

распространенности первичной глаукомы, вследствие лучшего выявления патологии и наблюдением за больными в учреждениях системы здравоохранения. Медико-демографические факторы формируют высокий популяционный риск заболеваемости и распространенности среди населения первичной глаукомы – преобладания в популяции населения женского пола, городского населения, население старше 65 лет.

КЛЮЧЕВІ СЛОВА: глаукома, заболеваемость, распространенность, медико-социальные факторы, организация медицинской помощи, демография.

THE ROLE OF MEDICAL AND SOCIAL FACTORS IN FORMING OF PRIMARY GLAUCOMA PREVALENCE IN UKRAINE

S. A. Rikov, D. V. Varivonchik, O. P. Vitovska (Kyiv)

The results of investigation have demonstrated that medical and social factors influence on the level of glaucoma prevalence in Ukraine. High level of medical and organizational support leads to increased level of glaucoma prevalence and incidence due to the better disease intelligence. Medical and social factors form high population risk of the disease.

KEY WORDS: glaucoma, prevalence, incidence, medical and social factors.

Рецензент: к.мед.н. О. І. Хара

ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

УДК 614.2:351.713

О. М. ГОЛЯЧЕНКО, Н. Я. ПАНЧИШИН, В. Л. СМІРНОВА (Тернопіль)

НОВІ ПІДХОДИ ДО РЕФОРМУВАННЯ СТАЦІОНАРНОЇ ДОПОМОГИ

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

У статті наводяться розрахунки спеціального вивчення потреби в стаціонарній допомозі, яка організована відповідно до принципу гострого перебігу хвороби та інтенсивності лікування хвороб.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: реформування, стаціонарна допомога, нормативи забезпечення.

Питання реорганізації охорони здоров'я в Україні перейшло в практичну площину. Серед розмаїття проблем, які стоять на цьому шляху, однією з найгостріших є реформа стаціонарної допомоги. Забезпеченість ліжками в Україні є однією із найбільших у світі, однак результати діяльності ліжок не відповідають потребам сьогодення.

Однією з головних причин є застаріла методика відбору хворих на госпіталізацію, яка орієнтується на розподіл хворих не за гостротою перебігу хвороби, а за фахами.

Мета дослідження полягає у встановленні нормативів забезпечення стаціонарної допомоги згідно гостроти перебігу хвороби.

Матеріали і методи. Проаналізовано діяльність міських лікарень у містах: Тернополі, Луцьку та Сумах. Ця діяльність була піддана експертній оцінці. В якості експертів виступали провідні фахівці цих лікарень. Використані статистичний метод та метод експертних оцінок.

© О. М. Голяченко, Н. Я. Панчишин, В. Л. Смірнова, 2010

Результати дослідження та їх обговорення. Організація стаціонарної допомоги відповідно до принципу інтенсивності лікування є новим і складним завданням, яке вимагає всебічного наукового обґрунтування, передбачає докорінну перебудову усього стаціонарного процесу потребує від організаторів охорони здоров'я неприкладних рішень та сильної управлінської волі.

В таблицях 1–3 представлено результати нашого вивчення цієї проблеми. Як видно із табл. 1, контингент нині шпиталізованих хворих за гостротою перебігу патологічного процесу може бути поділений на три групи: першу, найчисельнішу, складають хворі з гострим перебігом хвороби (52,1 %), другу — хронічні хворі в період загострення хвороби (39,0 %) і третю — хронічні хворі (8,9 %).

Серед окремих хвороб цей розподіл має свої особливості. Так, серед інфекційних хвороб гострі форми склали 82,7 %, серед хвороб органів дихання — 83,5 %, а серед хвороб системи кровообігу — лише 16,2 %.

Таблиця 1. Розподіл шпиталізованих за гостротою перебігу хвороби

Хвороби	Гострі		Хронічні загострені		Хронічні	
	на 1000 населення	%	на 1000 населення	%	на 1000 населення	%
Інфекційні та паразитарні	4,3	11,7	0,2	0,7	-	-
Новоутворення	-	-	0,3	1,1	0,2	3,2
Ендокринної системи	0,4	1,1	0,6	2,2	0,4	6,3
Нервової системи	0,3	0,9	2,8	10,3	0,2	3,2
Органів зору	0,2	0,6	0,2	0,7	-	-
Вуха і соккоподібного відростка	0,3	0,9	0,4	1,5	-	-
Системи кровообігу	1,6	4,4	6,9	25,1	1.4	22,2
Органів дихання	19,7	53,8	3,4	12,4	0,5	7,9
Органів травлення	1,8	4,9	4,2	15,3	1,0	15,9
Сечових органів	1,4	3,8	2,0	7,3	0,2	3,2
Жіночих статевих органів	0,6	1,6	1,0	3,6	0,3	4,8
Шкіри та підшкірної клітковини	1,6	4,4	2,6	9,5	1,8	28,6
Кістково-м'язової системи	0,5	1,4	2,4	8,8	0,2	3,2
Травми	3,9	10,7	-	-	-	-
Інші	-	-	0,4	1,5	0,1	1,5
Разом	36,6	100,0	27,4	100,0	6,3	100,0

Період загострення переважав серед шпиталізованих з приводу хвороб нервової системи (84,8 %), хвороб органів травлення (60,0 %), хвороб кістково-м'язової системи (77,4 %) тощо.

