберкульоз протягом 6 місяців?	
9	Чи є у Вас хронічні захворювання, які знижують імунітет (ВІЛ-інфекція, вірусний гепатит)?	
10	Чи був у Вас за останні 6 місяців серйозний стрес (розлучення, втрата роботи, ув'язнення)?	

ження. Соціальний працівник проводив відповідне консультування з інформуванням про медичні заклади, куди треба звертатися: Полтавський обласний клінічний протитуберкульозний диспансер, поліклінічні відділення за місцем проживання. Особі видавали направлення і пропонували допомогу у здійсненні супроводу.

Результати та їх обговорення. Кількість анкет з відповідями, які викликають фтизіатричну насторогу, – 66, що становить 65,3 %. Кількість виданих направлень – 45 (34,7 %). Одинадцять осіб знали про наявність у них туберкульозу, знаходяться на обліку в ПОКПТД, шість осіб отримують лікування. За направленнями соціального працівника звернулись у тубдиспансер/поліклініку для обстеження (флюорографія) 11 осіб (16,68 %). З 11 осіб, які звернулись за обстеженням, діагноз туберкульоз підтверджено в 1 особи. 16,6 % СІН, які звернулись для подальшого обстеження, – це вельми високий результат для такої ригідної групи, як СІН, і свідчить, з одного боку, про зростаючу довіру СІН до медичних служб, з іншого – про зростання рівня стурбованості станом свого здоров'я і формування навичок відповідальної поведінки. При оцінці даного результату слід враховувати і те, що матеріальне мотивування СІН щодо звернення в тубдиспансер не проводилось, отже, ці 16,6 % (11 з 66 осіб) – це СІН, які добровільно звернулись у медичні установи для обстеження і пройшли його, вмотивовані соціальним працівником і результатами своїх відповідей на запитання анкети.

До якісних результатів дослідження слід віднести доопрацювання самої анкети, у якій, на думку експертів МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» [14, 15], не враховано декілька важливих аспектів туберкульозного епідеміологічного анамнезу та перебігу туберкульозу у СІН, що потребує наступних коректив:

- відокремити питання про перебування в місцях позбавлення волі, тому як саме заклади пенітенціарної системи та особи, які звільняються з них, істотно впливають на приріст нових випадків туберкульозу [15, 16]

- додати питання про соціально-побутові та житлові умови, тому як відсутність постійного місця проживання (міграція, безпри-

тульність), а також проживання в приміщеннях, що знаходяться в незадовільному санітарному стані також підвищують ризик захворювання на туберкульоз;

- додати питання про якість харчування, що також впливає на резистентність організму, яка знижується за умов неповноцінного харчування (недостатнє надходження до організму вітамінів, жирів, голодування та ін.);

- додати питання про мокротиння (з роз'ясненням, що це таке), тому як у СІН наявність мокротиння може бути патогномнічною ознакою, навіть більш значущою, ніж скарги на кашель, тому як унаслідок вживання опіатів та опіодів, до складу яких входить алкалоїд кодеїн (кустарні наркотики «ширка», дезоморфін, аптечні кодеїн-місткі наркотичні препарати «Кодтерпін», «Кофекс» та ін.), який пригнічує кашльовий центр ЦНС, кашльовий рефлекс у СІН слабо виражений [17, 18]. Тому відходження мокротиння може вказувати на наявність патологічного процесу в легенях, який унаслідок пригнічення кашльового рефлексу не супроводжується у СІН помітним кашлем.

Також після рецензування анкети медичним психологом було прийнято рішення змінити негативну настанову на відповідь (формулювання, що містили «ні») на позитивну та/або нейтральну настанову (переформулювання питань без використання частки «ні»). По результатах доопрацювання анкета стала мати такий вигляд (табл. 2). І після доопрацювання анкета містить 15 питань та інструкцію: «Якщо Ви відповіли «так» на 4 питання чи більше або «так» на одне з перших дев'яти питань, Вам слід звернутись для проходження обстеження на туберкульоз» (далі надаються адреси медичних установ у місті Полтава та контактні дані соціального працівника громадської організації для здійснення супроводу за бажання клієнта).

Впровадження методу анкетування у практику даного дослідження та у практику дослідницької роботи з СІН взагалі не випадково. Цей метод є найбільш оптимальним для вирішення низки завдань:

1. Збір інформації в закритих групах, звідки складно отримати інформацію звичайними методами – шляхом спостереження, статистичним методом та ін.

Таблиця 2. Анкета для самостійного визначення необхідності обстеження на туберкульоз (редакція після апробації)

№	Запитання	+/-
1	Чи є у Вас кашель або покашлювання протягом останніх більш ніж 2 тижнів?	
2	Чи спостерігали Ви у себе відходження мокроти* в останні 1–2 місяці?	
3	Чи спостерігали Ви у себе в останній місяць підвищену стомлюваність або слабкість?	
4	Чи була у Вас підвищена пітливість, особливо вночі?	
5	Чи зменшилась Ваша маса з нез'ясованої причини за останній місяць?	
6	Чи помічали Ви підвищення температури тіла (до 37,0–37,5 °С) за останній місяць?	
7	Чи є у Вас задишка при незначному фізичному навантаженні?	
8	Чи тривожить Вас періодично біль у грудній клітці?	
9	Чи був у Вас контакт з хворим на туберкульоз протягом останніх 6 місяців?	
10	Чи є у Вас хронічне захворювання, яке знижує імунітет (ВІЛ-інфекція, вірусний гепатит)?	
11	Чи були Ви за останні 6 місяців у місцях позбавлення волі (колонії, СІЗО)?	
12	Чи доводилось Вам за останні роки змінювати місце проживання 2 рази і більше?	
13	Чи пов'язаний Ваш спосіб життя з необхідністю часто переїжджати з одного населеного пункту в інший у межах країни?	
14	Чи можете Ви назвати свої житлово-побутові умови задовільними?	
15	Чи можете Ви з упевненістю сказати, що достатньо і добре харчуєтесь (харчування регулярне, з їжею потрапляє достатньо вітамінів і т. п.)?	

* Мокрота – слиз із бронхів, який виділяється при відхаркуванні. Мокрота при різних захворюваннях може бути безбарвною, жовтуватою або зеленуватою (домішки гною), з прожилками або згустками крові (при туберкульозі). Звичайно мокрота не має запаху.

2. Передача інформації шляхом її фіксації у запитаннях, що дозволяє не тільки отримати певні дані від респондента (СІН), а і передати йому необхідну інформацію через відповідним чином сформульоване запитання.

3. Формування мотивації до тієї чи іншої дії. У програмах «зменшення шкоди» – це мотивування СІН до більш безпечної поведінки стосовно вживання наркотиків, до відповідального ставлення до свого здоров'я, до проходження обстеження на ВІЛ, інфекції, що передаються статевим шляхом, туберкульоз, до звернення у відповідні медичні установи.

Таким чином, дане анкетування поєднувало в собі три компоненти: дослідницький (вивчення туб-епіданамнезу в середовищі СІН м. Полтави), навчальний (інформування СІН про причини, шляхи передачі, симптоматику туберкульозу та медичні установи, де можна пройти обстеження) та мотиваційний (створення мотивації до проходження обстеження на туберкульоз). В цьому полягає цінність методу анкетування як методу соціально-психологічного дослідження шляхом застосування анкет – структурно-організованих

питань, кожне з яких пов'язано з відповідною метою та завданням дослідження [11]. Анкета, запропонована СІН, була в даному випадку інструментом мотиваційного інтерв'ювання [12], відповідаючи на яку, клієнт (СІН) підвищує рівень знань по даній темі, внаслідок чого активізується його мотивація до турботи про власне здоров'я, до самоконтролю, більш відповідальної поведінки, до звернення на обстеження.

По-перше, для протитуберкульозної служби значення даного дослідження полягало у ранньому виявленні туберкульозу у представників групи ризику, в даному випадку серед найбільш «закритої» групи, якою є СІН. По-друге, завдяки співпраці з громадською організацією (ПОБФ «Громадське здоров'я») у фахівців фтизіатричної служби з'явилась можливість виходу на потенційних пацієнтів, які самі не проявляють турботи про власне здоров'я і знаходяться поза медичним (поліклінічним, диспансерним) сервісом. По-третє, дане дослідження продемонструвало для фтизіатричних служб можливість громадських організацій впливати на епідемічну

ситуацію з туберкульозом, застосовуючи метод охоплення цільових груп, який є тільки в арсеналі громадських організацій – метод аутріч-роботи. Аутріч-робота – це вулична соціальна робота, що має на меті встановлення контакту та надання допомоги тим клієнтам, які не належать до числа користувачів існуючих служб чи послуг і є складнодоступними для закладів системи охорони здоров'я. Вулична робота – це донесення профілактичної інформації до споживачів наркотичних речовин (або до інших закритих соціальних груп) у тих місцях, де вони зазвичай збираються, проводять час. Наприклад, для СІН – це «точки» продажу наркотичних речовин у місті, квартири споживачів, відповідні місця на вулиці тощо [9, 19]. Для даного дослідження були обрані польові пункти обміну шприців, куди СІН щоденно приходять для отримання соціально-психологічних послуг. Прохання «заповнити анкету» було вбудовано в звичайний робочий день соціального працівника і мало звичний як для клієнта, так і для соціального працівника характер бесіди.

Висновки

1. Метод анкетування в середовищі вразливих груп населення може використовуватись з метою не тільки збору інформації, а і проведення просвітницької роботи та створення мотивації у представників уразливих груп щодо звернення у відповідні медичні служби (для обстеження, лікування). Анкета, апробована в ході досліджень у середовищі споживачів ін'єкційних наркотиків, є наразі інструментом створення такої мотивації, тобто мотиваційною анкетування, яку можна надалі застосовувати для самодіагностики не тільки серед представників уразливих груп, а і серед широкого загалу.

2. На зміну поведінки і ставлення споживачів ін'єкційних наркотиків до свого здоров'я вплинули три поєднані між собою фактори, враховані в анкетуванні: вихід соціального

працівника на вулицю, в середовище, прибуттєвим і звичне для СІН (аутріч), коротка анкета з необтяжливими чітко оформленими «закритими» відповідями (експрес-опитування) і підкріплення результатів анкетування відповідними тематичними консультаціями та бесідою, в ході яких соціальний працівник разом з клієнтом аналізував результати анкетування, закріплював знання, отримані клієнтом у ході анкетування, інформував про медичні установи та пропонував послуги супроводу.

3. Рекомендацією для фтизіатричної служби, однією з завдань якої є раннє виявлення випадків туберкульозу в умовах епідемії, є співпраця з громадськими організаціями, які мають контакт з уразливими спільнотами і можуть увійти в таке середовище, використовуючи метод «аутріч».

4. Профілактична медицина та її основний інструмент – санітарно-просвітницька робота – не повинні обмежуватись традиційними методами, такими, як розробка санітарних бюлетенів, прочитати які можна лише відвідавши певну установу. Проводячи профілактично діагностичну роботу у галузі боротьби з туберкульозом, слід пам'ятати, що найбільш уразливі щодо туб-інфікування особи знаходяться на маргінальному становищі, в асоціальному середовищі, в «закритих» спільнотах. Щоб інтервенції в спільнотах, уразливих щодо ВІЛ/туберкульозу (крім СІН до них відносяться жінки комерційного сексу, особи, що страждають на алкоголізм, безпритульні тощо), були ефективними і реально впливали на підвищення виявлення туберкульозу на ранніх стадіях та на збільшення активності населення щодо звернення на обстеження, слід ширше і регулярно застосовувати у практику санітарно-просвітницької роботи такі методи, як мотиваційне анкетування шляхом аутріч, апробоване фахівцями ПОВФ «Громадське здоров'я» спільно з Полтавським обласним клінічним протитуберкульозним диспансером.

Список літератури

1. Туберкульоз в Україні. Аналітично-статистичний довідник за 2000–2010 роки / [Смець І. М., Федько О. А., Черенько С. О. та ін.]. – К., 2011. – С. 6–9.
2. Протокол надання медичної допомоги хворим на туберкульоз. Галузевий стандарт МОЗ України : Наказ від 09.06.06 № 384 / [розроб. Фещенко Ю. І., Кучугура-Кучеренко Л. В., Петренко В. М. та ін.]. – К., 2006. – 87 с.

3. Потрійний діагноз: ВІЛ-інфекція/туберкульоз/наркозалежність (деякі аспекти лікування) : методична збірка / [під ред. К. О. Беляєвої]. – Миколаїв, 2012. – 80 с.
4. Вісник з питань туберкульозу в Україні. Програма «Зупинимо туберкульоз в Україні» / [під ред. Т. Білик]. – 2012. – Травень–червень. – № 1. – 24 с.
5. 2012 Annual Report Of The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. – Geneva, Switzerland, 2013. – P. 55–56.
6. Зріз наркотичної ситуації в Україні 2012 (дані 2011 року) / [Вієвський А. М., Жданова М. П., Сидяк С. В. та ін.]. – К. : Український медичний та моніторинговий центр з алкоголю та наркотиків МОЗ України, 2012. – С. 11–12.
7. Волик А. М. Моніторинг розповсюдженості ВІЛ-інфекції в середовищі споживачів ін'єкційних наркотиків м. Полтави / А. М. Волик // Актуальні проблеми сучасної медицини : Вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2004. – Т. 4, вип. 2 (8). – С. 75–79.
8. Оцінка можливостей розвитку програм профілактики ВІЛ в середовищі споживачів ін'єкційних наркотиків / [Балакірєва О. М., Варбан М. Ю., Яременко О. О. та ін.]. – К. : Центр «Соціальний моніторинг», 2003. – 230 с.
9. Шаг за шагом: проблемы сообщества потребителей инъекционных наркотиков и пути их решения : [методические рекомендации / под ред. Т. Дешко]. – К. : МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине», 2004. – 195 с.
10. Колесникова О. Л. Тест-опросник для консультантов ВИЧ-сервисных служб / О. Л. Колесникова. – Полтава : Благотворительный фонд «Анти-СПИД», 1999. – 44 с.
11. Ядов В. Я. Социологическое исследование. Методология, программа, методы / В. Я. Ядов. – М. : Наука, 1972. – 238 с.
12. Мотивационное интервьюирование лиц, употребляющих инъекционные наркотики : [методические рекомендации / под ред. А. Храпаль]. – К. : МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине», 2004. – 108 с.
13. Протопопов А. О. Коротка історія розвитку програм Зменшення Шкоди в Україні / А. О. Протопопов // Зменшення шкоди в Україні: концепція, практика, досвід України / [під ред. О. Кучерук]. – К. : Всеукраїнська асоціація зменшення шкоди, Міжнародний фонд «Відродження», 2002. – С. 21–25.
14. Шаповал Ганна. Стратегія Зменшення Шкоди від вживання наркотиків / Ганна Шаповал // Зменшення шкоди в Україні: концепція, практика, досвід України / [під ред. О. Кучерук]. – К. : Всеукраїнська асоціація зменшення шкоди, Міжнародний фонд «Відродження», 2002. – С. 12.
15. Протокол робочої зустрічі координаторів проектів «зменшення шкоди» та профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу серед вразливих верств населення Східного регіону України, які реалізують проекти за підтримки МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 12–14 листопада 2012 р.
16. Полирезистентный туберкулез: угроза человечеству : сборник статей. – М. : Институт Открытого общества, «Практика», 2001. – 180 с.
17. Минко А. И. Наркология / А. И. Минко, И. В. Линский. – [2-е изд., испр. и дополн.]. – М. : Эксмо, 2004 – 736 с.
18. Компендиум 2000/2001 – лекарственные препараты / [под ред. В. Н. Коваленко, А. П. Викторова]. – К. : Морион, 2000. – 1456 с.
19. Нейдлман Г. А. Розумна політика стосовно наркотиків / Г. А. Нейдлман // Соціальна політика і соціальна робота. – 2001. – № 3 (19). – С. 2–3.

Т.М. Жабо, А.Н. Волик, І.А. Голованова

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА АНКЕТИРОВАНИЯ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА СРЕДИ НАИБОЛЕЕ УЯЗВИМЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ НА ПРИМЕРЕ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ Г. ПОЛТАВЫ

Приведены данные о распространенности туберкулеза в среде потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), факторах, обуславливающих уязвимость данной категории населения к

туберкулезу и формирующих низкую мотивацию к обращению для обследования. Путем анкетирования в среде ПИН, которое сочетало в себе элементы обучения с методикой мотивационного интервьюирования и консультирования, удалось позитивно повлиять на поведение ПИН г. Полтавы, динамику их обращаемости к медикам и их мотивацию относительно обследования на туберкулез. Проанализированы факторы влияния на мотивацию представителей уязвимых к туберкулезу групп относительно прохождения обследования, даны рекомендации специалистам фтизиатрической службы и организаторам санитарно-просветительской работы по оптимизации профилактических интервенций среди населения в сфере противодействия эпидемии туберкулеза с использованием опыта общественных организаций и в сотрудничестве с ними.

Ключевые слова: туберкулез, потребители инъекционных наркотиков, метод анкетирования, мотивационное интервьюирование, аутич, санитарно-просветительская работа.

T.M. Zhabot, A.N. Volik, I.A. Golovanova

USING OF THE QUESTIONNAIRES IN THE EARLY DIAGNOSTICS OF TUBERCULOSIS AMONG THE MOST VULNERABLE GROUPS AN EXAMPLE INJECTING DRUG USERS IN POLTAVA

The data on tuberculosis prevalence in injection drug users (IDU's), TB-vulnerability factors of IDU's and decreasing motivation of appeal for diagnostic are represented. Questionnaire method in environment IDU's, which combining a learning elements with motivational interviewing and advise, managed positively effect amongst IDU's, dynamics of their referral to physicians and their motivation regarding screening for tuberculosis. The factors of optimization the motivation of vulnerable groups, concerning of testing on tuberculosis are analysed, recommendations to the organizers of health education and tuberculosis service for optimize preventive interventions among the population in sphere of anti-tuberculosis epidemic using the experience of NGOs and in cooperation with them are provided.

Key words: tuberculosis, injection drug users, questionnaire method, motivational interviewing, outreach, health education.

УДК 616.3-036.83-058.88:614.2

Е.В. Карая, А.В. Паровина, А.С. Галичева

Харьковский национальный медицинский университет

**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ И ЗАДАЧИ
СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА
В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА**

Проанализированы основополагающие принципы реабилитации гастроэнтерологических больных пожилого возраста. Рекомендации работы подтверждают важность и необходимость дальнейшего развития и совершенствования медицинской реабилитации в Украине.

Ключевые слова: *медицинская реабилитация, гастроэнтерологические больные, основополагающие принципы медицинской реабилитации.*

Среди медико-социальных проблем современного здравоохранения реабилитация отводится особо важная роль. Это обусловлено тем, что реабилитация представляет собой систему мероприятий государственной значимости, от действенности выполнения которых в определенной степени зависит результирующая эффективность решения широкого диапазона лечебно-профилактических проблем клинической медицины. Под реабилитацией принято понимать систему медицинских, социально-экономических, гуманистических и других мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности, на эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов в общество и к общественно-полезному труду [1, 2].

В странах СНГ в ходе развития и совершенствования организации медицинской реабилитации отмечена слабая обеспеченность кадрами и низкая их квалификация, нехватка оборудования и помещений, недостаточная медицинская пропаганда успехов и возможностей реабилитации, что снижает полноту охвата и ее эффективность. В программах клинических дисциплин недоста-

точно представлены вопросы реабилитации и трудоустройства инвалидов [2].

Некоторые авторы предлагают не обучение студентов, а повышение квалификации специалистов на соответствующих профильных кафедрах. Программа усовершенствования врачей должна включать цикл лекций и занятий по вопросам организации и методам медицинской реабилитации на базе ЦМР [3, 4]. Аналогичные изменения должны быть внесены в программу подготовки средних медицинских работников. Необходимо расширить творческое сотрудничество учреждений здравоохранения с научно-исследовательскими и медицинскими институтами. Некоторые авторы считают, что все специалисты по профилю наряду с семейными врачами должны быть подготовлены и ответственны за реабилитацию больных. Врач общей практики – это основное ответственное лицо за организацию и проведение медицинской реабилитации, независимо от того, осуществляется она в домашних или поликлинических условиях. ВОЗ рекомендует врачу широкого профиля овладевать знаниями, касающимися психологического, профессионального и физического ведения таких больных. Эти рекомендации особенно актуальны для

© *Е.В. Карая, А.В. Паровина, А.С. Галичева, 2013*

врачей, работающих в районах, не охваченных сегодня системой поэтапной медицинской реабилитации.

Совершенствование здравоохранения, политические и социальные изменения, происходящие в настоящее время, заставляют пересматривать отношение к пожилому больному и его реабилитации [4, 5]. Современные исследования показали, что очень многие проблемы, с которыми сталкиваются пожилые, обусловлены не процессами старения, а недостаточным вниманием к реабилитации пожилых после перенесенных заболеваний [3, 6].

У лиц пожилого возраста имеется тенденция к хронизации процесса и сочетанной патологии. Среди заболеваний желудочно-кишечного тракта наиболее часто встречаются хронический гастродуоденит (20 %) и заболевания желчевыделительной системы (15 %). Особенностью геронтологических больных является проблематичность в приеме лекарственных препаратов: несвоевременный прием, плохое материальное положение, множественный прием препаратов в течение дня в зависимости от преобладания различных заболеваний [6].

В настоящее время существует три основных направления реабилитации пациентов пожилого возраста: первое – сдерживание интенсивности физиологических процессов старения; второе – создание программ реабилитации, направленных на сохранение наиболее важных функций, обеспечивающих нормальную физическую и социальную активность и подвергающихся высокому риску утраты; третье – создание медицинских и социальных программ, направленных на реабилитацию после определенных заболеваний или поддержание максимально возможного качества жизни в состоянии инвалидности.

Разработка семейным врачом конкретной программы реабилитации и формулировка рекомендаций любому больному с патологией органов пищеварения предполагают в первую очередь применение комплекса мер по устранению или смягчению этиологических факторов, приводящих к возникновению или рецидиву заболевания, психоэмоциональных, экологических и других факторов. Вторая важная направленность реабилитационных мероприятий – повышение защитных спо-

собностей организма путем активации основных адаптационных механизмов: вегетативных, нейрогуморальных, регенераторных, эндокринных, психических, метаболических и др.

Гастроэнтерологические заболевания в пожилом возрасте в основном протекают так же, как и у больных более молодого возраста. Но возрастные изменения, перенесенные ранее заболевания и образ жизни больных накладывают свой отпечаток на клинические проявления этих болезней.

Клиницистам, занимающимся лечением и реабилитацией пожилых больных с заболеваниями системы пищеварения, необходимо руководствоваться следующими принципами.

- Нормальные физиологические изменения пищеварительного тракта незначительны, и нужно провести тщательный клинический и инструментальный осмотр, прежде чем отнести жалобы больного только к возрастным проявлениям.

