

market, 61% of the drugs were of foreign manufacturers, increase of the drug prices were observed in the study period, sulfonylureas were the cheapest drugs, dipeptidyl peptidase-4 inhibitors were the most expensive. Conducted analysis has determined a social and economic accessibility of OHD. XYZ-analysis established products that have the highest and the strong commitment of doctors: Glucophage, Dianorm-M, Victoza, Diaformin® Pharmak, Siofor, Glucovance, Amaryl, Maninil, Glibomet, Ongliza, Glurenorm, Diabeton MR, Metfogamma, Pioz, Glikomet, Yanumet, Januvia, Diaglizid MR, Diapirid, Amapirid, Dianormet, Dibizid M, Duotrol, Metformin Sandoz, Oltar, Triprayd; drugs that have certain tendencies attachments involves Glibenclamide Pharmak, Diaglizid, Pioglar, Glutason, Glimepiride-Lugal, Diabrex; drugs that have certain tendencies and preferences drugs, demand and sales are not exposed forecast - only Glirid.

Key words: type 2 diabetes mellitus, marketing investigation, social and economic accessibility of the drugs, XYZ-analysis.

Рецензент - д.мед.н., проф. Яковлева О.О.

Стаття надійшла до редакції 25.08.2015 р.

Германюк Тамара Андріївна - д.мед.н., проф. кафедри фармації Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 0432 61-13-04, +38 097 350-00-64; germanyuk_tamara@mail.ru

Івко Тетяна Іванівна - асистент кафедри фармації Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 0432 69-61-43, +38 098 264-05-60; ivkot@e-mail.ua

© Гречишкіна Н.В.

УДК: 616-089:614.2+616-051 (477)

Гречишкіна Н.В.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, кафедра організації охорони здоров'я та соціальної медицини (вул. Політехнічна, 25/29, м. Київ, Україна, 03055)

АНАЛІЗ СТАНУ НАДАННЯ ХІРУРГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ ПРОТЯГОМ ОСТАННЬОГО ДЕСЯТИРІЧЧЯ (2003-2013 РР.)

Резюме. Хірургічна допомога є дуже затребуваною серед населення, за даними британських вчених щороку по всьому світу проводиться 313 млн. операцій, при цьому дефіцит становить щонайменше 143 млн. операцій щороку, а дві третини населення Землі не мають доступу до безпечної хірургії. Дане дослідження мало на меті вивчення стану організації хірургічної допомоги в Україні за період 2003-2013 рр. Були використані дані офіційної статистики МОЗ України щодо кадрового забезпечення, ліжкового фонду та показників діяльності хірургічної служби. Виявлено зменшення важливого індикатора якості хірургічної допомоги - летальності хірургічних хворих на 11,8%, особливо відчутно в торакальній хірургії та кардіохірургії, однак спостерігається збільшення летальності у загальній та гнійній хірургії, де превалює "ургентна" складова хворих. Несприятливе співвідношення планових та ургентних оперативних втручань (1:2) свідчить про недосконалість медичної допомоги на догоспітальному етапі і потребує корекції у бік збільшення частки планової хірургічної допомоги. Потребують більш глибокого вивчення причини післяопераційної летальності (склад госпіталізованих хворих, рівень матеріально-технічного забезпечення закладу, кваліфікація персоналу, наявність сучасних технологій тощо).

Ключові слова: хірургічна допомога, оперативні втручання, летальність хірургічних хворих.

Вступ

Хірургічна допомога є дуже затребуваною серед населення. За даними британських вчених [Meara et al., 2014], щороку по всьому світу проводиться 313 млн. операцій, але лише одна з 20 операцій проходить у найбідніших країнах, де проживає більше третини людей. При цьому всесвітній дефіцит щодо операцій становить щонайменше 143 млн. операцій щороку. Дві третини населення Землі не мають доступу до безпечної хірургії, а це означає, що мільйони людей у бідних країнах помирають від хвороб, які можна виликати оперативним шляхом, наприклад, від апендициту. У 2010 р. третина всіх смертей сталася від проблем, які можна було вирішити шляхом хірургічного втручання.

