

при вказаних вище захворюваннях [1].

Для організації підприємства по виробництву порошку топинамбура і лікувального засобу «Біфтоп» необхідно орієнтовно інвестувати до 3 млн. євро.

За попередніми розрахунками підготовчі роботи по подачі сировини на фасовку, робота технологічної лінії, закупка тари і допоміжних матеріалів, зарплата та інше складає не більше 25-30 грн. на 1 кг поршку. За даними вчених Івано-Франківського національного медичного університету, вартість 10 грн. порошку топинамбура в лікарському засобі «Біфтоп» складає 5 грн. за 10 гр.

Після введення в експлуатацію фасовочної лінії плануємо за перший рік виробити 50 тонн готової продукції, менше третьої частини від потреби.

Дохід складатиме (500 грн.-60 грн.)*50 тонн=22000000 грн. Чистий дохід за мінусом 30% податків отримуємо 15400000 грн.

При виробництві тільки 3 частини потреби в лікарському засобі «Біфтоп» вкладені інвестиції окупуються за 2 роки. Ми не врахували переробку фруктов-ягідної і овочевої сировини на сухі продукти і виробництво біологічно-активних добавок, що дозволить отримати додатковий дохід і можливість ефективного використання інвестицій, а також проведення реінвестування.

Крім того, порошок топинамбура в майбутньому можна використати для виробництва інуліну, етанолу та інших напівфабрикатів для виробництва лікарських засобів та широкого асортименту продукції лікувально-профілактичного призначення.

Висновки

В Івано-Франківській області є всі можливості виробувати до 250 тис. тонн бульб топинамбура і 500 тис. тонн зеленої маси.

Із вказаної кількості сировини можна виготовити більше 7 тис. тонн порошку топинамбура, 2 млн. дал. етанолу і 100 тис. тонн паливних гранул (пеллет) або паливних брикетів.

Бульби топинамбура необхідно використати для виробництва напівфабрикатів, зокрема на сухий порошок, який буде основним компонентом для розробки і виробництва лікарських засобів, в тому числі «Біфтоп» і ефективним наповнювачем для виробництва продукції лікувально-профілактичного призначення, а зелену масу як біопаливо для

альтернативної енергії.

За попередніми розрахунками вкладені інвестиції для організації виробництва порошку топинамбура і лікарського засобу «Біфтоп» окуповується терміном до 2 років.

У всьому ланцюжку заготівлі, виробництва, транспортування сировини і готової продукції є можливість організувати до 200 додаткових робочих місць.

Література

1. Деклараційний патент на винахід, лікарський засіб «Біфтоп» 54712 А 17.032003 Бюл №3.
2. Касіячук В. Д. «Економічні перспективи використання топинамбура, як нетрадиційної сировини». Науковий вісник Івано-Франківського університету права імені Короля Данила Галицького. 2013 рік № 8 с. 266-271.
3. Касіячук В. Д., Ковач М. М. і Касіячук М. В. «Перспективи використання дикорослих плодів, ягід і грибів в умовах Прикарпаття для виготовлення продукції лікувально-профілактичного призначення». Науковий вісник НЛТУ України. Випуск 23.1-2013 рік с. 151-156.
4. Касіячук В. Д., Євчук Р. Б. «Ефективність використання паливних гранул (пилет) для виробництва альтернативної енергії». Науковий вісник Івано-Франківського університету права імені Короля Данила Галицького №7 2013 рік, с. 321-325.
5. ТУ У158-24687473-089-2002.
6. <http://www/induktor-indiqo.com.ua>.

Касіячук В.Д.

Сухой продукт топинамбура - эффективный полуфабрикат для производства продукции лечебно-профилактического назначения

Івано-Франківський університет права ім. Короля Данила Галицького

Резюме. Стаття освещает возможности переработки топинамбура на порошок и на его основе производства продукции лечебно-профилактического назначения. Проанализировано биологическую ценность топинамбура и порошка. Предложенная технологическая схема переработки топинамбура на порошок. По всей цепочке переработки и транспортировки показана возможность организации дополнительных рабочих мест. Посчитана окупаемость проекта от вложения инвестиций.

Ключевые слова: топинамбур, лечебно-профилактические, инулин, этанол, «Бифтоп», эффективность.

Надійшла 16.06.2014 року.

УДК: 616-084+617.7-007.681

Кощинець О. Б.