- У пожилых больных уменьшена степень адаптации к болезни, и поэтому чем раньше поставлен диагноз, тем успешней будет лечение и тем меньше вероятность осложнений.

- Результаты лечения должны быть реалистичны и индивидуальны, врач должен добиться восстановления ранее существовавшего физиологического состояния и образа жизни пожилого больного.

- Мультиморбидность у пожилых людей не только изменяет клиническую картину заболевания, но и ограничивает возможность лекарственной терапии, поэтому при подборе терапии нужно избегать препаратов, неблагоприятно влияющих на сопутствующие заболевания пациента.

- Синдром раздраженной кишки, часто встречающийся у пожилых, как правило, является продолжением заболевания, начавшегося в более молодом возрасте, и его дебют после 60 лет требует тщательного клинического и инструментального обследования для исключения всех возможных заболеваний.

- Эндоскопическое хирургическое пособие должно быть средством выбора у пожилого больного при необходимости хирургического лечения, поскольку позволяет уменьшить число смертельных осложнений в послеоперационном периоде.

Основные ошибки и трудности, возникающие в ходе реабилитации, следующие:

- врачебные ошибки в диагностике заболеваний и сопутствующей патологии, лечении;
- неверная постановка конечной цели реабилитации;
- неправильно составленный план реабилитации;
- отказ от общения, убеждения и обучения родственников и/или социальных работников;
- ошибки, связанные с оценкой приоритетов больного и его семьи;
- ошибки лечения – пренебрежение психотерапией;
- отсутствие ухода и профилактических мероприятий, что может приводить к язвам, контрактурам, тревоге, депрессии;
- ошибка среднего медицинского персонала (отсутствие внимания к больному, заботы, одобрения);
- ошибки, связанные с неправильной оценкой памяти, интеллекта и психологического состояния больного;
- ошибки, связанные с неправильной оценкой физической силы и выносливости больного;

- ошибки, связанные с особенностями лекарственной терапии у данного больного;
- отсутствие постоянного мониторинга за реабилитацией;

• длительный период реабилитации или ухудшение в ходе реабилитации.

Всего одна из ошибок реабилитационных мероприятий может свести на нет все усилия.

Несовершенство законодательства о здравоохранении препятствует реализации программ реабилитации и особенно реабилитации геронтологических больных с различными нозологическими формами. Если в системе здравоохранения предпринимаются определенные меры по формированию службы медицинской реабилитации, то в других системах эти мероприятия носят случайный характер. Требуют решения вопросы взаимоотношений систем образования, социального обеспечения, промышленности, санаторных служб, службы занятости населения и др. Не решены вопросы подготовки и повышения квалификации врачей – реабилитологов и семейных врачей. Все это указывает на необходимость глубокого всестороннего исследования возможностей организации системы медицинской реабилитации.

Список литературы

1. Грандо А. Л. Реабилитация больных в амбулаторно-поликлинических условиях / А. Л. Грандо, З. Д. Дмитриева // Сов. здравоохранение. – 1980. – № 6. – С. 17–19.
2. Общие вопросы реабилитации больных и инвалидов : метод. рекомендации / сост. Е. А. Турович, Е. С. Скобля. – Мн., 1984. – 31 с.
3. Барановский А. Ю. Реабилитация гастроэнтерологических больных в работе терапевта и семейного врача / А. Ю. Барановский. – СПб. : ООО «Издательство Фолиант», 2001. – 416 с.
4. Журавлева К. И. Совершенствование медицинской реабилитационной службы крупного города / К. И. Журавлева, С. А. Матвеев // Сов. медицина. – 1984. – № 7. – С. 75–79.
5. Роговой М. А. Изучение труда медицинского персонала отделений восстановительного лечения поликлиник для целей нормирования / М. А. Роговой, В. Е. Ладыгина, С. Н. Чемякина // Медицинский персонал поликлиник, его планирование и рациональное использование : сб. науч. тр. – М., 1983. – С. 25–28.
6. Лазебник Л. Б. Заболевание органов пищеварения у пожилых / Л. Б. Лазебник, В. Н. Дроздов. – М. : Анахарсис, 2003. – 208 с.

О.В. Карая, Г.В. Паровіна, Г.С. Галічева

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ТА ЗАДАЧІ СУЧАСНОЇ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Проаналізовано основоположні принципи реабілітації гастроентерологічних хворих похилого віку. Рекомендації роботи підтверджують важливість і необхідність подальшого розвитку і вдосконалення медичної реабілітації в Україні.

Ключові слова: медична реабілітація, гастроентерологічні хворі, принципи медичної реабілітації.

E.V. Karaya, A.V. Parovina, A.S. Galicheva

MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS AND CHALLENGES OF MODERN MEDICAL REHABILITATION OF GASTROENTEROLOGICAL ELDERLY PATIENTS IN FAMILY DOCTOR PRACTICE

The fundamental principles of rehabilitation of gastroenterological patients of advanced age are analysed. Recommendations and confirm the importance of the need for further development and improvement of medical rehabilitation in Ukraine.

Key words: *medical rehabilitation, gastroenterological patients, principles of medical rehabilitation.*

УДК 614.2:577.4-02

*Н.М. Кізлова**Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова***АНАЛІЗ ЧОТИРИРІЧНОГО ПРОФІЛЮ ТРИВАЛОСТІ ЛІКУВАННЯ
ПАЦІЄНТІВ З ВИРАЗКОВОЮ ХВОРОБОЮ ТА ЕРОЗІЯМИ
ШЛУНКА І ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ
В ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНОМУ ДЕННОМУ СТАЦІОНАРІ
ЗА КВАНТИЛЬНОЮ РЕГРЕСІЄЮ**

Когортним дизайном обстежено 400 пацієнтів з виразкою чи ерозією шлунка та 12-палої кишки протягом 4 років з моменту встановлення діагнозу, всього 1600 пацієнто-років. Основними результуючими ознаками були тривалість лікування послідовних випадків госпіталізації в денний гастроентерологічний стаціонар м. Вінниці. Скорочення тривалості лікування послідовних випадків госпіталізації розцінювалось як показник ефективності лікування. Дані проаналізовано за допомогою квантильної регресії. Особлива увага приділена 90%-му центилі тривалості лікування як чутливому до якості лікування. Простежено скорочення тривалості лікування послідовних випадків госпіталізації по всіх групах пацієнтів. Також відмічено суттєві відмінності в динаміці тривалості лікування залежно від факторів пацієнта і лікувального процесу.
Ключові слова: виразкова хвороба, ерозії шлунка і дванадцятипалої кишки, денний стаціонар.

Виразкова хвороба є актуальною для суспільства медичною проблемою з важливим економічним змістом. Від 8 до 10 % зайнятого населення страждає на це захворювання. У осіб молодого віку дуоденальні виразки зустрічаються у 4 рази частіше, ніж медіогастральні. Чоловіки хворіють у 2–5 разів частіше, ніж жінки, з вирівнюванням після 40 років. У зв'язку з реформою системи охорони здоров'я м. Вінниці створено гастроентерологічний денний стаціонар замість цілодобового. Виразки і ерозії шлунка та 12-палої кишки становлять понад 60 % випадків госпіталізації.

Мета даного дослідження полягала у вивченні ефективності лікування вказаних захворювань з моменту виявлення (першої госпіталізації) впродовж перших чотирьох років.

Матеріал і методи. Дані організовані у вигляді панельного масиву, який включає всі випадки госпіталізації з приводу виразки

шлунка (ВШ), 12-палої кишки (ВДПК), ерозії шлунка (ЕШ) та бульбарного відділу 12-палої кишки (ЕБ) в єдиний у м. Вінниці гастроентерологічний денний стаціонар. Вибрано випадки з першим у житті епізодом госпіталізації (і встановлення діагнозу) протягом 2007–2009 років і простежено наступні госпіталізації в перші чотири роки після встановлення діагнозу. Всього 400 пацієнтів і, відповідно, 1600 пацієнто-років спостереження. Як міри ефективності лікування взяті динаміка середніх та значень 90%-го центилі тривалості лікування у денному стаціонарі та річних кратностей лікування у денному стаціонарі. Саме динаміка значень 90%-го центилі є чутливим індикатором успішності лікування, відповідно, розбіжності у динаміці значень 90%-го центилі є чутливим індикатором факторів пацієнта та лікування [3, 4]. Для оцінки ефектів цих факторів ми використали квантильну регресію [4, 5].

© Н.М. Кізлова, 2013

90%-й центиль змінної Y визначається як інверсна функція виду:

$$Q(0,9) = \inf \{y : F(y) \geq 0,9\}$$

з кумулятивною функцією розподілу $YF(y)$:

$$F(y) = \text{Prob}(Y \leq y).$$

Регресійні коефіцієнти $\beta(0,9)$ квантильної регресії визначають лінійну кондинційну (за вектором факторів x) квантильну функцію:

$$Q(0,9 | X = x) = x' \beta(0,9)$$

і вираховуються через мінімізацію функції:

$$\beta(0,9) = \arg \min \sum_{i=1}^n \rho_{0,9}(y_i - x' \beta),$$

де $\rho_{0,9}(z) = z(0,9 - I(z < 0))$ є функцією втрат; $I(\bullet)$ є індикаторною функцією. Як видно, функція втрат $\rho_{0,9}$ надає ваги 1–0,9 до позитивних залишків $y_i - x' \beta$ і ваги 1–0,9 до негативних залишків.

Результати та їх обговорення. Тривалість лікування є важливою категорією ефективності роботи стаціонара. Відомо, що збільшення тривалості лікування першого епізоду госпіталізації збільшує тривалість ремісії і, відповідно, час до наступної госпіталізації.

Динаміку середньої та максимальної тривалості лікування в гастроентерологічному відділенні в цілому та зокрема у розрізі по-

сади лікуючого лікаря зображено на рис. 1. Для стабілізації показника як максимальній використані 90%-ві центилі його розподілу.

З графічного зображення видно, що середні терміни наступних госпіталізацій зменшуються, що доводить ефективність роботи гастроентерологічного стаціонара. Як середні терміни, так і їхня динаміка не мали суттєвих розбіжностей у розрізі посади лікуючого лікаря.

Проте логічно чутливою до посади лікуючого лікаря виявилась динаміка 90%-го центиля тривалості лікування в гастроентерологічному відділенні. Для статистичного аналізу даного феномена ми використали квантильну регресію, ефекти якої на 0,9-му квантилі (табл. 1) свідчать про достовірність залежності динаміки термінів лікування від посади лікаря (коефіцієнт Вальда = 12,8; $p=0,0016$). Контрасти ефектів динаміки здійснювались по відношенню до ефекту тривалості лікування в четвертому році у лікуючого лікаря – працівника кафедри. Спостерігається загальна закономірність – суттєве зниження тривалості наступних епізодів лікування залежно від посади лікаря. Найбільше скоро-

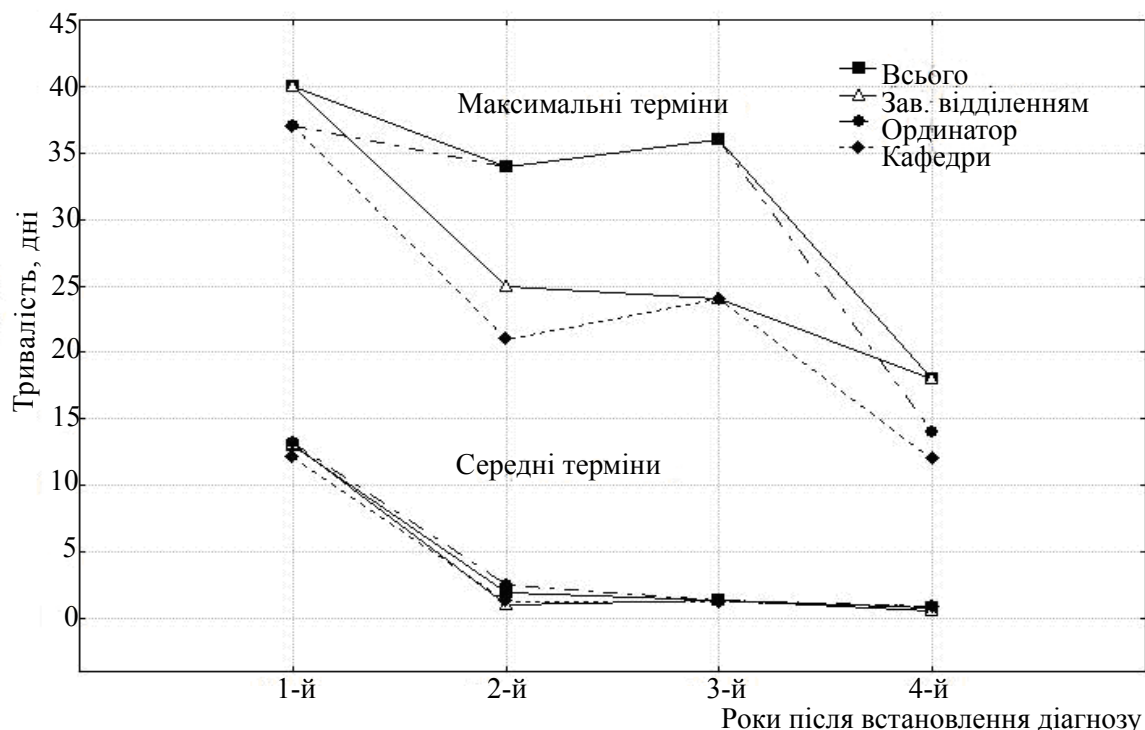


Рис. 1. Динаміка середньої та максимальної тривалості лікування в гастроентерологічному відділенні у розрізі посади лікуючого лікаря

Таблиця 1. Вплив посади лікаря на 90%-й центиль тривалості лікування в гастроентерологічному відділенні в роки після встановлення діагнозу (оцінки за квантильною регресією, симплекс-метод)

Лікар	Рік	β	95 % ДІ	
Зав. відділенням	1	18	1,23	26,00
	2	9	-2,01	7,00
	3	7	0,12	12,00
	4	0	0,00	0,00
Ординатор	1	22	5,22	26,82
	2	11	7,95	13,41
	3	8	7,83	9,41
	4	0	0,00	0,01
Кафедри	1	14	2,13	18,61
	2	2	-11,87	19,97
	3	1	-11,87	13,23
	4*	0	0,00	0,00

Примітки: 1. Тест Вальда = 12,8; $p=0,0016$.

2. * Референтна група.

чення тривалості наступного епізоду лікування спостерігалось за лікуючого лікаря – працівника кафедри (14/2=7). Менш виражена динаміка зменшення тривалості наступних епізодів лікування у завідувача відділення та лікарів-ординаторів (ефект скорочення 2). Це

дає підставу стверджувати, що більш ефективне лікування надають саме працівники кафедри.

Динаміка середньої тривалості лікування в гастроентерологічному відділенні у розрізі діагнозів практично однакова (рис. 2) з дещо

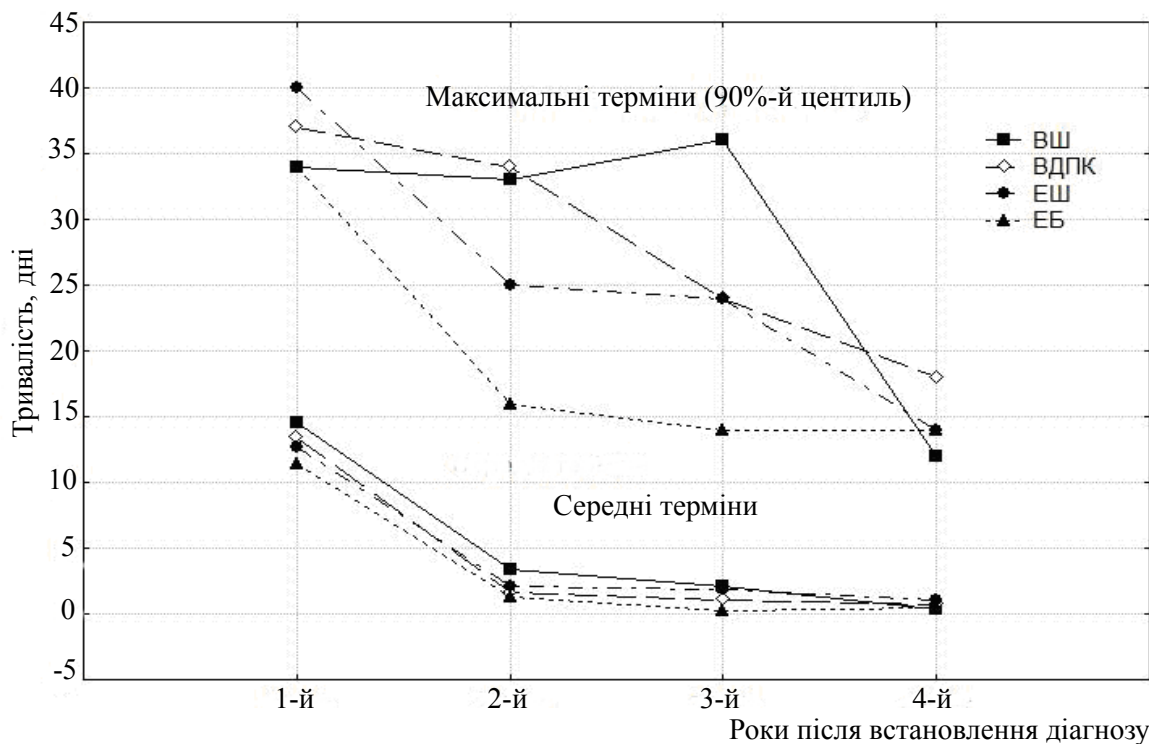


Рис. 2. Динаміка середньої та максимальної тривалості лікування в гастроентерологічному відділенні у розрізі діагнозів

більшими термінами при ВШ та ВДПК, які при наступних епізодах вирівнюються. Проте динаміка 90%-го центиля тривалості лікування в гастроентерологічному відділенні розрізнялась залежно від діагнозу. Найбільше скорочення наступних термінів лікування спостережено у хворих з ЕБ з L-подібною кривою динаміки. Найбільш складним для ефективного лікування виявилась ВШ з найбільш резистентною динамікою впродовж перших трьох років.

Результати аналізу за квантильною регресією свідчать про достовірність залежності динаміки 90%-го центиля термінів лікування від діагнозу (коефіцієнт Вальда = 14,4; $p < 0,001$) [5, 6]. Контрасти ефектів динаміки здійснювались по відношенню до ефекту тривалості лікування в четвертому році за ЕБ. У розрізі всіх діагнозів (за виключенням ВШ) спостерігається загальна закономірність – суттєве зниження тривалості наступних епізодів лікування. Найбільше скорочення тривалості наступного епізоду лікування спостерігалось у хворих на ЕБ ($16/6=2,7$). Це вказує на необхідність більш інтенсивного лікування та більш ранньої і тривалішої реабілітації при ВШ.

Логічно також простежити динаміку наступних термінів лікування у розрізі на-

вантаження супутніми хворобами (рис. 3). Динаміка середньої тривалості лікування в гастроентерологічному відділенні у розрізі значень індексу коморбідності Чарлсона теж виявилась схожою, проте з меншими початковими термінами при відсутності супутніх хвороб (нульове значення індексу). Проте динаміка 90%-го центиля тривалості лікування в гастроентерологічному відділенні розрізнялась. Найбільше скорочення наступних термінів лікування спостерігалось саме при відсутності супутніх захворювань. Найбільш складними для ефективного лікування виявились пацієнти з індексом коморбідності Чарлсона більше за 4. Саме у них була найбільш резистентна динаміка впродовж перших трьох років.

Результати аналізу за квантильною регресією свідчать про достовірність залежності динаміки 90%-го центиля термінів лікування від індексу коморбідності Чарлсона (коефіцієнт Вальда = 17,7; $p = 0,0005$). Контрасти ефектів динаміки здійснювались по відношенню до ефекту тривалості лікування в четвертому році у пацієнтів з індексом, що перевищує 4, градація « ≥ 5 ». У розрізі всіх значень показника (за виключенням діапазону значень 5 і більше) спостерігається загальна закономірність – суттєве зниження тривалості

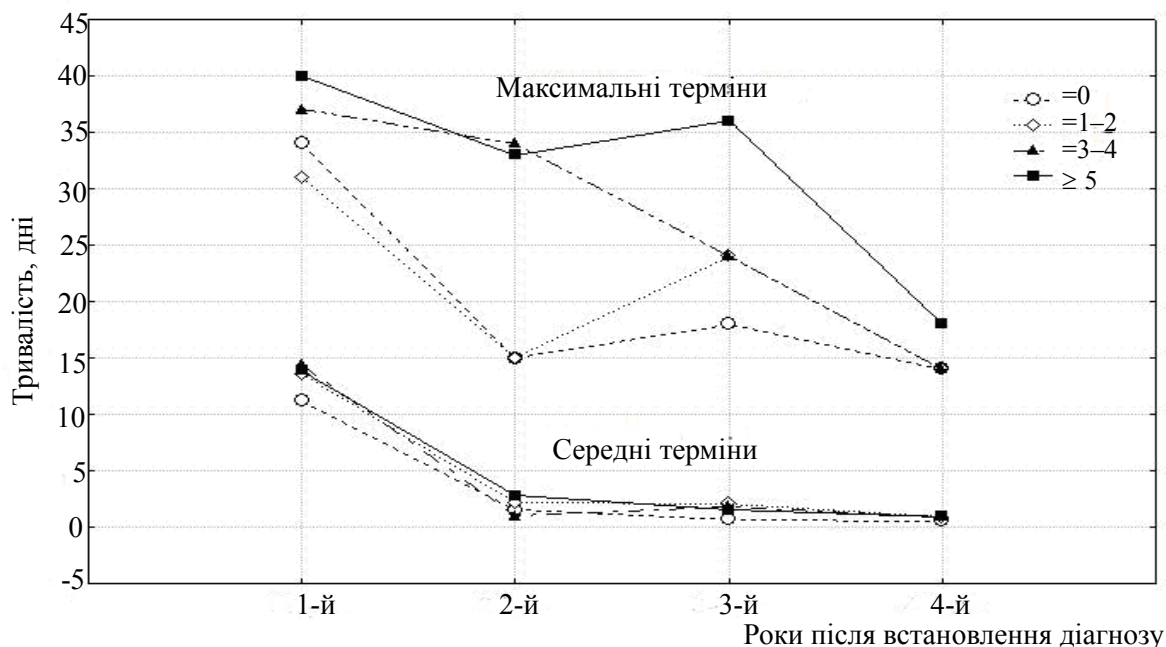


Рис. 3. Динаміка середньої та максимальної тривалості лікування в гастроентерологічному відділенні у розрізі індексу Чарлсона

наступних епізодів лікування. Це вказує на необхідність більш ретельного лікування супутньої патології під час лікування в денному стаціонарі та тривалішої реабілітації основного захворювання при значеннях показника, що перевищують 4.

