

**ПІВДЕННОУКРАЇНСЬКИЙ
МЕДИЧНИЙ
НАУКОВИЙ ЖУРНАЛ**

Науковий журнал
16 (16) лютий 2017

Одеса
2017

ISSN 2306-7772

Науковий журнал

Південноукраїнський медичний науковий журнал

16 (16) лютий 2017

Виходить тричі на рік.

Редактор, коректор – Мельбрун А. Я.
Верстка-дизайн – Калабухова С. Ю.

Відповідальність за підбір, точність наведених на сторінках журналу фактів, цитат, статистичних даних, дат, прізвищ, географічних назв та інших відомостей, а також за розголошення даних, які не підлягають відкритій публікації, несуть автори опублікованих матеріалів. Редакція не завжди поділяє позицію авторів публікацій. Матеріали публікуються в авторській редакції. Передрукування матеріалів, опублікованих у журналі, дозволено тільки зі згоди автора та видавця. Будь-яке використання – з обов'язковим посиланням на журнал.

Свідоцтво про державну реєстрацію: КВ № 19536-9336Р від 26.11.2012 р.
Засновник журналу: ГО «Південна фундація медицини»

© ГО «Південна фундація медицини», 2017
© Автори наукових статей, 2017
© Оформлення Ткаченко М. С., 2017

Процак Т. В., Пульбер Д. О. ВАДИ РОЗВИТКУ ЧЕРЕПА.....	74
Процак Т. В., Биндю М. Д. АНОМАЛІЇ РОЗВИТКУ НИРОК.....	77
Синяченко Ю. О., Самойленко Г. Е. ВЯЗКОЭЛАСТИЧНЫЕ СВОЙСТВА КРОВИ У БОЛЬНЫХ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ВЕН В ПРОЦЕССЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ.....	80
Степанчук В. В. ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ЦИРКАДІАННИХ ХРОНОРИТМІВ ПОКАЗНИКІВ ГУМОРАЛЬНОГО ІМУНІТЕТУ В БІЛИХ ЩУРІВ ВНАСЛІДОК ОДНОГОДИННОГО ІММОБІЛІЗАЦІЙНОГО СТРЕСУ.....	83
Сорочан О. В., Стойкевич М. В., Татарчук О. М., Вінник Н. В. ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ КИШЕЧНИКУ З НУТРИТИВНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ.....	86
Таралло В. Л. РИНКОВІ ЗАСАДИ ПЕРЕТВОРЕНЬ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ	90
Терен Т. І., Голотюк В. В. ЗАСТОСУВАННЯ ДООПЕРАЦІЙНОЇ ХІМІОПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ЗЛОЯКІСНІ ПУХЛИНИ ОБОДОВОЇ КИШКИ ЕПІТЕЛІАЛЬНОГО ПОХОДЖЕННЯ.....	94
Ткач Ю. І. ПРАВИЛА ВЗЯТТЯ СЕЧІ У ЛЮДЕЙ ПРИ ВИЗНАЧЕННІ КОНЦЕНТРАЦІЇ ГЛЮКОЗИ	98
Трошин Д. О., Кочин И. В., Хандога Э. В., Лурье К. И., Гайволя А. А., Царев В. В., Шило И. Ф., Ивченко Е. П. ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ БРИГАД СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ В ЗАПОРОВЖСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2014 – 2015 ГГ.....	101
Трошин Д. О., Кочин И. В., Лурье К. И., Хандога Э. В., Ивченко Е. П., Гайволя А. А., Царев В. В., Шило И. Ф. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРИНЦИПЫ РАБОТЫ БРИГАД ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО УЛУЧШЕНИЮ ЭВАКУАЦИОННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СОРТИРОВКИ ПОСТРАДАВШИХ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ.....	105
Шурма Т. І., Семеняк А. В. ПІДХОДИ ДО ВИБОРУ МЕТОДІВ КОНТРАЦЕПЦІЇ ЖІНКАМИ РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ.....	109

Таралло В. Л.
*професор кафедри соціальної медицини та
організації охорони здоров'я
Вищого державного навчального закладу України
«Буковинський державний медичний університет»*

РИНКОВІ ЗАСАДИ ПЕРЕТВОРЕНЬ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

Анотація: Запровадження поданої розробки в практику охорони здоров'я України з науковим супроводженням впровадження і його результатів.

Аннотация: Внедрение данной разработки в практику здравоохранения Украины с научным сопровождением внедрения и его результатов.

Summary. The introduction of this development into healthcare practice in Ukraine with the scientific support of the implementation and its results.