Ресурсне забезпечення офтальмологічної служби в Івано-Франківській області як важлива складова її доступності хворим на первинну глаукому

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

olesyakoshchinets@gmail.com

Резюме. З метою виявлення проблем ресурсного забезпечення офтальмологічної служби в Івано-Франківській області провели аналіз даних державної та галузевої статистики за 2002-2011 роки. З допомогою статистичного, аналітичного методів і графічного зображення встановлено, що в області достатньо розвинена мережа та укомплектованість лікарями-окулістами. Проте, недостатній рівень кваліфікації кадрових ресурсів (30-50% не атестовані), неналежне навантаження (0,84 ставки на одну фізичну особу) та невідповідне до стандартів матеріально-технічне оснащення (67-71%) становлять небезпеку щодо можливостей забезпечення якісної офтальмологічної допомоги і знижують її доступність хворим на глаукому.

Ключові слова: організація офтальмологічної допомоги,

глаукома.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. Однією з найбільш гострих проблем сучасної офтальмологічної допомоги у сфері охорони здоров'я України є профілактика та лікування сліпоти [3,5,10,11].

Первинна глаукома залишається одним із найбільш важких захворювань і займає друге місце серед причин незворотної сліпоти та слабovidіння на Землі [5,6,13]. За даними ВООЗ, в 2010 р. у світі нараховувалось 4,5 млн. сліпих внаслідок глаукоми, що складало 12,3% в структурі глобальної сліпоти. Враховуючи, що у зв'язку із постарінням населення

поширеність глаукоми буде тільки зростати, накопичуватиметься, очевидно, й її внесок у глобальний тягар хвороб. Саме тому ця патологія вийшла за рамки медицини і розглядається уже як медико-соціальна проблема [1,3,12-14].

Невпинне збільшення чисельності інвалідів від глаукоми виникає в результаті несвоєчасної діагностики через безсимптомність її перебігу на початкових стадіях, мало-ефективного лікування та недоліків в обстеженні хворих, корекція яких може бути досягнута шляхом реалізації належних медико-організаційних заходів [3,12,13]. Адже, саме від правомірної нормативно-правової бази, укомплектованості і кваліфікації лікарів-офтальмологів, забезпеченості закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) відповідним спеціалізованим обладнанням значною мірою залежить успіх у боротьбі з первинною глаукомою [3,12].

Мета дослідження: виявлення проблем ресурсного забезпечення офтальмологічної служби в Івано-Франківській області як важливої складової її доступності хворим на первинну глаукому.

Матеріал і методи дослідження

Вивчали нормативно-правову базу діяльності офтальмологічної служби України, дані річних звітів закладів охорони здоров'я Івано-Франківської області та дані державної і галузевої статистики України за 2002-2011 роки. Проаналізовано мережу, кадрову і матеріально-технічне забезпечення офтальмологічної служби області в порівнянні із середньоукраїнськими показниками та у розрізі ЗОЗ різного рівня і потужності: обласної клінічної лікарні (ОКЛ), центральної міської лікарні (ЦМЛ) та міських поліклінік (МП) обласного центру, центральних районних лікарень (ЦРЛ) та ЦМЛ адміністративних районів області, малопотужних районних лікарень (РЛ) і районних поліклінік (РП) – колишніх номерних лікарень.

У роботі використовувались **методи:** статистичний, аналітичний, графічного зображення.

Результати дослідження та їх обговорення

Діяльність офтальмологічної служби, спрямована на профілактику, раннє виявлення, лікування, диспансерне спостереження та реабілітацію хворих на глаукому, організується та регулюється, крім загальних для сфери охорони здоров'я України, спеціальними нормативно-правовими актами, основними з яких є:

- наказ МОЗ України від 15.03.2007 р. № 117 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Офтальмологія» [8],
- наказ МОЗ України від 28.01.2008 р. № 30 «Про заходи щодо удосконалення профілактики, раннього виявлення глаукоми та попередження інвалідності по зору» [10],
- наказ МОЗ України від 23.11.2011 р. № 816 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги на засадах доказової медицини» [9],
- наказ МОЗ України від 14.05.2013 р. № 372 «Про систему офтальмологічної допомоги населенню України» [11].

Їх реалізація на всіх рівнях системи охорони здоров'я покликана забезпечити доступність і якість офтальмологічної допомоги населенню. Як відомо, головними складовими якості медичної допомоги є структурний, процесуальний та результативний компоненти.