Хірургічна допомога стрімко розвивається і може пишатися значними досягненнями щодо впровадження новітніх, проте дуже витратних, технологій. На жаль, потреба у кваліфікованій та своєчасній хірургічній допомозі залишається доволі високою. В Україні вона надається на вторинному та третинному рівнях в амбулаторно-поліклінічних, але здебільшого в стаціонарних закладах лікарями хірургами (загальними та вузького

профілю).

Метою даного дослідження було простежити стан організації хірургічної допомоги в Україні за період 2003-2013 рр. виявити певні проблеми та намітити шляхи їх вирішення.

Матеріали та методи

Джерелом інформації були дані офіційної статистики МОЗ України щодо кадрового забезпечення, ліжкового фонду та показників діяльності хірургічної допомоги [Показники здоров'я населення ... за 2002-2003 роки, 2004; Показники здоров'я населення ... за 2012-2013 роки, 2014]. Використовувались аналітичний, аналітико-синтетичний, статистичний методи з розрахунками коефіцієнту кореляції.

Результати. Обговорення

Дані, що наведені у таблиці 1, характеризують кадровий потенціал, який забезпечує потребу населення у хірургічній допомозі. За 10 років загальна кількість хірургів збільшилась на 6,5%, зокрема: серцево-судин-

Таблиця 1. Характеристика кадрового потенціалу хірургічної допомоги.

Показник	Роки	Хірургічна спеціальність					
		Хірурги (уся група)	хірурги	серцево-судинні хірурги	торакальні хірурги	нейрохірурги	онкологи-хірурги
Абсолютна кількість лікарів	2003	26856	9065	281	268	654	611
	2013	28606	9002	460	273	720	851
Забезпеченість населення хірургами (на 10 тис. нас.)	2003	5,66	1,91	0,06	0,06	0,14	0,13
	2013	6,32	1,99	0,10	0,06	0,16	0,19
Питома вага атестованих лікарів, що мають кваліфікаційну категорію (%)	2003	-	72,4	70,1	72,0	71,9	72,3
	2013	-	80,6	72,6	83,5	81,3	79,6
у тому числі (% від загальної кількості атестованих): вищу	2003	-	39,8	62,9	55,9	46,6	49,8
	2013	-	51,0	58,7	66,7	62,6	62,5
першу	2003	-	36,3	21,8	23,3	29,8	29,2
	2013	-	33,2	25,5	19,3	26,8	22,9
другу	2003	-	23,9	15,3	20,8	23,6	21,0
	2013	-	15,8	15,8	14,0	10,6	14,6

Таблиця 2. Характеристика ліжкового фонду хірургічного профілю.

Показник	Роки	Профіль ліжок						
		Хірургічні (вся група)	Загально-хірургічні	Нейро-хірургічні	Торакальної хірургії	Кардіо-хірургічні	Судинної хірургії	Гнійної хірургії
Абсолютна кількість ліжок	2003	68342	29129	2992	1195	305	1321	4085
	2013	61639	25809	2775	1015	553	16739	3863
Забезпеченість населення ліжками (на 10 тис. нас.)	2003	14,41	6,14	0,63	0,23	0,06	1,28	0,85
	2013	13,62	5,70	0,61	0,22	0,12	3,70	0,85
Середнє число днів зайнятості ліжка (днів)	2003	337,29	329,95	341,33	333,48	276,66	326,87	343,95
	2013	329,87	325,75	330,07	309,55	278,92	345,05	334,86
Середнє перебування хворого на ліжку (днів)	2003	11,97	10,38	12,9	17,35	11,87	14,28	13,48
	2013	10,67	9,45	11,99	15,12	7,94	11,53	12,33
Обіг ліжка (хворих)	2003	28,18	31,79	26,46	19,22	23,3	22,9	25,52
	2013	30,92	34,47	27,53	20,47	35,15	29,93	27,17
Летальність (%)	2003	0,85	0,93	1,45	2,22	0,89	0,69	1,98
	2013	0,75	0,99	0,85	1,13	0,37	0,62	2,05

