

подшиванием краев кожной раны к ее дну. В исследуемую группу вошло 47 (57,3%) пациентов, которым было выполнено радикальное иссечение кисты с первичным ушиванием раны с помощью предложенного нами способа – модифицированного вертикального 8-образного узлового адаптирующего шва. В контрольной группе возникли следующие осложнения у 6 (17,1%) пациентов – нагноение послеоперационной раны, у 3 (8,6%) – прорезание швов с первичным расхождением краев послеоперационной раны, у 7 (20,0%) – вторичное расхождение краев раны, у 2 (5,7%) – рецидив пилонидальной кисты. В исследуемой группе у 2 (4,3%) пациентов возникло частичное расхождение краев послеоперационной раны, которое не требовало ее дополнительного ушивания.

Ключевые слова: пилонидальная киста, эпителиально-копчиковый ход, результаты лечения.

Results of one-phase surgical treatment of suppurated pilonidal sinus of sacrococcygeal area

E.V. TSEMA, O.I. UMANETS, F.I. GRABOLUK

Summary. The long-term results of treatment of 82 patients with suppurated pilonidal sinus of sacrococcygeal area with the used of different methods of inseaming of postoperative wound are presented in this article. The control group consist 35 (42,7%) patients with the suppurated pilonidal sinus of sacrococcygeal area which the radical carving of cysts was executed with hemming of skin wound to her bottom. The group of research consist 47 (57,3%) patients which the radical carving of cysts was executed with the primary inseaming of wound by means of the method offered by us entered in the experienced group – modified vertical 8-similar key adapting guy-sutures. Patients from the control group had next complications: 6 (17,1%) patients are suppurations of postoperative wound, 3 (8,6%) patients – the running-through of guy-sutures is marked with primary divergence of edges of postoperative wound, 7 (20,0%) – sick after a removal guy-sutures, in investigation what a wound healed over a secondary pull, 2 (5,7%) – relapse of pilonidal sinus. In the group of research 2 (4,3%) patients had partial divergence of edges of postoperative wound, which did not need her additional inseaming.

Key words: pilonidal sinus, epithelial-coccygeal motion, results of treatment.

УДК: 614.2/615.851.859+617.7/(477):001.5

Клінічні та економічні результати надання висококваліфікованої стаціонарної хірургічної офтальмологічної допомоги сільському населенню в умовах комунального міського медичного закладу

О.М. ЧЕРЕМУХІНА

Резюме. Значна обмеженість доступу мешканців сільської місцевості до високоякісної медичної допомоги, яка викликана значним ресурсним дефіцитом системи охорони здоров'я на селі, призвела до пошуку альтернативних можливостей реалізації цієї допомоги [1–3].

Ключові слова: офтальмологічна патологія, медична допомога, фінансування, якість, доступність, сільське населення, Україна.

Одним із варіантів надання висококваліфікованої офтальмологічної допомоги сільському населенню є її реалізація на базі комунального міського лікувально-профілактичного закладу [3]. Однак існуючі механізми бюджетного фінансування сфери охорони здоров'я із комунальних бюджетів на дозволяють компенсувати безкоштовне лікування мешканців інших населених аміністративних територій на їх базі. Тому існує гостре питання щодо можливості застосування додаткових джерел фінансування, яки б покривали собівартість такого лікування.

Внаслідок відсутності в Україні системи державного обов'язкового медичного страхування, всі додаткові витрати щодо надання медичної допомоги населенню покладаються на пацієнта чи його представника. Тому пошук оптимальних схем фінансування й формування мінімальної собівартості медичної допомоги із збереженням її високої якості – є одним із головних завдань сучасної системи охорони здоров'я України.

Все вищезазначене і визначило актуальність даного дослідження. Метою якого стало – визначити клінічні та економічні результати надання висококваліфікованої стаціонарної офтальмологічної допомоги сільському населенню в умовах комунального міського медичного закладу.