Структурний компонент характеризує забезпечення системи основними ресурсами. У цьому плані слід зазначити, що за останнє десятиріччя (2002-2011рр.) забезпеченість лікарями-офтальмологами зростає: як загалом по Україні (з 0,80 до 0,84 зайнятих посад лікарів-окулістів на 10 тисяч населення), так і ще інтенсивніше – в Івано-Франківській області (з 0,85 до 0,96 посад на 10 тисяч населення відповідно).

При цьому, показник укомплектованості лікарями-офтальмологами в закладах охорони здоров'я Івано-Франківської області у 2011 році становив 99,3% (рис. 1). Стівід-

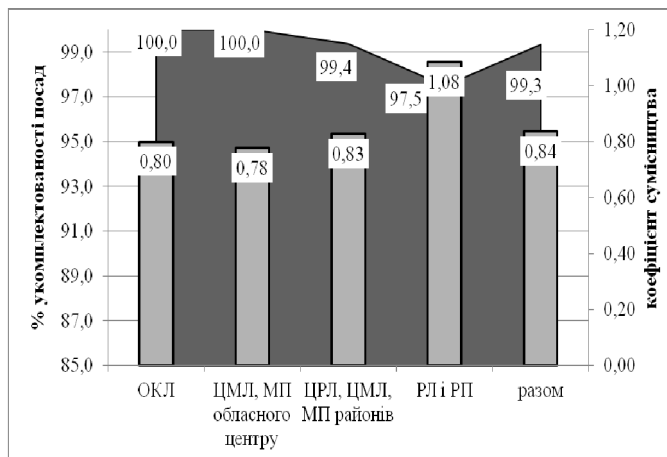


Рис. 1 Порівняльна характеристика коефіцієнтів укомплектованості та сумісництва у різних типах ЗОЗ Івано-Франківської області

сотково укомплектовані обласні установи та ЗОЗ обласного центру і майже повністю (99,4%) - центральні районні і центральні міські лікарні районів. Натомість, деякий дефіцит кадрів відчувають малопотужні районні (колишні номерні) лікарні і поліклініки (97,5%), що підтверджує і, вищий за одиницю, коефіцієнт сумісництва (середнє число ставок на одну фізичну особу) – 1,08. У всіх інших типах закладів, особливо акцентовано у ЗОЗ обласного центру, вказаний коефіцієнт суттєво нижчий від одиниці, що свідчить про значну подробеність ставок.

На наш погляд, на такий стан справ могла вплинути наявність у Івано-Франківську вищого медичного навчального закладу. Потреба працевлаштування молодих випускників на престижну спеціальність напевно спонукає керівників закладів до перепрофілювання і дроблення ставок, що, у свою чергу, може негативно впливати на якість кадрових ресурсів і медичної допомоги. Так, як видно на рис. 2, попри те, що рівень кваліфікації лікарів-офтальмологів, в Україні загалом та Івано-Франківській області зокрема, у динаміці за десять років (2002-2011 рр.) поліпшився за рахунок збільшення часток спеціалістів вищої кваліфікаційної категорії, рівень кваліфікації лікарів-окулістів області був і залишається нижчим, ніж середньоукраїнські показники. Станом на 2011 рік тільки 26,5% з них мали вищу категорію (в Україні – 35,6%), третина лікарів (33,3% проти 25,4% відповідно) взагалі не атестовані, швидше всього тому, що є моло-

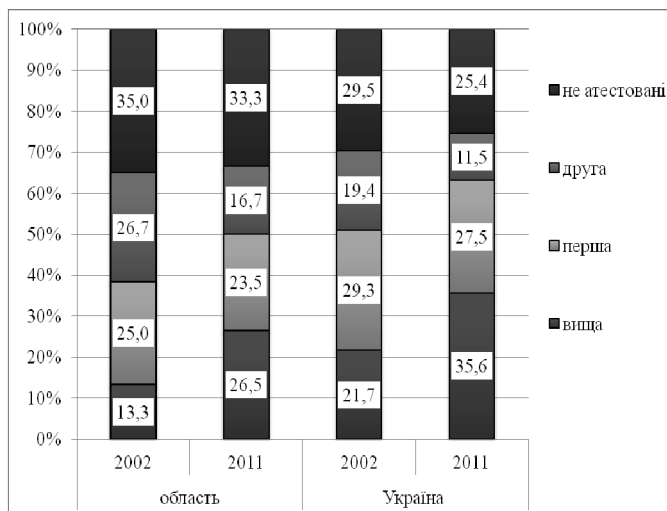


Рис. 2 Зміни у структурі рівнів кваліфікації лікарів-офтальмологів Івано-Франківської області та України в динаміці за 2002-2011 рр.