Середні та значення 90%-х центилей тривалості лікування в гастроентерологічному відділенні в роки після встановлення діагнозу в розрізі зайнятості пацієнтів наведені в табл. 2. Видно, що ефект лікування

центиль не знижувався менше 12. Досить резистентною є динаміка і у осіб середнього віку. Результати аналізу за квантильною регресією свідчать про достовірність залежності динаміки 90%-го центиля термінів лікування від віку пацієнта (коефіцієнт Вальда = 12,7; $p=0,047$).

Проаналізувавши можливий вплив досліджених факторів ризику, ми знайшли (табл. 4), що ожиріння та артеріальна гіпертензія (АГ) значно впливають як на початкові

Таблиця 2. Середні та значення 90%-х центилей тривалості лікування в гастроентерологічному відділенні в роки після встановлення діагнозу в розрізі зайнятості пацієнтів

Рік	Не зайняті		Зайняті	
	середні	90%-й центиль	середні	90%-й центиль
2009	12,62	27	13,34	26
2010	2,16	13	1,68	13
2011	1,39	12	1,36	13
2012	1,13	11	0,54	7

очевидний в обох групах пацієнтів за динамікою як середніх, так і значень 90%-го центиля, проте сприятливіша динаміка спостерігається в зайнятих пацієнтів. Результати аналізу за квантильною регресією свідчать про достовірність залежності динаміки 90%-го центиля термінів лікування від зайнятості пацієнта (коефіцієнт Вальда = 15,3; $p<0,0001$).

Середні та значення 90%-х центилей тривалості лікування в гастроентерологічному відділенні в роки після встановлення діагнозу в розрізі віку пацієнтів наведені в табл. 3.

середні терміни лікування, так і на динаміку їх 90%-го центиля (рис. 4). При цьому криві динаміки значень 90%-го центиля тривалості лікування паралельні, що вказує на достовірно вищі терміни лікування наступних епізодів (тест Вальда = 19,1; $p<0,0001$).

З даних табл. 4 видно, що найбільше скорочення тривалості наступного епізоду лікування спостерігалось у референтній групі (10/2=5), де і були найнижчі регресійні коефіцієнти на 3–4-му роках після встановлення діагнозу.

Таблиця 3. Середні та значення 90%-х центилей тривалості лікування в гастроентерологічному відділенні в роки після встановлення діагнозу в розрізі віку пацієнтів

Рік	До 30 років		30–50 років		Більше 50 років	
	середні	90%-й центиль	середні	90%-й центиль	середні	90%-й центиль
2009	11,11	25	13,79	26	13,90	29
2010	2,22	13	1,85	12	1,63	13
2011	1,25	9	1,39	14	1,46	12
2012	0,44	2	0,73	9	1,19	12

Простежується чіткий ефект лікування в розрізі усіх вікових груп за динамікою як середніх, так і значень 90%-го центиля, проте сприятливіша динаміка спостерігається в молодих пацієнтів. У старшому віці 90%-й

Середні та значення 90%-х центилей тривалості лікування в гастроентерологічному відділенні в роки після встановлення діагнозу залежно від наявності хелікобактера наведені в табл. 5. Видно, що ефект лікування оче-

Таблиця 4. Вплив наявності ожиріння та АГ на 90%-й центиль тривалості лікування в гастроентерологічному відділенні в роки після встановлення діагнозу (оцінки за квантильною регресією, симплекс-метод)

Група	Рік	β	95 % ДІ	
Референтна	1	10	3,05	12,82
	2	2	-2,96	5,62
	3	-8	-13,96	-2,96
	4	-8	-13,96	-3,99
+ АГ	1	17	7,85	21,04
	2	4	-1,76	6,90
	3	-5	-9,01	-1,02
	4	-4	-7,77	-0,41
Ожиріння	1	19	9,43	23,11
	2	4	-1,64	7,21
	3	-3	-6,28	1,72
	4	-1	-4,93	3,44
Ожиріння + АГ	1	21	10,87	25,09
	2	6	1,00	8,73
	3	1	-2,12	4,01
	4*	0	0,00	0,00

Примітки: 1. Тест Вальда = 19,1; $p=0,0001$.

2. * Референтна група.

видний в обох групах пацієнтів за динамікою як середніх, так і значень 90%-го центиля. Криві зниження середніх значень паралельні

з меншими термінами у пацієнтів з відсутнім хелікобактером. Більші відмінності у динаміці значень 90%-го центиля (коефіцієнт Валь-

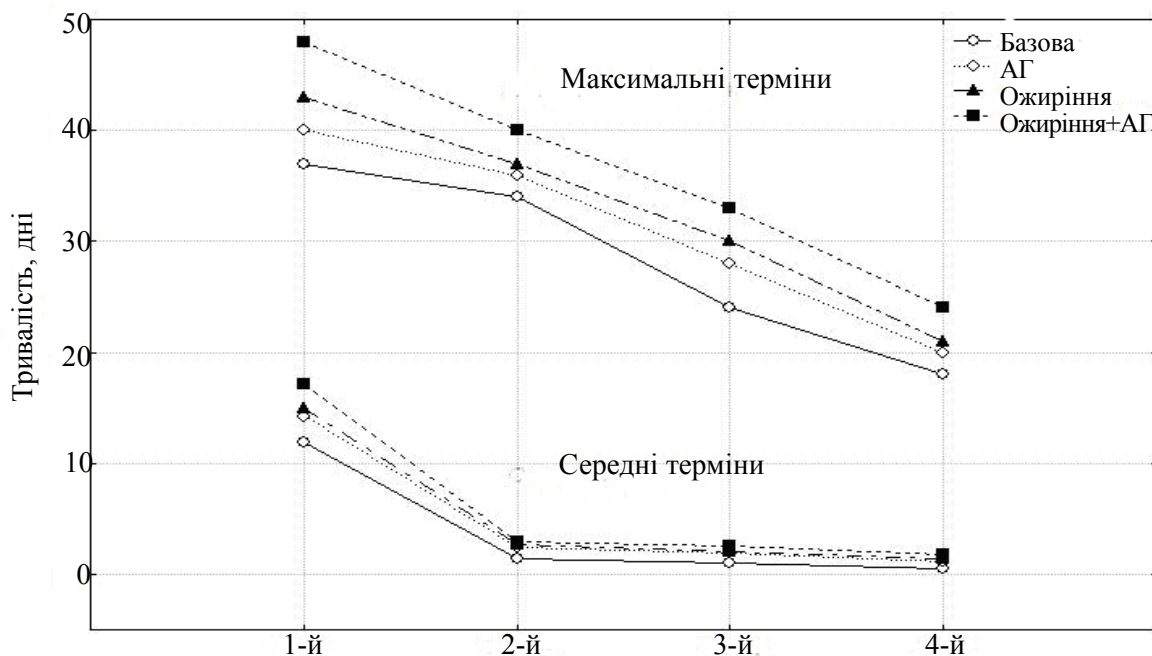


Рис. 4. Динаміка середньої та максимальної тривалості лікування в гастроентерологічному відділенні залежно від наявності ожиріння та АГ

Таблиця 5. Середні та значення 90%-х центилей тривалості лікування в гастроентерологічному відділенні в роки після встановлення діагнозу залежно від наявності хелікобактера

Рік	Хелікобактер –		Хелікобактер +	
	середні	90%-й центиль	середні	90%-й центиль
2009	12,46	25	14,14	29
2010	1,28	11	3,10	14
2011	1,12	11	1,88	14
2012	0,52	5	1,36	12

да = 11,2; $p < 0,001$). За наявності хелікобактера значення 90%-го центиля не знижувались менше 12.

Отже, використання значень 90%-го центиля розподілу тривалості лікування є чутливим індикатором для вивчення факторів ефективності лікування в умовах денного стаціонара. Фактично по всіх групах хворих спостерігалась чітка тенденція до зменшення термінів лікування при наступних зверненнях. Ми трактуємо цей факт як свідчення ефективності лікування вказаних захворювань в умовах денного стаціонара. Проте встановлені і певні залежності від факторів пацієнта і процесу лікування. Так, найбільше скорочення тривалості наступного епізоду лікування спостерігалось саме за лікуючого лікаря – працівника кафедри. Найбільш складним для ефективного лікування виявилась ВШ з найбільш резистентною динамікою впродовж перших трьох років. Найбільше скорочення наступних термінів лікування спостерігалось саме при відсутності супутніх захворювань. Найбільш складними для ефективного лікування виявились пацієнти з індексом коморбідності Чарлсона, більшим за 4. Саме у них спостерігалась найбільш резистентна динаміка впродовж перших трьох років. Проаналізувавши можливий вплив досліджених факторів ризику, ми знайшли, що ожиріння та АГ значно впливають як на почат-

кові середні терміни лікування, збільшуючи їх, так і на динаміку їх 90%-го центиля, уповільнюючи зменшення його значень. Вік, зайнятість пацієнтів, наявність хелікобактера також достовірно впливали на ефективність лікування.

Висновки

1. Значення 90%-го центиля розподілу тривалості лікування є чутливим індикатором для вивчення факторів ефективності лікування.

2. По всіх групах хворих спостерігалась чітка тенденція до зменшення термінів лікування при наступних зверненнях. Ми трактуємо цей факт як свідчення ефективності лікування вказаних захворювань в умовах денного стаціонара.

3. Найбільше скорочення тривалості наступного епізоду лікування спостерігалось саме за лікуючого лікаря – працівника кафедри.

4. Найбільш складною для ефективного лікування виявилась виразка шлунка.

5. При індексі коморбідності Чарлсона 4 і більше відмічалась резистентна динаміка впродовж перших трьох років спостереження.

6. Ожиріння та артеріальна гіпертензія значно впливають як на початкові середні терміни лікування, збільшуючи їх, так і на динаміку їх 90%-го центиля, уповільнюючи зменшення його значень.

Список літератури

1. Аруин Л. И. Качество заживления гастродуоденальных язв: функциональная морфология, роль методов патогенетической терапии / Л. И. Аруин // Эксперим. и клин. гастроэнтерология. – 2006. – № 5. – С. 1–5.
2. Передерий В. Г. Язвенная болезнь. Прошлое, настоящее, будущее / В. Г. Передерий, С. М. Ткач, С. В. Скопиченко. – К., 2003. – 256 с.
3. Goh K.-L. Management strategies for treatment failures / K.-L. Goh // Helicobacter pylori resistance and management strategies : World Congress of Gastroenterology. – Montreal, 2005.

4. Yu K. Quantile regression: application and current research areas / K. Yu, Z. Lu, J. Stabder // The Statistician. – 2003. – V. 52. – P. 331–350.
5. Cade B. S. A gentle introduction to quantile regression for ecologists / B. S. Cade, B. R. Noon // Frontiers in Ecology and the Environment. – 2003. – V. 1 (8). – P. 412–420.
6. Chan F. K. L. Peptic ulcer disease / F. K. L. Chan, J. Y. W. Lau // Sleisenger & Fordtran's gastrointestinal and liver disease / ed. by M. Feldman, L. S. Friedman, L. J. Brandt. – [9th ed]. – Philadelphia, Pa : Saunders Elsevier, 2010. – Chap. 53.
7. Chey W. D. American college of gastroenterology guideline on the management of helicobacter pylori infection / W. D. Chey, B. C. Wong // Am. J. Gastroenterol. – 2007. – V. 102. – P. 1808–1825.

Н.Н. Кизлова

АНАЛИЗ ЧЕТЫРЕХЛЕТНЕГО ПРОФИЛЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ЭРОЗИЯМИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОМ ДНЕВНОМ СТАЦИОНАРЕ НА ОСНОВЕ КВАНТИЛЬНОЙ РЕГРЕССИИ

Когортным дизайном обследовано 400 пациентов с язвой или эрозией желудка или 12-перстной кишки на протяжении 4 лет с момента постановки диагноза, всего 1600 пациенто-лет. Основными результирующими признаками были длительность лечения последовательных случаев госпитализации в дневной гастроэнтерологический стационар г. Винницы. Сокращение длительности лечения последовательных случаев госпитализации расценивалось как показатель эффективности лечения. Данные проанализированы с помощью квантильной регрессии. Особенное внимание уделено 90%-му центилю длительности лечения как чувствительному к качеству лечения. Прослежено сокращение длительности лечения последовательных случаев госпитализации по всем группам пациентов. Также отмечены существенные различия в динамике длительности лечения в зависимости от факторов пациента и лечебного процесса.

Ключевые слова: язвенная болезнь, эрозии желудка и двенадцатиперстной кишки, дневной стационар.

N.M. Kizlova

ANALYSIS OF FOUR YEARS PROFILE ON TREATMENT DURATION OF PATIENTS WITH ULCER DISEASE AND EROSIONS OF GASTRIC AND DUODENUM IN GASTROENTEROLOGICAL DAYTIME TREATMENT DEPARTMENT BY QUANTILE REGRESSION

400 patients with gastroduodenal ulcers and erosions were observed four consecutive years since having been diagnosed, altogether 1600 patient-years collected. We operated with treatment durations of successive episodes of hospitalization of patients in daytime treatment gastroenterological department. The progressive decrease of durations suggested as indicator of treatment effectiveness. Data analysis exploited quantile regression. We particularly investigated the decrease of 90% quantile of treatment duration as appeared to be quite sensitive. We observed the decrease in duration of successive episodes of hospitalization across all groups of patients. We also delineated significant particularities due to characteristics of patients and treatment.

Key words: ulcer disease, erosions of gastric and duodenum, daytime treatment department.

УДК 614.1:[616.31-082:[314.117-053.8]

В.І. Клименко, І.В. Смирнова, Т.Р. Любомирська

Запорізький державний медичний університет

АНАЛІЗ ПРИЧИН ЗВЕРТАЛЬНОСТІ ЗА СТОМАТОЛОГІЧНОЮ ДОПОМОГОЮ НАСЕЛЕННЯ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ

Проаналізовано причини звернення населення працездатного віку за медичною допомогою до стоматолога-терапевта комунальної установи державної форми власності. Показано, що провідною причиною є виникнення гострого стану: дефекту пломби чи гострого болю. З метою профілактичного огляду відвідували лікаря-стоматолога лише $(2,97 \pm 1,19)$ % населення. Доведено, що на сьогоднішній день превалювання приватного сектора в наданні стоматологічної допомоги призвело до змін у причинах звернень та майже відсутності профілактичної роботи серед населення.

Ключові слова: стоматологічна допомога, звертальність, причини відвідування стоматолога-терапевта.

Стоматологічна допомога належить до одного з масових видів медичної допомоги [1–6]. Звернення по стоматологічну допомогу займають друге місце після звернень до лікарів-терапевтів, при цьому понад 99 % пацієнтів обслуговуються в амбулаторно-поліклінічних закладах [5, 6]. У структурі загальної захворюваності населення України хвороби ротової порожнини та зубів посідають третє місце [5, 6]. Стоматологічне здоров'я є одним із прямих показників здоров'я населення, інтегральним індикатором здоров'я нації. За даними [4–6], активізація звернення населення за стоматологічною допомогою викликана як негативними змінами у стані його стоматологічного здоров'я, так і підвищенням матеріальних можливостей населення країни, зокрема, для задоволення потреб у збереженні здоров'я. Погіршення стоматологічного здоров'я зумовлено як впливом соціально-економічних чинників, так і формуванням дисбалансу між лікувальною та профілактичною допомогою на користь першої, що ускладнило реалізацію стратегії зміцнення стоматологічного здоров'я [3]. Руїнування державної системи первинної та вторинної профілактики стоматологічних за-

хворювань, диспансеризації населення, знищення мережі стоматологічних кабінетів у дитячих дошкільних закладах і школах, багатьох селах призвело до змін у причинах звернень за стоматологічною допомогою та майже відсутності профілактичної роботи серед населення. Надання стоматологічної допомоги здійснюється у державному і недержавному секторах. Аналіз причин звернень населення по стоматологічну допомогу й оцінка її надання суб'єктами різних форм власності в умовах запровадження приватного сектора набувають особливої актуальності, оскільки дозволяють визначити ступінь складності і якості надання медичних послуг у вітчизняній стоматології. Дослідження стоматологічної захворюваності населення за результатами аналізу звернень дозволить встановити потреби населення у стоматологічних послугах та визначити ступінь складності і якості надання медичних послуг суб'єктами різних форм власності [7]. В умовах дефіциту фінансування державних (бюджетних) стоматологічних закладів структура причин відвідувань стає досить актуальною для оптимізації стоматологічної допомоги в умовах реформування загальної системи охорони здоров'я.

© В.І. Клименко, І.В. Смирнова, Т.Р. Любомирська, 2013

Мета роботи – аналіз причин звернень населення працездатного віку до стоматолога-терапевта комунальної установи державної форми власності.

Матеріал і методи. Для аналізу причин звернень населення працездатного віку до стоматолога-терапевта комунальної установи державної форми власності відібрано 202 медичні карти стоматологічних хворих (ф. № 043/о) мешканців м. Запоріжжя (122 жінки у віці 18–55 років, 80 чоловіків у віці 18–60 років), які звернулися за медичною допомогою в стоматологічний кабінет КУ «Обласний медичний центр серцево-судинних захворювань» Запорізької обласної ради. Респонденти були розподілені на вікові групи: чоловіків у віці 18–25 років була 21 особа, 26–45 років – 38 осіб, 46–60 років – 21 особа; жінок віком 18–25 років було 32 особи, 26–45 років – 63 особи, 46–55 років – 27 осіб.

Серед причин звернень до стоматолога виділяли такі: профілактичний огляд (3%), гострий біль (33,7%), дефект пломби (51,5%), косметичний дефект (5%), санація порожнини рота перед хірургічним, ортопедичним та іншим лікуванням (6,9%).

Достовірність та репрезентативність вибірки підтверджувались шляхом застосування сучасних методів варіаційної статистики.

Результати та їх обговорення. За нашими даними більшість пацієнтів зверталися до стоматолога у випадках крайньої необхідності – при виникненні проблеми у раніше пролікованих зубах або при гострому болю.

Переважає більшість населення звертається до лікаря-стоматолога у зв'язку з дефектом раніше пломбованих зубів. З цієї причини звернулося 104 особи (51,5%): 38 чоловіків і 66 жінок. За віковими групами пацієнти розподілилися таким чином: чоловіки у віці 18–25 років – 9 осіб (42,85%), у віці 26–45 років – 20 осіб (52,63%), у віці 46–60 років – 9 (42,85% від числа чоловіків); жінок у віці 18–25 років – 19 осіб (59,37%); у віці 26–45 років – 37 (53,73%); у віці 46–55 років – 10 осіб (37,03% від числа жінок). Таким чином, переважна більшість населення, особливо у віці 26–45 років, звертаються за стоматологічною допомогою у зв'язку з дефектами пломб.

Істотно різняться характер і частота ураженості карієсом зубів у пацієнтів різної статі. Гендерні відмінності відвідування лікаря-стоматолога залежно від причин наведено в таблиці.

Про переважання жінок серед пацієнтів у лікарів-стоматологів на терапевтичному прийомі свідчать і результати інших дослід-

Гендерні відмінності відвідування стоматолога-терапевта залежно від причин звернень

Причина відвідування стоматолога	Чоловіки	Жінки	Всього
Профілактичний огляд			
абс.	2	4	6
(Ш±m), %	2,5±1,0	3,28±1,61	2,97±1,19
Гострий біль			
абс.	32	36	68
(Ш±m), %	40,00±5,48	29,51±4,13	33,66±3,32
Дефект пломби			
абс.	38	66	104
(Ш±m), %	47,50±5,58	54,10±4,51	51,49±3,52
Косметичний дефект			
абс.	4	6	10
(Ш±m), %	5,00±2,44	4,92±1,96	4,95±1,53
Санація порожнини рота перед хірургічним, ортопедичним та іншим лікуванням			
абс.	4	10	14
(Ш±m), %	5,00±2,44	8,20±2,48	6,93±1,79

жень [8]. Це пояснюється психоемоційними особливостями характеру, наслідками якого є більш відповідальне ставлення до свого здоров'я та високі вимоги до естетики. Для більшості жінок гарний стан зубів є важливим чинником соціальної адаптації в суспільстві.

Друге місце у структурі причин звернення до лікарів-стоматологів посідає гострий біль, з яким звернулося за допомогою (33,66±3,32) % населення: 32 [(40,0±5,48) %] чоловіки та 36 [(29,5±4,13) %] жінок.

За даними російських вчених, переважає звернення при початкових неускладнених формах карієсу (89,1 %) і значно нижче при його ускладненнях: при періодонтиті – 24,6 %, при пульпіті – 22,8 %.

Нами встановлено, що в середньому на одного пацієнта в рік припадають причини відвідування: карієс зубів – 2,91±0,15, ускладнення карієсу (пульпіт і періодонтит) – 0,37±0,19. Спостерігаються гендерні відмінності – пульпіт у пацієнтів чоловічої статі зустрічається рідше: 18,8 пацієнта на 100 пацієнтів чоловічої статі, 31,1 на 100 пацієнток жіночої статі. Також встановлено гендерні відмінності щодо частоти ураженості періодонтитом: 30,7 % у чоловіків і 12,2 % у жінок.

Істотно впливає на поширеність карієсу вік пацієнтів. Перш за все слід підкреслити, що зі збільшенням віку знижується поширеність як неускладненого карієсу, так і пульпіту. Поширеність неускладненого карієсу у осіб вікової групи молодше 25 років становила 90 %, а у 46–60 років – 50 %. Аналогічна тенденція встановлена і при аналізі поширеності пульпіту. Максимальний рівень поширеності пульпіту виявлений у пацієнтів двох молодих вікових груп: 25–29 років (37,9 %) і 30–34 років (37,5 %), а мінімальний рівень – у пацієнтів двох старших вікових груп: 50–54 і 55–59 років (відповідно 7,1 і 3,3 %).

Інша картина отримана при аналізі поширеності періодонтиту. З віком цей показник збільшується і досягає 33,3 % серед осіб 45–49 років, потім відбувається зниження у віці до 60 років. Причиною зниження поширеності карієсу у пацієнтів старшої вікової групи, вірогідно, є те, що зі збільшенням віку збільшується частка осіб, що мають видалені зуби.

Така форма ускладненого карієсу, як пульпіт, була виявлена у 22,8 % стоматологічних пацієнтів, причому середня кількість зубів з пульпітом у розрахунку на одного пацієнта становила (0,24±0,05) зуба, в тому числі (0,19±0,06) зуба у чоловіків і (0,35±0,10) – у жінок. У віці 35–39 років у представників обох статей відмічається максимальна середня кількість зубів, уражених пульпітом (0,55 зуба у чоловіків і 0,33 – у жінок), а у чоловіків і жінок 40–44 років фіксується найменше значення даного показника.