них хірургів - на 63,7%, хірургів-онкологів - на 39,2%, забезпеченість ними населення (на 10 тис. нас.) - відповідно збільшилась на 11,7%, 66,7% та 46,2%. Забезпеченість хірургами в Україні можна вважати високою (6,32 на 10 тис. нас. проти 3,6 - у США, 3,5 - у Великій Британії, 1,7 - в Японії). Збільшилась також питома вага атестованих лікарів-хірургів, що мають кваліфікаційну категорію, і становить на теперішній час 80,6%, у т.ч. вищу категорію - 51,0%. Найвищий рівень кваліфікації демонструють спеціалісти торакальної хірургії, де атестовані лікарі складають 83,5%, а серед хірургів-онкологів лікарі другої категорії складають лише 10,6%, що правда може бути пов'язано із віковим складом лікарів.

Характеристика ліжкового фонду хірургічного профілю наведена у таблиці 2. При зменшенні загальної

кількості хірургічних ліжок на 10%, (переважно за рахунок загально-хірургічних ліжок) забезпеченість ними зменшилась лише на 5,5%. Проте у 2 рази збільшилась забезпеченість населення кардіохірургічними ліжками, у 2,9 разів ліжками судинної хірургії, тобто відбулася реструктуризація ліжкового фонду хірургічного профілю, яка спричинена значною потребою і потужним розвитком кардіохірургії та судинної хірургії. Кардіохірургія може безпосередньо впливати на рівень поширеності серцевих хвороб і на смертність від них, радикально виліковувати пацієнтів і повертати їх до активного соціального життя [Про стан надання хірургічної допомоги населенню України (Електронний ресурс)]. Аналіз показників ефективності використання ліжкового фонду (табл. 2) демонструє їх загальну позитивну

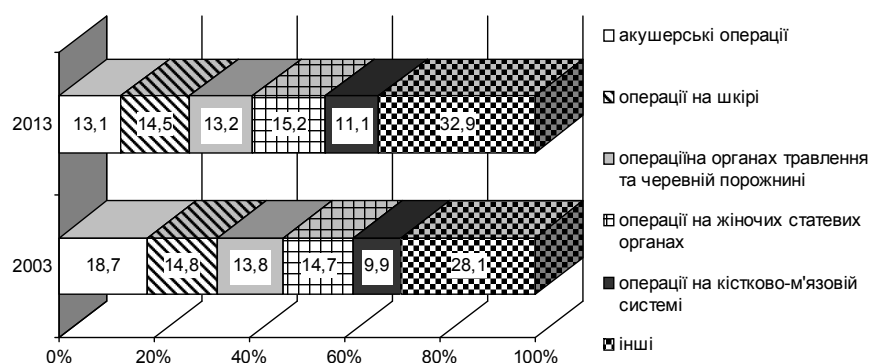


Рис. 1. Структура оперативних втручань (%).

динаміку. На особливу увагу заслуговують кардіохірургічні ліжка: при відносно низькій середньорічній зайнятості ліжка (278,9 днів) відбулося значне скорочення середньої тривалості перебування хворого на ліжку - на 35,2%, яка є найменшою серед всіх хірургічних ліжок (7,9 днів), та збільшення обігу ліжка на 50,8%, який є найбільш жвавим - 35,1 хворих на рік.