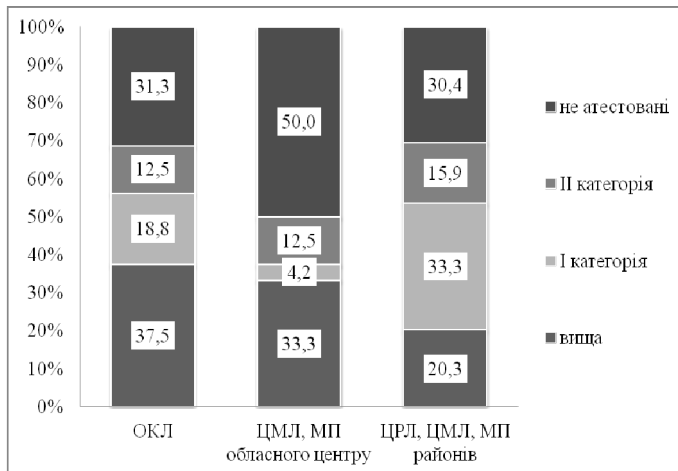


Рис. 3 Порівняльна характеристика рівня кваліфікації лікарів-офтальмологів у різних типах ЗОЗ Івано-Франківської області

дими спеціалістами.

Ще одним підтвердженням намагання молодих випускників працевлаштуватись, перш за все в обласному центрі, можуть бути результати аналізу рівня кваліфікації лікарів-офтальмологів різних типів закладів охорони здоров'я (рис. 3).

Як бачимо, у медичних закладах м. Івано-Франківська частка неатестованих сягає половини чисельності лікарів-окулістів. Крім того, з огляду на безпеку медичної допомоги, викликає занепокоєння, що в обласних ЗОЗ якість кадрового складу не відповідає вимогам до такого рівня закладів [7] – трохи менше половини лікарів-окулістів, що працювали тут 2011 року, не мали жодної (31,3%) кваліфікаційної категорії, або тільки другу (12,5%).

Офтальмологічна допомога у двох третинах випадків (72,3%) надається в амбулаторних умовах. Для цього на базі амбулаторних закладів та підрозділів лікарень II і III рівня функціонують 45 офтальмологічних кабінетів (2011 р.).

Стационарна офтальмологічна допомога в Івано-Франківській області надається на базі чотирьох спеціалізованих відділень - в обласній клінічній, обласній клінічній дитячій, Івано-Франківській центральній міській та Коломийській центральній районній лікарнях. Ще в 11 ЦРЛ області на базі хірургічних відділень стаціонарів розгорнуті офтальмологічні ліжка.

Забезпеченість спеціалізованими ліжками в області дещо вища, ніж в Україні, але відповідно до процесів оптимізації

Таблиця 1. Зміни показників стаціонарної офтальмологічної допомоги в Україні та Івано-Франківській області у динаміці за 2002-2011 рр.

Показник	Україна		Івано-Франківська область	
	2002	2011	2002	2011
Повнота використання ліжкового фонду, %	100,27	99,65	98,12	99,70
Середньорічна зайнятість ліжка, дні	340,92	338,81	333,62	338,97
Середня тривалість перебування в стаціонарі, дні	9,84	8,04	11,10	8,27
Середньорічний обіг ліжка, хворі	34,64	41,50	30,07	40,97
Летальність, %	0,01	0,01	0	0
Кількість операцій з приводу глаукоми, на 10 тисяч населення	3,80	2,63	1,72	0,94
Оперативна активність, % операцій до вибулих хворих			35,72	37,89
Післяопераційна летальність, %	0,02	0,01	0	0
у т. ч. з приводу глаукоми, %	0,01	0,02	0	0