Ще більш тяжкою нозологічною формою ускладненого карієсу є періодонтит. Нами встановлено, що 21,4 % пацієнтів страждають на хронічний періодонтит і 0,9 % – на гострий. Самостійні звернення з приводу хронічного періодонтиту в стадії ремісії практично не зустрічаються в стоматологічній практиці, а саме він переважно домінує, протікаючи безсимптомно. Тому виявлення зубів з хронічним періодонтитом поза загостренням трапляється в основному при проведенні планової санації або при самостійному зверненні пацієнта до лікаря-стоматолога з метою лікування інших зубів. Незважаючи на досить високу поширеність періодонтиту, в розрахунку на одного пацієнта середня кількість зубів з періодонтитом становила (0,32±0,07), причому у чоловіків середня кількість таких зубів виявилася вищою, ніж у жінок, – відповідно (0,42±0,09) проти (0,11±0,05) зуба.

Особливу увагу необхідно звернути на те, що у чоловіків у молодому віці вже спостерігається висока поширеність періодонтиту: у 31,3 % пацієнтів чоловічої статі віком до 40 років є зуби з періодонтитом. Дана обставина вказує на недостатній рівень профілактичної роботи з попередження основних стоматологічних захворювань у чоловіків.

Отримані нами дані причин звернення за стоматологічною допомогою співпадають з даними Інституту стоматології НМАПО за період 2009–2012 років, а отже, переважають такі гострі стани: пародонтит, хвороби слизової оболонки порожнини рота, періостити, абсцеси та ін., пульпіт, періодонтит, видалення зуба та карієс.

Досліджено частоту звертальності населення за стоматологічною допомогою і встановлено, що за три роки лише 43,8 % на-

селення хоча б одноразово зверталися за стоматологічною допомогою. При цьому протягом одного року з трьох зверталась найбільша кількість осіб (75,2 %), протягом двох років – 17,6 % і протягом трьох років – лише 7,2 %. Основну масу населення (56,2 %) становили особи, які жодного разу не звернулися за досліджуваний період у стоматологічні установи. При стоматологічних оглядах пацієнтів встановлено, що з них дійсно не потребували стоматологічної допомоги 38,7 % (у тому числі 16,7 % – здорові і 22,1 % – сановані). Абсолютну більшість (62,4 %) становили особи, які потребують стоматологічної допомоги, але з тих чи інших причин не отримали її. Головна з причин – низька доступність стоматологічної допомоги. Через це у структурі причин звернення за стоматологічною допомогою переважає гострий біль. Такі пацієнти, як це нерідко буває, і не закінчують лікування.

Даний факт свідчить про низьку мотивацію населення зберігати своє здоров'я, про недостатню увагу до проведення індивідуальної профілактики стоматологічної патології, з одного боку, і недоступності стоматологічної допомоги – з іншого, що призводить до зростання в подальшому потреби у високотехнологічних і дорогих видах стоматологічного лікування, доступного далеко

не всім категоріям населення, навіть у великих промислових центрах з добре розвинутою структурою державних і приватних лікувально-профілактичних лікувальних установ.

Таким чином, значна частина населення роками не звертається за стоматологічною допомогою, особливо з метою профілактики. А отже, в умовах, коли провідним способом управління організацією стоматологічної допомоги є розрахунок в її потребі за даними, отриманими при зверненні за нею, необхідно науково обґрунтувати та впровадити іншу методику проведення аналізу стану стоматологічної захворюваності серед населення.

Висновки

1. Встановлено, що 82,2 % населення звертаються за стоматологічною допомогою до лікаря-стоматолога у зв'язку з гострими станами: дефектом пломби чи гострим болем. Профілактичний стоматологічний огляд самостійно проходять лише $(2,97 \pm 1,19)$ %.

2. Показано, що значна частина населення роками не звертається за стоматологічною допомогою, вважаючи, що стан їх стоматологічного здоров'я відмінний.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні провідних факторів, що впливають на стан стоматологічного здоров'я та якість надання стоматологічної допомоги.

Список літератури

1. Голубчиков М. В. Аналіз обсягів стоматологічної допомоги дитячому населенню м. Києва у 2006–2010 рр. / М. В. Голубчиков, О. В. Савчук // Україна. Здоров'я нації. – 2011. – № 3 (19). – С. 43–45.
2. Ковалевская А. В. Анализ заболеваемости и обращаемости за стоматологической помощью среди населения г. Могилева по материалам УЗ «Могилевская областная стоматологическая поликлиника» / А. В. Ковалевская, С. И. Нургалеев // Стоматологический журнал. – 2006. – № 1. – С. 65–66.
3. Лемберг И. А. Потребность в комплексной стоматологической помощи и мотивация населения к обращению за ней в средние по мощности частные структуры : автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук : спец. 14.00.21 «Стоматология» / И. А. Лемберг. – М., 2009. – 17 с.
4. Савчук О. В. Аналіз стану стоматологічної допомоги в Україні / О. В. Савчук // Східноєвропейський журнал. – 2013. – № 1 (21). – С. 58–62.
5. Стоматологічна допомога в Україні : довідник / [Кравчук Н. Г., Якименко О. М. та ін.] ; гол. ред. О. В. Аніщенко. – К., 2011. – 87 с.
6. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2010 рік [монографія / гол. ред. О. В. Аніщенко]. – К., 2011. – 459 с.

7. Бугорков И. В. Удовлетворенность населения качеством и ассортиментом стоматологических услуг / И. В. Бугорков // Україна. Здоров'я нації. – 2012. – № 1 (21). – С. 70–74.

8. Бугорков И. В. Фактор времени и стоматологические аспекты здоровья в жизни женщин трудоспособного возраста / И. В. Бугорков // Здоровье женщины. – 2012. – № 3 (69). – С. 37–39.

В.И. Клименко, И.В. Смирнова, Т.Р. Любомирская

АНАЛИЗ ПРИЧИН ОБРАЩАЕМОСТИ ЗА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ НАСЕЛЕНИЯ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

Проанализированы причины обращаемости населения трудоспособного возраста за медицинской помощью к стоматологу-терапевту коммунальной организации государственной формы собственности. Показано, что ведущей причиной является возникновение острых состояний: дефекта пломбы и острой боли. С целью профилактического осмотра врача-стоматолога посещали только (2,97±1,19) % населения. Доказано, что на сегодняшний день преобладание частного сектора при оказании стоматологической помощи привело к изменению причин обращаемости и практически к отсутствию профилактической работы среди населения.

Ключевые слова: стоматологическая помощь, обращаемость, причины посещения стоматолога-терапевта.

V.I. Klimenko, I.V. Smirnova, T.R. Lubomirskaya

THE ANALYSIS OF THE REASONS OF WORKING AGE PEOPLE APPEALS TO MEDICAL DENTISTRY HELP

The reasons of working people appeals for medical dentistry help in the State municipal organization are analysed. It was found, that the leading reasons are the acute state: defective seals and acute pain. The prophylactic visit to the dentist was performed among (2,97±1,19) % of population. It is determined, that today the prevalence of the private medical dentistry help transformed the structure of the reasons of appeal to the medical help. As a result of this situation the preventive work among population is absent.

Key words: medical dentistry help, appeals to medical help, reasons of appeals to dentist.

УДК 614.001.2:311.11

О.М. Крекотень

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ФОРМУВАННЯ ВИБІРКОВИХ СУКУПНОСТЕЙ СОЦІАЛЬНО-ГІГІЄНИЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Висвітлено методологічні підходи до формування вибіркового сукупностей одномоментних соціально-гігієнічних досліджень при проведенні власних наукових спостережень з використанням принципів доказової медицини.

Ключові слова: вибіркова сукупність, соціально-гігієнічні дослідження, доказова медицина.

Загальновідомо, що результат будь-якої діяльності залежить від прийняття правильного рішення щодо напрямку, шляхів та механізмів її здійснення, задіяних інструментів (технічних, фінансових, трудових, інформаційних тощо) й інших аспектів управління, вибір яких обґрунтовується на етапі планування, що також є найважливішою складовою у проведенні епідеміологічних досліджень, у тому числі соціально-гігієнічних.

Проаналізувавши вітчизняні та іноземні дисертаційні роботи (38 і 8 відповідно), ми встановили, що значна їх частина виконана методологічно неправильно, без відповідних знань та підготовки щодо проведення наукових досліджень, особливо соціально-гігієнічних, що і привело до створення даної статті.

Мета – висвітлити особливості методологічних підходів до формування вибіркового сукупностей соціально-гігієнічних досліджень.

Матеріал і методи. Автором проведено дослідження, виконане відповідно до спеціальної підготовки щодо управління та проведення наукових досліджень, яка проходила на базі Бірмінгемського університету (штат Алабама, США); щорічних п'ятиденних семінарів (2005–2008 років) у Вінницькому національному університеті ім. М.І. Пирогова за участі американських лекторів з даного напрямку та двотижневих курсів тематичного вдосконалення за вказаною тематикою в Національному медичному університеті ім. О.О. Бо-

гомольця при наявності відповідних документів (сертифікатів, посвідчень, методичних матеріалів).

Нами методологічно правильно з чітко визначеною послідовністю вирішувались поставлені завдання, проведено аналіз отриманих результатів, сформульовано висновки та запропоновано практично-орієнтовані рекомендації.

Вибір методологічного підходу та методів соціально-гігієнічного дослідження залежать від обраного дизайну наукового спостереження. Для дизайну описового одномоментного (поперечного) соціально-гігієнічного дослідження використано такий комплекс сучасних методів, адекватних поставленим завданням: системний підхід і аналіз, бібліосемантичний, епідеміологічний, експертних оцінок, соціологічний, програмно-цільового планування, аналітично-синтетичного та організаційного проектування, моделювання, статистичний, хронометражу, кожен з яких характеризував відповідний етап або декілька етапів наукового пошуку.

Статистичну обробку матеріалів дослідження проводили з використанням методів біометричного аналізу, реалізованих у пакетах програм Excel-2010 і SPSS 19.0. Досліджували такі основні статистичні характеристики: кількість спостережень (n), середню арифметичну (M), похибку середньої величини (SE), граничну похибку вибірки (LSE),

© О.М. Крекотень, 2013

стандартне відхилення (SD), коефіцієнт варіації (C_v). Залежно від типу даних (кількісні, якісні), закону розподілу (нормальний, анормальний), парного або множинного порівняння використовували такі параметричні і непараметричні критерії: Ст'юдента (t), Манна-Уїтні (U), точний критерій Фішера (F), критерій відповідності χ^2 (Хі-квадрат) Пірсона. Різницю між порівнювальними величинами вважали статистично значущою при $p < 0,05$. Для множинного порівняння й аналізу взаємозв'язків між ознаками використовували кореляційний, регресійний і дисперсійний (ANOVA) аналізи з розрахунком парних коефіцієнтів лінійної кореляції Пірсона і рангової кореляції Спірмена (r), множинних (R) і парціальних (часткових) коефіцієнтів кореляції (p), коефіцієнтів детермінації (R^2), а також ступеня впливу окремих факторів на результативну ознаку (K, %).

Результати та їх обговорення. Наше дослідження передбачало формування двох вибірових сукупностей – основної і контрольної груп, яке базувалось на територіально-регіональній диференціації, одиницями вибору якої стали Вінницький та Житомирський регіони відповідно. Обґрунтування такого вибору типовості вибраних областей до генеральної сукупності базувалось на даних звітно-статистичної документації [1–4] за такими критеріальними ознаками: кількість суб'єктів Єдиного реєстру підприємств та організацій України; економічна активність населення у віці 15–70 років; зайнятість населення у віці 15–70 років; середньомісячна заробітна плата працівників; за статеві-віковим розподілом.

Досягнення поставленої мети щодо вивчення здоров'я працюючих та чинників впливу на нього передбачало створення вибіркової сукупності на основі модифікованої процедури стратифікованого багатоступеневого відбору [5], яка складалась з наступних основних етапів.

1. Виключення територій, що не можуть бути досліджені, – міста Київ та Севастополь.

2. Стратифікація генеральної сукупності – формування страт базувалось на даних Державної служби статистики України – статистичного збірника «Праця України у 2011 році» [1] щодо якісного складу праців-

ників за статтю, віком та освітою. З'ясовано, що жіноча праця найбільш поширена у сферах надання послуг (охорона здоров'я та надання соціальної допомоги; освіта; діяльність готелів та ресторанів; фінансова діяльність; державне управління), тоді як чоловічими сферами прикладання праці залишались рибальство, лісове господарство, будівництво, добувна промисловість, оброблення деревини, металургійне виробництво, виробництво машин та устаткування, діяльність транспорту тощо.

3. Відбір галузевих одиниць (триступенева кластеризація) – первинних (обробна та добувна промисловість, наземний автомобільний транспорт, сільське господарство) та вторинних (виробництво одягу та води, трамвайно-тролейбусні та автомобільні перевезення, тваринництво та рослинництво агропромислового комплексу – АПК). Дослідження транспортної галузі, якісною перевагою якої були працівники чоловічої статі, відкориговано вибором кластера 2-го ступеня – виробництво одягу, де переважали жінки, що дало змогу нівелювати отримання помилок репрезентативності за критеріальною ознакою – стать респондентів.

4. Відбір територіальних одиниць – підприємств різних форм власності основної (Вінницького регіону) та контрольної (Житомирського регіону) груп.

У Вінницькому регіоні вивченню підлягали підприємства державно-комунальної форми власності – комунальні підприємства «Вінницяоблводоканал» (добувна промисловість – виробництво та розподіл води) і «Вінницьке трамвайно-тролейбусне управління» (наземний автомобільний транспорт – трамвайно-тролейбусні перевезення) та державне підприємство «Дослідне господарство Вінницької державної сільськогосподарської дослідної станції Інституту кормів Національної академії аграрних наук України» (аграрна галузь – сільське господарство: тваринництво і рослинництво) й відповідно до них у Житомирській області – комунальні підприємства «Житомирводоканал» і «Житомирське трамвайно-тролейбусне управління». Підприємства державної форми власності в аграрній галузі Житомирського регіону відсутні, що не дало змоги здійснити порівняльний аналіз

впливу чинників ризику на працюючих державного АПК. Даний факт не привів до зміщення результатів дослідження, тому що дослідниками не виявлено статистично значущої різниці між показниками підприємств даної галузі приватної форми власності при порівнянні основної й контрольної груп, а також підприємств державної і приватної форм власності Вінницького регіону.

Для вибіркового спостереження підприємств приватної форми власності вибрано Вінницьку швейну фабрику Відкрите акціонерне товариство «Володарка» (обробна промисловість – виробництво одягу), Приватне підприємство «Автотранском» м. Вінниці (наземний автомобільний транспорт – автомобільні перевезення) і Концерн «Агропромінвест» Приватне акціонерне товариство промислового комплексу «Поділля» с. Городківка Крижопільського району Вінницької області (аграрна галузь – сільське господарство: тваринництво і рослинництво). Відповідно до них підприємствами вибору контрольної групи Житомирського регіону стали Публічне акціонерне товариство «Бердичівська фабрика одягу», Товариство з обмеженою відповідальністю «Бердичівське АТП 11837» і Приватна агрофірма з орендними відносинами «Дружба» с. Видибор Черняхівського району Житомирської області.

5. Актуалізація списків та відбір працюючих до основної та контрольної груп (рандомізація).

Особливості побудови вибірки:

1) розподіл обсягу вибірки за стратами та кластерами здійснювався з урахуванням чисельності зайнятого працюючого населення та рівня надійності оцінювання основних показників таким чином, щоб забезпечити більш однорідну якість результатів спостереження за галузями;

2) поріг саморепрезентативності визначено окремо для кожної страти основної групи: промисловість – 60 418 осіб, аграрна – 39 788 осіб, транспортна – 25 040 осіб;

3) як основу вибірки для відбору вторинних галузевих одиниць вибірки у регіональних первинних галузевих одиницях вибірки використано інформаційну базу – інформаційно-аналітичні дані Головного управління статистики у Вінницькій області «Звіт про

кількість працівників, їхній якісний склад та професійне навчання (ф. № 6-ПВ (річна))» за 2011 рік;

4) при здійсненні розрахунків чисельності працюючого населення основної та контрольної груп, яке підлягало спостереженню, з чисельності працюючих виключено тих, які перебували в декретній відпустці, на лікарняному листку, у профспілковій щорічній відпустці.

Для структурного аналізу властивостей вибірки та вибору методичних підходів [6] на етапі планування побудовано модифіковану елементарну кібернетичну модель дослідження ефективності впливу, що складалась з факторів впливу (Z і Q) на вибірку. Вплив (X – умови праці, техніка безпеки, охорона здоров'я, медико-соціальне забезпечення) вивчали з подальшим оцінюванням результату (Y – зміна ризику, тобто зменшення чинників ризику: виробничих і невиробничих; покращання стану здоров'я працюючих у динаміці).

Враховуючи те, що фактори Z і Q є джерелами систематичних помилок, для їх зменшення проведено рандомізацію й стратифікацію під час формування багатоступеневої вибірки.

Соціологічне опитування працюючих щодо умов праці, техніки безпеки та охорони здоров'я на підприємстві базувалось на єдиних методологічних засадах вибіркового дослідження: принципах формування вибіркової сукупності; екстраполяції отриманих даних на генеральну сукупність; оцінювання якості інформації, а також мали єдину термінологію та систему показників, які характеризували демографічні, соціально-економічні ознаки, умови праці, техніку безпеки, спосіб життя та медико-соціальне забезпечення на підприємстві.

Надійність даних соціологічного опитування респондентів визначалась дією багатьох факторів, які приводили до виникнення двох груп похибок – вибіркової та невибіркової. Головним джерелом вибіркової похибки була специфіка вибіркового дослідження, яка полягала в дослідженні лише спеціально відібраної частини генеральної сукупності, а також власне дизайн вибірки, тоді як основними джерелами невибіркової стали неповне

охоплення генеральної сукупності (похибки охоплення); відмови респондентів від відповіді на окремі запитання (похибки, спричинені частковими невідповідями); похибки вимірювання (респондента – навмисні і ненавмисні та інструментарію – опитувальника й інструкції); похибки обробки даних дослідження (похибки оброблення – введення, передача, редагування, кодування, зміна формату даних); похибки моделювання при оцінюванні показників тощо.

Для підвищення рівня надійності та зменшення негативного впливу окремих джерел похибок на різних етапах наукового пошуку реалізувалась система різноманітних заходів, серед яких: навчання фахівців з анкетування та контроль якості їх роботи; контроль якості всіх етапів обробки даних; коригування статистичних ваг для зменшення впливу відмов респондентів від участі у дослідженні; застосування процедур імпутації відсутніх даних (процедура заповнення відсутніх значень (пропусків) за окремими ознаками або за групами ознак, які вимірювались програмою дослідження, використовуючи метод з заповненням, у даному випадку заповнення з підбором – метод «hot-dek» – підставлялись значення даних інших об'єктів вибірки, і отримані «повні» дані оброблялись стандартними статистичними методами). Використання методу заповнення одночасно дало «повну» матрицю даних і дозволило використати практично всі отримані в дослідженні дані, оскільки не передбачало відкидання спостережень з пропусками у значеннях окремих ознак.

Для екстраполяції результатів дослідження на всіх працюючих розраховувалась система статистичних ваг, які призначені для

врахування при оцінюванні показників імовірностей включення працівників до вибірки та фактичних рівнів їх участі в дослідженні, узгодження результатів дослідження із зовнішньою інформацією, зокрема, з даними управління статистики щодо чисельності та статеві-вікової структури працівників за галузево-територіальним розподілом.

При аналізі якості оцінок показників, побудованих на основі даних вибіркового дослідження, вирішальне значення для правильної інтерпретації результатів та для контролю оптимальності дизайну вибірки мала інформація про похибку вибірки, величиною якої визначались межі довірчих інтервалів при побудові інтервальних оцінок показників – інтервалів можливих значень показників за даними вибіркового спостереження. Оцінка показника, для якого величина похибки вибірки була значною у порівнянні з величиною самої оцінки, не використовувалась при аналізі результатів дослідження.

Висновки

Використання в дослідженні такого методологічного підходу і наведених методів як окремо кожного, так і в сукупності дозволило отримати репрезентативні дані, які дають можливість екстраполювати отримані результати наукового пошуку на генеральну сукупність, дотримуючись принципів доказової медицини.

Перспективність дослідження. Підвищення рівня знань щодо методології проведення соціально-гігієнічних досліджень залежно від обраного дизайну дослідження забезпечить доказовість, достовірність та наукову обґрунтованість отриманих результатів епідеміологічних спостережень.

Список літератури

1. Праця України, 2011 рік [Текст] : статистичний збірник / Держ. ком. статистики України. – К., 2012. – 287 с.
2. Регіони України, 2012 рік [Текст] : статистичний збірник / Держ. ком. статистики України. – К., 2012. – Т. 1. – 311 с.
3. Регіони України, 2012 рік [Текст] : статистичний збірник / Держ. ком. статистики України. – К., 2012. – Т. 2. – 802 с.
4. Статистичний щорічник України, 2011 рік [Текст] : статистичний збірник / Держ. ком. статистики України. – К., 2012. – 558 с.

5. Підсумковий звіт з якості даних щодо самооцінки населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги [Електронний ресурс] / Держ. ком. статистики України. – Режим доступу :

<http://www.ukrstat.gov.ua/>. – Назва з екрану.

6. Воробьев К. П. Формат современной журнальной публикации по результатам клинического исследования. Ч. 3. Дизайн клинического исследования / К. П. Воробьев // Укр. мед. часопис. – 2008. – № 2 (64), III–IV. – С. 150–160.

Е.Н. Крекотень

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ФОРМИРОВАНИЮ ВЫБОРОЧНОЙ СОВОКУПНОСТИ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Отражены методологические подходы к формированию выборочной совокупности одномоментных социально-гигиенических исследований при проведении собственных научных исследований с использованием принципов доказательной медицины.

Ключевые слова: выборочная совокупность, социально-гигиенические исследования, доказательная медицина.

О.М. Krekoten

THE METHODOLOGICAL APPROACHES TO FORMING OF SELECTIVE AGGREGATES OF THE SOCIALLY-HYGIENICAL RESEARCHES

The methodological approaches to forming of selective aggregates of the monomoment socially-hygienical researches during conducting of own scientific researches using the principles of evidential medicine are reflected.

Key words: selective aggregate, socially-hygienical researches, evidential medicine.

УДК 614.2:316.35(036.8)

Л.В. Крячкова

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

ДОСЛІДЖЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ ДЛЯ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ НА ПЕРВИННОМУ РІВНІ

Досліджено якість життя 383 пацієнтів центру первинної медико-санітарної допомоги. Використано стандартизовану методику ВООЗ ЯЖ-26 (WHOQOL-BREF). Порівняно отримані дані з показниками офіційно зареєстрованої поширеності хвороб. Визначено, що пацієнти адекватно оцінюють стан власного здоров'я. Зроблено висновок, що показники якості життя доцільно використовувати як критерії оцінки результатів захворювань з позицій пацієнтів при оцінці ефективності медичного обслуговування.

Ключові слова: *якість життя, оцінка діяльності системи охорони здоров'я, первинна медична допомога.*

Загально визнано, що головною метою діяльності системи охорони здоров'я взагалі і окремого медичного закладу зокрема є допомога громадянам у реалізації свого потенціалу здоров'я та сприяння тим самим зміцненню здоров'я населення. Оцінка виконання даної мети проводиться шляхом аналізу внеску служб охорони здоров'я в підсумкові показники громадського здоров'я.