Якщо розглядати структуру різних форм захворювань, то серед гострих форм переважали хвороби органів дихання (53,8 %), інфекційні хвороби (11,7 %) і травми (10,7 %), серед хронічних захворювань в стадії загострення — хвороби системи кровообігу (25,1 %), хвороби органів травлення (15,3 %) і хвороби органів дихання (12,4 %), серед хронічних хвороб — хвороби шкіри та підшкірної клітковини (28,6 %), хвороби

системи кровообігу (22,2 %) та хвороб органів травлення (15,9 %).

Якщо розподілити усіх шпиталізованих згідно характеру або інтенсивності лікування, то 5,9 % з них потребують інтенсивного лікування, після чого 5,6 % мають бути переведені у відділення для одужуючих; 57,5 % або більшість можуть лікуватись у відділеннях для планових хворих або тих, що не вимагають інтенсивного лікування; кожен п'ятий шпиталізований (22,3 %) потребує соціальної та медичної реабілітації і майже кожен десятий хворий (8,7 %) може перебувати в денному стаціонарі або лікуватись у домашніх умовах (табл. 2).

Таблиця 2. Розподіл шпиталізованих по відділеннях згідно характеру лікування

Показник	Відділення інтенсивного лікування	Переведені з інтенсивного лікування у відділення для одужуючих	Відділення для планових хворих та гострих хворих, що не вимагають інтенсивного лікування	Відділення соціальної та медичної реабілітації	Денні стаціонари та стаціонари у домашніх умовах
Розподіл хворих, %	5,9	5,6	57,5	22,3	8,7
Пересічне число фахівців для надання допомоги із розрахунку на одного хворого	2,9	2,2	1,4	1,2	1,1
Пересічні терміни лікування, у днях	2,8	13,0	12,3	20,9	7,8
Пересічне число ліжок із розрахунку на 1 посаду лікаря	1,1	10	29	38	20
Необхідне число ліжок для надання допомоги 10000 хворих	0,34	1,51	14,5	9,6	1,4

Характер медичної допомоги у відділеннях з різною інтенсивністю лікування представлено в табл. 3. Як видно із табл. 3, у відділеннях інтенсивного лікування потрібні передовсім фахівці з реаніматології, кардіології, травматології і хірургії (іхня частка в загальному обсязі допомоги складає 75,9 %). У відділеннях для планових хворих

спектр допомоги значно ширший, однак переважають фахівці із пульмонології, невропатології, хірургії, кардіології та травматології (загалом 51,5 %). У відділеннях соціальної та медичної реабілітації потрібні фахівці переважно із травматології (ортопедії), невропатології, дерматології, кардіології і пульмонології (загалом 74,6 %).

Таблиця 3. Характер медичної допомоги у відділеннях з різною інтенсивністю лікування, %

Фах	Відділення інтенсивного лікування	Відділення для одужуючих після інтенсивного лікування	Відділення для планових хворих та гострих хворих, що не потребують інтенсивного лікування	Відділення соціальної та медичної реабілітації
Кардіологія	19,0	23,8	8,4	8,8
Гастроентерологія	-	-	4,3	2,9
Пульмонологія	1,7	2,3	13,5	8,4
Ендокринологія	1,8	2,4	2,6	4,8
Гематологія	-	-	1,7	-
Психотерапія	-	4,8	4,6	4,4
Інфекційні хвороби	-	-	6,9	
Хірургія	13,8	19,0	10,1	5,9
Травматологія	15,5	19,0	8,1	25,0
Нейрохірургія	3,4	2,3	0,3	1,5
Урологія	-	-	4,3	-
Акушерство і гінекологія	5,2	2,4	5,5	2,9
Невропатологія	6,9	9,5	11,5	22,1
Отоларингологія	1,9	4,8	6,3	1,6
Офтальмологія	3,2	4,7	5,5	1,4
Дерматологія	-	-	6,1	10,3
Реаніматологія	27,6	5,0	0,3	-
Разом	100,0	100,0	100,0	100,0

Перебудова стаціонарної допомоги за принципом інтенсивності лікування призводить до якісно нових змін щодо потреби в ліжках і кадрах. Потреба зменшується, а ефективність організації суттєво зростає.

