## Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я УКРАЇНИ**

**НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ**

**імені П.Л. ШУПИКА**

**ТІТОВ ГЕРМАН ІВАНОВИЧ**

**УДК 616-036.86:614.2:61**

**НАУКОВЕ ОБГРУНТУВАННЯ ОПТИМІЗАЦІЇ СИСТЕМИ ПРОФІЛАКТИКИ ІНВАЛІДИЗУЮЧИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ**

**СЛУЖБИ БЕЗПЕКИ УКРАЇНИ**

**14.02.03 - соціальна медицина**

**АВТОРЕФЕРАТ**

**дисертації на здобуття наукового ступеня**

**кандидата медичних наук**

**Київ - 2008**

Дисертацією є рукопис

Робота виконана в Українському державному науково-дослідному інституті медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України (м. Дніпропетровськ)

**Науковий керівник:**

доктор медичних наук, старший науковий співробітник Сергієні Олена Віталіївна, Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України, керівник відділу медико-соціальних проблем інвалідності та реабілітації інвалідів

**Офіційні опоненти:**

доктор медичних наук, професор Корнацький Василь Михайлович, Національний науковий центр «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеско», завідувач наукового відділу медико-соціальних проблем кардіології, головний лікар – заступник директора по клінічній роботі

доктор медичних наук, професор Волошин Володимир Олександрович, Національна академія Служби безпеки України, професор спеціальної кафедри № 3

Захист відбудеться “\_\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2008 року о \_\_\_\_\_\_\_ годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 26.613.07 при Національній медичній академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України за адресою: 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9, кафедра управління охороною здоров’я, аудиторія № 46.

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України за адресою: 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

Автореферат розісланий “\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2008 р.

Вчений секретар спеціалізованої

вченої ради

кандидат медичних наук, доцент В.І. Бугро

**ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ**

**Актуальність теми.** Державна політика України у сфері охорони здоров’я здійснюється з урахуванням основних принципів і стратегій політики ВООЗ щодо досягнення здоров’я для всіх в Європейському регіоні (Turnock B. et al., 1994; Fagan L.M., Perreaulf L.E., 1999; Пономаренко В.М. та співав., 2000; Рудень В. та співавт., 2000; 2002; Жуков Г.М., Ринда Ф.П., 2002; Москаленко В.Ф., Грузєва Т.С., 2004).

Стан здоров’я населення України погіршується, про що свідчить поступове зростання первинної інвалідності, яка є одним з найважливіших показників і має не тільки медичне, а і соціально-економічне значення; серед її причин перше місце посідають хвороби системи кровообігу (26,5%), друге – новоутворення (17,2%), третє – травми і отруєння (12,2%). Погіршення здоров’я населення пов'язано в тому числі і з недоліками системи охорони здоров'я: незбалансованістю структури надання медичної допомоги, недостатньою ефективністю використання ресурсів, заходів з профілактики захворюваності та інвалідності (Чепелівська Л.А. та співавт., 1999; Коваленко В.М., Криштопа Б.П., Корнацький В.М., 2002; Іпатов А.В. та співавт., 2002; Степанов Ю.П. та співавт., 2004; Пузин С.Н. та співавт., 2006; Марунич В.В. та співавт., 2006).

 В таких умовах стає особливо актуальною розробка обґрунтованої, відповідальної політики в галузі охорони здоров'я, ключовим елементом якої є адекватне сучасним умовам формування концептуальних підходів до профілактики інвалідності, координація і посилення профілактичної спрямованості у діяльності служб охорони здоров'я (Уваренко А.Р., 2000; Колбанов В.В., 2002; Татарников М.А., 2002).

Актуальність дослідження значною мірою посилюється необхідністю виконання положень Міжгалузевої комплексної програми “Здоров’я нації” на 2002–2011 роки, в контексті розробки інтегрованих заходів щодо попередження хронічних неінфекційних захворювань та інвалідності у соціальній політиці держави. Однак, якщо в цивільній системі охорони здоров’я проблемам дослідження інвалідності приділяється відповідна увага, то серед військовослужбовців СБ України (ВС СБУ) такі дослідження фактично відсутні (Москаленко В.Ф., Пономаренко В.М., Вороненко Ю.В. та співавт., 2002; Іпатов А.В. та співавт., 2006; Марунич В.В. та співавт., 2007).

Необхідність в нових соціально-економічних умовах наукового обґрунтування теоретичних засад, визначення елементів системи профілактики інвалідності у ВС СБУ та розробки заходів з первинної та вторинної профілактики, особливо в єдиному медичному просторі й обумовило актуальність дослідження, визначило його мету і завдання.

**Зв’язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Дисертаційна робота була фрагментом НДР Українського державного НДІ медико-соціальних проблем інвалідності “Розробити програму профілактики і зниження інвалідності осіб працездатного віку на підставі результатів вивчення процесів інвалідизації населення України” 2005-2006 рр. виконання (№ держреєстрації 0106U010092).

**Мета дослідження:** наукове обґрунтування та розробка оптимізації системи первинної та вторинної профілактики інвалідизуючих захворювань у ВС СБУ.

**Завдання дослідження,** обумовлені поставленою метою, передбачали:

1. Вивчення структури первинної інвалідності ВС СБУ та визначення факторів, що впливають на її формування, оцінка видів та ступеня обмеження життєдіяльності.

2. Аналіз організації та оцінка якості медичної та медико-експертної допомоги ВС СБУ та обґрунтування заходів, спрямованих на їх оптимізацію.

3. Оцінку існуючої форми професійного відбору ВС СБУ, розробку заходів з її удосконалення.

4. Аналіз стану здоров’я ВС СБУ за даними захворюваності, що призводить до їх інвалідизації.

5. Наукове обґрунтування оптимізації системи профілактики інвалідності у ВС СБУ та визначення її ефективності.

*Базами наукового дослідження* стали військово-медична служба (ВМС) Управління СБУ (УСБУ), заклади охорони здоров’я та медико-соціальної експертизи (МСЕ) в Дніпропетровській області.

*Об’єкт дослідження:* стан здоров’я ВС СБУ, заклади охорони здоров’я СБ та МОЗ України, система профілактики.

*Предмет:* первинна інвалідність (ПІ) ВС та населення працездатного віку (НПВ); захворюваність; організація та якість надання медичної допомоги ВС СБУ; профілактика інвалідизуючих захворювань.

*Методи дослідження:* системного підходу та аналізу, медико-статистичний, моделювання, організаційного експерименту, теорії систем i наукового менеджменту, соціологічний, експертних оцінок.

**Наукова новизна дослідження** полягаєу тому, що вперше в Україні:

* встановлена структура первинної інвалідності ВС СБУ, причини та фактори, що сприяють їх інвалідизації, види та ступінь обмеження життєдіяльності;
* розроблена оптимізована модель взаємодії між закладами охорони здоров’я СБУ та органами МСЕ з питань медико-експертного обслуговування ВС СБУ на регіональному рівні;
* визначені диференційовані показання для скерування на медико-соціальні експертні комісії (МСЕК) різних потоків хворих ВС СБУ;
* науково обґрунтована система профілактики інвалідизуючих захворювань у ВС СБУ на різних рівнях з визначенням та розробкою медичного, соціального та економічного ефектів від попередження інвалідності.

**Теоретичне значення дослідження:** полягає у суттєвому доповненні теорії соціальної медицини в частині надання медичної допомоги населенню, зокрема оптимізації системи медичної та медико-експертної допомоги ВС СБУ.