Матеріали та методи

Проведено аналіз даних діяльності Київської міської клінічної офтальмологічної лікарні «Центр мікрохірургії ока» (КМКОЛ «ЦМХО») за період 1999–2008 рр. щодо надання офтальмологічної допомоги населенню України, що мешкає у сільській місцевості. Джерелом первинних даних були: «Річний звіт про виконання плану реалізації медичних послуг, наданих населенню», «Річний звіт про роботу ліжкового фонду», «Річний аналіз використання ліжкового фонду», «Річний розширений звіт про виконання планових показників», «Річний кошторис доходів і видатків», «Річний звіт про надходження і використання спеціальних коштів».

Дані оброблялись методами варіаційної статистики. Визначення динаміки показників (ДП) проводилось відповідно до формули 1:

$$ДП = \frac{\Pi_t - \Pi_0}{\Pi_0} \times 100 \%, \quad (1)$$

де: Π_t – показник на обраний час дослідження; Π_0 – попередній показник (на початок дослідження).

Під час проведення дослідження не було потреби в отримані інформованої згоди, внаслідок використання не персоналізованої первинної інформації.

Результати дослідження та їх обговорення

Надання висококваліфікованої медичної допомоги мешканцям міст та областей України (крім мешканців м. Києва) в КМКОЛ «ЦМХО» відбувалось за рахунок додаткових надходжень фінансових ресурсів і було організовано у

межах вивільнених кадрових та матеріально-технічних ресурсів, які утворювались внаслідок інтенсифікації та оптимізації організації лікувально-діагностичного процесу у лікувальному закладі (доопераційна підготовка хворих в амбулаторних умовах; зменшення кількості хворих для офтальмотерапевтичного лікування; впровадження малоінвазивних методів мікрохірургічного лікування; використання сучасних лікарських засобів; широке застосування лікування за принципом «хіургія одного дня»).

Впродовж 1999–2008 рр. у КМКОЛ «ЦМХО» за добровільним страхуванням було проліковано 48,4% пацієнтів із сільської місцевості; по перерахуванню від організацій – 50,6%; за готівковим розрахунком – 0,6%, за благодійними внесками – 0,4% (табл. 1).

Таблиця 1

**Види розрахунку для компенсації фінансових витрат за отримані медичні послуги пацієнтами із сільської місцевості
(Київська міська клінічна офтальмологічна лікарня
«Центр мікрохірургії ока» 1999–2008 рр.)**

Вид розрахунку	Кількість пацієнтів	
	Абс.	%
Перерахування організаціями	10531	50,6
Добровільне страхування	10063	48,4
Благодійний внесок	76	0,4
За готівковим розрахунком	127	0,6
ВСЬОГО:	20797	100,0

До 1999 року покриття дефіциту фінансових ресурсів для реалізації лікувально-діагностичного процесу відбувалось за рахунок пацієнта, шляхом готівкової оплати рахунків за надані послуги. Впровадження у КМКОЛ «ЦМХО» з 2000 року нових розрахункових відносин з хворими та страховими компаніями сприяло покращенню надання високо коштовної медичної допомоги і дозволило значно знизити фінансовий тягар на пацієнтів, особливо при умові використання складних та високовартісних методів лікування, повторного лікування та лікування гострих та віддалених ускладнень основного патологічного процесу. Динаміка показників частки пацієнтів, що скористались полісами добровільного медичного страхування, мала тенденцію до значного зростання – в 3,0 рази (2000 р – 2,4% пацієнтів; 2008 р. – 7,2%).

Також основним шляхом надходження додаткових фінансових ресурсів впродовж періоду дослідження було – оплата наданих послуг за рахунок інших організацій (50,6% пацієнтів). Частка пацієнтів, що скористались даним джерелом компенсації фінансових витрат на своє лікування, також збільшилась – в 2,0 рази (2000 р. – 3,1%; 2008 р. – 6,1%) (рис. 1).