Аналіз летальності хірургічних хворих - важливого індикатора якості хірургічної допомоги - показує, що в цілому вона зменшилась на 11,8%, особливо відчутно в торакальній хірургії та кардіохірургії (відповідно на 50%

та 58,%). Проте відмічається збільшення летальності у загальній та гнійній хірургії, де превалює "ургентна" складова хворих. Більш детальному аналізу післяопераційної летальності має передувати аналіз структури оперативних втручань (рис. 1). П'ятірка "лідерів" за 10 років не змінилася, проте їх сумарна частка зменшилась, оскільки значно скоротилася питома вага акушерських операцій (на 42,7%).

Важливим показником також є частота оперативних втручань, яка

була проаналізована в регіональному аспекті. Загалом по Україні цей показник знизився на 3,3%, найбільшим він був у Києві (694,9 на 10 тис. нас.). Частота оперативних втручань мала значні розбіжності по областях України: від 399,1 на 10 тис. нас. у Закарпатській області до 629,5 у Вінницькій області, що відображає нерівність областей у питаннях матеріально-технічного та кадрового забезпечення хірургічної допомоги.

Частота післяопераційної летальності має ще більші регіональні розбіжності: при середньоукраїнському показникові у 0,64 померлих на 100 прооперованих, він

Таблиця 3. Динаміка частоти планових оперативних втручань (на 10 тис. нас.) та післяопераційної летальності (%) за 2003-2013 рр. за окремими видами.

Види оперативних втручань	Частота оперативних втручань (на 10 тис. нас.)		Темп приросту / зниження (%)	Частота післяопераційної летальності (%)		Темп приросту / зниження (%)	Коефіцієнт лінійної кореляції*
	2003	2013		2003	2013		
Усього операцій	523,18	540,79	+3,4	0,64	0,54	-15,7	-0,065
у тому числі операції: на нервовій системі	3,94	5,33	+35,3	15,63	8,32	-46,8	-0,629
на ендокринній системі	2,11	2,35	+11,4	0,18	0,18	0	0,036
на органах зору	30,88	36,54	+18,3	0,02	0,005	-75,0	0,012
на органах вуха, горла, носа	46,72	46,49	-0,5	0,04	0,05	+25,0	0,153
на органах дихання	4,85	5,82	+20,0	3,09	2,10	-32,1	-0,033
на серці	0,92	6,18	+571	2,3	1,49	-35,3	-0,095
на судинах	6,11	11,04	+80,6	1,14	0,87	-23,7	-0,451
на органах травлення та черевної порожнини	71,99	71,24	-1,1	2,13	1,97	-7,6	0,239
при непухлинних хворобах прямої кишки	5,35	7,52	+40,6	0,13	0,08	-38,5	0,245
на нирках і сечоводах	4,55	9,03	+98,4	1,15	0,55	-52,2	-0,171
на передміхуровій залозі**	9,45	10,48	+10,9	1,02	0,42	-58,9	-0,172
на жіночих статевих органах***	160,17	180,70	+12,8	0,05	0,03	-40,0	-0,288
акушерські ***	373,78	282,60	-24,4	0,01	0,01	0	0,0
на кістково-м'язовій системі	52,04	60,22	+15,7	0,83	0,58	-30,2	-0,367
на молочній залозі***	11,76	14,98	+27,4	0,1	0,05	-50,0	0,001
на шкірі	77,61	78,64	+1,3	0,29	0,20	-31,1	-0,276

Примітки: * - коефіцієнт лінійної кореляції між частотою оперативних втручань та післяопераційною летальністю, ** - показник розрахований на чоловіче населення, *** - показник розрахований на жіноче населення.

Таблиця 4. Динаміка показників термінової хірургічної допомоги.