**Практичне значення дослідження** полягає у тому, що його результати стали підставою для впровадження у діяльність Військово-медичного управління (ВМУ) СБУ (м. Київ), ВМС УСБУ, обласної МСЕК, закладів охорони здоров’я Дніпропетровської області оптимізованої системи профілактики інвалідизуючих захворювань та удосконалених форм надання медичної та медико-експертної допомоги ВС.

**Впровадження результатів дослідження** проводилося на етапах його виконання:

а) надержавному рівні **–** при підготовці пропозицій до Закону України “Про реабілітацію інвалідів” (2005 р.);

б) на галузевому рівні (МОЗ України) – при підготовці пропозицій по доповненню ”Інструкції по визначенню груп інвалідності” (2004 р.);

в) на відомчому рівні (заклади охорони здоров’я СБУ) – при підготовці: змін і доповнень до наказу Голови СБУ від 03.02.2003 р. № 40 “Про затвердження Положення про військово-лікарську експертизу та медичний огляд в органах та військах Служби безпеки України” (довідка впровадження № 20/353 від 08.02.2007 р.); наказу начальника ВМУ СБУ від 08.09.2006 р. № 48 “Про систему контролю якості надання медико-санітарної допомоги прикріпленим контингентам структурними підрозділами ВМУ СБУ” (довідка впровадження № 20/354 від 08.02.2007 р.);

г) на регіональному рівні – при: впровадженні методу анкетного консультування через надання індивідуальної карти-пам’ятки для ВС – пацієнтів; структурно-функціональної схеми взаємодії ВМС Управління та органів МСЕ при направленні ВС до МСЕК (акт впровадження № 5/380 від 17.09.2007 р.); оптимізованої системи комплексної профілактики інвалідизуючих захворювань у ВС для збереження висококваліфікованого кадрового потенціалу; форми взаємодії з лікувально-профілактичними установами МОЗ України, що спрямовані на підвищення якості медичного обслуговування ВС – впроваджені у роботу ВМС в УСБУ у Дніпропетровській області (акт впровадження № 55/20/238 від 27.09.2007 р.).

**Особистий внесок здобувача.** Дисертаційна робота є самостійним науковим дослідженням. Обрані напрямки наукового дослідження, розроблена програма, визначені методи та обсяги дослідження. Здійснено збирання, статистичний аналіз та авторська інтерпретація матеріалу, обговорення результатів, формулювання висновків і пропозицій щодо наукового обґрунтування та розробки оптимізованої системи профілактики інвалідизуючих захворювань у ВС СБУ та оцінки її ефективності, підготовлені до друку посібники, статті, тези доповідей.

**Апробація результатів дисертації.** Основні положення та результати дисертації доповідалися:

а)міжнародний рівень – на науково-практичних конференціях з міжнародною участю: “Актуальні проблеми медико-соціальної експертизи і реабілітації” (Мінськ, 2005), “Інноваційні діагностичні технології в медико-соціальній експертизі і реабілітації інвалідів” (Дніпропетровськ, 2005), “Актуальні проблеми медико-соціальної експертизи, профілактики інвалідності та реабілітації інвалідів” (Дніпропетровськ, 2006), “Здоровий спосіб життя: проблеми та досвід” (Дніпропетровськ, 2007), Х та ХІ російських національних конгресах “Человек и его здоровье” (Санкт-Петербург, 2005, 2006);

б) національний рівень– на VIII та ІХ з’їздах Всеукраїнського лікарського товариства (Івано-Франківськ, 2005; Вінниця, 2007), об’єднаному пленумі правлінь асоціацій кардіологів “Нові підходи до вторинної профілактики серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань” (Київ, 2006), VIII Національному конгресі кардіологів України (Київ, 2007);

в) галузевий рівень– на Південноукраїнській науково-практичній конференції “Хвороби цивілізації та медична практика” (Одеса, 2007);

г) відомчий рівень – на науково-практичній конференції ВМУ СБУ “Актуальні питання санаторно-курортного лікування” (Євпаторія, 2006), науково-практичній конференції ВМУ СБУ “Організація медичного та санаторно-курортного забезпечення співробітників СБУ та перспективи розвитку відомчих закладів охорони здоров’я” (Київ, 2008).

**Публікації.** За матеріалами дослідження опубліковано 24 наукових роботи (з них 10 одноосібних), у тому числі: 8 статей у наукових журналах, рекомендованих ВАК України, 13 робіт у збірниках наукових праць, матеріалах і тезах науково-практичних конференцій, три посібника.

**Структура та обсяг дисертації.** Робота викладена на 210 сторінках друкованого тексту, з них основного тексту 149***,*** складається із вступу, огляду наукової літератури, програми, методів і обсягів досліджень, 3 розділів власних досліджень та обговорення результатів, висновків, ілюстрована 6 таблицями та 22 рисунками в основному тексті, 4 додатками. Список використаної літератури містить 244 наукових джерела, з них 224 кирилицею та 20 латиною.

**ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ**

**Програма, методи і обсяг дослідження.** Для досягнення мети та завдань дослідження була розроблена спеціальна програма (Рис.1), з використанням методу системного підходу та аналізу, що стало методологічною особливістю роботи та основою її конфігурації.

 У дисертації були використані тільки відкриті дані щодо функціонування та результатів роботи закладів охорони здоров’я СБУ. Відомості, що становлять державну таємницю, або відомості, що є власністю держави з грифом “Для службового користування” в системі СБУ в роботі не відображені (акт експертизи № 55/20/7387 від 12.11.2007 р.). Дослідження проводилось в чотири етапи, які мали відповідні цілі та задачі, підпорядковані загальній меті дослідження.

Перший етап присвячувався аналізу сучасного стану інформаційної бази з проблем вивчення стану здоров’я населення, організації та якості надання медичної допомоги та здійснення профілактичних заходів, у тому числі стосовно ВС. При його виконанні встановлена низка недостатньо вирішених питань, що стало підставою для виконання подальших етапів роботи. Результати цього етапу викладені у першому розділі.

Метою другого етапу був системний аналіз стану ПІ ВС СБУ та визначення факторів, що впливають на її формування, видів та ступеня обмеження життєдіяльності (ОЖ). На цьому етапі було проведено аналіз законодавчої та нормативної бази з питань визначення інвалідності в Україні, у тому числі стосовно ВС; визначені та удосконалені методичні підходи до організації та порядку установлення інвалідності у ВС СБУ; проведений порівняльний аналіз, визначення та відображення особливостей ПІ НПВ та інвалідів з числа ВС СБУ. Вивчені та удосконалені організаційні форми взаємодії між МСЕК та ВМС регіональних органів СБУ. Результати другого етапу викладені у третьому розділі.

Метою третього етапу став системний структурно-організаційний аналіз медичної допомоги та контролю її якості; проведена оцінка адекватності та якості існуючої моделі професійного відбору ВС СБУ та розроблені пропозиції щодо її удосконалення. Вивчений та оцінений стан

здоров′я ВС СБУ при основних інвалідизуючих захворюваннях у ВС СБУ. Результати третього етапу викладені у четвертому розділі.

Четвертий етап дослідження присвячувався обґрунтуванню оптимізації системи профілактики інвалідизуючих захворювань у ВС СБУ. З використанням теорії систем розроблені теоретичні обґрунтування, визначені системоутворюючі елементи системи профілактики, надані

обґрунтування системи первинної профілактики інвалідизуючих захворювань у ВС СБУ та заходи, спрямовані на підвищення якості її функціонування; сутність та зміст, складові елементи системи вторинної профілактики; сформульовані методи оцінки ефективності функціонування системи на різних її рівнях. Розроблені пам’ятки для інформаційного консультування хворих при визначених нами провідних інвалідизуючих захворюваннях у ВС СБУ. Результати четвертого етапу викладені у п’ятому розділі.