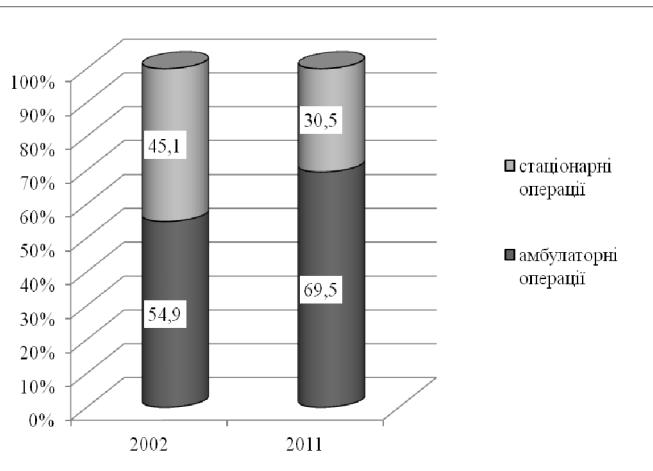


Рис. 4 Динаміка питомої ваги амбулаторних та стаціонарних оперативних втручань при хворобах ока і придатків за десятирічний період 2002-2011 рр. (Івано-Франківська область)

та реформування галузі за десятирічний період (з 2002 по 2011 рр.) знизилась з 1,65 до 1,38 ліжок на 10 тисяч населення і вже майже відповідає середньоукраїнському показнику, який за цей же період часу змінювався з 1,49 до 1,32 ліжок на 10 тисяч населення. Змінилися і основні показники використання ліжкового фонду (табл. 1).

Як видно із даних табл. 1, рівні зайнятості офтальмологічних ліжок (у % і в днях) досить стабільні, оскільки демонструють їх заповнення упродовж року хворими. Разом з тим, відповідно до сучасних тенденцій середня тривалість лікування за останні десятиріччя скоротилась, а середньорічний обіг хворих – зріс.

Оперативна активність при офтальмологічній патології незначно зросла з 35,72% до 37,89% впродовж 2002-2011 років. Разом з тим, за останні десять років частота хірургічного лікування з приводу хвороб ока і придатків в цілому зросла, як в Україні (з 29,61 операцій на 10 тисяч населення у 2002 р. до 34,88 відповідних випадків у 2011 р.), так і особливо інтенсивно в Івано-Франківській області (з 30,7‰ до 58,13‰ відповідно). При цьому, як видно на рис. 4, суттєво збільшилась частка операцій, що проводяться в амбулаторних умовах, що свідчить про більш якісну хірургічну підготовку та стандартизацію лікувальних процесів у диспансерах і розвантаження стаціонарних ліжок.

Натомість, частота оперативних втручань при глаукомі, які всі проводяться тільки у стаціонарних умовах, в Івано-Франківській області у 2-2,5 рази нижча, ніж в середньому по державі (табл. 1), і у динаміці за десятирічний період знизилась в Україні з 3,80 операцій на 10 тисяч населення у 2002 році до 2,63‰ у 2011 р., а в області – з 1,72‰ до 0,94‰ відповідно. Це очевидно пов'язано зі зміною підходів до лікування при глаукомі [4] з оперативних до консервативних.

Дотримання сучасних технологій якісної офтальмологічної допомоги вимагає відповідного матеріально-технічного оснащення. З даних табл. 2 видно, що не всі заклади обладнані відповідно до вимог.

Як видно із даних табл. 2, укомплектованість необхідним обладнанням для забезпечення виконання обов'язкових технологій згідно із Уніфікованим клінічним протоколом медичної допомоги «Глаукома первинна відкритокутова», затвердженим наказом МОЗ України від 23.11.2011р. №816 [9], та додатком 2 до Положення про систему офтальмологічної допомоги в Україні, затвердженим наказом МОЗ України від 14.05.2013р. №372 [11], недостатня і становить 66,7% в районних та міських і 70,6% в обласних ЗОЗ. Зокрема, навіть у обласній клінічній лікарні відсутні тонометри Гольдмана, які найточніше вимірюють внутрішньочинний

Таблиця 2. Матеріально-технічне забезпечення установ системи офтальмологічної допомоги Івано-Франківської області