З сучасних позицій оцінки результатів діяльності системи охорони здоров'я вважається доцільним доповнювати традиційні показники здоров'я населення, на підставі яких можна зробити висновок про ефективність медичного обслуговування (захворюваності, смертності, очікуваної тривалості життя тощо), критеріями оцінки результатів захворювань з позицій пацієнтів. До таких критеріїв, що зі слів пацієнтів вказують на віддалені результати медичної допомоги з позицій їх самопочуття, повсякденної активності, дискомфорту тощо і надають вичерпну інформацію щодо ефективності медичної допомоги, відносять оцінку якості життя [1, 2].

Існують дані щодо доцільності дослідження якості життя пацієнтів на рівні первинної медичної допомоги як для індивідуаль-

ного моніторингу стану здоров'я хворих, так і для виявлення відмінностей між різними групами населення [1]. Оцінка показників здоров'я на індивідуальному рівні, що включає самооцінку якості життя та стану здоров'я залежно від соціально-економічного статусу пацієнта, може свідчити про соціальну справедливість медичного обслуговування, яку нещодавно стали відокремлювати як мету системи охорони здоров'я [2].

Якість життя вивчають для моніторингу результатів різних медичних втручань. В Англії, наприклад, рекомендовано використання узагальненої оцінки результатів медичних втручань на підставі анкети вивчення якості життя для всіх пацієнтів Національної системи охорони здоров'я, що піддаються чотирином найбільш частим маніпуляціям [3].

Актуальність дослідження якості життя для оцінки результатів лікування захворювань на первинному рівні підсилюється через здатність первинної ланки успішно виконувати завдання щодо поліпшення здоров'я населення [4].

В Україні набули розповсюдження оцінки різних аспектів діяльності системи охорони здоров'я, які найчастіше проводяться за показниками процесу і результату медичної

© Л.В. Крячкова, 2013

допомоги, однак досліджень оцінки результатів захворювань з позицій пацієнтів у країні бракує, що і обумовило актуальність даного дослідження.

Матеріал і методи. Дослідження проводилось з метою оцінки результатів медичного обслуговування на первинному рівні за показниками якості життя пацієнтів та визначення відповідності результатів самооцінок показникам офіційної звітності.

Дослідження проводилось на базі одного з центрів первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД) м. Дніпропетровська. Якість життя населення вивчали за методикою Всесвітньої організації охорони здоров'я ВООЗ ЯЖ-26 (WHOQOL-BREF), що є скороченою модифікацією опитувальника ВООЗ ЯЖ-100. Стандартизована анкета містить 26 запитань, в яких ураховуються такі сфери: фізичне здоров'я, психічне здоров'я, соціальні відносини та навколишнє середовище [5].

Частота виявлених патологічних станів співставлялася з даними звіту про захворювання, зареєстровані у хворих, які проживають у районі обслуговування лікувально-профілактичного закладу (форма 12).

Обробка матеріалів дослідження здійснювалася за допомогою редактора електронних таблиць Excel-2010, статистичного пакета STATISTICA-6.0 for Windows. Порівняння групових значень та оцінка достовірності відмінностей проводились за критерієм Хі-квадрат (χ^2) з поправкою Йейтса при значеннях показника близьких до 0 або 100 %.

Результати дослідження. У дослідженні брали участь 383 пацієнти. Серед них чоловіки становили 42,3 %, жінки – 57,7 %. Середній вік опитаних – (42,3±15,5) року (M±SD). Більшість респондентів (58,0 %) мають середню або середню спеціальну освіту, третина (38,4 %) – вищу. Сім'ї опитаних складаються у середньому з (3,3±1,6) особи. У більшості (59,6 %) домогосподарств одна особа або більше знаходяться на соціальному забезпеченні (діти, пенсіонери, інваліди). Левова частка респондентів (62,8 %) відносить себе до середнього або нижчого за середній клас, третина (28,7 %) – до робочого і тільки 6 % вважають себе вищим за середній та вищим класом. Пацієнти ЦПМСД мають низьку платоспроможність – у переважній більшості (71,1 %) на одного члена сім'ї до-

водиться сума менша за прожитковий мінімум.

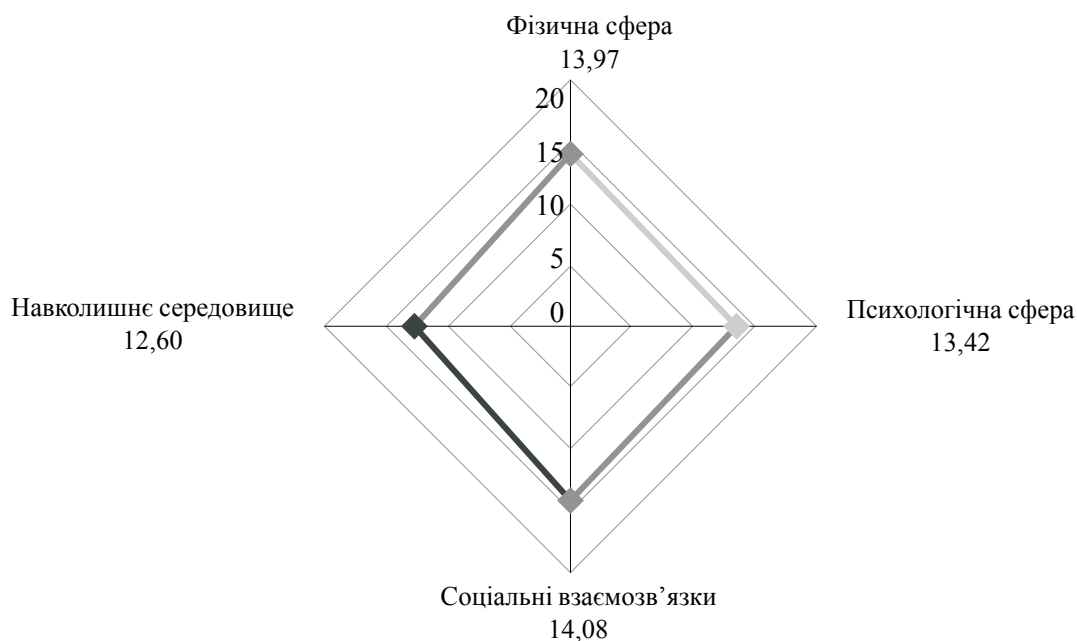
Третина респондентів (29,8 %) оцінили стан свого здоров'я на момент опитування як дуже хороший та хороший, майже половина (46,5 %) – як середній, 16,4 % – як поганий та дуже поганий.

Більшість опитаних респондентів (56,6 %) різною мірою не задоволені станом власного здоров'я, 47,4 % – задоволені повністю або частково. Ці оцінки корелюють з відповідями на запитання: «Як ви оцінюєте якість свого життя?». Оцінки загального рівня якості життя розподіляються приблизно порівну між вкрай негативною (5,8 %) та вкрай позитивною. Майже третина респондентів (28,6 %) оцінила якість життя як середню – «не погану і не хорошу»; практично чверть (23,9 %) – як «погану» чи «дуже погану», решта дала позитивні оцінки.

Загальна оцінка якості життя опитаного населення становить 13,5 бала за 20-бальною шкалою, 59,6 бала – за 100-бальною, що на 40,4 % нижче максимально можливого рівня.

Аналіз питань, що стосуються чотирьох сфер якості життя, проводився за методикою ВООЗ [5, 6] і включав у себе оцінку кожної сфери за балами відповідей (від 1 до 5) на запитання анкети та перерахунок їх у значення діапазону 0–20 балів. Максимальна сумарна оцінка (з урахуванням спрямованості відповідей) є однаковою для всіх сфер. Вона не може перевищувати 20 балів і має задані інтерпретаційні інтервали для оцінки якості життя: діапазон від 4 до 6 балів відповідає дуже поганій оцінці, від 7 до 10 – поганій, 11–13 – середній, 14–17 – гарній, а 18–20 дуже гарній [7]. Наслідком такої побудови оцінок є можливість кількісно співвідносити задоволеність респондента різними аспектами життя та отримувати профіль за сферами (рисунок).

Оцінка якості життя за сферами життєдіяльності показала, що найбільш позитивно – у (14,1±3,3) бала (M±SD) – респонденти оцінюють соціальні взаємозв'язки, тобто у більшості опитаних немає проблем у галузі особистих стосунків та соціальної підтримки. Меншою мірою пацієнти задоволені фізичною та психологічною сферами життя, оцінюючи їх на середньому рівні – відповідно у (13,97±2,80) та (13,50±3,10) бала, що вказує



Профіль якості життя пацієнтів ЦПМСД (бальна оцінка за сферами)

на зниження життєвої активності, енергійності та позитивних емоцій у опитаного населення.

Найменшу оцінку – $(12,6 \pm 3,2)$ бала – респонденти надали навколишньому середовищу, що включає такі елементи, як фізична безпека і захищеність, фінансові ресурси, зовнішнє навколишнє середовище, а також елементи медичної і соціальної допомоги тощо.

Тільки чверть обстеженого населення (25,1 %) вказали на те, що на момент опитування не мають жодних проблем зі здоров'ям, решта мають ті чи інші захворювання або патологічні стани (таблиця).

Обговорення результатів. За даними офіційної звітності, поширеність хвороб серед осіб старше 18 років (вікова група пацієнтів, які брали участь у дослідженні) у 2012 році становила 1973,8 на 1000 населення. За даними самооцінки, поширеність захворювань становить 1832 на 1000 населення та вірогідно не відрізняється від офіційно зареєстрованих даних ($p > 0,05$).

Серед патологій, на які страждають пацієнти центру первинної медичної допомоги, як за даними статистики, так і за самооцінкою, найчастіше зустрічається артеріальна гіпертензія та проблеми з серцем. Суттєвих відмінностей в оцінках розповсюдженості серцево-судинної патології не виявлено ($p > 0,05$).

В цілому на наявність артеріальної гіпертензії вказав кожний четвертий з опитаних, що відповідає даним про розповсюдженість підвищеного артеріального тиску серед населення України.

Серед проблем зі здоров'ям на третьому місці, за даними опитування, нервові та емоційні проблеми. З більшістю цих проблем пацієнти не звикли звертатися до лікарів, на що вказують розбіжності у розповсюдженості цих патологій та депресії за самооцінкою та даними статистики ($p < 0,001$).

Незважаючи на середні оцінки психологічної сфери при оцінюванні якості життя, на запитання: «Як часто Ви відчували негативні емоції, тугу, відчай, тривогу, депресію?» більше третини респондентів (38,4 %) відповіли, що доволі часто, дуже часто або постійно.

В цілому така ситуація відповідає проявам захворювань, з якими стикаються лікарі первинної ланки у більшості розвинутих країн світу, де одними з домінуючих причин звернення до сімейних лікарів виступають психосоціальні проблеми. Це вимагає більш пильної уваги зі сторони лікарів ЦПМСД до емоційного стану своїх пацієнтів.

Серед інших патологій, які менше реєструються офіційною статистикою, ніж виявляються за даними самооцінки, а отже, з якими пацієнти не воліють звертатися до лікарів, –

Частота захворювань і проблем зі здоров'ям за даними самооцінки при дослідженні якості життя та офіційної статистики серед пацієнтів ЦПМСД (на 1000 опитаного/обслуговуваного населення старше 18 років)

Захворювання та проблеми зі здоров'ям	Частота захворювань		Вірогідність розбіжностей
	за даними опитування щодо ЯЖ	за даними статистики (ф. 12)	
Підвищений артеріальний тиск	300,0	373,6	p=0,9
Проблеми з серцем	268,0	249,0	p=0,98
Хронічні нервові або емоційні проблеми	68,9	37,1	p<0,001*
Депресія	18,3	0	p<0,001*
Артрит або ревматизм	54,9	37,8	p=0,02*
Хронічні проблеми ніг	11,4	11,2	p=0,88
Хвороби шкіри	33,94	9,1	p<0,001*
Емфізема легенів або хронічний бронхіт	52,2	50,0	p=0,78
Геморой або кровотечі з прямої кишки	31,33	5,3	p<0,001*
Діабет	16,7	16,4	p=0,84
Катаракта	18,3	14,7	p=0,57
Вагітність	40,0	50,0	p=0,16
Інсульт або параліч	0,8	1,3	p=0,56
Паркінсонізм	0,13	0,1	p=0,56
Опіки	6,5	Травми, отруєння та наслідки зовнішніх причин 22,2	p=0,87
Перелом кістки	13,5		
Проблеми з алкоголем або наркотиками	2,6		
Інші проблеми	83,6	–	–

* Вірогідність розбіжності між групами p<0,05 за критерієм χ^2 .

артритні та ревматичні болі, хвороби шкіри та геморой.

Серед патологічних станів, на які страждали пацієнти на момент опитування, визначалися як гострі, так і хронічні захворювання. На хронічні патології обстежені респонденти страждають у середньому (10,20±3,44) року, на гострі, серед яких превалюють простудні захворювання, – (4,50±0,14) дня (M±SD).

З приводу основного захворювання за останні два тижні переважна більшість пацієнтів (86,6 %) лікувалась у центрі первинної медичної допомоги у лікаря первинної ланки, 5,5 % респондентів знаходилися на стаціонарному лікуванні, 7,9 % обслуговувалися вузькими спеціалістами.

З приводу основного захворювання пацієнти зверталися в амбулаторно-поліклінічні заклади за останній рік (2,56±1,16) рази, госпіталізувалися (1,78±0,09) рази, перебували на стаціонарному лікуванні в середньому (16,83±1,20) дня. З усіх опитаних 85,7 % протягом року отримали допомогу на первинному рівні, а 33,7 % знаходилися на стаціонарному ліку-

ванні. Отже, незважаючи на певні успіхи щодо оптимізації структури медичних послуг, судячи з місця лікування пацієнтів протягом останніх двох тижнів, у річному розподілі обсягів медичних послуг первинна допомога ще не займає достатнього сегмента.

На лікування основного захворювання респонденти витрачають у середньому (311,44±35,50) грн. на місяць (затрати на придбання медикаментів, аналізи, дослідження, консультації тощо), що становить 17,63 % місячного доходу пересічної сім'ї і є для них достатньо важким тягарем.

Висновки

Для оцінки ефективності діяльності як системи охорони здоров'я в цілому, так і окремого закладу охорони здоров'я (передусім закладу первинного рівня) доречно використовувати показники якості життя пацієнтів як критерію оцінки результатів захворювань з позицій пацієнтів.

Пацієнти достатньо точно оцінюють стан власного здоров'я та захворюваності на окре-

мі патології. Переважна більшість опитаних (74,9 %) мають ті чи інші проблеми зі здоров'ям. Найбільш розповсюдженим захворюванням серед опитаного контингенту є артеріальна гіпертензія. Серед хвороб, які меншою мірою реєструються офіційною статистикою, але на які страждають люди і на що вони вказують при самооцінці, є передусім нервові та емоційні проблеми і депресії.

Передусім через незадовільний стан здоров'я спостерігається невисока інтегральна оцінка якості життя опитаних респондентів, вона становить 59,6 бала, що на 40,4 % нижче максимально можливого рівня. Більшість опитаних (62,9 %) вважає стан свого здоров'я

незадовільним, а якість життя (58,3 %) – посередньою.

Середня оцінка (12,6÷14,1) фізичної і психологічної сфер життєдіяльності, соціальних взаємозв'язків та навколишнього середовища показала, що пацієнти первинного рівня найменшою мірою задоволені чинниками навколишнього середовища, що включають у себе фізичну безпеку і захищеність, фінансові витрати, елементи соціальної допомоги тощо.

Перспектива подальших досліджень полягає у детальному вивченні впливу окремих факторів на якість життя пацієнтів ЦПМСД.

Список літератури

1. *Kind P.* Measuring success in health care – the time has come to do it properly! / P. Kind, A. Williams // *Health Policy Matter.* – 2004. – № 9. – Р. 1–8.
2. *Smith P. C.* Сравнение деятельности систем здравоохранения как инструмент влияния на повестку дня в области политики, информационного обеспечения и научных исследований / P. C. Smith, I. Papanicolas. – ВОЗ : WHO Regional Office for Europe, 2012. – 54 с.
3. Performance measurement for health system improvement experiences, challenges and prospects series: health economics, policy and management / [ed. by Peter C. Smith, Elias Mossialos, Elias Mossialos]. – London : European Observatory on Health Systems and Policies, 2009. – 748 p.
4. *Розенцвейг М. А.* Значение первичной медицины для системы здравоохранения и здоровья нации / Маркус А. Розенцвейг, Ян Пресс // *Сімейна медицина.* – 2012. – № 1. – С. 11–14.
5. WHOQOL-BREF. Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment. Field Trail Version. – Geneva : World Health Organization, 1996. – 18 p.
6. EUROHIS: Разработка общего инструментария для опросов о состоянии здоровья / [под ред. А. Новикова, С. Gudex]. – М. : Права человека, 2005. – 193 с.
7. *Тупицын Ю. Я.* Показатели качества жизни и уровня психического здоровья в комплексной оценке эффективности лечения больных с пограничными нервно-психическими заболеваниями / Ю. Я. Тупицын, В. В. Бочаров, Е. Ю. Фокина. – СПб., 2004. – 22 с.

Л.В. Крячкова

ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НА ПЕРВИЧНОМ УРОВНЕ

Исследовано качество жизни 383 пациентов центра первичной медико-санитарной помощи. Использована стандартизированная методика ВОЗ КЖ-26 (WHOQOL-BREF). Сравнились полученные данные с показателями официально зарегистрированной распространенности болезней. Установлено, что пациенты адекватно оценивают состояние своего здоровья. Сделан вывод о том, что показатели качества жизни целесообразно использовать как критерии оценки результатов заболеваний с позиций пациентов при оценке эффективности медицинского обслуживания.

Ключевые слова: качество жизни, оценка деятельности системы здравоохранения, первичная медицинская помощь.

L. V. Kryachkova

RESEARCH OF THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS TO PERFORMANCE MEASUREMENT FOR PRIMARY HEALTH CARE

The quality of life of 383 patients of primary health care center is studied. The standardized methodology WHOQOL-BREF is used. The findings with those officially registered prevalence of diseases is compared. It is determined, that patients are adequately assess the state of their health. It is concluded, that quality of life should be used as criteria for evaluation of disease from the standpoint of patients in performance measurement for health system.

Key words: quality of life, performance measurement for health system, primary medical care.

УДК 614.2:613.955

В.А. Огнев, Н.А. Галичева, А.С. Галичева

Харьковский национальный медицинский университет

ОЦЕНКА ШКОЛЬНИКАМИ ПАРАМЕТРОВ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ИХ УСПЕВАЕМОСТЬ

Изучены субъективная оценка качества жизни учеников 9-х классов и зависимость ее от успеваемости. Выявлены гендерные различия оценки качества жизни школьников, что дало возможность рассмотреть с новой точки зрения проблему оценки качества жизни подростков.

Ключевые слова: *качество жизни, школьная успеваемость.*

Понятие «качество жизни» возникло в 1964 г. В клинической медицине этот термин стал применяться с 1977 г. после его появления в Index Medicus.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) уделяет все больше внимания развитию науки о качестве жизни как о важном аргументе в принятии решений относительно методов лечения, профилактики, реабилитации и научных исследований. Вместе с традиционными клиническими критериями качество жизни на сегодня является одним из надежных критериев оценки результатов лечения, прогноза состояния здоровья пациентов [1].

По определению ВОЗ, качество жизни – это индивидуальное соотношение положения индивидуума в жизни общества в контексте культуры, систем ценностей этого общества и целей самого индивида, его планов, возможностей и степени общей неустроенности [2]. Другими словами, качество жизни – это степень комфортности человека как внутриличностной, так и в рамках своего общества, или «восприятие индивидуумом его положения в жизни в контексте культуры и системы ценностей, в которых индивидуум живет, и в связи с целями, ожиданиями, стандартами и интересами этого индивидуума» [3].

ВОЗ рекомендует использовать для оценки качества жизни следующие критерии:

- физические – сила, энергия, усталость, боль, дискомфорт, сон, отдых;
- психологические – положительные эмоции, мышление, изучение, запоминание, концентрация, самооценка, внешний вид, негативные переживания;
- уровень независимости – повседневная активность, работоспособность, зависимость от лекарств и лечения;
- жизнь в обществе – личные взаимоотношения, общественная ценность субъекта, сексуальная активность;
- окружающая среда – благополучие, безопасность, быт, обеспеченность, доступность и качество медицинского и социального обеспечения, доступность информации, возможность обучения и повышения квалификации, досуг, экология (загрязнители, шум, населенность, климат);
- духовность – религия, личные убеждения.

В разных странах были проведены многочисленные исследования по изучению качества жизни как в различных поло-возрастных группах населения в целом, так и страдающих различными заболеваниями.

Кафедра социальной медицины, организации и экономики здравоохранения Харьковского национального медицинского университета в 1997 г. стала участницей Международной программы ISAAC по изучению

бронхиальной астмы и аллергических заболеваний у детей и координатором научных исследований по данной проблеме на Украине. С этого времени научная тематика кафедры посвящена изучению качества жизни детей, в том числе школьников, страдающих аллергическими заболеваниями, сахарным диабетом, желудочно-кишечными и другими заболеваниями. Сотрудниками кафедры проведено углубленное изучение данных проблем, нашедшее отражение в более чем 50 печатных работах, 10 патентах и рациональных предложениях [4–11].

Цель нашего исследования – изучить оценку параметров качества жизни школьников 9-х классов и установить связь между уровнями субъективной оценки качества жизни и успеваемостью. В таком плане работа проводится впервые.

Материал и методы. Было обследовано 90 школьников 9-х классов Харьковской специализированной школы № 99 (45 мальчиков и 45 девочек). По составленной нами анкете школьники оценивали параметры качества жизни по 10-балльной шкале.

Для субъективной оценки показателей качества жизни мы использовали метод, разработанный I. Mezzich, N. Cohen, M. Ruirperez, I. Lin, and G. Yoon (1999).

Метод включает анализ следующих параметров:

- физическое благополучие (ощущение энергии, отсутствие боли и физических проблем);
- психологическое/эмоциональное благополучие (хорошее самочувствие, удовлетворенность собой);
- самообслуживание и независимость действий (выполнение повседневных жизненных задач, принятие собственных решений);
- работоспособность (возможность выполнять рабочие, профессиональные или домашние обязанности);
- межличностное взаимодействие (возможность отвечать и поддерживать хорошие отношения в семье, с друзьями, группами);
- социоэмоциональная поддержка (наличие людей, которым вы доверяете и которые могут предложить Вам помощь и эмоциональную поддержку);
- общественная и служебная поддержка (приятные соседи, доступ к финансовым, информационным и другим ресурсам);

- личностная реализация (ощущение равновесия, получение удовлетворенности от секса, искусства и др.);

- духовная реализация (ощущение веры, религиозности и выход за пределы обычной материальной жизни);

- общее восприятие жизни (ощущение удовлетворенности и счастья в жизни в целом).