Для рішення поставлених задач були проведені: обробка та аналіз статистичних ф. № 14 (84 прим.) для вивчення ПІ НПВ України за 2003 – 2005 рр. в цілому та по всім обласним Центрам МСЕ; збір, вивчення та обробка відомостей за розробленою нами формою з 22 областей України, що склали генеральну сукупність, у кількості 407 випадків, щодо ПІ ВС; викопіювання, аналіз матеріалів медико-експертних справ (ф. № 157/о) уперше визнаних інвалідами ВС СБУ у розроблені карти вивчення причин інвалідності з проведенням їх експертних оцінок (264 випадків); вивчення форми взаємодії між ВМС та ЛПУ, МСЕК МОЗ України на регіональному рівні; вивчення та аналіз організації надання медичної допомоги ВС СБУ та контролю її якості (в т.ч. об’ємів та якості диспансерного нагляду), проаналізовано 215 карток (ф. № 025/о) ВС, які знаходяться під диспансерним наглядом (карти ф. № 030/о) через проведення групою експертів (в якості яких виступали висококваліфіковані лікарі) оцінки її об’єктивного аспекту (технічна якість) та анкетування 140 осіб (40 медичних працівників та 100 ВС) для визначення суб’єктивного аспекту якості, тобто як вона сприймається пацієнтами та медпрацівниками, що включали до 25 питань кожна щодо організації медичної допомоги, її якості та шляхів оптимізації; для оцінки якості профвідбору проведений аналіз стану здоров’я ВС (74 випадки) за трьох річний період після зарахування на службу за результатами медичного нагляду за ними протягом 2003 – 2005 рр. (за даними ф. № 025/о); аналіз показників захворюваності за класами хвороб, що є провідними нозологічними причинами ПІ у ВС СБУ за 2002 – 2006 рр.; розробка пам’яток для анкетного консультування ВС по основним інвалідизуючим захворюванням та проведене опитування 113 респондентів для визначення їх оцінки цього заходу.

Данні опрацьовані з використанням ліцензійних комп’ютерних програм “Excel” та “Statistica 6.0”. Отримані результати покладені в основу наукового обґрунтування та розробки оптимізації системи профілактики інвалідизуючих захворювань у ВС СБУ.

**Основні результати дослідження.** Проведений аналіз сучасного стану законодавчої та нормативної бази України з питань медико-соціальної експертизи, визначення інвалідності встановив, що вона постійно удосконалюється у напрямку забезпечення конституційних прав осіб, які мають стійку втрату здоров’я, обмеження життєдіяльності на соціальний захист і підтримку й констатує низку недостатньо висвітлених питань, щодо сучасних положень про визначення причин інвалідності, організації діяльності головного лікаря обласного центру МСЕ. Дослідження та експертна оцінка направлень (ф. № 088/о), актів огляду у МСЕК (ф. № 187/о) ВС СБУ, з урахуванням існуючої законодавчої бази, дозволили виділити основні потоки хворих та причини їх звертання в органи МСЕ, особливості та алгоритм її проведення й розробити функціонально-структурну модель адекватної взаємодії ВМС СБУ та МСЕК на регіональному рівні (Рис.2) щодо удосконалення методичних підходів, підвищення якості й ефективності МСЕ ВС та покращення співпраці між закладами охорони здоров’я СБУ та МСЕК.

ВС, при звільненні з військової служби при наявності захворювання (травми) в тому числі при наявності права на отримання військової пенсії

Отримання при встановленні групи інвалідності: довідки про встановлення групи інвалідності, довідки про встановлення відсотків втрати професійної працездатності, індивідуальної програми реабілітації (ІПР ф. № 160/о).

Проведення діагностики згідно зі стандартами обстеження, встановлення діагнозу, призначення адекватного курсу відповідного лікування хворому, при необхідності продовження листка непрацездатності понад 4 місяців.

Проведення ЛКК, за згодою керівництва СБ України, підготовка необхідного пакету медичних документів на МСЕК (в т.ч. плану відновного лікування для включення до індивідуальних програм реабілітації).

Перевірка обґрунтованості скерування на МСЕК спеціально виділеним та підготовленим лікарем ВМС з питань медико-соціальної експертизи, відповідального за відбір, контроль, оформлення та направлення документів ВС та співпрацю лікувальної установи з МСЕК

Підготовка необхідного пакету медичних документів на МСЕК (в т.ч. плану відновного лікування для включення до індивідуальних програм реабілітації)

## Військово-медична служба

Отримання після огляду рішення про продовження лікування понад 4 місяців на лікарняному листі, рекомендацій по відновному лікуванню.

Проходження ВЛК, винесення та затвердження рішення ВЛК в ЦВЛК ВМУ СБ України.

Затвердження документів ВКК ВМС, направлення та огляд ВС у МСЕК за участю у її засіданні

 лікаря спеціаліста ВМС

Організація лікарями ВМС виконання ІПР та рекомендацій по відновному лікуванню

Консультування медико-експертних документів з головою МСЕК та провідними лікарями-експертами по профілю, при необхідності – очне консультування пацієнта в МСЕК

Забезпечення контролю лікарем ВМС з питань МСЕ за виконанням ІПР інвалідів (в т.ч. за участю спеціалістів МСЕК) відповідними лікарями спеціалістами.

Організація керівництвом ВМС обговорення причин виникнення інвалідності та планування заходів з її профілактики на лікарських конференціях (в т.ч. за участю спеціалістів МСЕК).

ВС, у випадку захворювання

або травми

 вже існуючі елементи

 запропоновані та удосконалені елементи

Рис. 2. Функціонально-структурна модель взаємодії ВМС та МСЕК на регіональному рівні.

Це дало змогу оптимізувати медико-експерту допомогу ВС, знизити показник (до 0%) необґрунтовано направлених ВС до МСЕК (у 2006 р. по Україні у НПВ він становив 4,8%), ефективно планувати профілактичні заходи і забезпечити дієвий контроль за виконанням індивідуальних програм реабілітації інвалідів.

Проведений аналіз ПІ ВС в Україні констатує поступове зниження її показників (1991 р.: 3,1 випадків на 10000 дорослого населення України - 6,8% від загального числа вперше визнаних інвалідами; 2006 р.: 1,0 випадок та 2,3% відповідно). Визначені основні чинники, що зумовили зменшення рівня інвалідності: скорочення чисельності ВС; зниження ПІ у ВС учасників ліквідації наслідків аварії (УЛНА) на ЧАЕС через зменшення кількості самих ліквідаторів та через те, що вони були визнані інвалідами раніше; припинення участі ВС у військових конфліктах; посилення вимог до стану здоров’я на етапі професійного відбору ВС (як елемент первинної профілактики інвалідності); впровадження новітніх технологій профілактики, лікування та реабілітації контингенту ВС під час проходження ними служби.

Досліджена ПІ ВС СБУ у порівнянні її з показниками у НПВ. Серед первинно визнаних інвалідами ВС, особи працездатного віку становлять 96,3%. У структурі ПІ НПВ найбільшу частину складають інваліди внаслідок загального захворювання – 88,1%, з дитинства – 5,5% (до 2005 р. – 10,0%), інваліди внаслідок трудового каліцтва та професійних захворювань – 4,0%, з числа ВС – 2,3%. Із загальної кількості ПІ НПВ – 2,2% становлять інваліди у зв’язку з аварією на ЧАЕС, серед яких переважають інваліди з числа потерпілого населення – 51,9%, УЛНА на ЧАЕС становлять – 48,1%. Нозологічна структура ПІ НПВ та працюючих співпадають за ранговими місцями. У НПВ віку за основними її нозологічними причинами та ранговими місцями були (за МКХ-10): І – хвороби системи кровообігу (ХСК) – 21,3+0,1% (J00-J99); ІІ – новоутворення – 16,1+0,1% (С00-D48); ІІІ – травми, отруєння – 14,3+0,1% (S00-Т98); ІV – хвороби кістково-м’язової системи та сполучної тканини (КМС) – 11,3+0,08% (М00-М99); V – хвороби нервової системи (НС) – 6,5+0,06% (G00-G99); VІ – розлади психіки та поведінки – 6,2+0,06% (F00-F99).