Вид обладнання	Заклади охорони здоров'я					
	районні		міські		обласні	
	план	факт	план	факт	план	факт
Для забезпечення виконання обов'язкових заходів						
Офтальмоскоп	+	+	+	+	+	+
Щільна лампа	+	+	+	+	+	+
Лінза Гольдмана					+	+
Гоніоскоп	+	+	+	+	+	+
Тонometr Маклакова	+	+	+	+	+	+
Тонometr Гольдмана	+	-	+	-	+	-
Пневмотонometr					+	+
Аналізатор реакції ока ORA					+	-
Тонoграф	+	+	+	+	+	+
Статичний периметр Humphrey	+	-	+	-	+	+
Рефрактокератометр	+	-	+	-	+	+
Кератопахіметр					+	-
Операційні мікроскопи	+	+	+	+	+	+
Лазер					+	+
Оптикокогерентні томографи заднього відрізка ока, OCT					+	-
Скануюча лазерна конфокальна система, HRT					+	-
Прилади ультразвукової біомікроскопії					+	+
Укомплектованість, % від потреби		66,7		66,7		70,6
Для забезпечення виконання бажаних заходів						
Кератопахіметр	+	-	+	-		
Скануючий лазерний поляриметр	+	-	+	-	+	-
Скануюча лазерна конфокальна система HRT	+	-	+	-		
Прилади ультразвукової біомікроскопії	+	-	+	-		
Оптикокогерентні томографи переднього відрізка ока	+	-	+	-		
Шемпфлог сканування					+	-
Ультразвукова доплерографія судин голови, ший, очного яблука					+	+

Примітка: план – обладнання, яке повинно бути згідно із наказами МОЗ України від 23.11.11р. № 816 та від 14.05.2013р. № 372

тиск; кератопахіметр для визначення товщини рогівки; томограми ОКТ (Оптична когерентна томограма) і HRT (Heidelberg Retinal Tomograph), аналізатор реакції ока ORA (Ocular Response Analyzer). Практично відсутнє сучасне обладнання для забезпечення виконання бажаних заходів. Для виконання вимог уніфікованого протоколу пацієнтів доводиться відправляти у сусідні області (Львівську, Чернівецьку), які мають необхідне обладнання, але надають такі послуги платно. Це становить додатковий фінансовий тягар для пацієнтів, більшість з яких належать до соціально вразливих прошарків населення (особи літнього віку, малозабезпечені, пенсіонери, інваліди тощо) [2], що зменшує доступність для них повноцінного обстеження та лікування.

Висновок

Попри достатньо розвинену мережу офтальмологічної служби Івано-Франківської області та укомплектованість лікарями окулістами, недостатній рівень кваліфікації кадрових ресурсів, неналежне навантаження внаслідок дроблення ставок та невідповідне до стандартів матеріально-технічне

оснащення становлять небезпеку щодо можливостей забезпечення якісної офтальмологічної допомоги і знижують її доступність до хворих на глаукому.

Перспективи подальших досліджень полягатимуть у розробці та впровадженні системи заходів удосконалення медичної допомоги хворим на глаукому.