Показник	Роки	Види оперативних втручань								
		Гостра непрохідність кишків	Гострий апендицит	Проривна виразка шлунка	Шлунково-кишкова кровотеча	Защемлена грижа	Гострий холецистит	Гострий панкреатит	Позаматкова вагітність	Травми внутрішніх органів
Частота госпіталізації (на 10 тис. нас.)	2003	2,3	22,3	2,0	4,2	2,7	6,3	5,8	9,5	3,4
	2013	2,5	16,4	1,5	4,8	2,8	6,9	7,6	9,4	2,5
Частота оперативних втручань (на 10 тис. нас.)	2003	1,6	22,2	2,0	0,7	2,7	3,5	0,6	9,5	2,5
	2013	1,7	16,4	1,5	0,5	2,8	4,6	0,8	9,2	1,9
Частота післяопераційної летальності (%)	2003	4,0	0,04	2,9	6,5	1,4	1,0	14,5	0,03	6,6
	2013	3,3	0,04	3,7	5,3	0,9	0,5	10,8	0,0	3,9
Доставлено хворих пізніше 24 год. (%)	2003	35,5	20,6	11,8	38,3	20,3	45,8	37,3	18,4	16,3
	2013	43,3	23,1	17,2	35,2	22,6	46,2	38,6	21,4	17,0
Частота післяопераційної летальності при пізній госпіталізації (%)	2003	6,8	0,2	15,8	9,1	4,3	1,2	18,1	0,05	7,5
	2013	4,6	0,1	12,6	6,6	2,6	0,6	12,7	0,0	4,2

коливався в межах від 0,37 у Чернівецькій області до 0,94 у АР Крим. По Києву післяопераційна летальність становила 0,81%. Динаміка цього показника за десятиріччя була негативною - летальність зросла на 18,5%. Кореляційний аналіз, проведений по всіх областях України, між частотою оперативних втручань та післяопераційною летальністю встановив слабкий зворотній зв'язок ($r_{xy} = -0,062$). Дійсно, в різних областях відбуваються різноспрямовані зміни: так у Вінницькій обл. із доволі високою зростаючою частотою оперативних втручань (629,5 на 10 тис. нас.) післяопераційна летальність низька (0,27%), а в АР Крим - навпаки, показники з негативною їх динамікою відповідно становили 478,2 та 0,94.

Іще одним важливим показником для аналізу вважається хірургічна активність стаціонару - показник, що характеризує частоту застосування хірургічних втручань при лікуванні хворих у стаціонарі (число прооперованих хворих на 100 вибулих зі стаціонару). У 2013 р. по Україні він становив 24,1 (знизився на 5,2%) і коливався у межах від 19,4 у Закарпатській обл. до 27,5 - у Херсонській з найвищим показником по Києву - 32,3 прооперованих на 100 госпіталізованих. Кореляційний зв'язок між частотою хірургічної активності та післяопераційною летальністю виявився прямий та слабкий ($r_{xy} = 0,203$), тобто, певною мірою, низька хірургічна активність може бути однією з причин низької післяопераційної летальності.

Аналіз динаміки частоти оперативних втручань та післяопераційної

летальності за 2003-2013 рр. за окремими видами планових оперативних втручань представлено у таблиці 3.

Як видно з таблиці 3, найвищі рівні планових оперативних втручань спостерігаються в акушерстві та гінекології з різноспрямованою їх динамікою. Відмічається значний приріст частоти оперативних втручань на серці (у 6,7 рази), на нирках та сечоводах (+98%) та на судинах (+80,6%). Післяопераційна летальність при планових операціях характеризується позитивною динамікою (від зниження летальності на 7,6% при операціях на органах травлення та черевної порожнини до 75,0% при операціях на органах зору), за винятком операцій на ЛОР-органах (зростання летальності на 25,0% при її низькому рівні у 0,05%).