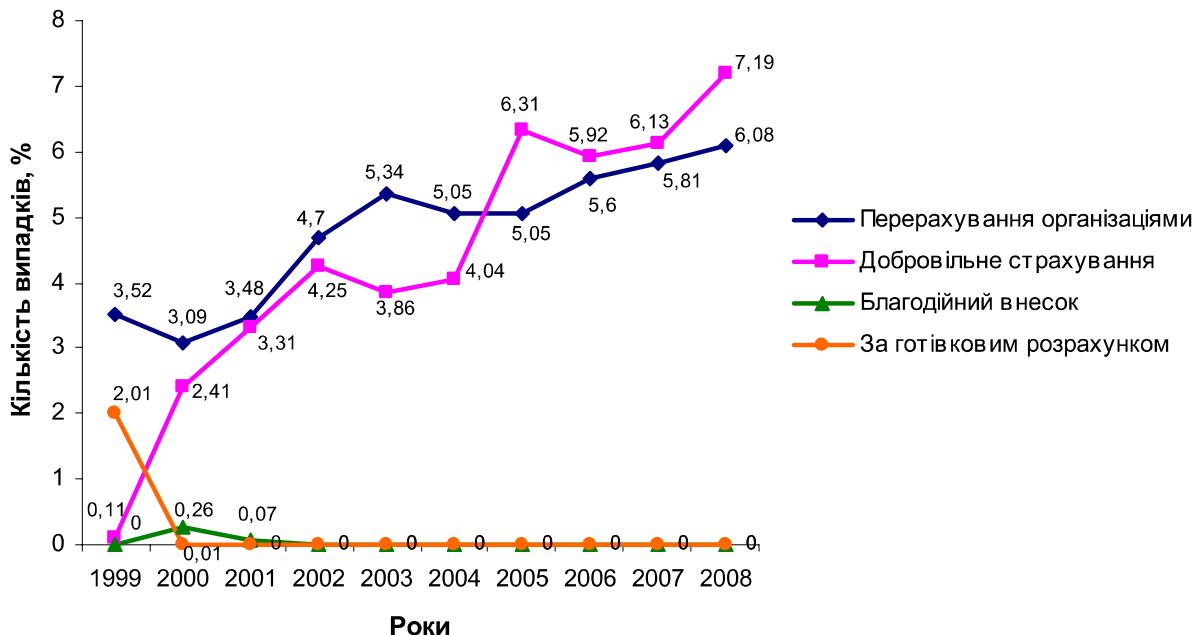


Рис. 1. Динаміка видів розрахунку для компенсації фінансових витрат за отримані медичні послуги пацієнтами із сільської місцевості (Київська міська клінічна офтальмологічна лікарня «Центр мікрохірургії ока», 1999–2008 pp.)

Одним із механізмів зниження собівартості надання медичної допомоги є скорочення перебування хворого на стаціонарному ліжку. Так в КМКОЛ «ЦМХО», за рахунок інтенсифікації та оптимізації організації надання офтальмологічної допомоги в стаціонарі, біло досягнуто скорочення термінів знаходження хворих із сільської місцевості на ліжку від 2 до 4 днів (74,9% хворих), а у більш важких клінічних випадках – до 10 діб (20,6%). В середньому – 3,82 [3,27–4,37] (рис. 2).