Серед досліджених 407 випадків ПІ ВС СБУ був виявлений наступний розподіл їх за класами хвороб: І – ХСК – 57,5+2,4%; ІІ – новоутворення – 9,8+1,5%; ІІІ – травми, отруєння – 6,9+1,3%; IV – хвороби органів травлення – 6,6+1,2%; V – хвороби КМС – 5,4+1,1%; VІ – хвороби НС – 5,2+1,1%. Далі слідують хвороби ендокринної, сечостатевої системи та психічні розлади (1,97+0,69%; 1,72+0,64%; 1,47+0,60%); менш, ніж 1,0% складають хвороби ока та придатків, інфекційні та паразитарні хвороби, хвороби органів дихання.

Серед ХСК перше рангове місце займають гіпертонічна хвороба (ГХ) та симптоматична артеріальна гіпертензія (J10-J13 за МКХ-10), що складають 46,15+3,26%, друге – ішемічна хвороба серця (J20-J25) – 34,62+3,11%, третє – цереброваскулярні захворювання (J60-J69) – 17,09+2,46%, що суттєво відрізняється від структури інвалідності внаслідок ХСК у НПВ. Якщо НПВ найчастіше становиться інвалідами при розвитку ускладнень з боку органів-мішеней, то ВС СБУ інвалідами визнаються у випадках неускладненої ГХ внаслідок певних обмежень стосовно їх здатності до трудової діяльності (виконання обов’язків військової служби).

За важкістю інвалідності первинні інваліди ВС у 64,6+2,37% були віднесені до ІІІ групи, 30,22+2,28% – до ІІ та 5,16+1,10% – до І групи. У порівнянні з розподілом ПІ НПВ за групами (відповідно ІІІ група – 54,5%, ІІ – 38,9%, І – 6,6%) у ВС СБУ значно переважає в її структурі питома вага ІІІ за рахунок ІІ групи при майже повній відповідності питомої ваги І групи. Визначення уперше переважно ІІІ групи свідчить про наявність професійних протипоказань у інвалідів з числа ВС СБУ, при інвалідності внаслідок захворювань органів дихання, хвороб ендокринної, кістково-м’язової, сечостатевої, нервової системи; ока та придатків, органів травлення. Аналіз розподілу по групах в окремих класах хвороб свідчить про більш тяжку ПІ ВС внаслідок новоутворень (І група склала 37,5+7,65%, ІІ – 55,0+7,87%). Третя група визначена уперше лише у 7,5+4,16% інвалідів при онкопатології супротив 64,6+2,37% в НПВ. Звертає на себе увагу також значна питома вага інвалідності ІІ групи при інфекційних та паразитарних хворобах. Такий стан обумовлений медичними факторами та значною важкістю патології при даних хворобах та може свідчити про дещо запізню їх діагностику.

Встановлення причинного зв’язку захворювань (поранень) з проходженням військової служби у ВС СБУ визначають військово-лікарські комісії (ВЛК) та змінювати формулювання їх МСЕК не правомірні. Констатовані наступні причини ПІ ВС СБУ: інвалідність настала від захворювань, отриманих в період проходження військової служби (65,79+5,7%); інвалідність настала від захворювань, травм, отриманих при виконанні обов’язків військової служби (18,80+2,55%); інвалідність настала від захворювань, отриманих при виконанні обов’язків військової служби з ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС (11,97+2,1%).

Визначені основні шкідливі виробничі фактори у ВС СБУ: сенсорно-психологічні, емоційні та фізичні навантаження, особливості організації режиму та умов праці, що може привести до порушення та зриву адаптаційних механізмів. При визначенні впливу чинників службової діяльності на ПІ ВС СБУ встановлено, що вони характеризуються значною тривалістю робочого дня, наявністю стресових ситуацій, обумовлених необхідністю розв’язання великої кількості відповідальних задач при дефіциті часу, ризиками для життя та здоров’я при виконанні оперативної роботи; працею у нічний час, поза приміщенням із значними коливаннями температури та впливом різноманітних метеорологічних та кліматичних факторів; значною напруженістю роботи протягом всього робочого дня.

ПІ ВС СБУ встановлюється найчастіше у віковій групі 50-59 років – 58,0% та 40-49 років – 30,0%; у віці 30-39 рр. – 7,1% та 20-29 рр. – 1,2% випадків. Для порівняння з віковим складом первинно визнаних інвалідами по всьому населенню вікова група від 40 до 55 рр. жінки та до 60 р. чоловіки (працездатне населення) складали 56,3% проти 87,9% у ВС; до 39 р. – відповідно 23,3 проти 8,4% й група жінок та чоловіків пенсійного віку – 20,4% проти 3,7% у ВС. Серед ВС особи до 39 річного віку становляться інвалідами рідко та це пояснюється проведенням ретельного відбору за станом здоров’я; після 40 р. кількість первинних інвалідів збільшується й досягає максимуму у віці 50-54 рр.

Тривалість захворювання перед визначенням інвалідності до 1 р. була у 10,04+1,90%; від 1 до 2 рр. включно – у 6,83+1,60%; від 3 до 4 рр. – у 16,87+2,37%; від 5 до 9 рр. – у 28,11+2,85%; від 10 до 14 рр. – у 22,49+2,65%; 15 і більше р. – у 15,66+2,30% осіб. При хворобах нервової системи, системи кровообігу вона, переважно складає від 5 до 14 рр.; внаслідок хвороб КМС – від 10 до 14 і більше років. У той же час хворі оформляли інвалідність протягом першого року захворювання при новоутвореннях в більш, ніж половині випадків; при наслідках травм – у термін від 1 до 4 рр. з моменту її перенесення.

Контингент до встановлення інвалідності в 96,67+1,24% спостерігався диспансерно від 1 до 4 разів на рік по захворюванню, що стало причиною інвалідизації. Однак при ХСК в 81,38+3,23%, НС – в 72,73+13,43%, КМС – в 81,25+9,76%, травмах – в 80,0+8,94%, новоутвореннях – в 95,24+4,65% ВС були на прийомі у лікаря окрім диспансерного огляду лише 1 – 2 рази на рік, що недостатньо.