Невідкладна хірургічна допомога як у дзеркалі відображає усі труднощі, із якими зустрічається медицина,

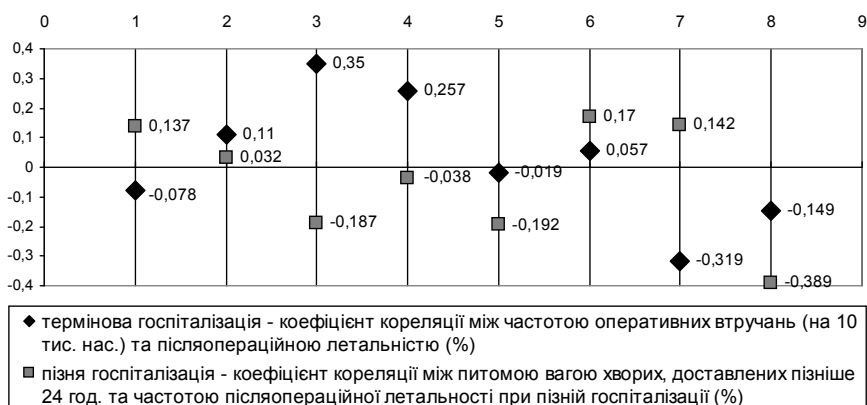


Рис. 2. Взаємозв'язки між показниками термінової хірургічної допомоги.

Примітки: види оперативних втручань: 1 - гостра непрохідність кишків; 2 - гострий апендицит; 3 - проривна виразка шлунка та 12-палої кишки; 4 - шлунково-кишкова кровотеча; 5 - защемлена грижа; 6 - гострий холецистит; 7 - гострий панкреатит; 8 - травми внутрішніх органів грудної та черевної порожнини.

кількість ургентних втручань постійно збільшується та наближається до 65% [Про стан надання хірургічної допомоги населенню України (Електронний ресурс)]. Термінова хірургічна допомога (табл. 4) завжди аналізується за окремими видами оперативних втручань (гостра непрохідність кишківника, гострий апендицит, проривна виразка шлунку тощо) з урахуванням термінів доставки пацієнтів від початку захворювання (до або після 24 год., так звана пізня госпіталізація).

Як видно з таблиці 4, найвищу частоту госпіталізації традиційно виявлено при гострому апендициті (16,4 на 10 тис. нас.), найменшу - при проривній виразці шлунку (1,5). При цьому частота госпіталізації з приводу гострого панкреатиту зросла на 31%, а з приводу гострого апендициту знизилась на 26,5%. Зросла частота оперативних втручань при гострому холециститі на 31,4%, при травмах - знизилась на 24%. Частота післяопераційної летальності у більшості випадків має тенденцію до зниження.

Пізня госпіталізація має тенденцію до збільшення, в значній мірі вона притаманна гострому холецистити (46,2% госпіталізованих пізніше 24 год.), гострій непрохідності кишківника (43,3%) та гострому панкреатиту (38,6%). Високі рівні післяопераційної летальності при пізній госпіталізації характерні для проривної виразки шлунку (12,6%) та гострого панкреатиту (12,7%), найнижчий - при гострому апендициті (0,1%).

Різносторонній характер зв'язків між показниками термінової хірургічної допомоги (рис. 2), свідчить, з одного боку, про доцільність термінових оперативних втручань у пацієнтів з гострими невідкладними станами, з іншого боку, із збільшенням кількості проведених операцій хірурги набувають досвіду, що зрештою призводить до подальшого зниження летальності. Це вказує на необхідність більш глибокого вивчення причин післяопераційної летальності (склад госпіталізованих хворих, рівень матеріально-технічного забезпечення закладу, кваліфікація персоналу, наявність сучасних технологій тощо).

Слід наголосити, що модернізація та реформування системи охорони здоров'я, а саме вторинної та третинної допомоги шляхом формування госпітальних округів, передбачає створення багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування, де і буде зосереджена хірургічна допомога [Мусій, 2014]. Це дасть можливість при мен-

ших економічних затратах запроваджувати сучасні високоефективні медичні технології, створювати потужні діагностичні бази та забезпечувати адекватний відбір пацієнтів на госпіталізацію.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Важливою проблемою залишається підготовка хірургів на додипломному рівні (вдосконалення хірургічних практичних навичок у студентів, відновлення чергування в хірургічних клініках та літної виробничої практики, введення резидентури) та післядипломному (постійне підвищення власної кваліфікації, володіння сучасними методами оперативних втручань).