Изучали уровни субъективной оценки каждого параметра качества жизни школьников. Устанавливали взаимосвязь между субъективной оценкой параметров качества жизни и успеваемостью школьников.

Оценки, полученные при характеристике каждого параметра качества жизни, мы для удобства анализа сгруппировали по таким уровням: низкий – от 0 до 6,9 балла; средний – от 7,0 до 8,9 балла; высокий – 9 баллов и выше.

Данный метод также позволяет оценить интегральный показатель качества жизни, для расчета которого складывают оценки каждого параметра и вычисляют их среднее арифметическое.

Результаты и их обсуждение. Результаты оценки школьниками отдельных параметров качества жизни приведены в таблице.

Как видно из данных таблицы, в целом интегральный показатель качества жизни школьников 9-х классов составил 7,82 балла; у мальчиков он был немного выше (7,85 балла), чем у девочек (7,78 балла). Самый высокий показатель наблюдался у девочек – отличниц (8,48 балла), у мальчиков – отличников (8,07 балла) и хорошистов (8,08 балла), а также у девочек – хорошисток (7,81 балла). Значительно ниже этот показатель был у мальчиков и девочек с удовлетворительной успеваемостью (7,40 и 7,04 балла соответственно).

Анализ оценок по каждому параметру качества жизни показал, что у лиц обоего пола 9 из 10 параметров были оценены на среднем уровне, т. е. их значения колебались от 7,37 до 8,47 балла. Наибольшие значения среди них имели: психологическое (эмоциональное) благополучие – 8,43 балла; межличностное взаимодействие – 8,47 балла; личностная реализация – 8,39 балла; общее восприятие качества жизни – 8,22 балла. Ниже среднего уровня был оценен только один параметр – общественная и служебная поддержка – 5,68 балла.

Сравнительная характеристика показателей самооценки

Before 1940	400000	384000	317000	317000	–
1941	71422	78418	61580	60356	373000
1946	91464	92175	82294	84398	85637
1951	98822	99236	91768	92091	94274
1956	98951	95759	99698	99974	98434
1961	90980	92262	94107	91655	88479
1966	101000	100000	91425	91131	90661
1971	99644	99350	95693	94689	90661
1976	379000	372000	92123	92555	91432
1981	–	–	352000	346000	329000
After 1985	–	–	–	–	–
Totals	1431283	1413200	1377688	1369849	1342759

Мы также проанализировали данные оценок качества жизни по каждому параметру с учетом пола и успеваемости школьников.

Что касается оценок, выставленных отличниками (мальчиками и девочками), то у мальчиков они в целом были немного выше, чем у девочек. Так, у мальчиков средний уровень оценок имели 6 параметров из 10 (показатели колебались от 7,0 до 8,57 балла), у девочек – 5 из 10 (7,82–8,64 балла). Девочки – отличницы оценили 4 параметра на высоком уровне – 9 баллов и выше, мальчики – 3.

Интересно отметить, что мальчики – отличники на высоком уровне оценили такие параметры, как работоспособность – 9,57 балла; межличностное взаимодействие – 9,57 балла и личностная реализация – 9,0 баллов. У девочек такими параметрами были: психологическое (эмоциональное) благополучие – 9,0 баллов; работоспособность – 9,0 баллов; общее восприятие качества жизни – 9,27 балла.

У мальчиков и девочек – хорошистов оценки параметров качества жизни находились на среднем уровне с колебанием показателей в пределах 8,73–7,30 балла. Интегральный показатель качества жизни был равен 8,08 и 7,81 балла соответственно.

Что касается оценок параметров качества жизни школьниками, успевающими на «удовлетворительно», то в целом у мальчиков эти оценки были выше, чем у девочек. Так, интегральный показатель у мальчиков был 7,4 бал-

ла, у девочек – 7,04 балла. Самый низкий уровень оценок мальчики дали таким параметрам, как социоэмоциональная поддержка – 6,67 балла, общественная и служебная поддержка – 4,33 балла, духовная реализация – 5,73 балла; девочки – работоспособность – 6,36 балла, социоэмоциональная поддержка – 6,9 балла, общественная и служебная поддержка – 4,9 балла.

Выводы

1. Выявлены гендерные различия в оценке школьниками параметров качества жизни.
2. Интегральный показатель качества жизни находился на среднем уровне и составил 7,82 балла, у мальчиков немного выше (7,85 балла), чем у девочек (7,78 баллов).
3. По интегральным показателям, характеризующим качество успеваемости, выявлены такие закономерности: самый высокий показатель у девочек – отличниц – 8,48 балла, у мальчиков – отличников и хорошистов – соответственно 8,07 и 8,08 балла, у девочек – хорошисток – 7,81 балла. Самые низкие интегральные показатели у мальчиков и девочек с удовлетворительной успеваемостью – 7,4 и 7,04 балла соответственно.
4. Установлено, что уровни оценок параметров качества жизни зависят от успеваемости школьников. Из общего количества оценок (60), выставленных мальчиками и девочками с учетом их успеваемости, к высокому и среднему уровню относилось 83,3 %.

якості життя школярів 9-х класів, бали

ср. знач. шкал	Дівочки			Ср. знач. шкал/общ. показат.
	отличники	хорошисты	удовл. успеваемость	
7,69	8,45	7,45	7,18	8,03
8,18	9,09	8,18	7,27	8,43
7,82	8,64	7,64	7,18	8,09
7,79	9,00	8,00	6,36	8,06
8,30	9,09	8,55	7,27	8,47
7,64	8,45	7,55	6,90	7,42
6,06	6,82	6,45	4,90	5,61
8,30	8,18	8,27	8,45	8,39
7,67	7,82	7,73	7,45	7,38
8,33	9,27	8,27	7,45	8,22
7,87	8,48	7,81	7,04	7,82

Список літератури

1. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization // Soc. Sci Med. – 1995. – V. 41, № 1403. – P. 9.
2. Elkkinton J. Medicine and the quality of life / J. Elkkinton // Annals Int. Med. – 1996. – V. 64. – P. 711–714.
3. Смикогуб О. І. Проблеми якості життя хворих онкологічного профілю та сучасні можливості їх вирішення / О. І. Смикогуб // Онкологія. – 2001. – Т. 3, № 2/3. – С. 220–226.
4. ISAAC-технології в контексте оцінки якості життя і розповсюдженості астми і алергії у дітей. Алергія, імунологія і глобальна мережа: погляд в нове тисячоліття / Н. А. Галичева, В. А. Огнев, Ю. В. Одінец [і др.] // Матеріали VII Міжнародного конгресу по імунореабілітації, Нью-Йорк, США, 14–17 квітня 2001 р. // International J. on Immunorehabilitation. – 2001. – V. 3, № 1. – P. 58.
5. Огнев В. А. Нові технології в медицині: якість життя дітей, хворих на бронхіальну астму / В. А. Огнев // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2001. – № 4. – С. 20–24.
6. Огнев В. А. Якість життя: обмеження у повсякденному житті хворих на цукровий діабет. Роль сучасних методів діагностики в лікуванні та реабілітації хворих / В. А. Огнев, Л. І. Чумак // Матеріали III конференції Харківської обласної клінічної лікарні. – Харків : МОЗ України, ХДМУ, Управління охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації, 2004. – С. 83–85.
7. Качество жизни: современный подход к разработке медицинских программ по обеспечению здоровья детей / В. А. Огнев, Л. И. Чумак, А. Н. Мищенко, Н. А. Ткаченко // Аллергология и иммунология. – 2005. – Т. 6, № 2. – С. 312.
8. Огнев В. А. Визначення якості життя – інформативний та економічний метод оцінки стану хворої дитини / В. А. Огнев, О. М. Міщенко, Н. О. Ткаченко // XI конгрес світової федерації Українських лікарських товариств. – Полтава–Київ–Чикаго, 2006. – С. 259.
9. Огнев В. А. Актуальність та значущість дослідження якості життя у сучасній медицині / В. А. Огнев, Л. І. Чумак // Якість життя як критерій оцінки здоров'я дітей і підлітків : науково-практична конференція з міжнародною участю. – Харків, 2011. – С. 116–118.
10. Огнев В. А. Стан якості життя хворого на рак легень як складова оцінки надання медичної допомоги / В. А. Огнев, А. М. Зінчук, О. Г. Зінчук // Медичні перспективи. – 2013. – Т. XVIII, № 2. – С. 139.

11. *Галичева А. С.* Оценка качества жизни больных с депрессивными расстройствами, развившимися вследствие перенесенной нейроинфекционной патологии и невротического генеза / А. С. Галичева // Медицина третьего тысячелетия : збірник тез міжвузівської конференції молодих вчених. – Харків, 2010. – С. 159–160.

В.А. Огнев, Н.А. Галичева, А.С. Галичева

ОЦІНКА ШКОЛЯРАМИ ПАРАМЕТРІВ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ТА ЇХНЯ УСПІШНІСТЬ

Вивчено суб'єктивну оцінку якості життя учнів 9-х класів і залежність її від успішності. Виявлено деякі гендерні відмінності оцінки якості життя школярів, що дало можливість розглянути з нової точки зору проблему оцінки якості життя підлітків.

Ключові слова: *якість життя, шкільна успішність.*

V.A. Ognev, N.A. Galicheva, A.S. Galicheva

EVALUATION OF QUALITY OF LIFE PARAMETERS STUDENTS AND THEIR ACADEMIC PERFORMANCE

The subjective assessment of the quality of life of students in grades 9 and its dependence on performance are studied. Gender differences assessment of the quality of life of schoolchildren are revealed. It made possible to consider from a new point of view the problem of assessing the quality of life of adolescents.

Key words: *quality of life, school performance.*

УДК 616.89-02:616.31-052

Ш.Д. Таравнех, В.С. Табачнікова, Г.М. Кожина**, М.В. Маркова*

Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України

**Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України,
м. Київ*

***Харківський національний медичний університет*

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ФЕНОМЕН ДЕЗАДАПТАЦІЇ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ

Обстежено 300 пацієнтів з різною стоматологічною патологією. На підставі системного, міждисциплінарного, інтегративного підходу вивчено причини, механізм розвитку і прояви дезадаптації у стоматологічних хворих. Розроблено систему діагностики, що ґрунтується на системно-структурному аналізі стоматологічного здоров'я з урахуванням дезадаптації хворих до свого захворювання і його лікування. Виявлено характерологічні й особистісні риси, які впливають на розвиток дезадаптації, та визначено її клінічні форми.

Ключові слова: *стоматологічне здоров'я, дезадаптація, стоматологічні хворі.*

В сучасних умовах простежується зворотна залежність обсягу стоматологічної допомоги від віку: з його збільшенням показник потреби населення в ній після 30-річного віку нівелюється й практично утримується на одному рівні у віковій групі 45–54 років. При цьому доволі невтішні цифри прогнозу втрати зубів унаслідок відмови від лікування хворих із дефектами зубів та зубних рядів: вони становлять загалом по Україні від 11,5 до 18,0 %. Однак відомо, що відсутність зубів не тільки призводить до порушення фізіологічних процесів травлення, а й позначається на психіці, особливо в людей, які втратили зуби в молодому віці, зокрема, тому, що за повної втрати зубів виражені функціональні порушення в щелепно-лицьовій системі супроводжуються атрофією кісток лицьового скелета та м'яких тканин, а також порушенням комунікації хворих [1–3].

Накопичено багато емпіричних даних про стресорний вплив на людину ушкоджень зубощелепної системи і взагалі органів та тканин щелепно-лицьової ділянки, показано зв'язок цієї патології з цілісним організмом. Проте відсутній системний підхід до вирі-

шення цих проблем. Запальні стоматологічні захворювання зубощелепної системи розглядаються, як правило, у відриві від особистості пацієнта, і якщо їхній зв'язок зі станом соматичного здоров'я ще враховується, хоч і не завжди, то психологічні, соціально-психологічні та соціальні аспекти стоматологічної патології здебільшого залишаються без належної уваги дослідників і лікарів [4–6].

Сьогодні вже не потребує доказів роль психологічних (особистісних) чинників у розвитку будь-якого патологічного процесу та їхнє значення для результатів лікувальної дії. Це зумовлює необхідність системного, комплексного, міждисциплінарного підходу до діагностики й лікування порушення здоров'я людини, в тому числі й стоматологічного [7].

Таким чином, порушення психологічної адаптації стоматологічних хворих, а часто й комунікації їх у соціумі залишається недостатньо вивченим, особливо соціо- та психогенні чинники, що призводять до розвитку дезадаптації.

Викладене обумовило актуальність нашого дослідження, мета якого – на підставі системного, міждисциплінарного та інте-

© Ш.Д. Таравнех, В.С. Табачнікова, Г.М. Кожина, М.В. Маркова, 2013

гративного підходу вивчити механізми формування дезадаптації стоматологічних хворих.

Матеріал і методи. Було проведено комплексне обстеження 300 хворих (основна група) – 130 чоловіків та 170 жінок віком від 16 до 65 років, які звернулися по стоматологічну допомогу. З них 155 пацієнтів (перша підгрупа – 65 чоловіків та 90 жінок) отримали лише терапевтичне лікування, а 145 (друга підгрупа – 65 чоловіків та 80 жінок) – хірургічне. У всіх цих хворих спостерігалася дезадаптація до свого стану і наступного лікування. У контрольну групу ввійшли 60 пацієнтів (30 чоловіків і 30 жінок) з аналогічною стоматологічною патологією, але без ознак дезадаптації.

Нами було проведено системно-структурний аналіз стоматологічного здоров'я, що ґрунтується на результатах комплексного обстеження хворих – клінічного (стоматологічного й психічного статусу), клініко-психологічного, психодіагностичного та соціологічного.

Системно-структурний аналіз передбачав вивчення всіх компонентів стоматологічного здоров'я: анатомо-фізіологічного, психологічного, психічного, соціально-психологічного, соціального із соціокультурною та інформаційно-оцінною його складовими. Аналіз проходив у три етапи. На першому етапі оцінювали стан кожного з компонентів за його критеріями і визначали ступінь його порушення, для чого ми розробили структурну решітку стоматологічного здоров'я. При цьому виокремлювали три ступені порушення: 1-й – послаблення компонента, яке не призводить до розладу стоматологічного здоров'я, але є патопластичним чинником можливого його виникнення внаслідок інших причин; 2-й – посилення вже існуючого порушення стоматологічного здоров'я; 3-й – стрижневе ураження компонента або його складової, яке є безпосередньою причиною розладу стоматологічного здоров'я. На другому етапі визначали форму та ступінь існуючої у пацієнта патології, складаючи структурну решітку порушень функцій зубощелепного апарату (жувальної та комунікативних – фонетичної, дикційної, естетичної). На третьому етапі системно-структурного аналізу формулювали діагноз, що відокремлював

нозологічну форму захворювання, існуючі функціональні порушення зубощелепної системи, невротичну реакцію пацієнта, рівень і тип його стоматологічної культури та поінформованість у питаннях стоматологічної психогієни.

До психологічних досліджень входили вивчення акцентуацій характеру хворих за методикою К. Леонгарда – Г. Шмішека (1981), дисгармонійних рис характеру й особистості (А.Є. Личко, Н.Я. Іванов, 1980), визначення емоційного стану хворих за допомогою шкали реактивної і особистісної тривоги Ч.Д. Спілберга – Ю.Л. Ханіна (Г.В. Большаков зі співавт., 1996) та визначення функціонального їх стану за розробленою А.Ф. Бізяєвим зі співавт. (1992) методикою САН (самопочуття, активність, настрої). Статеворольову поведінку пацієнтів досліджували за допомогою статорольової шкали ACL А.В. Heilbrun (1981), що дає змогу визначити маскуліність і фемінність обстежуваних на рівні Я-концепції (соціогенному рівні). Характер реагування хворих на своє захворювання та його лікування вивчали за допомогою опитувальника «Тип ставлення до хвороби» (В.Д. Менделевич, 2005).

Результати. У хворих діагностовано такі стоматологічні захворювання: карієс – у (47±3) %, періодонтит – у (15±3) %, пульпіт – у (10±3) %, запальні захворювання м'яких тканин щелепно-лицьової ділянки – у (31±3) %.

При вивченні психічного статусу встановлено, що в усіх хворих основної групи були первинні, дезадаптаційні розлади, зумовлені больовими почуттями та дискомфортом, пов'язаним із порушенням функцій зубощелепного апарату. При цьому у (40±3) % із них спостерігались змішаний тривожно-депресивний розлад (F43.22), короткочасна депресивна реакція (F43.20), порушення емоцій та поведінки (F42.25), що призводили до вторинної дезадаптації, а у (60±5) % мали місце специфічні ізольовані фобії (F40.2) та іпохондричний розлад (F45.2), які зумовлювали третинну дезадаптацію хворих.

На основі отриманих у ході роботи даних були виділені такі варіанти емоційних розладів в обстежених хворих: тривожно-депресивний, тривожно-іпохондричний, астенодепресивний, депресивно-іпохонд-

ричний, депресивно-апатичний та дисфоричний.

У хворих з тривожно-депресивним варіантом – (40,9±2,8) % домінували подавлений настрій з почуттям тривоги й страху, внутрішнє напруження з неможливістю розслабитися, песимістична оцінка перспектив хірургічного лікування з очікуванням несприятливих його наслідків, больового синдрому.

При цьому у хворих з флегмонами середнього ступеня тяжкості виявлялася крайня лабільність афекту у зв'язку із супутніми соматичними факторами – виражене посилення тривожної й депресивної симптоматики аж до нестерпного напруження, відчуття паніки, розгубленості в поєднанні з почуттям розпачу й безвихідності. Найчастіше епізоди загострення тривоги супроводжувалися приєднанням дисфоричного афекту з невдоволенням і дратівливістю, відмічались вибухи гніву при незначних розбіжностях із сусідами по палаті, медичним персоналом, лікарем, які закінчувалися слізливістю з почуттям слабкості й скаргами на погіршення соматичного стану.

Тривожно-іпохондричний варіант – (30,4±2,6) % пацієнтів – проявлявся вираженою емоційною напруженістю з надмірною зосередженістю й фіксацією на стані свого здоров'я, іпохондрично забарвленими фобіями, постійним занепокоєнням і страхами перед операцією, її наслідками й можливими ускладненнями.

У клінічній картині астенодепресивного синдрому – (11,5±1,8) % хворих – пригнічений настрій поєднувався з вираженим виснаженням – пацієнти акцентували увагу на нездатності ні до фізичної, ні до психічної активності. Також спостерігалися явища гіперстезії, що виражалися підвищеною збудливістю, дратівливістю по найменшому приводу, що змінюється слізливістю. Поряд із цим у більшості пацієнтів спостерігалися ангедонія, психомоторна загальмованість, слабкість концентрації уваги з неухильністю, забудькуватістю та нездатністю зосередитися.

Депресивно-іпохондричний варіант – (7,0±1,4) % – проявлявся головним чином у підвищеній увазі до своїх тілесних відчуттів, перебільшеними побоюваннями за результат післяопераційного періоду, страхом розвитку

ускладнень, що поєднувалися з депресивним симптомокомплексом.

У клінічній картині депресивно-апатичного синдрому – (5,4±1,3) % хворих – переважали загальна слабкість, млявість, психомоторна загальмованість, безініціативність, ангедонія, байдужність до всього та депресивний фон настрою.

Дисфоричний синдром – (4,8±1,2) % пацієнтів – характеризувався тужно-злобно-похмурим настроєм. У хворих відмічались дратівливість із періодично виникаючими спалахами люті, гніву й злості, іноді супроводжуваними агресією, спрямованою на найближче оточення (членів родин, що здійснюють догляд за пацієнтами, і медичний персонал).

При дослідженні преморбідних рис обстежених пацієнтів визначили, що в усіх хворих основної групи були явно виражені акцентуації характеру. У чоловіків найчастіше відмічались педантичний [(32±3) %] та збудливий [(24±3) %], у жінок – тривожний [(25±3) %], демонстративний [(22±3) %] та емотивний [(19±3) %] типи акцентуацій. Набагато рідше [(9±3) %] у чоловіків можна було відмітити застрягаючий і в поодиноких випадках дистимічний та афективно-екзальтований типи, тоді як у жінок останні траплялися в (9±3) і (7±3) % відповідно. Ні в кого з обстежених основної групи не виявлено гіпертимної акцентуації характеру, яка спостерігалася у (30±9) % чоловіків і (27±8) % жінок контрольної групи. У решти пацієнтів цієї групи явні акцентуації характеру не визначалися.

Суттєво впливають на розвиток дезадаптації і дисгармонійні риси характеру й особистості. У переважній більшості обстежених нами пацієнтів [у (97±3) % чоловіків та (94±3) % жінок] спостерігалися такі риси характеру, як нереалізм сприйняття дійсності й небажання адаптуватися до неї та оточення, а також риси порушеної самоактуалізації, найчастіше нереалізм самооцінки [у (92±3) % чоловіків та (86±3) % жінок], нерозсудливість, ригідність, неадекватний рівень домагань тощо. Таку негативну роль відігравали й наявні у хворих дисгармонійні риси особистості – найчастіше боязкість [у (63±3) % чоловіків і (76±3) % жінок], у чоловіків також песимізм,

недостатньо усвідомлена життєва позиція та відсутність її затвердження [близько (58±3) %], у жінок – егоїзм [(69±3) %]. У жодного з обстежених основної групи не було таких необхідних для адаптації рис особистості, як довірливість, упевненість у собі, терплячість та вольова регуляція поведінки.

У дослідженні емоційного стану хворих з'ясувалося, що практично в усіх обстежених основної групи мав місце високий рівень реактивної тривоги, за винятком хворих зі збудливим типом акцентуації, серед яких у (32±8) % він був помірним. Відмічалася чітка залежність рівня особистісної тривожності від існуючої у хворого акцентуації характеру: рівень тривожності був високим у всіх обстежених із тривожною, емотивною, дистимічною акцентуацією, у (93±7) % – з афективно-екзальтованою та у (57±12) % – із застрягаючою акцентуацією, низьким – у більшості [(78±7) %] обстежених зі збудливою акцентуацією та помірним – у більшості осіб [(60±7) %] із педантичною та демонстративною акцентуацією характеру.

Як показали отримані дані, всі показники функціонального стану в жодного з обстежених не досягали норми. Особливо низькими були показники самопочуття в осіб із педантичною, демонстративною, застрягаючою та дистимічною акцентуацією, показники активності в обстежених із дистимічною, тривожною та емотивною акцентуацією, показники настрою у хворих із демонстративною, дистимічною та афективно-екзальтованою акцентуацією характеру. Отже, всі вони були порушені найбільшою мірою за дистимічною акцентуацією характеру.