Вступ. Традиційні статистичні показники, що в обігу в охороні здоров'я, структуровані у групу показників здоров'я населення і групу показників охорони здоров'я. Але їх інформаційна, методична основа та технологія отримання конструктивно не сприяють виходу на інтегральну оцінку як здоров'я людей, так і дієвості галузі охорони здоров'я. Виходячи з цього, в останні десятиліття найбільш адекватними і коректними для спостереження за здоров'ям людини (населення) і систем їх охорони вважають елементні показники формул закону виживання популяцій [1] та закону збереження здоров'я населення [2].

В даний час в очікуванні переходу охорони здоров'я України на ринкові умови господарювання, зокрема, на страхову медицину, постає питання щодо виділення для всіх етапів життя інтегральних показників, здатних забезпечити спільні вимоги: і медичного страхування населення, і ресурсної підтримки становлення і розвитку страхової медицини.

Мета дослідження. Виділити провідні показники для інтегральної оцінки здоров'я людей та дієвості системи охорони здоров'я на всіх етапах життя населення для використання в умовах страхової медицини.

Матеріал і методи. Матеріалами стали результати цільових досліджень перебігу інтегральних параметрів здоров'я населення України за 4 десятиліття по всіх областях, методами – закон виживання популяцій і закон збереження здоров'я населення, для групування параметрів яких по етапах життя використано системний аналіз, адаптований для медико – соціальних досліджень [3].

Обговорення результатів дослідження. Цільове призначення системи охорони здоров'я полягає в реалізації програм захисту і охорони здоров'я населення протягом всіх років життя на будь-яких територіях. Отже, ураховуючи зазначене, охорона здоров'я повинна бути динамічно гнучкою за своєю структурою і активна, відповідно до змін в динаміці здоров'я населення.

Тривалий час організаційна структура охорони здоров'я пов'язувалася із віком та статтю. Це призвело до виділення неонатології, педіатричної, підліткової, акушерсько-гінекологічної, геріатричної

та інших служб. Проте чинні нововведення не мали системного характеру і переважно ґрунтувалися на вікових особливостях медичного спостереження населення без урахування нозології поширених хвороб, особливостей територій проживання населення тощо. Наведений поділ системи медичного забезпечення населення не придатний до системних ринкових перетворень в охороні здоров'я.

Для переходу на страхову медицину пропонується інша методологічна основа – концепція «управління здоров'ям населення». За неї стрижнем управління постає управлінням здоров'ям населення, де склад, структура, форми, обсяг (тобто ресурсна основа) галузевої системи охорони здоров'я стає похідною, вторинною від якості здоров'я людей. За таким підходом ресурси галузі охорони здоров'я виступають лише одним з інструментів досягнення бажаного здоров'я. До того ж традиційна система організації медичної допомоги не змінюється і не замінюється. Поєднуються обидва підходи, де вперше всі критерії дієвості галузі подаються в термінах, поняттях і одиницях «здоров'я населення» (в даний час там обігають виключно ресурсні терміни).

Зазначимо, що в традиційній організації охорони здоров'я (яка існує на будь-яких економічних засадах) завжди відбивається конкретне соціально-економічне замовлення – у відповідності до ресурсних джерел, а також за структурою рольових функцій чинних верств населення в суспільстві. На відміну від такого підходу концепція «управління здоров'ям населення» віддзеркалює інший – медико-біологічний підхід в управлінні охороною здоров'я. За ним реалізується гуманістичний аспект медицини, спільний для всіх верств і статевих вікових груп населення, де будь-яка людина або група людей (без обмежень їх прав) розглядаються як провідний об'єкт створеного соціоекологічного довкілля.

Наведені засади – основа і стрижень конструктивного вирішення проголошених ВООЗ принципів рівності і справедливості в питаннях медичного забезпечення населення [4; 5]. Здоров'я, за такою концепцією, виступає і як засновник і, як похідна характеристика створеного самим населенням со-

ціоприродного середовища і визначається виключно в погодженому зв'язку з ним.

Якщо враховувати, що середовище має фіксовані за територіальною ознакою характеристики (серед яких і якість здоров'я населення), то логічно випливає, що поліпшення здоров'я населення невід'ємне від рішення соціоекологічних і фізіоекологічних проблем на цих територіях. Тоді виходить, що рішення будь-яких екологічних проблем можливе виключно в погодженому зв'язку із здоров'ям населення, що дає право стверджувати: здоров'я населення – стрижень і код вирішення всіх соціоекологічних проблем в місцях проживання людей.

За цих умов управління охороною здоров'я – постає організаційно-технологічним аспектом досягнення бажаного стану здоров'я людей, а система охорони здоров'я – засобом і інструментом управління здоров'ям населення.