Література

- Вітовська О. П. Роль спадкових чинників у захворюванні на первинну відкритокутову глаукому / О. П. Вітовська, Л. Драч, О. І. Тимченко // Актуальні питання медичної науки та практики: зб. наук. праць. – Вип. 69, книга 2. – Запоріжжя, 2006. – С. 28-32.
- Кошинець О. Б. Особливості соціально-економічного статусу хворих на глаукому / О. Б. Кошинець, З. М. Митник // Матеріали міжнародної науково-практичної конференції присвяченої Всесвітньому дню здоров'я // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2012. – С. 162-163.
- Крыжановская Т. В. Социальная офтальмология: современные задачи в профилактике слепоты и инвалидности / Т. В. Крыжановская // Сучасні аспекти клініки, діагностики та лікування очних хвороб: міжнародна конференція, присвячена 100-річчю з дня народження академіка Н.О.Пучковської: тези доп. – Одеса, 2008. – С. 12-13.
- Курьшова Н. И. Лечение глаукомы: современные аспекты и различные взгляды на проблему // Глаукома. – 2004. – №3. – С. 57-67.
- Нагорна А.М. Дослідження факторів детермінації поширеності захворювань органу зору у популяціях населення України / А.М. Нагорна, С.О. Риков, Д.В. Варивончак // Гігієна населених місць. – 2003.- Вип.41. – С. 361-368.
- Павлюченко К. П. Роль факторів фібринолізу внутріглазної рідини в розвитку ускладнень і катаракти після антиглаукоматозних операцій / К. П. Павлюченко, С. В. Зяблицев, В. О. Пенчук // Офтальмологія Восточная Европа. – 2013. – 4(19). – С. 39 – 45.
- Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги [Електронний ресурс] / Верховна Рада України. – Офіц. вид. – К.: Парламентське вид-во, 2011. – (Закон України від 07.07.2011 року №3611-VI). – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/3611-17>. – Назва з екрану.
- Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Офтальмологія» [Електронний ресурс] / М-во охорони здоров'я України. – Офіц. вид. – К.: МОЗ України, 2007. – (Нормативний документ МОЗ України. Наказ від 15.03.2007р. № 117). – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20130311_p.html. – Назва з екрану.
- Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги на засадах доказової медицини [Електронний ресурс] / М-во охорони здоров'я України. – Офіц. вид. – К.: МОЗ України, 2011. – (Нормативний документ МОЗ України. Наказ від 23.11.2011р. № 816). – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20130311_p.html. – Назва з екрану.
- Про заходи щодо удосконалення профілактики, раннього виявлення глаукоми та попередження інвалідності по зору [Електронний ресурс] / М-во охорони здоров'я України. – Офіц. вид. – К.: МОЗ України, 2008. – (Нормативний документ МОЗ України. Наказ від 28.01.2008р. № 30). – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20130311_p.html. – Назва з екрану.
- Про систему офтальмологічної допомоги населенню України [Електронний ресурс] / М-во охорони здоров'я України. – Офіц. вид. – К.: МОЗ України, 2013. – (Нормативний документ МОЗ України. Наказ від 14.05.2013р. № 372). – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20130311_p.html. – Назва з екрану.
- Сергиенко Н. М. Состояние и динамика слепоты и инвалидности вследствие патологии органа зрения в Украине / Н. М. Сергиенко, С. А. Рыков, Т. В. Крыжановская // Збірник наукових праць співробітників КМАПО ім. П.Л.Шупика. – Київ, 2004. – С. 582-586.
- Сліпота та слабкозорість. Шляхи профілактики в Україні. Науково-методичне видання / С. О. Риков, О. П. Вітовська, Н. А. Обухова, С. А. Сук. – Київ: ГОВ "Доктор-Медія", 2010. – 268с.
- Quigley H. A. Broman A. T. 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.

Кошинець О. Б.

Ресурсное обеспечение офтальмологической службы в Ивано-Франковской области как важная составляющая ее доступности больным первичной глаукомой

Ивано-Франковский национальный медицинский университет, Украина
olesyakoshchinetc@gmail.com

Резюме. С целью выявления проблем ресурсного обеспечения офтальмологической службы в Ивано - Франковской области провели анализ данных государственной и отраслевой статистики за 2002-2011 годы. С помощью статистического, аналитического методов и графического изображения установлено, что в области достаточно развита сеть и укомплектованность врачами окулистами. Однако, недостаточный уровень квалификации кадровых ресурсов (30-50% не аттестованы), ненадлежащее на грузки (0,84 ставки на одно физическое лицо) и несоответствующее стандартов материально - техническое оснащение (67-71%) составляют опасность относительно возможностей обеспечения качественной офтальмологической помощи и снижают ее доступность к больным первичной глаукомой.

Ключевые слова: организация офтальмологической помощи, первичная глаукома.

O. B. Koshchynets

Resource Support of Ophthalmologic Service in Ivano-Frankivsk Region as an Important Component of its Availability to Patients with Primary Glaucoma

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine
olesyakoshchinetc@gmail.com

Abstract. The analysis of data of the state and sector statistics in 2002-2011 years was conducted for the purpose of revealing problems of ophthalmologic service resource support in Ivano-Frankivsk region. With use of statistical, analytical methods and diagrammatic image, ophthalmology network and staffing was determined to be well-developed in the region. However, the insufficient level of staff resources qualification (30-50% of physicians are not certified), part-time job (0,84 rate per person) and material support inadequate to standards (67-71%), present a potential threat as to qualified ophthalmologic service opportunities and its accessibility to patients with primary glaucoma.

Keywords: ophthalmologic service organization, primary glaucoma.

Надійшла 28.04.2014 року.

УДК 616.12-008.331.1 :159

Левченко В.А.

Шляхи попередження гіпертонічних кризів на догоспітальному етапі, на ранніх стадіях гіпертонічної хвороби

Кафедра екстреної і невідкладної медицини (зав. каф. – проф. В.М.Криса)
ВДНЗ “Івано-Франківський національний медичний університет”

Резюме. Мета дослідження – виявлення факторів, які сприяють виникненню гіпертонічних кризів і шляхів їх попередження на ранніх стадіях гіпертонічної хвороби.