Вельми показовими є результати вивчення ставлення хворих до свого захворювання та лікування. За результатами дослідження, у чоловіків переважали обсессивно-фобічний та іпохондричний [відповідно (17±3) і (16±3) %], у жінок – сенситивний, неврастенічний, тривожний та егоцентричний [від (14±3) до (21±3) %] типи реагування. Дещо рідше і лише в чоловіків зі збудливою акцентуацією характеру відмічались тривожний, ергопатичний, у решти – анозогнозичний, сенситивний та егоцентричний типи ставлення до хвороби. Чоловіки частіше, ніж жінки, реагували на хворобу за ергопатичним та анозогнозичним

типом. Рідко [від (3±2) до (5±3) %] і в чоловіків, і в жінок спостерігалися меланхолічний, апатичний та паранояльний типи ставлення до хвороби.

Саногенного мислення, що сприяє зменшенню внутрішньоособистісного конфлікту або не допускає його виникнення, знижує напруженість, дає змогу людині контролювати емоції, потреби та бажання і, відповідно, запобігати психогенним захворюванням, зокрема, невротичним розладам, ми не могли виявити в жодного з обстежених пацієнтів основної групи. Природно, не відмічалася в них гармонійного, спокійно-очікувального ставлення до хвороби і здійснюваної терапії, яке було характерним для пацієнтів контрольної групи.

У всіх обстежених хворих відмічався дисгармонійний – примітивний або невротичний – тип стоматологічної культури, який не сприяв адаптації; у більшості – низький рівень обізнаності в питаннях стоматологічної гігієни і особливо психогігієни, а також неправильна оцінка існуючих у них стоматологічної патології і свого ставлення до неї та необхідного лікування.

Загалом, результати дослідження функціонального, емоційного стану стоматологічних хворих та їхнього ставлення до хвороби свідчать про залежність цих психологічних параметрів від акцентуації характеру і підтверджують роль виявлених відхилень у генезі порушення адаптації хворих до свого захворювання та його лікування.

Провівши системно-структурний аналіз стоматологічного здоров'я за його компонентами, ми визначили сукупне їх порушення у хворих, що перебували під нашим спостереженням.

Анатомо-фізіологічний компонент був порушений унаслідок існуючого в обстежених стоматологічного захворювання та пов'язаного з ним порушення жувальної функції зубощелепної системи. Порушення психологічного компонента було результатом внутрішньоособистісного конфлікту, пов'язаного з акцентуаціями та дисгармонійними рисами характеру й особистості, що зумовили неправильне ставлення до хвороби та її лікування. Психічний компонент був уражений через наявні у хворих невротичні розлади. Соціально-психологічний компонент був порушений

унаслідок утруднень у спілкуванні через зміни комунікативних: фонетичної, дикційної та естетичної – функцій зубощелепного апарату. Соціальний компонент був послаблений через низьку стоматологічну культуру хворих, її примітивний або невротичний тип і недостатню, а часто й неправильну поінформованість у питаннях стоматологічної психогієни.

Стрижневим (3-го ступеня) було ураження в усіх обстежених основної групи анатомо-фізіологічного, психологічного та психічного компонентів, соціокультурної складової соціального компонента стоматологічного здоров'я, що стало причиною його порушення й дезадаптації хворих. Порушення соціально-психологічного компонента, а також інформаційно-оцінної складової соціального, що досягало 1–2-го ступенів, призводило до виникнення дезадаптації й посилювало її. У контрольній групі також мало місце стрижнєве ураження анатомо-фізіологічного компонента стоматологічного здоров'я, але воно було ізольованим і не призводило до порушення адаптації.

За визначеними в результаті системно-структурного аналізу закономірностями виникнення та прояву порушення стоматологічного здоров'я виявлено і класифіковано варіанти та клінічні форми дезадаптації хворих зі стоматологічною патологією:

Список літератури

1. Павленко А. В. Профилактика и коррекция адаптационных расстройств в комплексном лечении больных с дефектами зубов и зубных рядов / А. В. Павленко, В. С. Табачникова // Архив психиатрии. – 2004. – Т. 10, № 2 (37). – С. 235–236.
2. Тимофеев А. А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А. А. Тимофеев. – К., 2004. – 1062 с.
3. Шевченко Н. Ф. Практикум із психологічної допомоги соматичним хворим / Н. Ф. Шевченко // Практична психологія та соціальна робота. – 2006. – № 4. – С. 17–30.
4. Гуменюк Л. Н. Биопсихосоциальные факторы риска формирования дезадаптации у больных со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области / Л. Н. Гуменюк, В. А. Рослякова // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2010. – № 1–2 (24–25). – С. 103–106.
5. Рекова Л. П. Патогенетические аспекты развития стрессовых реакций у пациентов в клинике хирургической стоматологии и их коррекция / Л. П. Рекова // Матеріали І з'їзду черепно-щелепно-лицевих хірургів України. – К., 2009. – С. 253–256.
6. Таравнех Ш. Д. Емоційні розлади у хворих на запальні захворювання м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки / Ш. Д. Таравнех // Архив психиатрии. – 2011. – Т. 17, № 4 (67). – С. 39–40.

1. Первинна дезадаптація, зумовлена больовим синдромом і порушенням функцій зубощелепного апарату, – (100±1) %.

2. Вторинна дезадаптація – (40±3) %:

• змішаний тривожно-депресивний розлад – (62±3) %;

• порушення емоцій та поведінки – (21±3) %;

• короткочасна депресивна реакція – (17±3) %.

3. Третинна дезадаптація – (60±5) %:

• специфічні (ізольовані) фобії – (56±3) %;

• іпохондричний розлад – (44±3) %.

Таким чином, системний підхід до обстеження стоматологічних хворих дає змогу визначити причини, механізми формування та клінічні форми їхньої дезадаптації до свого захворювання та його лікування, а також пов'язаної з нею мікросоціальної й соціальної дезадаптації.

Стоматологічним здоров'ям слід уважати не лише відсутність болю та якихось хворобливих змін у зубощелепній системі. Це інтегральний комплекс анатомо-фізіологічного, психологічного, психічного, соціально-психологічного і соціального компонентів, взаємодія яких забезпечує виконання жувальної та комунікативної (фонетичної, дикційної та естетичної) функцій, даючи психологічне (особистісне) задоволення й функціональний комфорт.

7. Рослякова В. А. Клинико-психопатологическая характеристика депрессивных расстройств непсихотического уровня у больных с опухолями челюстно-лицевой области / В. А. Рослякова // Медична психологія. – 2012. – Т. 7, № 1 (25). – С. 85–88.

Ш.Д. Таравнех, В.С. Табачникова, А.М. Кожина, М.В. Маркова

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ФЕНОМЕН ДЕЗАДАПТАЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Обследовано 300 больных с разной стоматологической патологией. На основе системного, междисциплинарного и интегративного подхода изучены причины, механизмы развития и проявления дезадаптации у стоматологических больных. Разработана система диагностики, основанная на системно-структурном анализе стоматологического здоровья с учетом дезадаптации больных к своему заболеванию и его лечению. Выявлены характерологические и личностные черты, влияющие на развитие дезадаптации, и определены ее клинические формы.

Ключевые слова: стоматологическое здоровье, дезадаптация, стоматологические больные.

Sh.D. Taravnech, V.S. Tabachnikova, A.M. Kozhyna, M.V. Markova

MODERN VIEW OF THE PHENOMENON OF MALADJUSTMENT DENTAL PATIENTS

The 300 patients with different forms of stomatological pathologies are inspected. Causes, developments' mechanisms and dentist patients' non-adaptation were studied on the basis of system, multidisciplinary and integration approach. There is author's stomatological health description presented in the study. Stomatological health structure is explored, methodology of its systematic analysis. It is shown, that genesis of non-adaptation is mainly influenced by character and personality.

Key words: stomatological health, non-adaptation, dental patients.

УДК 613.7:614.2.001.12

В.Л. Таралло, П.В. Горский

Буковинский государственный медицинский университет, г. Черновцы

МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РЕАЛИЗАЦИИ КОМПЛЕКСНЫХ ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ НА ПРИНЦИПАХ РАВЕНСТВА, ПАРТНЕРСТВА И СОЛИДАРНОСТИ

Показаны возможности методического обеспечения национальных и региональных программ для достижения на любой территории желаемых параметров здоровья населения.

Ключевые слова: *здоровье населения, политика ВОЗ, закон выживания популяций, закон сохранения здоровья.*

На современном этапе развития здравоохранения (при любых формах его финансирования) существенное улучшение здоровья населения за счет совершенствования деятельности исключительно ведомства здравоохранения невозможно – здоровье людей прямо и опосредованно зависит от многих других факторов. В целях гармонизации положительных аспектов влияния этих факторов для стойкого улучшения здоровья людей и, соответственно, повышения их жизнеспособности, жизнестойкости и в конечном итоге увеличения продолжительности жизни и ее здоровой части необходимо обеспечить в обществе отношения солидарности и партнерства в здравоохранительной деятельности и равность в вопросах здоровья [1–3].

Важность именно такого подхода существенно возрастает при переходе к рыночным формам охраны здоровья, в том числе к одной из них – страховой медицине (о которой много говорят в Украине), хотя таковой в чистом виде в развитых странах не существует. Другие, дополняющие ее формы устраняют недостатки чисто страховой медицины, а именно: негативные последствия сужения ресурсной базы финансирования и материально-технического обеспечения отрасли здравоохранения.

Резкое расслоение населения по уровню доходов в большинстве стран мира обуслов-

ливает то, что далеко не все способны оплатить адекватный состоянию их здоровья уровень медицинских услуг. Именно поэтому для реализации принципов равенства, партнерства и солидарности в вопросах охраны здоровья людей необходимо определить уровень ответственности каждой из сфер деятельности за состояние/динамику здоровья, жизнеспособность и жизнестойкость каждого из его членов на протяжении всей жизни.

Материал и методы. Используются результаты исследований здоровья населения Украины и всех ее регионов с 1976 по 2012 год [4, 5]. Методической основой исследования являются авторские модели законов выживания популяций [6], отдельных поколений [7], а также сохранения здоровья населения [8], их показатели и производные от них частные методики по изучению и контролю нивелирования факторов, негативно влияющих на здоровье людей, в национальных и региональных оздоровительных программах.

Результаты и их обсуждение. Первоосновой для определения ответственности каждой из сфер деятельности общества за состояние/динамику здоровья выступают традиционные показатели проявлений здоровья населения: рождаемость, уровень физического развития, заболеваемость, инвалидность и смертность. Указанные показатели

© В.Л. Таралло, П.В. Горский, 2013

многогранны и производны от многих факторов: уровня социально-экономического развития общества, доходов его членов, возможностей их самореализации, культурных, бытовых, морально-религиозных традиций и др.

На них, безусловно, влияет и деятельность отрасли здравоохранения сквозь показатели качества и доступности медицинской помощи населению. В свою очередь, они существенно зависимы от половозрастной структуры населения на конкретных территориях и состоянии социоэкологической среды его проживания.

Учитывая, что каждый из приведенных факторов описывается многими независимыми между собой параметрами и характеристиками, для определения ответственности определенных сфер деятельности общества за здоровье и, соответственно, для обеспечения реальных отношений равенства, партнерства и солидарности в этих вопросах необходимо иметь универсальный интегральный измеритель состояния/динамики здоровья населения.

Таким измерителем может служить выраженный в человеко-годах потенциальный жизненный ресурс, которым обладает определенная поло-возрастная группа населения, дожившая от рождения до возраста x .

Его можно измерить следующим образом. Если, допустим, число членов такой группы в возрастном интервале $[x, x + 1]$ равно P_x , то потенциальный жизненный ресурс R_x , которым она владеет в этом возрасте, равен

$$R_x = P_x e_x^{(0)}, \quad (1)$$

где $e_x^{(0)}$ – средняя продолжительность последующей (ожидаемой) жизни этой группы после достижения ее членами возраста x . (В рамках традиционных подходов расчетная продолжительность последующей жизни может быть найдена из таблиц смертности, построенных с учетом фактической продолжительности жизни умерших в каждом возрастном интервале [9]).

Известно, что перемены в социально-экономическом положении общества, в социоэкологическом благополучии среды проживания людей, и в том числе в качестве и доступности медицинской помощи, существенным образом влияют на показатели смертности и, соответственно, на величины $e_x^{(0)}$.

Если эти изменения положительны, то и $e_x^{(0)}$ увеличиваются, если отрицательны – снижаются.

При этом, используя конкретные ориентиры желаемого здоровья населения (такие, как уровень младенческой смертности и ожидаемой средней продолжительности жизни при рождении), можно точно определить тот жизненный ресурс, который должен подлежать восстановлению на конкретной территории. Для него можно найти соответствие в виде совершенно определенного (конкретного) материального (и/или денежного) эквивалента. С учетом этого и следует определять уровень необходимых для достижения цели затрат, а также уровень ответственности каждого из партнеров.

В документах ВОЗ «Здоровье–21» [10] и «Здоровье–2020» [11] задачи достижения «здоровья для всех» к 2020 году сформулированы в желаемых и потенциально возможных уровнях традиционных показателей здоровья населения (для оценки эффективности работы системы охраны здоровья населения): младенческой смертности, смертности от ведущих заболеваний – причин смерти в конкретных возрастных группах, заболеваемости болезнями, которые являются непосредственными факторами смерти и др.

Заданием системы здравоохранения любой страны Европейского региона (и в том числе Украины) является «перевод» уровней этих показателей как контрольных ориентиров на язык желаемых и потенциально достижимых интегральных характеристик общественного здоровья в стране. Такой «перевод» даст возможность оценить жизненный ресурс (ресурс здоровья) жителей всех регионов страны, который требует восстановления, и будет содействовать определению необходимых уровней затрат на оздоровительные (лечебные и профилактические) мероприятия.

Системно-содержательной и расчетно-математической основой получения текущих и желаемых числовых значений жизненного ресурса (ресурса здоровья) населения и его отдельных составляющих в данное время могут выступать на национальном или региональном уровне закон выживания популяций [6], для отдельных возрастных групп (реально

живущих) – закон выживания реальных поколений [7], а для больных хроническими болезнями, ведущими к смерти – закон сохранения здоровья [8] и, соответственно, параметры (показатели) формул приведенных законов. В общем виде все эти законы представляют математико-аналитическое выражение относительного числа лиц, которые доживают от рождения до возраста x или доживают до этого возраста, оставаясь здоровыми относительно n -й хронической болезни; при этом число новорожденных условно принимается за единицу и предполагается, что они здоровы.

Например, математико-аналитическое выражение основного закона – закона выживания популяций – имеет следующий вид:

$$l(x) = \exp\left[-\frac{(x/x_0)^\alpha}{\gamma(1-(x/x_0))}\right], \quad (2)$$

где $l(x)$ – относительное число лиц, которые доживают от рождения до определенного возраста x ; x_0 – предельная продолжительность жизни новорожденных; α – индекс их врожденной жизнестойкости; γ – индекс внешней, приобретенной ими жизнестойкости или (обратное значение в системном анализе) коэффициент качества среды проживания изучаемой группы населения.

В соответствии с системным характером данного закона на его основе можно определить потенциальный жизненный ресурс R_x , которым обладает группа населения, достигшая на момент исследования определенного возраста:

$$R_x = \frac{P_x}{l(x)} \int_x^{x_0} l(y) dy, \quad (3)$$

где dy – бесконечно малый интервал времени (возраста); $l(y)$ – соответствующая функция дожития.

Закон выживания популяций (как и два других указанных закона) можно также получить, используя множество возрастных показателей продолжительностей жизни. Формула будет следующей:

$$l(x) = \frac{e_x^{(0)}}{e_0^{(0)}} \exp\left(-\int_0^x \frac{dx}{e_x^{(0)}}\right). \quad (4)$$

Существует взаимно однозначное соответствие между желаемыми значениями тра-

диционных медико-демографических показателей (как и сугубо медицинских, например, заболеваемости), параметрами открытых авторами указанных законов (в которых впервые представлены прямые интегральные показатели общественного здоровья) и жизненным ресурсом, требующим восстановления, сохранения и защиты.

Это дает основания утверждать, что использование законов и их параметров может выступать научной, методической и информационной основой для формирования ресурсной стратегии, а также и ресурсной политики системы охраны здоровья в целом и ведомства здравоохранения в частности как на национальном уровне, так и на территориальном.

В рамках такого подхода равенство в вопросах здоровья означает, что каждый член общества (группа людей) владеет определенным диапазоном возможностей для максимального использования собственного жизненного ресурса. Этот тезис можно сформулировать в терминах интегральных показателей общественного здоровья – параметров закона выживания: внутренней α и внешней γ жизнестойкости – или параметров закона сохранения здоровья: внутренней α_h и внешней γ_h жизне- и болезнестойкости по отношению к определенной хронической патологии (ведущей, как правило, к смерти).

Так, из формулы (2) вытекает, что если какой-нибудь из приведенных параметров α или γ становится безгранично большим, а другой при этом будет оставаться неизменным, то функция дожития становится равной единице в интервале $[0; x_0]$ и на протяжении всей жизни имеет предельный уровень. Если же безгранично большими становятся оба показателя, то такой факт отражает генетическую однородность изучаемой популяции и одновременно идеально предрасполагающие (для сохранения здоровья, жизни и жизнедеятельности) условия среды проживания. Если же ограничено, а безгранично большое, то популяция существует в идеально благоприятствующей сохранению жизни и здоровья населения среде. Отмеченное свидетельствует, что в открытых нами законах учитывается влияние на здоровье как врожденных факторов, так и качества среды прожи-

вания (в том числе и отрасли здравоохранения – как ее элементной составляющей), а также и отличительные характеристики их влияния (действия) на отдельных этапах жизни. Согласно (3) *максимальный* жизненный ресурс равен произведению числа P_x лиц, доживших до определенного возраста x , на разность между этим и предельным возрастом жизни (значение последнего, по материалам переписи 2001 года, для украинцев составило $x_0 = 119$ лет [5]):

$$R_{x_{\max}} = P_x(x_0 - x). \quad (5)$$

Данный факт свидетельствует, что в идеально благоприятной для сохранения здоровья и жизни среде каждый индивид имеет возможности для полного использования собственного жизненного ресурса. (Под «благоприятной» средой мы понимаем не только комплекс его экофизических характеристик, но и всю совокупность экономических, социальных, моральных, психологических и других предпосылок для максимального восстановления и использования обществом в целом и каждым из его членов собственного жизненного ресурса).

При этом, исходя из сугубо формальной (математической) точки зрения, не обязательно, чтобы корреляционная связь между параметрами внутренней (врожденной) и внешней (приобретенной) жизнестойкости всегда была прямой. Она может быть и обратной, но в таком случае необходимо выполнение условия: характеристики внешней жизнестойкости населения или в системном (обратном) анализе качества социозэкологической среды (проживания) γ должны постепенно увеличиваться, а характеристики внутренней жизнестойкости и жизнестойкости (как биологический и социальный аспекты показателя) α при γ , стремящейся к бесконечности, всегда должны оставаться существенно положительными:

$$\lim_{\gamma \rightarrow \infty} \alpha > 0. \quad (6)$$

По результатам многолетних исследований, на современном этапе эволюция жизнестойкости и жизнестойкости населения Украины реализуется таким образом: параметр α возрастает, а параметр γ снижается [5, с. 56], что свидетельствует о существующей

потенциальной возможности изменения хода временной эволюции интегральных показателей общественного здоровья в Украине, а именно: создания условий в стране, при которых они будут увеличиваться одновременно и согласованно.

Сущность проблемы в том, что параметр α зависим и одновременно определяет долю младенческой смертности в общей смертности: чем эта доля меньше, тем больше параметр α [5, с. 87]. Параметр γ , в свою очередь, определяет уровень смертности во всех возрастных группах и соответствующие (возрастные) величины средней продолжительности ожидаемой жизни [5, с. 104]. Поскольку в данное время в Украине средняя продолжительность ожидаемой жизни почти во всех возрастных группах меньше, а показатель младенческой смертности больше, чем в ведущих развитых странах, то достижение уровня этих стран связано с повышением одновременно и α , и γ .

Для реализации этого необходимо внедрение мероприятий по обеспечению как индивидуального, так и общественного здоровья на всех этапах жизненного цикла (индивида и популяций), т. е. во всех половозрастных группах.

Жизненный ресурс ΔR_x x -й возрастной группы, подлежащий восстановлению, может быть определен по формуле

$$\Delta R_x = P_x \left(l_d(x)^{-1} \int_x^{x_0} l_d(y) dy - l_r(x)^{-1} \int_x^{x_0} l_r(y) dy \right), \quad (7)$$

где $l_d(y)$ – желаемая (планируемая) для x -го возраста кривая выживания, построенная по желаемым (планируемым) параметрам внутренней α_d и внешней γ_d жизнестойкости, которые отражают условия желательного протекания процессов общественного здоровья; $l_r(y)$ – реальная (настоящая) характеристика – кривая выживания, построенная по параметрам α_r и γ_r , представляющим реально наблюдаемые (и регистрируемые) состояние/динамика здоровья населения и среды его проживания.

Параметры α_r и γ_r могут быть найдены путем обработки таблиц смертности, построенных на реальных демографических данных [4], или по методу, в котором используются официальные статистические

данные об уровнях младенческой смертности и средней продолжительности ожидаемой жизни (при рождении) [5, с. 250] или, наконец, с использованием последних данных, но без проведения расчетов – по рассчитанным нами прогнозным таблицам ТАГОР – А [5, с. 310] или ТАГОР – Б [5, с. 485], т. е. с учетом как врожденных факторов и качества среды на территориях проживания, так и с учетом распространности в них хронических болезней.

Желаемые значения α_d и γ_d могут быть определены из соображений, базирующихся на математической статистике [12], в том числе с использованием таблиц ТАГОР, употребляя в поиске желаемые традиционные показатели младенческой смертности и средней ожидаемой продолжительности жизни (при рождении) [5] и согласовывая их с другими желаемыми целями солидарной деятельности системы здравоохранения и реальными событиями, происходящими в стране. В последнем случае желаемую с точки зрения достижения результата структуру распределения ресурсов общества и отрасли для сохранения и восстановления жизненного ресурса (ресурса здоровья) для x -й возрастной группы можно определять по формуле

$$D_x = \frac{\Delta R_x}{R_x} \cdot 100\%. \quad (8)$$

При динамическом планировании – для следующего года, для коротко-, средне- и долгосрочных планов по желаемым ориентирам (в том числе ВОЗовским – по программе «Здоровье–2020») более правильным в расчетах исходить из ресурса, который потенциально использован не полностью x -й возрастной группой в текущем году $\Delta \tilde{R}_x$:

$$\Delta \tilde{R}_x = P_x \left(\tilde{l}_d(x)^{-1} \int_x^{x+1} \tilde{l}_d(y) dy - \tilde{l}_r(x)^{-1} \int_x^{x+1} \tilde{l}_r(y) dy \right), \quad (9)$$

где $\tilde{l}_d(z)$ – желанная (на конец года) кривая выживания/динамики здоровья; $\tilde{l}_r(z)$ – текущая (на начало года) кривая выживания/динамики здоровья.