Головний результат діяльності чинної системи проявляється в конкретних послугах населенню – профілактичних і лікувальних, проміжний – проявляється у змісті та напрямках впливу на умови життя медичної допомоги, їх якість, тобто на середовище існування населення, а кінцевий – у спостережуваних показниках здоров'я людей.

Зазначимо, що в управлінні охороною здоров'я управління здоров'ям населення явно не виділяється. Воно приховане в глибинах функціонування різних розшированих служб, внаслідок чого в управлінні охороною здоров'я відсутній зворотній зв'язок з конкретним станом здоров'я населення.

Наведене є перепорою для створення ефективної страхової медицини. В даний час охорона здоров'я керує виключно самою галуззю. Пацієнт в ній – тільки елемент. З цих причин всі керівні рішення і дії трактуються в ресурсній термінології (звернення, відвідування, ліжко-дні тощо). В них здоров'я населення так завуальовано, що навіть фахівцям неможливо дістатися реалій в чинних питаннях – там розмова йде про «умовне» здоров'я, про наміри або наслідки.

Виходячи з наведеного, управління теперішньою системою охорони здоров'я зумовлює невідповідний за якісними ознаками до здоров'я населення – механізм роботи галузі. Це спричиняє витратну стратегію і механізм функціонування окремих служб і системи в цілому. За таких обставин кризові явища в організації, управлінні і ресурсному забезпеченні галузі ніколи не зникнуть, вони будуть тільки нашаровуватися і зростати.

Концепція «управління здоров'ям населення» [6] ґрунтується на наступних засадах:

- визначення неподільної єдності населення і середовища його існування із специфічними якість;

- піднесення здоров'я населення до виключно єдиного критерія оцінки якості соціально-економічного розвитку будь-яких територій [6];

- визнання здоров'я населення наслідком неподільного функціонування і розвитку самих людей та їх соціального і екологічного середовища; воно

не похідне виключно від зусиль і дій (програм) галузі охорони здоров'я;

- визнання здоров'я людини (населення) індикатором якості соціального і природного середовища територій їх мешкання та найважливішим елементом багатоаспектного впливу на це середовище;

- визнання здоров'я наслідком соціальної діяльності та профілактичної активності самих людей;

- піднесення якості здоров'я населення до стрижня системи безпеки держави, стратегії і тактики її соціальної політики.

Подана методологія свідчить, що концепція «управління здоров'ям населення» – найбільш коректний і конструктивний підхід для сталого покращання здоров'я населення, для проведення належних організаційних перетворень в охороні здоров'я.

Але реалізація даної концепції в практиці охорони здоров'я вимагає наявності показників, придатних для спільної оцінки здоров'я населення, якості організації, функцій, управлінських цілей та ефективності діяльності системи охорони здоров'я.

Проведені дослідження довели, що найкращим чином всі вказані проблеми і управлінські цілі вирішуються із залученням показників двох законів – виживання популяцій та збереження здоров'я населення. Отримавши чинні параметри, нескладно вирішувати всі поточні, проміжні та перспективні завдання для покращання здоров'я людей, покращання діяльності галузі, та загалом якості території проживання людей, способу їх життя [7].

Це важливе ще тому, що всі вони повністю узгоджуються з традиційними показниками, ґрунтуючись на єдиній інформаційній основі (чинних облікових і звітних медичних документах, що в обігу в галузі).

Отримано, що елементні показники цих законів віддзеркалюють якість взаємодії населення із середовищем його проживання і дозволяють визначити, за яких умов можуть бути досягнені бажані показники здоров'я і бажана середня тривалість життя населення. Окрім того, вони дозволяють встановити, який ресурс здоров'я неповністю використовується (за віком, статтю, нозологією, місцем проживання тощо) – до того ж у вимірюваному вигляді. Тобто постає можливість за вказаними статусними ознаками точно визначати ризики здоров'ю і життю, а на їх підставі обсяг бажаних компенсаційних ресурсів (медичних, профілактичних, фармакологічних, фінансових тощо).

Володіння цими знаннями дозволяє створити належну систему медичного страхування населення, а на її підставі – ресурсні умови побудови страхової медицини.

При цьому, зазначимо, що загальний обсяг ресурсів наперед нескладно визначити для кожного покоління в рік його народження і згодом корегувати за ризиками здоров'ю і життя протягом всіх років життя. Оцінювати ефективність чинної системи медичного страхування також можна за використанням значень ризиків здоров'ю і життю. На

прикінцевих вікових групах життя ефективність витрат додатково оцінюється шляхом співставлення реальної середньої тривалості життя із граничною шляхом розрахунків показників якості життя і якості способу життя.