2. Кадровий потенціал, який на третину складається з осіб пенсійного та передпенсійного віку, не в повній мірі здатний забезпечувати подальший розвиток загальнохірургічної служби, оскільки укомплектованість хірургами за браком фізичних осіб значною мірою вирішується шляхом сумісництва.

3. Незадовільним і фінансововитратним залишається показник перебування хворого на хірургічному ліжку, що складає в середньому 9,4 дня (проти 5,6 в країнах Європейського Союзу (ЄС)).

4. Оперативна активність в Україні є значно нижчою (24,1), ніж в країнах ЄС (37,7), в середньому на 1 хірурга за рік припадає 55 оперативних втручань (в країнах ЄС навіть резидент повинен виконувати не менше 200 операцій), але за умов ефективної організації праці може бути значно більше.

5. Несприятливе співвідношення планових та ургентних оперативних втручань (1:2) свідчить про недосконалість медичної допомоги на догоспітальному етапі і потребує корекції у бік збільшення частки планової хірургічної допомоги.

6. Детального аналізу потребують випадки пізньої та повторної госпіталізації, випадки післяопераційної летальності, у т.ч. при пізній госпіталізації.

Хірургія - основна та критично важлива потреба, яку довгий час ігнорували у світовій медичній спільноті, що має трагічні наслідки. Для цього потрібні досить значні витрати, проте вартість бездіяльності ще вища, й вона буде збільшуватися, поки необхідні заходи відкладатимуться.

Список літератури

- | | | |
|---|---|--|
| Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2002-2003 роки. - Центр медичної статистики МОЗ України. - К., 2004. - 302 с. | медичної статистики МОЗ України. - К., 2014. - 328 с. | лення України та санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи здоров'я України. 2013 рік ; за ред. О. С. Мусія. - К., 2014. - 438 с. |
| Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2012-2013 роки. - Центр | Про стан надання хірургічної допомоги населенню України [Електронний ресурс] - Режим доступу: http://www.healthrights.in/libraryhealth/fullnews | Meara J. Surgery and global health; a Lancet Commission / J. Meara, L. Hagander, A. Leather // The Lancet. - 2014. - № 383. - P. 12-13. |
| Щорічна доповідь про стан здоров'я насе- | | |

Гречишкіна Н.В.

АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ОКАЗАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УКРАИНЕ В ПОСЛЕДНЕЕ ДЕСЯТИЛЕТИЕ (2003-2013 ГГ.)

Резюме. Хирургическая помощь является очень востребованной среди населения, по данным британских ученых ежегодно по всему миру проводится 313 млн. операций, при этом дефицит составляет не менее 143 млн. операций в год, а две

треті населення Землі не мають доступу к безпасной хирургии. Данное исследование имело целью изучения состояния организации хирургической помощи в Украине за период 2003-2013 гг. Были использованы данные официальной статистики МЗ Украины по кадровому обеспечению, коечному фонду и показателям деятельности хирургической службы. Выявлено уменьшение важного индикатора качества хирургической помощи - летальности хирургических больных на 11,8%, особенно ощутимо в торакальной хирургии и кардиохирургии, однако наблюдается увеличение летальности в общей и гнойной хирургии, где превалирует "ургентная" составляющая больных. Неблагоприятное соотношение плановых и urgentных оперативных вмешательств (1:2) свидетельствует о несовершенстве медицинской помощи на догоспитальном этапе и требует коррекции в сторону увеличения доли плановой хирургической помощи. Требуют более глубокого изучения причины послеоперационной летальности (состав госпитализированных больных, уровень материально-технического обеспечения учреждения, квалификация персонала, наличие современных технологий и т.п.).