Інвалідність ВС визначається у відповідності до Інструкції про встановлення груп інвалідності (2004 р.), з урахуванням видів та ступеню обмеження життєдіяльності (ОЖ). Аналіз ОЖ у інвалідів ВС дозволив виявити середню кількість (СК) ОЖ, що складає – 3,38, а в бальній оцінці середня кількість балів (СКБ) – 6,97 балів. При частково обмеженій працездатності у інвалідів ІІІ групи СКОЖ складає 2,31, а СКБ – 2,90; при ІІ групі відповідно 3,53 та 5,69, при І групі інвалідності – 4,31 та 12,31 балів. Для інвалідів ІІІ групи найбільш поширеним видом ОЖ є обмеження здатності до трудової діяльності І-ІІ ступеня 54,04+3,9% та 44,72+3,9% відповідно, а СКОЖ І ступеня складає 1,77. У інвалідів ІІ групи в 97,7% випадків встановлено обмеження здатності до трудової діяльності ІІ та ІІІ ступеня – відповідно 56,5% та 43,5%; до самообслуговування І та ІІ ст. – відповідно 80,5% та 19,5%; до пересування І та ІІ ст. – відповідно 57,3% та 42,7% та інші обмеження не більш, ніж І ступеня важкості. Найбільш характерним видом ОЖ у інвалідів І групи було обмеження здатності до самообслуговування ІІІ та ІІ ступеня (повна втрата або значні обмеження можливості до самообслуговування) 93,8% та 6,25 відповідно; до пересування ІІІ та ІІ ступеня – 93,8% та 6,25%; здатності до спілкування ІІІ та ІІ ст. – відповідно 54,6% та 45,4%; а також орієнтації, контролю за поведінкою. Основними причинами, що обумовлюють інвалідність ВС, є: – помірна важкість патології, що обмежує здатність до виконання праці; – помірна важкість патології, що обмежує здатність до виконання обов’язків військової служби; – виражена важкість патології, що обмежує життєдіяльність, однак не викликає необхідності в постійному сторонньому догляді; – значна важкість патології, що значно обмежує життєдіяльність та викликає потребу в постійному сторонньому догляді. Встановлені фактори, що сприяють інвалідизації ВС: вік понад 40 років, військова вислуга більше 20 років, психологічне та фізичне перевантаження, ненормований робочий день, тривалість хвороби, недоліки в організації та проведенні діагностичного та лікувального процесу, диспансерного спостереження.

Проведене системне дослідження організації медичної допомоги ВС СБУ, що надають відомчі медичні заклади в структурі ВМУ, констатує її відповідність діючому законодавству, медико-соціальним нормативам та стандартам надання амбулаторної допомоги, що є невід’ємним елементом єдиного медичного простору в Україні та об’єктивним аспектом складової якості медичної допомоги, але виявлена недостатня розробка стандартів, що регламентують перелік медичної апаратури для ВМС УСБУ, організації надання спеціалізованої та кваліфікованої (в т.ч. стаціонарного етапу) медичної допомоги на регіональному рівні.

Відокремленими підрозділами ВМУ є ВМС, що функціонують у відповідних підрозділах СБУ. Особливістю їх функціонування є підпорядкування ВМС з питань медичної діяльності ВМУ, а з інших питань – відповідним підрозділам СБУ. ВМС є лікувально-профілактичними закладами в яких медичне забезпечення ВС здійснюється за комбінованим принципом: закритої системи її надання на рівні амбулаторно-поліклінічної допомоги з використанням цехово-дільничного принципу роботи та впровадженням стаціонарозамісних технологій (85,0% звернень) та відкритої на рівні спеціалізованої, висококваліфікованої допомоги (в т.ч. стаціонарного етапу її надання), потреба в якій складає 15,0% звернень та медико-експертній допомозі (2,0%) в закладах охорони здоров’я МОЗ України та ін., однак не були науково обґрунтовані механізми взаємодії між ними.

Вплив на стан здоров’я ВС відбувається при їх зверненні за медичною допомогою, проведенні щорічних диспансерних та планових активних оглядів за запрошенням. Для його ефективної реалізації необхідне розширення скринінгового компоненту діагностичних заходів через використання інструментальних діагностично-навантажувальних методик та консультування фахівцями, посади яких не передбачені штатним розкладом закладів ВМС, у зв’язку з чим для ефективного вирішення цих питань, необхідно використовувати взаємодію ВМС з відповідними закладами охорони здоров’я МОЗ України.

Для оптимізації надання всіх етапів медико-санітарної допомоги ВС була розроблена модель взаємодії між ВМС і закладами охорони здоров’я МОЗ України на регіональному рівні (Рис.3), яка впроваджена в Дніпропетровській області.

Хворий ВС

Амбулаторний етап курсу відновного лікування

Використання стаціонар замісних технологій через використання денних стаціонарів закладів охорони здоров’я СБ України

Діагностика захворювання, розробка лікувальної тактики, проведення лікарем спеціалістом повного комплексу лікувальних заходів, організація диспансерного нагляду у ВМС

Стаціонарний етап (з використанням ліжкового фонду відкритої мережі лікувальних закладів МОЗ України та інших відомств.)

Проведення комплексу діагностичних заходів у відповідності до затверджених стандартів та оснащеності установи

Військово-медична служба

Санаторно-курортний етап лікування в санаторно-курортних закладах ВМУ СБ України

Реабілітаційний етап лікування в реабілітаційних центрах ВМУ СБ України

Анкетне консультування хворого ВС по провідним інвалідизуючим захворюванням з модифікацією способу життя

Лікування у закладах охорони здоров’я МОЗ України інших відомств

Проведення консультування та діагностичних процедур в інших закладах охорони здоров’я регіону

Направлення на консультацію, дообстеження, лікування у ВМУ СБ України (м. Київ)

Реабілітаційний етап у спеціалізованих центрах МОЗ України при необхідності

Проведення експертної оцінки повноти та якості лікування, диспансерного нагляду

Оцінка хворими якості надання медичної допомоги

Рис. 3. Модель взаємодії між ВМС і закладами охорони здоров’я МОЗ України на регіональному рівні.

Це дозволило більш ефективно надавати комплексну медичну допомогу ВС: по-перше через упорядкування шляхів направлення потоків хворих до відповідних відділень лікарями-спеціалістами ланки ПМСД на додаткове обстеження і лікування за потребою, по-друге суттєво спростило порядок контролю за наданням цієї допомоги у відповідності до діючих стандартів, строків обстеження та лікування.

Оцінка суб’єктивної складової якості медичної допомоги була проведена через анкетування медичних працівників та ВС – пацієнтів (140 осіб), результатом їх опитування було встановлення необхідності підвищення якості надання її, але при цьому респонденти не мали чіткої уяви про напрямки вирішення та стратегію її проведення. Опитуванням встановлені таки модифіковані фактори ризику у ВС: тютюнопаління (51,79%); вживання алкоголю (3,08%); надлишкова вага (23,08%); надмірне вживання їжі (8,21%); психоемоційне перевантаження (37,95%).

Для оцінки якості професійного відбору проаналізовані акти медичного огляду ВЛК ВС та їх медичні книжки за трирічний період; вони були поділені на дві групи: здорові 41,7% та практично здорові 58,3% (чоловіків – 90,3%, жінок – 9,7% (у групі здорових вони складали 90,0+5,0%, в групі практично здорових – 88,1+5,0% (р>0,05). За віком ці групи були практично однакові. Група 20-29 років серед здорових складала 90,0+5,5%, практично здорових – 88,1+5,0% (р>0,05). В обох групах найбільшу тимчасової втрати працездатності зумовили гострі респіраторні захворювання. Результат дослідження визначив більшу частоту виявлених патологічних станів (переважали хвороби органів травлення та дихання) з подальшим формуванням диспансерних груп серед осіб, які мали деякі відхилення в стані здоров’я, але були визнані придатними до військової служби.

Виявлення захворювань у ВС здійснюється при їх зверненні за медичною допомогою, проходженні диспансерних оглядів (показник охоплення 98,3%). На протязі 2002 – 2006 рр. за результатами диспансеризації здорові та практично здорові ВС СБУ переважають над контингентом, що має хронічні захворювання. Аналіз показників захворюваності ВС проводився у порівнянні з захворюваністю НПВ в Україні за класами хвороб, що є провідними нозологічними причинами ПІ у ВС СБУ.