Матеріали і методи дослідження: картки виклику швидкої медичної допомоги, диспансерного обліку, результати опитування 200 хворих, які перенесли гіпертонічний криз.

Проведеними дослідженнями встановлено достовірне збільшення кількості гіпертонічних кризів у хворих із I ст. артеріальної гіпертензії за останні два роки. У більшості хворих, що перенесли гіпертонічний криз, виявлені серцево-судинні та метаболічні фактори ризику. Значна частина хворих не дотримувалася рекомендацій лікаря, так 58,16 % із них приймали гіпотензивні препарати тільки при підвищеному артеріальному тиску, 64,29 % – вживали ліки не кожен день,

33,67 % – припиняли лікування після нормалізації тиску, 28,57% – забували приймати ліки. Більшість хворих із I ступенем артеріальної гіпертензії отримували монотерапію, не корегували фактори ризику. Монотерапія може бути призначена невеликій групі хворих із низьким рівнем серцево-судинного ризику, з безкризовим перебігом хвороби. Решта хворих потребує комбінованої терапії, так як більшість хворих рано чи пізно переходить на неї, через її вищу ефективність, здатність впливати на різні ланки патогенезу, швидше досягати цільового тиску, більшої органопroteкції. Обов'язковим компонентом терапії повинна бути корекція існуючих факторів ризику, контроль комплаєнсу.

Ключові слова. гіпертонічний криз, комплаєнс, монотерапія, комбіноване лікування.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. Незважаючи на значні досягнення медицини в області кардіології, проблема гіпертонічних кризів (ГК) залишається актуальною, так як вони є однією з основних причин інсультів, інфаркта міокарда, аритмій, серцевої недостатності тощо [1]. За даними офіційної статистики МОЗ України, на початок 2011 року в Україні зареєстровано більше 12млн. хворих на артеріальну гіпертензію (АГ), що складає третину дорослого населення. Україна займає одне з перших місць в Європі

щодо смертельних ускладнень артеріальної гіпертензії. З року в рік кількість людей з підвищеним рівнем артеріального тиску (АТ) продовжує зростати [2]. В економічно розвинених країнах відзначають зменшення частоти розвитку кризових станів, що пов'язують із поліпшенням лікування АГ протягом останніх 20 років та їх профілактикою [5, 8]. ГК є однією з найбільш частих причин виклику швидкої медичної допомоги (ШМД) на Україні, тому ця проблема потребує додаткового вивчення, поглиблених наукових досліджень [3, 6].

Мета дослідження – виявлення факторів, які сприяють виникненню гіпертонічних кризів і запропонувати способи їх попередження на ранніх стадіях гіпертонічної хвороби.

Матеріал і методи дослідження

Вивчалися картки виклику ШМД, форми № 030/о, амбулаторні картки, результати опитування 200 пацієнтів, які викликали швидку допомогу відносно ГК і які знаходилися на диспансерному обліку відносно гіпертонічної хвороби. Ступінь артеріальної гіпертензії визначали за рівнем АТ відповідно до рекомендацій ВООЗ, Європейського товариства гіпертензії і Європейського товариства кардіологів (2007) [1, 5]. У 50,0 % обстежуваних хворих, що лікувалися, був I ст. АГ (n=86), у 30,23 % (n=52) – II ст., у 19,77 % (n=34) – III ст. З них, чоловіків, віком від 34 до 69 років, було 86 (43,0 %), жінок – від 29 до 72 років – 114 (57,0 %). Для досягнення поставленої мети, в хворих вивчався стан комплаєнсу, перебіг гіпертонічної хвороби. Для визначення типів комплаєнсу використовували модифіковану методику (Л.Ф.Шестопаловой, Н.М.Лесной, 2011). На основі якої в хворих виділяли змішаний, конструктивний і формальний типи комплаєнсу [4].

Змішаний тип комплаєнсу характеризувався нестабільним ставленням хворого до терапевтичного режиму. Так готовність до лікування підвищувалася при погіршенні стану і, навпаки, знижувалася при стабілізації артеріального тиску, і поліпшенні самопочуття. Частина цих хворих, при відносно хорошому самопочутті і нормальному артеріальному тиску, відмовлялася від прийому ліків або самовільно змінювала їх дозову дозу. Конструктивний