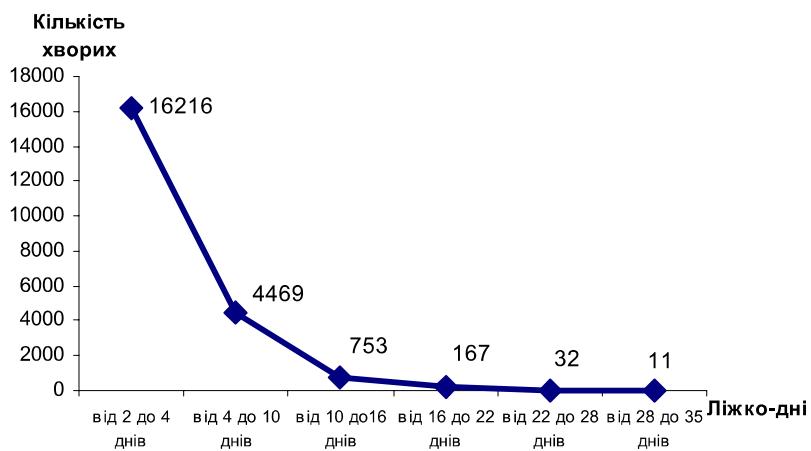


Рис. 2. Розподіл пацієнтів із сільської місцевості за кількістю ліжко-днів перебування у Київській міській клінічній офтальмологічній лікарні «Центр мікрохірургії ока», (1999–2008 pp.)

У досліджені не встановлено залежності між тривалістю перебування хворого на ліжку та областю його постійного мешкання (табл. 2).

Таблиця 2

**Середня тривалість перебування хворих із сільської місцевості
на стаціонарному ліжку**

(Київська міська клінічна офтальмологічна лікарня
«Центр мікрохірургії ока», 1999–2008 р.р.)

Область	Середня кількість ліжко-днів	Область	Середня кількість ліжко-днів
АР Крим	4,34	Одеська	3,83
Луганська	4,21	Вінницька	3,82
Харківська	4,19	Львівська	3,80
Донецька	4,12	Запорізька	3,79
Чернівецька	4,03	Полтавська	3,79
Рівненська	4,00	Херсонська	3,77
Тернопільська	3,94	Хмельницька	3,76
Волинська	3,92	Житомирська	3,71
Кіровоградська	3,90	Чернігівська	3,71
Івано-Франківська	3,84	Дніпропетровська	3,63
Одеська	3,83	Сумська	3,61
Черкаська	3,60	Київська	3,44
Закарпатська	3,46	Миколаївська	3,27
Середнє значення	3,82		

Аналіз динаміки скорочення перебування хворого на ліжку вказує на значне збільшення частки хворих, які лікувались у стаціонарі від 1 до 4 днів (1999 р. – 56,1%; 2008 р. – 86,1%) та значне скорочення частки хворих, які лікувались від 5 до 10 днів (35,5%; 13,5%) та більше 10 днів (8,4%; 1,8%) (рис. 3).

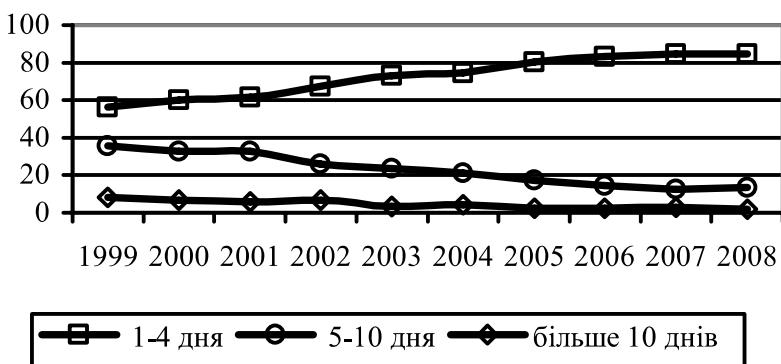


Рис. 3. Динаміка розподілу хворих із сільської місцевості за тривалістю перебування на стаціонарному ліжку (Київська міська клінічна офтальмологічна лікарня «Центр мікрохірургії ока», 1999–2008 р.р.) (%)

Більше скорочення перебування хворих із сільської місцевості на ліжку не є раціональним, внаслідок необхідності завершення реалізації стандарту надання відповідної медичної допомоги у стаціонарі.

Одним із шляхів подальшого зниження перебування хворого на ліжку є використання організації офтальмологічної стаціонарної допомоги за принципом «хірургії одного дня» із доліковуванням пацієнтів в амбулаторних умовах (при умові проживання хворого у гуртожитку чи готелі) чи за рахунок їх переведення у відділення ранньої реабілітації, в умовах місцевого санаторно-курортного закладу. Однак порівняльна оцінка економічної та медичної ефективності таких шляхів оптимізації роботи стаціонарного ліжка потребує свого подальшого впровадження й дослідження.