Висновки.

1. Організація стаціонарної допомоги за принципом гостроти перебігу хвороб та інтен-

сивності їх лікування призводить до зменшення потреби в лікарняних ліжках і підвищення ефективності їх функціонування.

2. Потребує наукового обґрунтування проблема реалізації цього принципу на вторинному та третинному рівнях.

Список літератури

1. Галіenko L. I. Наукове обґрунтування створення стандартів надання стаціонарнозамінної медичної допомоги в денніх стаціонарах загального профілю /Л.І. Галіенко //Віс. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2002. – № 4. – С. 47-50.
2. Голяченко О. М. Українська здравоохранона: як вийти з кризи. – Тернопіль, «Лілея», 2000. – 84 с.
3. Грузєва Т. С. Наукове обґрунтування державних соціальних нормативів забезпечення населення стаціонарною медичною допомогою / Т. С. Грузєва //Віс. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2002. – № 1. – С. 60-63.
4. Лазоришинець В. В. Комплексна характеристика ролі дитячих обласних лікарень в надання медичної допомоги дітям /В. В. Лазоришинець, Р. О. Мойсеєнко, О. О. Дудіна, [та ін.] //Віс. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2009. – № 3. – С. 21-28.
5. Рекомендації щодо подальшого розвитку вторинної медичної допомоги в Україні. Проект ЄС «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні». – К., 2009.
6. Реформа охорони здоров'я в Україні /за ред. О. М. Голяченка. – Тернопіль: Лілея, 2006. – 160 с.
7. Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2008 рік. – К., 2009. – 384 с.
8. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2008 рік. – К., 2009. – 360 с.

9. Корецкий В.Л. Оптимизация коечного фонда большого города / В.Л. Корецкий, В.Т. Бедный, Н.Г. Проданчук, И.В. Корецкий //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2002. – № 6. – С. 29-32.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К РЕФОРМИРОВАНИЮ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ

А. М. Голяченко, Н. Я. Панчишин, В. Л. Смирнова (Тернополь)

В статье приводятся расчеты специального изучения потребности в стационарной помощи, которая организована согласно принципу острого течения болезни и интенсивности лечения болезней.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **реформирование, стационарная помощь, нормативы обеспечения.**

NEW APPROACHES TO REFORMING OF THE INPATIENT HOSPITAL CARE

O. M. Holiachenko, N. Y. Panchyshyn, V. L. Smirnova (Ternopil)

The article contains special study of the need in inpatient hospital care organized based on the principle of acute clinical course and of the intensity of treatment.

KEY WORDS: **reforming, inpatient hospital care, health care standards.**

Рецензент: д. мед. н., проф. В. А. Кондратюк

УДК 616-036.2(093.3):31

О. К. ТОЛСТАНОВ, В. Й. ШАТИЛО, В. З. СВИРИДЮК (Житомир)

ВИКОРИСТАННЯ КОЕФІЦІЕНТА ПОЄДНАННЯ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ТА СТАТИСТИЧНОГО АНАЛІЗУ ЗАХВОРЮВАНОСТІ У ПОЛІМОРБІДНИХ ПАЦІЄНТІВ

Управління охорони здоров'я Житомирської облдержадміністрації
Житомирський інститут медсестринства

В статті наведено наукове обґрунтування нового показника для статистичного аналізу захворюваності у поліморбідних пацієнтів – коефіцієнта поєднання.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: **коефіцієнт поєднання, поліморбідність, хронічний панкреатит.**

Перебіг хвороб у переважної більшості хворих має поєднаний характер. У віці 40–70 років спостерігається 4–5 хронічних захворювань у одного пацієнта [5;6].

Поліморбідність (наявність одночасно кількох захворювань у одного пацієнта) є наслідком впливу урбанізації, надмірної індустріалізації, забруднення довкілля ксенобіотиками, руко-творних змін клімату, поглиблення соціального розшарування суспільства, безпрецедентної інтенсивності міграційних процесів, неправильного способу життя (зловживання алкоголем, паління, наркоманія), бездуховності і легковаж-

ної поведінки людей, яка полегшила передачу статевим і парентеральним шляхами венеричних і соматичних хвороб, таких як вірусний гепатит, хламідіоз, СНІД, хелікобактерна та TORCH-інфекції [5]. В Україні до вищено званих факторів долучилася безпрецедентна за масштабами довгострокових негативних наслідків екологічна катастрофа – радіонуклідне забруднення довкілля внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС. Прооксидантна дія іонізуючого випромінювання інкорпорованих радіонуклідів має універсальний пошкоджуючий характер, що викликає мультиорганну патологію.

Така різнобарвна палітра етіологічних чинників спричиняє одночасне пошкодження