Аналіз стану профілактики в закладах охорони здоров’я СБУ встановив відсутність комплексного системного й науково обґрунтованого підходу в проведенні заходів, щодо профілактики інвалідизуючих захворювань, а існування окремих складових елементів профілактичного впливу не забезпечувало достатню ефективність її функціонування. У зв’язку з цим вперше були теоретично обґрунтовані, розроблені, охарактеризовані та впроваджені складові компоненти системи профілактики в закладах охорони здоров’я СБУ (Рис.4), сформульовані системоутворюючі фактори, оптимізована система профілактики інвалідизуючих захворювань на різних її рівнях в контексті заходів, спрямованих на попередження захворюваності (первинна профілактика): через усунення причин і умов їх виникнення, на раннє виявлення і полегшення перебігу хвороби та попередження прогресування (вторинна профілактика) через усунення можливих її обтяжень та ускладнень. Особливістю функціонування запропонованої системи профілактики інвалідизуючих захворювань стало введення до неї крім традиційних елементів профілактики нових складових й удосконалення вже існуючих елементів первинної (професійний відбір; оцінки індивідуальних ризиків; модель взаємодії з ЛПУ для проведення консультування та

Система профілактики інвалідизуючих захворювань

Теоретичне обґрунтування оптимізованої системи профілактики інвалідизуючих захворювань

Система первинної профілактики

Система вторинної профілактики

Економічна

Соціальна

Медична

Ефективність функціонування системи профілактики інвалідизуючих захворювань на різних її рівнях

Діагностичне обладнання

Планування заходів відповідно до встановленої структури основних інвалідизуючих захворювань

Диспансерний огляд ВС

Диспансерний нагляд ВС та індивідуальне консультування

Оснащеність

Професійний відбір

Функціонування

Профілактичне забезпечення (вітаміни, вакцини)

Медикаментозне забезпечення

Діагностичне, лікувальне, реабілітаційне обладнання

Денний стаціонар

Поліклінічне відділення

ВМС

База

проведення

ЛПУ, МСЕК МОЗ України

Санаторно-курортні заклади

Санаторно-курортні заклади

Спорткомплекс

ЛПУ МОЗ України

Поліклінічне відділення

ВМС

Модель взаємодії ВМС та ЛПУ для забезпечення диференційованого медичного обслуговування ВС на рівні надання спеціалізованої та висококваліфікованої ( в т.ч. стаціонарної) допомоги у інших закладах охорони здоров’я

Оцінки індивідуальних ризиків

Модель взаємодії з ЛПУ (для проведення консультування та діагностичних процедур в інших закладах охорони здоров’я регіону)

Лікування ВС в санкурзакладах СБ України

Індивідуальне консультування по підтриманню відповідного рівня особистого здоров’я ВС

Контроль якості надання медико-санітарної допомоги

Системне фізичне виховання з індивідуальним контролем за його адекватністю

Модель взаємодії ВМС та МСЕК, контроль за виконанням ІПР

Оздоровлення ВС в санкурзакладах СБ України

 вже існуючі елементи

 запропоновані та удосконалені елементи

Рис. 4. Система профілактики інвалідизуючих захворювань у військовослужбовців СБУ на регіональному рівні.

діагностичних процедур в інших медичних закладах; індивідуальне консультування по підтриманню відповідного рівня особистого здоров’я) та вторинної профілактики (диспансерний нагляд та індивідуальне консультування, планування заходів відповідно до встановленої структури основних інвалідизуючих захворювань; модель взаємодії ВМС та ЛПУ для забезпечення диференційованого медичного обслуговування ВС на рівні надання спеціалізованої та висококваліфікованої (в т.ч. стаціонарної) допомоги у інших медичних закладах; модель взаємодії ВМС та МСЕК, контроль за виконанням ІПР; контроль за наданням медико-санітарної допомоги), а також розробка та обґрунтування ефективність функціонування цієї системи з виділенням медичного (на 9,1%), соціального та економічного ефектів (модель розрахунку), що надало системі нових інтегральних якостей та дозволило заощаджувати в середньому 40 – 60 тис. грн. компенсаційних виплат при попередженні кожного випадку ПІ.

Для оптимізації лікувального процесу, формування відповідного рівня комплаєнсу був застосований метод анкетного консультування та розроблені пам’ятки для пацієнтів ВС з захворюваннями, які відповідають структурі ПІ (по 5 нозологічним формам) і впроваджений у діяльність ВМС УСБУ в Дніпропетровської області. При вивченні думки ВС та лікарського складу про доцільність та ефективність застосування цього методу отримані позитивні відповіді (ВС – 96,7+1,9%, лікарі – 100%).

Оцінка системи профілактики експертами на прикладі 215 медичних карт амбулаторного хворого (ф. № 025/о) та диспансерних карт (ф. № 030/о) ВС – встановила, що у 94,0+1,6% вона проводилась своєчасно, адекватна у 93,0+1,7% та повна за стандартами у 93,0+1,7%, деякі виявлені недоліки не мали системного характеру, тому її впровадження в цілому було оцінено позитивно і на задовільному рівні.

**ВИСНОВКИ**

Комплексним соціально-гігієнічним дослідженням встановлена неадекватність існуючих форм надання медичної і медико-експертної допомоги та елементів профілактики військовослужбовцям СБУ, що потребувало наукового обґрунтування оптимізації системи профілактики їх інвалідизуючих захворювань через удосконалення медичної та медико-експертної допомоги, впровадження якої довело її медичну, соціальну та економічну ефективність.