Таке скорочення тривалості перебування хворих на стаціонарному ліжку не викликало значного погіршення клінічних результатів лікування («видужання» + «поліпшення»: 1999 р. – 96,2%; 2008 р. – 91,8%; «погіршення» – 0,3%; 0,3% [0,0–0,3%]; «без змін» – 3,5%; 7,9% [2,0–7,9%]) (рис. 4).

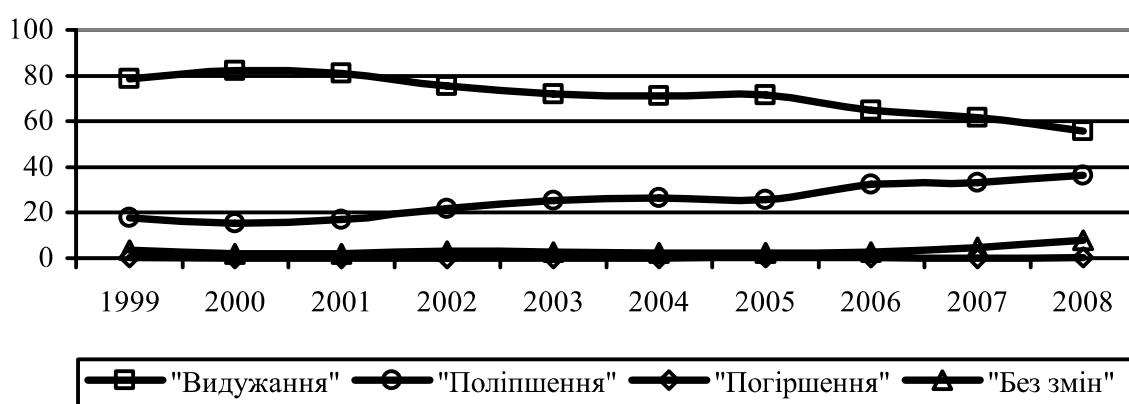


Рис. 4. Динаміка клінічних результатів надання офтальмологічної допомоги мешканцям сільської місцевості в стаціонарі
(Київська міська клінічна офтальмологічна лікарня
«Центр мікрохірургії ока», 1999–2008 р.р.) (%)

Однак, частка хворих із «видужанням» зменшилась, а з «поліпшення» – збільшилась, що пов’язано із скороченням терміну нагляду за хворими після лікування і відповідно, зменшенням можливостей за визначенням віддаленого кінцевого результату лікування хворих із сільської місцевості. Що обумовлює необхідність подальшої розробки системи інформаційної інтеграції між лікувальним закладом та лікарем-офтальмологом за місцем постійного мешкання пацієнтів, а також продовженням відновлювального лікування та тривалого моніторингу за станом здоров’я хворого за місцем його постійного мешкання.

Також відмічається зростання частки хворих із клінічною динамікою після лікування «без змін», що можна пояснити тим, що в останні роки кількість хворих із сільської місцевості із важкою офтальмологічною патологією (глаукома III–IV стадій, дистрофія сітківки із її розривом та відшаруванням), які пройшли лікування у КМКОЛ «ЦМХО», – значно збільшилась. Що потребує подальшого удосконалення роботи щодо раннього виявлення та своєчасного й якісного лікування цієї патології у хворих із сільської місцевості в медичних закладах за місцем постійного мешкання.

Висновки

1. Встановлено, що інтенсифікація та оптимізація лікувально-діагностичного процесу скоротили тривалість перебування хворого на ліжку, собівартість його лікування а також впровадження системи добровільного медичного страхування сприяли підвищенню доступності хворих із офтальмологічною патологією, які мешкають у сільській місцевості, до високоякісної допомоги, що надається у комунальному медичному закладі міста.