Ключевые слова: хирургическая помощь, оперативные вмешательства, летальность хирургических больных.

Hrechyshkina N.

ANALYSIS OF CONDITION OF SURGICAL CARE IN UKRAINE IN THE LAST DECADE (2003-2013 YEARS)

Summary. Surgical care is in great demand among population, according to British scientists annually 313 million operations are performed all over the world, but deficiency of surgical treatment is not less than 143 million operations per year, and two thirds of global population do not have access to the safe surgery. We studied condition of surgical care organization in Ukraine for the period of 2003 - 2013 years. Official statistic al data of the Ministry of Health of Ukraine were used concerning on medical staff, bed fund and indicators of surgical care activity. Decreasing of lethality in surgical patients by 11.8% was detected, especially in thoracic surgery and cardiosurgery, but increasing of lethality in general and purulent surgery, where "urgent" patients are prevalent is observed. Unfavorable correlation between planned and urgent surgical interventions (1:2) indicates on imperfection of medical care in pre-hospital stage and should be corrected to achieve increasing proportion of planned surgical care. Causes of post-surgical lethality should be studied more carefully (distribution of hospitalized patients, level of financial and technical equipment in institutions, qualification of medical stuff, presence of modern technologies etc.).

Key words: surgical care, surgical intervention, lethality in surgical patients.

Рецензент - д.мед.н., проф. Латишев Є.Є.

Стаття надійшла до редакції 28.08.2015 р.

Гречишкіна Наталія Володимирівна - к.мед.н., доц. кафедри організації охорони здоров'я та соціальної медицини Національного медичного університету імені О.О. Богомольця; +38 044 236-01-22, + 38 050 693-23-08; ozo_socmed_nmu@ukr.net

© Дреженкова І.Л.

УДК: 613:378.172:613.65

Дреженкова І.Л.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова (вул.. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

РІВЕНЬ НАВЧАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ І ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ ТА ЇХ ЗВ'ЯЗОК З РІВНЕМ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ ДІВЧАТ І ЮНАКІВ

Резюме. В ході проведених досліджень визначені рівень навчальної адаптації та особливості стану здоров'я студентської молоді та встановлений їх зв'язок з рівнем рухової активності дівчат і юнаків. Виявлено, що переважна більшість студентів вважали рівень власної навчальної адаптації добрим і задовільним, пов'язуючи основні проблеми, які виникали у ході навчання, з почуттям постійної втоми, особистісними чинниками, а також з рівнем та особливостями викладання у вищому навчальному закладі.

Ключові слова: студенти, рухова активність, навчальна адаптація, стан здоров'я, зв'язок.

Вступ

Навчання у вищому навчальному закладі (ВНЗ) для сучасної молоді людини - один з найважливіших періодів її життєдіяльності, час особистісного зростання та професійного становлення як фахівця з вищою освітою. Саме тому діагностика рівня адаптаційних можливостей організму студентської молоді та пошук адекватних шляхів забезпечення успішної адаптації дівчат і юнаків до умов здійснення цілком нової за змістом і характером навчальної та позанавчальної діяльності є нагальною проблемою для кожного, хто переступив поріг ВНЗ [Казин и др., 2002; Кучма, Сухарева, 2006; Сапожник, 2010; Сердюк и др., 2012].

Дійсно, умови навчання у ВНЗ пред'являють підвищені вимоги до функціонування адаптаційних механізмів організму студентів. Більшість нервово-психічних та психосоматичних розладів, які виникають у студентської молоді, є результатом порушення процесу адаптації до умов навчання, виражають дисбаланс та нестійкість адаптаційних ресурсів як в умовах дії тривалих, так і в умовах впливу короточасних екстремальних чинників. Тому процес формування високих адаптаційних можливостей організму студентів є надзвичайно актуальною науково-практичною задачею, від розв'язання якої значною мірою залежить підвищення ефек-