В этом случае желаемую с точки зрения достижения результата структуру распределения ресурсов общества и отрасли для сохранения и восстановления жизненного

ресурса (ресурса здоровья) для x -й возрастной группы можно определять по формуле

$$\tilde{D}_x = \frac{\Delta \tilde{R}_x}{\tilde{R}_x} \cdot 100\%. \quad (10)$$

Преимущество использования изложенной методики для динамического планирования оздоровительных программ в здравоохранении до 2020 года и в последующие годы состоит в том, что жизненный ресурс/ресурс здоровья, подлежащие восстановлению, определяются отдельно для каждого конкретного года жизнедеятельности популяции (группы людей). Этот ресурс для каждой половозрастной группы и для населения в целом определяет объем тех дополнительных средств, которые должны привлечь общество и отрасль здравоохранения для достижения желаемых ориентиров общественного здоровья. Накопление этих средств так же, как и их эффективное использование, возможно только на основе формирования в обществе отношений равенства, солидарности и партнерства в вопросах охраны здоровья.

В создании такого ресурсного фонда («фонда воспроизводства жизненного потенциала/потенциала здоровья») должны принимать участие все слои общества и все субъекты экономической и политической деятельности в согласовании с собственным ресурсным потенциалом, функциональными возможностями, интересами и мерой ответственности за конечный результат.

Распределение накопленных средств должно происходить в соответствии с потребностями общества и каждой из его групп в сохранении и воспроизводстве собственного жизненного ресурса. Такой подход возможен только на основе социального партнерства и баланса интересов, т. е. сегодняшних требований ВОЗ [1, 2] к развитию и формированию национальных систем здравоохранения.

Выводы

1. Важнейшей составляющей развития системы здравоохранения в Украине, на любой ее территории и в любой другой стране является ориентация на политику ВОЗ в рамках Всемирной программы «Здоровье для всех».

2. Методологической и методической основой для определения условий и возможностей реализации политики ВОЗ в охране здоровья населения, как и в контроле эффективности реализации планируемых и действующих национальных и региональных программ с высокоточным определением прогнозов и поэтапного контроля их достижимости могут служить модели законов выживания популяций реальных поколений и сохранения здоровья населения вместе с производными от них методами и методиками контроля динамики здоровья, расчета рисков жизни и здоро-

вью людей, структурированием врожденных и приобретенных факторов сохранения здоровья и жизни, контроля динамики здоровья, планирования и эффективности расходования различных ресурсов для этих целей на основах равенства, солидарности и партнерства.

Перспективность исследований заключается в востребованности предложенных подходов в рамках осуществляемой сегодня в Украине и других странах перестройке здравоохранения, переориентации и переоценке многих факторов, влияющих на сохранение жизни и здоровья людей.

Список литературы

1. *Whitehead M.* Концепции и принципы равенства в вопросах охраны здоровья / М. Whitehead. – Копенгаген : ВОЗ, ЕРБ, 1991. – 29 с.
2. *Dahlgren G.* Политика и стратегия обеспечения справедливости в вопросах охраны здоровья / М. Whitehead, G. Dahlgren. – Копенгаген : ВОЗ, ЕРБ, 1992. – 56 с.
3. Послание Генерального секретаря ООН Пан Ги Муна по случаю Всемирного дня социальной справедливости // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2013. – № 1 (21). – С. 1–12.
4. *Таралло В. Л.* Здоров'я населення: інформаційно-методичне забезпечення прогнозованого управління / В. Л. Таралло. – Чернівці : ЧМІ, 1996. – 176 с.
5. Здоровье для всех: популяционная диагностика, прогноз, стратегия действий и контроль их эффективности / Таралло В. Л., Горский П. В., Шкробанец И. Д., Грицюк М. И. – Черновцы : БГМУ, 2012. – 658 с.
6. Сертификат-лицензия Международной регистрационной палаты информационно-интеллектуальной новизны МАИ СЭС ООН № 000324. Шифр 00005. Код 00015: Закон выживания популяций / В. Л. Таралло, П. В. Горский, Ю. А. Тимофеев // Международный регистр глобальных систем информации. – Москва, 04.06.98.
7. Сертификат-лицензия Международной регистрационной палаты информационно-интеллектуальной новизны МАИ СЭС ООН № 000324. Шифр 00005. Код 00015: Закон выживания реальных поколений / В. Л. Таралло, П. В. Горский, Ю. А. Тимофеев // Международный регистр глобальных систем информации. – Москва, 04.06.98.
8. *Горський П. В.* Закон збереження здоров'я населення / П. В. Горський, В. Л. Таралло // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2012. – № 2–3. – С. 75–79.
9. Сертификат-лицензия Международной регистрационной палаты информационно-интеллектуальной новизны МАИ СЭС ООН № 000324. Шифр 00005. Код 00015: Метод построения таблиц смертности / В. Л. Таралло, П. В. Горский, Ю. А. Тимофеев // Международный регистр глобальных систем информации. – Москва, 04.06.98.
10. *Здоровье–21.* Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. – Копенгаген : ВОЗ: Европейская серия по достижению здоровья для всех, 1999. – № 8. – 310 с.
11. Разработка новой европейской политики здравоохранения «Здоровье–2020» // Первая европейская конференция ВОЗ по новой европейской политике – Здоровье–2020, Иерусалим, Израиль, 28–29 ноября 2011 г. – ВОЗ, 2011. – 147 с.
12. Сертификат-лицензия Международной регистрационной палаты информационно-интеллектуальной новизны МАИ СЭС ООН № 000324. Шифр 00005. Код 00015: Эталонная модель дожития / В. Л. Таралло, П. В. Горский // Международный регистр глобальных систем информации. – Москва, 04.06.98.

В.Л. Таралло, П.В. Горський

**МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ РЕАЛІЗАЦІЇ КОМПЛЕКСНИХ ОЗДОРОВЧИХ ПРОГРАМ
ЗА ПРИНЦИПАМИ РІВНОСТІ, ПАРТНЕРСТВА ТА СОЛІДАРНОСТІ**

Показано можливості методичного забезпечення національних та регіональних програм для досягнення на будь-якій території бажаних параметрів здоров'я населення.

Ключові слова: здоров'я населення, політика ВООЗ, закон виживання популяцій, закон збереження здоров'я.

V.L. Tarallo, P.V. Gorsky

**METHODICAL FOUNDATIONS OF IMPLEMENTING COMPLEX HEALTH – IMPROVING PROGRAMS
ON THE PRINCIPLES OF EQUALITY, PARTNERSHIP AND SOLIDARITY**

The possibilities of the methodical provision of national regional programs for achieving desired parameters of the population health on any territory are demonstrated.

Key words: population health, WHO policy, law of the survival of population, preservation of health law.

УДК 614.88:-036.12-053.2

Н.О. Ткаченко

Харківський національний медичний університет

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ ІЗ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Вивчено організацію медико-санітарної допомоги дітям із гастродуоденальною патологією. За допомогою анкетування досліджено 518 родин, які мають хворих дітей і отримували амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу. Встановлена низька медична активність родин хворих дітей, особливо хворих на виразкову хворобу. Також недостатньо уваги приділяється диспансерному спостереженню.

Ключові слова: діти, гастродуоденальна патологія, медико-санітарна допомога.

Якісне та ефективне надання медичної допомоги населенню – одне з важливих завдань на всіх етапах розвитку системи охорони здоров'я [1–3]. Останнім часом багато уваги приділяється підвищенню якості та своєчасності медичної допомоги, а також підкреслюється, що комплексна система управління якістю потребує подальшого упорядкування й перебудови її організаційної структури, при цьому обов'язково повинен ураховуватись кінцевий результат лікування. Стратегія реформування системи охорони здоров'я України визначена низкою нормативно-правових документів державного рівня [4, 5].

Якість медичної допомоги ґрунтується на засадах профілактики, діагностики та лікування. Вона передбачає своєчасне та повне обстеження, спадкоємність у роботі поліклініки та стаціонара, обґрунтованість госпіталізації, застосування сучасних методів лікування, здійснення систематичного моніторингу.

Якість надання медичної допомоги дітям із захворюваннями органів травлення залежить від організації дитячої гастроентерологічної служби, оптимізації висококваліфікованої спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги, а також від повної укомплектованості лікувально-профілактичних закладів кадрами кваліфі-

кованих гастроентерологів, використанням ними в клінічній практиці сучасних методів діагностики і лікування [2, 6, 7].

Відомо, що зниження захворюваності дітей на хвороби органів травлення не можливе без підвищення ефективності заходів щодо первинної та вторинної профілактики. Експертами ВООЗ (1989) сформульовані концепція і загальні положення профілактики хвороб, що складаються з трьох рівнів: перший рівень – заходи з охорони здоров'я здорової дитини; другий – раннє виявлення функціональних порушень організму, органічних захворювань і попередження їхніх рецидивів; третій – попередження інвалідизації. Ці рекомендації цілком відповідають програмі профілактики захворювань органів травлення. На сьогоднішній день актуальною є розробка спеціальних медичних і державних заходів щодо активного оздоровлення учнів та реабілітації їхнього здоров'я. Цілеспрямована робота дає можливість визначити функціональні особливості організму дитини, своєчасно прогнозувати виникнення порушень його адаптації, а також розробити диференційовані схеми профілактики та реабілітації ранніх змін здоров'я у школярів.

Метою даного дослідження було вивчення стану медико-санітарної допомоги дітям із гастродуоденопатологією на основі анкету-

© Н.О. Ткаченко, 2013

вання родин, які мають дітей із хронічним гастродуоденітом, виразковою хворобою шлунка та дванадцятипалої кишки, в лікувально-профілактичних закладах м. Харкова.

Матеріал і методи. Стан амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги дітям із гастродуоденопатологією на підставі програмованого опитування батьків хворих дітей, аналізу облікової медичної документації (медичних карт стаціонарного хворого – ф. 003/о, статистичних карт хворих, які вибули зі стаціонара, – ф. 066/о, контрольних карт диспансерного нагляду – ф. 030/о та ін.), особистого ознайомлення з роботою спеціалізованих гастроентерологічних відділень дитячих лікарень, гастроентерологічних кабінетів міських дитячих поліклінік. Анкета складалася з таких частин: паспортної частини дитини – прізвище, ім'я, адреса, дата народження, діагноз захворювання; безпосередньо характеристики профілактичної допомоги в лікувально-профілактичних закладах – кількість амбулаторних відвідувань педіатрів та дитячих гастроентерологів протягом року у зв'язку із загостренням хвороби або в плановому порядку; кількість госпіталізацій за останній рік, її терміни; витрати родин на придбання ліків; оздоровлення дитини під час канікул тощо. Крім того, анкета містила питання відносно інформованості, задоволеності, оцінки батьками якості медичної допомоги, що надається дільничними лікарями, дитячими гастроентерологами та ін.; питання стосовно стану диспансерної роботи: повнота охоплення, регулярність спостереження, наявність письмових планів лікувально-оздоровчих заходів, їхнє виконання, інформованість та активність батьків та їхніх дітей про захворювання травної системи; наявність у шкільній аптечці необхідних ліків для надання медичної допомоги, відношення до хворих дітей однокласників і вчителів та інші питання.

За допомогою анкетування було досліджено 518 родин, які мають дітей із гастродуоденопатологією. Тривалість гастродуоденопатології до 1 року відмічалась у 194 дітей (37,4 %), 1–3 роки – у 204 дітей (39,4 %), більше 3 років – у 120 дітей (23,2 %). Головна роль у проведенні заходів первинної та вторинної профілактики відво-

диться територіальним дитячим поліклінікам (амбулаторно-поліклінічним закладам), які виконують майже в повному обсязі первинну та вторинну профілактику серед дитячого населення.

Результати та їх обговорення. В дослідженні встановлено, що при загостренні гастродуоденопатології до дільничного педіатра за останні 12 місяців зверталось (84,4±1,6) % хворих дітей. Розподіл за частотою звернень був таким: 1–2 рази на рік – (63,7±2,1) % хворих дітей, 3 рази та більше – (20,5±0,6) %. Залежно від нозологічної форми гастродуоденальної патології розподіл за частотою звернень був таким: більшість дітей [(49,5±5,0) %] із виразковою хворобою шлунка та дванадцятипалої кишки до дільничного педіатра протягом року звертались 1–2 рази, (35,6±4,8) % – 3 рази та більше; із хронічним гастродуоденітом – (42,2±2,4) та (38,6±2,4) % відповідно. Взагалі не звертались протягом року в міські дитячі поліклініки (14,9±3,5) % родин, які мають дітей із виразковою хворобою, та (19,2±1,9) % – із хронічним гастродуоденітом.

Проаналізовано частоту звернень родин, які мають дітей із гастродуоденопатологією, до дитячого гастроентеролога дитячої міської поліклініки за останні 12 місяців. Встановлено, що значна частка родин, які мають хворих дітей [(65,4±2,1) %], планово звертались до гастроентерологів 1–2 рази на рік, (5,2±1,0) % – 3 рази та більше. Не звертаються до гастроентерологів планово (29,3±2,0) % родин, із них (12,9±3,3) % мають дітей із виразковою хворобою шлунка та дванадцятипалої кишки. Лікаря швидкої допомоги 1 раз за останні 12 місяців викликали додому (3,7±0,1) % родин, які мають дітей із гастродуоденопатологією.

Відомо, що первинний діагноз як дорослому, так і дитячому населенню повинен бути встановлений на первинному та вторинному рівнях надання медико-санітарної допомоги. Необхідно вказати, що основними дослідженнями, які застосовуються в дитячій гастроентерології для верифікації діагнозу, є інструментальні, морфологічні, біохімічні, серологічні та імунологічні. Для встановлення діагнозу гастродуоденопатології у дітей необхідно обов'язково проводити фіброгаст-

родуоденоскопію. Як правило, це дослідження дитячому населенню проводиться за умов спеціалізованого відділення (центру). Таким чином, на первинному рівні дільничний педіатр направляє дитину із симптоматичними проявами гастродуоденопатології до дитячого гастроентеролога або у спеціалізоване відділення. Так, на вторинному рівні вперше діагноз гастродуоденопатології був встановлений дитячим гастроентерологом у (45,4±2,2) % хворих дітей та на третинному (лікарем спеціалізованого відділення) – у (54,6±2,2) %.

Одним із важливих етапів надання профілактичної допомоги дітям із гастродуоденопатологією є диспансерне спостереження. Диспансеризація передбачає активне виявлення хворих на ранніх стадіях захворювання, їхній облік, спостереження за ними, проведення лікувально-профілактичних і соціальних заходів із метою попередження рецидивів та ускладнень. Регулярність спостережень за дітьми з гастродуоденопатологією впливає на якість та ефективність диспансерної роботи. Нами встановлено, що 25,7 % дітей, які знаходились під диспансерним спостереженням, не відвідували лікарів із диспансерною метою: з них (25,7±4,3) % дітей хворіли на виразкову хворобу шлунка і дванадцятипалої кишки та (26,1±2,4) % – на хронічний гастродуоденіт.

Необхідно відмітити, що частіше за все, а саме в (78,8±1,8) % випадків, діти із гастродуоденопатологією спостерігались двома лікарями за різним фахом: дільничним педіатром і дитячим гастроентерологом.

Крім того, однією з проблем вторинної профілактики є значне подорожчання лікарських препаратів. Сьогодні далеко не всі

родини, які мають хворих дітей, можуть дозволити собі ефективні сучасні медичні препарати, тим більше з профілактичною метою. Нашим дослідженням встановлено, що лише (62,4±2,1) % родин хворих дітей мають змогу придбати всі лікарські препарати, які призначає лікар, а (37,6±2,1) % можуть придбати лише частину рекомендованих ліків.

Висновки

1. Відмічається низька медична активність родин, які мають хворих дітей. Так, не звертаються до гастроентерологів у плановому порядку (29,3±2,0) % родин, із них (12,9±3,3) % мають дітей із виразковою хворобою шлунка та дванадцятипалої кишки.

2. Виявлено, що первинний діагноз гастродуоденопатології був встановлений на вторинному рівні надання медико-санітарної допомоги у (45,4±2,2) % випадків та на третинному (лікарем спеціалізованого відділення) – у (54,6±2,2) %.

3. Встановлено, що 25,7 % дітей, які знаходились під диспансерним спостереженням, не відвідували лікарів із диспансерною метою: із них (25,7±4,3) % дітей хворіли на виразкову хворобу шлунка та (26,1±2,4) % – на хронічний гастродуоденіт.

4. Доведено, що лише (62,4±2,1) % родин хворих дітей мають можливість придбати всі лікарські препарати, які призначає лікар, а (37,6±2,1) % – лише частину рекомендованих ліків.

Перспективність досліджень. Необхідно проведення подальших досліджень з метою вдосконалення надання медико-санітарної допомоги дітям із гастродуоденальною патологією.

Список літератури

1. *Буторов И. В.* Медицинская, социальная и экономическая эффективность лечения больных язвенной болезнью в условиях дневного стационара / И. В. Буторов, Ю. П. Осояну, В. В. Максимов // Клиническая медицина. – 2006. – № 1. – С. 53–56.

2. *Грузева Т. С.* Інвестиції в охорону здоров'я дітей – запорука майбутнього нації / Т. С. Грузева, Г. В. Іншакова // Охорона здоров'я України. – 2007. – № 1 (25). – С. 82–84.

3. Рациональное лечение детей с заболеваниями гастродуоденальной зоны / Н. В. Нагорна, О. В. Бордюгова, Г. В. Дубова [та ін.] // Педиатрия, акушерство та гінекологія. – 2007. – № 1 (419). – С. 23–28.

4. Хобзей М. К. До питання оцінки якості та ефективності надання медичної допомоги населенню Львівської області / М. К. Хобзей // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2006. – № 3. – С. 104–107.

5. Лехан В. М. Якість стаціонарної допомоги та шляхи її поліпшення очима пацієнтів / В. М. Лехан, В. В. Волчек, І. В. Тищенко // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2007. – № 2. – С. 66–71.

6. Вуїв О. Г. Проблеми використання ліжкового фонду стаціонарних лікувально-профілактичних закладів України на сучасному етапі (огляд наукової літератури) / О. Г. Вуїв // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2007. – № 4. – С. 69–74.

7. Зіменковський А. Б. Системний підхід до оцінки якості медичної допомоги в період реформування охорони здоров'я в Україні / А. Б. Зіменковський // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2003. – № 2. – С. 42–45.

Н.А. Ткаченко

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Изучена организация медико-санитарной помощи детям с гастродуоденальной патологией. При помощи анкетирования исследовано 518 семей, которые имеют больных детей и получали амбулаторно-поликлиническую и стационарную помощь. Установлена низкая медицинская активность семей больных детей, особенно больных язвенной болезнью. Также недостаточно внимания уделяется диспансерному наблюдению.

Ключевые слова: дети, гастродуоденальная патология, медико-санитарная помощь.

N.A. Tkachenko

SOME ASPECTS OF ORGANIZATION OF HEALTH CARE OF CHILDREN WITH GASTRODUODENAL PATHOLOGY

The organization of health care to children of gastroduodenal pathology is studied. Using the survey examined 518 families who have sick children and received outpatient and inpatient care. Low medical activity families of sick children, especially pepticulcer patients, is determined. Also, not enough attention is paid to outpatient care.

Key words: children, gastroduodenal pathology, health care.

Вимоги до оформлення статей

1. Журнал приймає до публікації оригінальні й оглядові статті по різних проблемах клінічної й експериментальної медицини.

2. Об'єм оригінальної статті – не менше 5 і до 10 сторінок тексту, оглядової – до 12, коротких повідомлень – до 3 сторінок.

3. Стаття подається в редакцію у двох друкованих екземплярах і на диску.

4. Текстовий файл на диску повинен мати формат редактора Word або .rtf. Ім'я файла (латинськими літерами) повинно відповідати прізвищу першого автора. Весь матеріал статті повинен міститися в одному файлі.

5. Текст статті повинен бути надрукований шрифтом Times New Roman, кегль 14, міжрядковий інтервал – полуторний. Одна сторінка друкованого тексту повинна вміщати 60–65 знаків у рядку, 28–30 рядків на сторінці.

6. Рукопис підписується всіма авторами.

7. На титульному листі роботи повинна знаходитися позначка керівника установи, у якій виконана робота, про дозвіл на публікацію (засвідчується печаткою). До статті додаються офіційний направлення від керівника установи й експертний висновок (про відповідність «Положенню про порядок підготовки матеріалів, призначених для відкритого публікування» (Київ, 1992).

8. Оригінальні статті пишуться за такою схемою:

УДК

Назва статті

Автори (І.П-б. Прізвище)

Університет (інститут, академія)

Вступ (заголовком не виділяється)

Матеріал і методи досліджень

Результати досліджень

Обговорення результатів досліджень

Висновки

Перспективність дослідження

Список літератури – не менше 7 (у порядку згадування в тексті; якщо авторів більш чотирьох – вказуються три прізвища, а потім «та ін.», якщо чотири – всі чотири прізвища; обов'язково дається назва журнальної статті). Оформлюється відповідно до ДСТУ ГОСТ 7.1:2006.

Резюме із назвою й прізвищем автора, а також ключові слова обов'язково трьома мовами – українською, російською, англійською.

9. Стаття може бути написана українською, російською або англійською мовами. За умови написання статті українською або російською мовами обов'язковим є подання повного тексту англійською мовою.

10. Текст статті може бути ілюстрований таблицями, графіками, схемами, діаграмами будь-якого ступеня складності, фотографіями мікропрепаратів. Таблиці повинні мати вертикальну орієнтацію й створюватися за допомогою майстра таблиць (опція «Таблиця – вставити таблицю» редактора Word), заголовки і номер (якщо їх не менш двох). Формули створюються за допомогою редактора формул MS Equation (Вставка-Об'єкт-Equation 2.0), графіки й діаграми – за допомогою MS Graph, MS Excel). Фотографії й інші растрові зображення представляти в оригіналі й/або окремими файлами TIFF, Photoshop PSD з дозволом не менш 300 dpi.

11. Текст статті й всі стосовні до статті матеріали повинні бути ретельно вивірені; цитати, таблиці, ілюстрації, формули, відомості про дозування повинні бути завізовані авторами на полях.

12. Додатково авторам необхідно повідомити про себе такі відомості: прізвище, ім'я, по батькові, місце роботи, посаду, науковий ступінь, учене звання, тему виконаної (виконуваної) наукової праці, домашню адресу, контактні телефони та e-mail (друкуються на окремому аркуші і вносяться у файл).

Всі статті, представлені в редакцію, проходять редагування й рецензування. Редакція залишає за собою право скорочувати й коректувати текст статті в частині, що не стосується змісту роботи. При необхідності стаття може бути повернута авторам для доробки або відповідей на питання, що виникли.

Журнал не приймає матеріали, раніше опубліковані або подані для публікації в інші друковані видання.

Тел. (057) 707-73-00

e-mail: ekm.kharkiv@mail.ru