2. Існуючі об'єктивні перешкоди, які лімітують подальше підвищення клінічних результатів лікування хворих та зниження собівартості медичних послуг потребують додаткові наукові спостереження, на що і будуть спрямовані подальші дослідження.

Література

1. Лехан В.М. Аналіз доступності медичної допомоги для населення України / В.М. Лехан, Л.В. Крячкова, Є.К. Духовенко // Головна медична сестра. –2009. – № 1. – С. 19–20.
2. Лехан В.М. Нерівність у доступності медичної допомоги для населення України / В.М. Лехан, Л.В. Крячкова // Здоров'я нації. – 2009. – № 1/2. – С. 148–152.
3. Риков С.О. Наукове обґрунтування системи надання офтальмологічної допомоги населенню України: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.02.03; 14.01.18 / Риков С.О.; Нац. мед. ун-т ім. О.О. Богомольця. – К., 2004. – 36 с.

Клинические и экономические результаты предоставления высококвалифицированной стационарной хирургической офтальмологической помощи сельскому населению в условиях коммунального городского медицинского учреждения

О.М. ЧЕРЕМУХИНА

Резюме. Интенсификация и оптимизация лечебно-диагностического процесса скратили продолжительность пребывания больного на койке и себестоимость ее лечения, внедрение системы добровольного медицинского страхования оказывало содействие в повышении доступности больных с офтальмологической патологией, которые живут в сельской местности, к высококачественной помощи, которая предоставляется в коммунальном медицинском учреждении города.

Ключевые слова: офтальмологическая патология, медпомощь, финансирование, качество, доступность, сельское население, Украина.

**Clinical and economic results of qualified hospital surgical ophthalmic care
for the rural population in conditions of public hospital**

O. CHEREMUKHINA

Intensification and optimization of diagnostic and treatment processes reduced the duration of in-hospital stay for patients and the cost of their treatment. Introduction of voluntary health insurance system assisted in increased ease of access to high-quality care that is provided in the municipal health care facilities for the rural patients with ophthalmic pathology.

Key words: Ophthalmic pathology, medical care, finance, quality, availability, rural population, Ukraine.

УДК 616.133/.134+616.137.83/.93-044.6-06:617.58-005.4-089-059

**Догоспітальна діагностика транзиторних церебральних
ішемічних порушень, викликаних позиційною компресією
судин шиї і плечового пояса**

**В.А. ЧЕРНЯК, С.В. ДИБКАЛЮК, В.М. РОГОВСЬКИЙ,
В.В. ЯЦУН, В.В. ГАЧКІВСЬКИЙ, О.М. БОРКІВЕЦЬ**

Резюме. В статті наведені дані про застосування функціональних проб для діагностики транзиторних церебральних ішемічних порушень, викликаних позиційною компресією судин шиї і плечового пояса в амбулаторних умовах. Показано ефективність методів діагностики екстравазальних компресій судин шиї.

Ключові слова: функціональні проби, транзиторні ішемічні атаки, екстравазальна компресія судин шиї.

Транзиторні ішемічні атаки (TIA) – короткочасні епізоди локальної ішемії головного мозку або сітківки, які зазвичай тривають не більше однієї години і не призводять до утворення інфаркту головного мозку [6]. У 30–50% хворих, що перенесли TIA, протягом наступних 5 років розвивається інсульт [1]. Ризик розвитку інсульту становить 10-20% у найближчі три місяці з моменту TIA, він максимальний протягом першого тижня [3].

Після TIA також істотно зростає ризик інфаркту міокарда та смертності від серцево-судинних захворювань [4].

Профілактика інсульту складає одне з провідних напрямків ведення пацієнтів, що перенесли TIA, тому що у них вірогідність інсульту збільшується більш ніж у десять разів [1–3].

TIA приблизно в 90–95% випадків викликані атеросклерозом церебральних і прецеребральних артерій, ураженням дрібних церебральних артерій внаслідок