1. Встановлено, що провідні рангові місця в структурі первинної інвалідності військовослужбовців СБУ займають хвороби системи кровообігу (57,5+2,4%), новоутворення (9,8+1,5%), травми і отруєння (6,9+1,3%), хвороби органів травлення (6,6+1,2%), хвороби кістково-м’язової системи та сполучної тканини (5,4+1,1%), хвороби нервової системи (5,2+1,1%), за важкістю пріоритет належить III групі (64,6+2,4%), а на II та І групи припадає відповідно 30,2+2,3% і 5,2+1,1%; визначені причини, види обмеження життєдіяльності (основним є обмеження до трудової діяльності І ступеня у 54,04+3,9% випадків, частково це обумовлено обмеженням здатності до військової служби), а основними факторами, що впливають на її формування є вік понад 40 років, військова вислуга більше 20 років, психологічне та фізичне перевантаження, ненормований робочий день, тривалість хвороби, недоліки в організації і проведенні діагностичного та лікувального процесу, диспансерного спостереження.
2. Показано, що медичне забезпечення військовослужбовців здійснюється закладами охорони здоров’я СБУ за комбінованим принципом: закритої системи її надання на рівні амбулаторно-поліклінічної допомоги з використанням цехово-дільничного принципу роботи та впровадженням стаціонарозамісних технологій (85,0% звернень) і відкритої на рівні спеціалізованої, висококваліфікованої допомоги (в т.ч. стаціонарного етапу її надання), потреба в якій становить 15,0% звернень та медико-експертної допомоги (2,0%) в закладах охорони здоров’я МОЗ України та свідчить про доцільність його збереження. Ефективність цієї організаційної форми медичного забезпечення отримала підвищення завдяки впровадженню розробленої за результатами дослідження диференційованої моделі взаємодії між ВМС та регіональними закладами охорони здоров’я і МСЕК.
3. Аналіз актів медичного огляду та медичних карт досліджуваного контингенту дозволив встановити, що при проведенні відбору на військову службу здоровими були визнані 41,7%, а 58,3% – практично здоровими і в перші три роки військової служби рівень їх звертаємості, захворюваності та перебування під диспансерним наглядом відрізнявся і перевищував показники у категорії військовослужбовців, які за первинним медичним оглядом визнавались практично здоровими (13,3% проти 16,7% відповідно), що свідчить про необхідність підвищення якості військово-лікарської експертизи в частині виявлення наявних патологічних станів на докліничному рівні.
4. Доведено, що у нозологічній структурі загальної захворюваності військовослужбовців більшу питому вагу у порівнянні з її показниками у населення України працездатного віку, займають хвороби кістково - м’язової та сполученої тканини, меншу питому вагу - хвороби системи кровообігу, а у первинній захворюваності військовослужбовців більша питома вага порівняно з населенням працездатного віку з усіх шести класів інвалідизуючих хвороб, що аналізувалися, при чому стан здоров’я військовослужбовців СБУ достатній для виконання спеціальних завдань, які на них покладаються й обумовлений специфічними умовами та особливостями проходження військової служби.
5. Встановлена недостатня схильність військовослужбовців СБУ до лікування виявлених у них патологічних станів та відсутність форм заохочення й особистої відповідальності за збереження власного здоров’я, в результаті чого лікарські рекомендації по профілактиці та лікуванню виконуються недостатньо, що стало підставою для впровадження методу анкетного їх консультування (за 5 нозологічними станами) та дозволило запровадити серед них індивідуальну профілактичну роботу щодо формування здорового способу життя, необхідності лікування, встановлення, оцінки та усунення факторів ризику, санації передпатологічних станів; це позитивно оцінено як лікарями, так і військовослужбовцями-пацієнтами відповідно (100,0% та 96,7+1,9%).
6. Удосконалення існуючих форм профілактики (професійного відбору, диспансерного нагляду) та введення до неї нових елементів (індивідуального консультування по підтриманню особистого здоров’я, оцінки індивідуальних ризиків, планування заходів відповідно до встановленої структури інвалідизуючих захворювань, індивідуального консультування у зв’язку з хворобою, моделі взаємодії ВМС з закладами охорони здоров’я та МСЕК МОЗ України, контролю якості надання медико-санітарної допомоги) дозволило науково обґрунтувати та впровадити якісно нову систему профілактики інвалідизуючих захворювань, невід’ємним елементом якої стало визначення ефективності її застосування з виділенням медичної (попереджена інвалідність), соціальної та економічної складової, що стало особливістю запровадженої моделі.
7. Впровадження запропонованої системи профілактики інвалідизуючих захворювань серед військовослужбовців УСБУ в Дніпропетровській області довело її ефективність, про що свідчить підвищення якості надання медичної (на 9,1%) і медико-експертної допомоги (у 2006 р. показник необґрунтовано направлених військовослужбовців до МСЕК становив 0%, населення України – 4,8%) та можливість заощаджувати в середньому 40 – 60 тис. грн. компенсаційних виплат при попередженні кожного випадку первинної інвалідності і доцільність використання в закладах охорони здоров’я СБУ та військових формувань України з урахуванням місцевих особливостей за умов її відповідної адаптації.

# ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

**Результати дослідження дозволяють рекомендувати закладам охорони здоров’я СБУ:**

1. При плануванні профілактичних заходів враховувати встановлену структуру первинної інвалідності військовослужбовців СБУ з урахуванням розробленого багаторівневого спектру впливу (мезорівень, мікрорівень).
2. При проведенні військово-лікарської експертизи, в частині професійного відбору, використовувати високотехнологічні, інструментальні та навантажувальні методи дослідження для виявлення захворювань на доклінічних стадіях.
3. Впровадити метод анкетного консультування військовослужбовців, хворих на основні інвалідизуючих захворювання, з метою ефективного проведення вторинної профілактики.
4. Використовувати запропоновану модель взаємодії між військово-медичними службами та лікувально-профілактичними закладами, МСЕК МОЗ України на регіональному рівні.

**СПИСОК РОБІТ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ**

* 1. Тітов Г.І. Історичні аспекти становлення медичної служби органів держбезпеки на Дніпропетровщині // Медичні перспективи. – 2005. – Т. Х, № 2. – С. 140-142.
	2. Тітов Г.І. Стан та шляхи оптимізації професійного відбору особливого контингенту військовослужбовців // Запорожский медицинский журнал. – Запоріжжя, 2005. – № 4/2005 (32) – С. 92-94.
	3. Удосконалення організації діяльності головного лікаря (головного експерта) обласного центру медико-соціальної експертизи / В.В. Марунич, А.В. Іпатов, О.В. Сергієні, Т.Г. Войтчак, Л.Ю. Науменко, Т.В. Ананьєва, В.В. Коваленко, О.М. Матяш, О.В. Шишканова., Тітов Г.І. та ін. – Дніпропетровськ: “Пороги”, 2005. – 89 с. (Особистий внесок здобувача: визначення форм взаємодії головного експерта з військово-лікарськими комісіями).
	4. Тітов Г.І. Удосконалення якості медичної допомоги як складова підвищення ефективності діяльності медичних закладів // Запорожский медицинский журнал. – Запоріжжя, 2005. – № 6/2005 (33) – С.65-68.
	5. Тітов Г.І. Аналіз первинної інвалідності військовослужбовців у порівнянні з її показниками у населення працездатного віку в Україні // Запорожский медицинский журнал. – Запоріжжя, 2006. – Т.2, № 5. – С. 43-46.
	6. Науково обґрунтовані рекомендації по обстеженню та відновному лікування хворих і інвалідів у практиці медико-соціальної експертизи / В.В. Марунич, А.В. Іпатов, О.В. Сергієні, О.А. Дніпрова, Г.В. Охромій, Т.Г. Войтчак, В.В. Коваленко, Г.І. Тітов та ін. – Дніпропетровськ: Пороги, 2006. – С. 3-38. (Особистий внесок здобувача: формування термінів та понять).
	7. Тітов Г.І. Сучасний стан проблеми здоров’я населення та здійснення профілактичних заходів, у тому числі стосовно військовослужбовців // Медичні перспективи. – 2007. – Т.ХІІ, № 2. – С.140-147.
	8. Сучасні положення про визначення причин інвалідності / В.В. Марунич, А.В. Іпатов, О.В. Сергієні, М.І. Черненко, Л.Ю. Науменко, С.І. Черняк, А.В. Кльованик, О.М. Матяш, М.М. Матяш, Г.І. Тітов та ін. – Дніпропетровськ: ООО «Энэм», 2007. – 67 с. (Особистий внесок здобувача: формування визначення причин інвалідності військовослужбовців).
	9. Іпатов А.В., Сергієні О.В., Тітов Г.І. Обґрунтування системних заходів з профілактики інвалідизуючих захворювань у військовослужбовців // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров`я України. – 2007. – № 4.– С. 75–80. (Особистий внесок здобувача: розробка системи первинної та вторинної профілактики інвалідизуючих захворювань військовослужбовців).

**АНОТАЦІЯ**

Тітов Г.І. Наукове обґрунтування оптимізації системи профілактики інвалідизуючих захворювань у військовослужбовців Служби безпеки України. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.02.03 – соціальна медицина. – Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України, Київ, 2008.

Дисертація присвячена проблемі наукового обґрунтування оптимізації системи профілактики інвалідизуючих захворювань у військовослужбовців Служби безпеки України.

Вперше встановлена структура первинної інвалідності військовослужбовців Служби безпеки України, визначені її рангові місця, проведений розподіл її за важкістю та причинами; визначені види та ступені обмеження життєдіяльності, виділені фактори, що впливають на її формування.

Результати дослідження свідчать про доцільність медичного забезпечення військовослужбовців закладами охорони здоров’я Служби безпеки України на регіональному рівні за комбінованим принципом: закритої системи її надання на рівні амбулаторно-поліклінічної допомоги (85,0% звернень) та відкритої на рівні спеціалізованої, висококваліфікованої (в т.ч. стаціонарного етапу її надання) та медико-експертній допомозі (15,0% та 2,0% відповідно) в закладах охорони здоров’я МОЗ України та необхідності збереження існуючої системи військово-медичного забезпечення досліджуваного контингенту.

Проведене дослідження стало підставою для наукового обґрунтування та впровадження у діяльність УСБУ в Дніпропетровській області оптимізованої системи профілактики інвалідизуючих захворювань у військовослужбовців, було доведено її медичну, соціальну та економічну ефективність, що дозволяє рекомендувати її використання в діяльності закладів охорони здоров’я Служби безпеки України з урахуванням місцевих особливостей та медичних підрозділів інших військових формувань України за умов її відповідної адаптації.

**Ключові слова:** військовослужбовці, первинна інвалідність, оптимізована система профілактики інвалідизуючих захворювань.

#### АННОТАЦИЯ

Титов Г.И. Научное обоснование оптимизации системы профилактики инвалидизирующих заболеваний у военнослужащих Службы безопасности Украины.– Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.02.03 – социальная медицина. – Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика, Киев, 2008.

Диссертация посвящена проблеме научного обоснования оптимизации системы профилактики инвалидизирующих заболеваний у военнослужащих Службы безопасности Украины.

Впервые определена структура первичной инвалидности военнослужащих Службы безопасности Украины по основным ранговым местам: І – заболевания системы кровообращения – 57,49+2,45%; ІІ – новообразования – 9,83+1,48%; ІІІ – травмы и отравления – 6,80+1,25%; IV – заболевания органов пищеварения – 6,63+1,23%; V – заболевания костно-мышечной системы и соединительной ткани – 5,41+1,12%; VІ – заболевания нервной системы – 5,16+1,1%.

Проведено распределение первичной инвалидности военнослужащих по тяжести (III группа – 64,6+2,4%, II группа – 30,2+2,3%, I группа – 5,2+1,1%), причинам, определены виды и степень ограничение жизнедеятельности, выделены факторы, влияющие на ее формирование.

Результаты исследования свидетельствуют про целесообразность медицинского обеспечения военнослужащих в медицинских учреждениях Службы безопасности Украины на региональном уровне. Оно осуществляется по комбинированному принципу: закрытой системы ее оказания на уровне амбулаторно-поликлинической помощи (85,0% обращений) и открытой на уровне специализированной, высококвалифицированной (в т.ч. стационарного этапа), медико-экспертной (15,0% та 2,0% соответственно) помощи в медицинских учреждениях Министерства здравоохранения Украины.

Констатирована необходимость сохранения существующей организационной формы военно-медицинского обеспечения контингента военнослужащих Службы безопасности Украины.

Доведено, что существующая система медицинской помощи военнослужащим Службы безопасности Украины позволяет своевременно выявлять имеющиеся у них патологические состояния, однако через недостаточную их склонность к лечению и отсутствию форм поощрения, личной ответственности за сохранение собственного здоровья – врачебные рекомендации по профилактике и лечению не всегда выполняются полностью. Это стало основанием для внедрения метода анкетного консультирования по основным инвалидизирующим заболеваниям и позволило проводить индивидуальную профилактическую работу по формированию здорового образа жизни.

Проведение исследования стало основой для научного обоснования и внедрения в работу Военно-медицинской службы Управления Службы безопасности Украины в Днепропетровской области оптимизированной системы профилактики инвалидизирующих заболеваний, что довело ее эффективность, про что свидетельствует повышение качества оказания медицинской (на 9,1%), медико-экспертной помощи (в 2006 году показатель необоснованно направленных военнослужащих в медико-социальные экспертные комиссии был 0%, по населению Украины 4,8%) и экономической эффективности (возможность экономить соответствующие суммы компенсационных выплат при предупреждении каждого случая первичной инвалидности).

Были разработаны: системные мероприятия по первичной (предупреждение и раннее выявление заболеваний) и вторичной профилактике (предупреждение прогрессирования через устранение возможных ее осложнений); предложения по оптимизации профессионального отбора на военную службу; оптимизирована комплексная систему контроля качества оказания медико-санитарной помощи военнослужащим; разработан метод анкетного консультирования для военнослужащих имеющих патологию (по 5 нозологическим формам); модель взаимодействия между учреждениями здравоохранения Службы безопасности Украины и лечебно-профилактическими учреждениями, медико-социальными экспертными комиссиями Министерства здравоохранения Украины по вопросам медицинского и медико-экспертного обеспечения военнослужащих на региональном уровне.

Обоснована необходимость проведения системных мероприятий вторичной профилактики у военнослужащих Службы безопасности Украины в соответствии с установленной нозологической структурой их первичной инвалидности.

Полученные результаты позволяют рекомендовать систему профилактики инвалидизирующих заболеваний для внедрения в практическую работу в других медицинских учреждениях Службы безопасности Украины с учетом местных особенностей и медицинских подразделениях военных формирований Украины при условии ее соответствующей адаптации.

**Ключевые слова:** военнослужащий, первичная инвалидность, оптимизированная система профилактики инвалидизующих заболеваний.

**SUMMARY**

Titov G.I. The scientific substantiation of invalid diseases prophylaxis system optimization at servicemen of Security service of Ukraine. – Manuscript.

The thesis on competition of a scientific degree of the candidate of medical sciences on a speciality – 14.02.03 - social medicine – National Medical Academy of Postgraduate Studies named by P.L. Shupik Public Health Care Ministry of Ukraine, Kiev, 2008.

The thesis is devoted to a problem of scientific substantiation of invalid diseases prophylaxis system optimization at servicemen of Security service of Ukraine.

For the first time the structure of primary physical inability of servicemen of Security service of Ukraine is established, its rank places are designated, it was lead division on complexity and the reasons; kinds and degrees of restriction of life ability are designated, the factors influencing its formation are allocated.

Results of research testify about expediency of medical maintenance of servicemen the organizations of health protection of Security service of Ukraine at a regional level by the combined principle: the closed system of its submission at a level of the out-patient-clinical care (85 % of references) and opened, at a level of specialized, highly skilled (including a stationary stage of its submission) and the medical-expert care and (15,0 % and 2,0 % responsibly) in establishments of Public Health Care Ministry of Ukraine and necessities of the savings of military-medical maintenance of a examined contingent system.

Carried out research became ground for scientific substantiation and introductions in activity of Military Forces in the Dnipropetrovsk area of the of invalid diseases prophylaxis system optimization at servicemen, has been proved its medical, social and economic efficiency that allows to recommend its use in activity of establishments of health care of Security service of Ukraine in view of local features and medical divisions of other military formations of Ukraine under conditions of its corresponding adaptation.

**Key words:** militaries, physical inability, invalid diseases prophylaxis system optimization.

**ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ**

ВС – військовослужбовці

ВМУ – військово-медичне управління

ВЛК – військово-лікарська експертиза

ВМС – військово-медична служба

ГХ – гіпертонічна хвороба

СБУ – СБ України

МСЕ – медико-соціальна експертиза

МСЕК – медико-соціальна експертна комісія

НПВ – населення працездатного віку

ОЖ – обмеження життєдіяльності

ПІ – первинна інвалідність

ПІНПВ – первинна інвалідність населення працездатного віку

ЗТВП – захворюваність з тимчасовою втратою працездатності

СКОЖ – середня кількість обмеження життєдіяльності

СКБ – середня кількість балів

УСБУ – Управління Служби безпеки України

УЛНА – учасник ліквідації наслідків аварії

ХСК– хвороби системи кровообігу

Підписано до друку 22.04.08 р. формат 60Х 90/16

Умовних друкар., арк., 1,0.Обл.- вид.,арк., 0,9 Друк ризографія.

Тираж 100 пр. Замовлення № 30

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Надруковано ВТК «Друкар» ДДМА

м. Дніпропетровськ, пл. Жовтнева, 4

# Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>