Отже, статеві-вікові ризики постають бажаними інтегральними маркерами для оцінки якості перебувань в галузі. Вони віддзеркалюють не тільки якісні ознаки степені безпеки окремих груп людей і зміни в динаміці їх здоров'я, а також, водночас, активність і впливовість медико- та соціально-оздоровчих заходів. Межі дії ризиків (за віком) дають нам знання про простір і тривалість їх дій (тривалість ресурсної підтримки оздоровчих заходів), а величини значень – про ступінь відхилення від встановлених «норм» і, отже, величини і граничні межі ресурсної підтримки чинних заходів. Залучення цієї інформації знімає невизначеність оцінок, своєчасно запобігає загрозі здоров'ю.

Зазначимо, що на кривині динаміки здоров'я населення впродовж життя завжди точно відбиваються місце (за віком і статтю) відхилення у здоров'ї, а також величина цих відхилення – як степінь загрози для адаптації у певному середовищі. В цілях управління належить усвідомлювати, що всі показники ризику змінювані в динаміці і керовані, тобто їх можна посунути в той чи інший бік, зменшити або зовсім нівелювати (як і попередити) на певному проміжку життя.

Використання чинних особливостей дозволяє за фіксацією ризику встановити напрям дії медико-оздоровчих програм (певних заходів) при регулюванні здоров'я населення, а також місце і масштаб дій впливу. Всі вони мають унікальні для території і населення, що там проживає, характеристики.

Тобто, ризик постає як умова і місце спрямування ресурсів, як основа визначення їх обсягу (за відхиленням) і є найважливішим елементом в системі прийняття рішень в управлінні здоров'ям і його охороні.

Зазначимо ще раз, вони вкрай необхідні і бажані для управління здоров'ям (медичним страхуванням) і управління охороною здоров'я (страховою медициною) саме при переході і дії ринкових умов господарювання в галузі. При цьому, підкреслимо, що ризики, визначені із залученням параметрів законів виживання популяцій і збереження здоров'я населення, вперше репрезентують повні (не часткові) для кожної людини і для кожного досліджуваного елемента діяльності галузі величини.

Зауважимо також, що ризики, виступаючи системним показником здоров'я, несуть в собі як позитивну, так і негативну інформацію. Негативну – щодо впливу на здоров'я населення, а позитивну – як конструктивну основу і вказівку для визначення напрямку, обсягу і тривалості дій системи управління на нього.

На цих підставах ризики виступають і як основа, і як джерело, і як одиниця виміру, і як маркер місця і розміру негативного впливу патологічних чинників для формування обсягу і структури бажаних ресурсно-організаційних перетворень в

охороні здоров'я в узгодженні зі станом здоров'ям населення [9].

Визначення показників ризику здоров'ю і життю вирішує проблеми спільного і узгодженого управління здоров'ям населення і галуззю охорони здоров'я, створює гнучку організаційно-функціональну будову останньої.

Алгоритм визначення структурної будови охорони здоров'я на окремих територіях за вищевказаною ідеологією наступний:

1. Визначається обсяг та статево-вікова структура неповного використання років життя (як «ресурсу здоров'я») шляхом порівняння відповідних показників таблиць смертності населення (трендових, 130-річних) з показниками таблиць смертності, які визнані як «стандарти здоров'я і життя» [8].

2. Визначається за МКХ структура чинників неповного використання «ресурсу здоров'я і життя» у всіх статево-вікових групах [9].

3. Визначається за таблицями захворюваності і перебігу хвороб [7] структура організаційних заходів, недотримання якої дозволяє спричинити зменшення використання населенням його «ресурсу здоров'я і життя».

4. Визначаються ризики неповного використання населенням «ресурсу здоров'я і життя» у всіх статево-вікових групах за класами МКХ [9].

5. Здійснюється реструктуризація ресурсів у програмах охорони здоров'я за формулою $(Y+XU)$, де X – ризики неповного використання «ресурсу здоров'я і життя», U – дійсні характеристики стану і структури ресурсного забезпечення медико-профілактичних програм.

6. Проводиться корекція структурно-функціональної будови діючих елементів системи охорони здоров'я населення за визначенням бажаної структури ресурсів (проводиться щорічно за результатами цільового моніторингу динаміки здоров'я населення) [6; 7].

Всі чинні методи обробки і аналізу матеріалів передані автором МОЗ України.

Поступова позитивна динаміка початкових параметрів здоров'я та ступінь їх наближення до контрольних значень шляхом щорічних перерахунків структури ризиків здоров'ю і життю встановлює бажаний напрям змін в обсязі поточних і стратегічних дій фондів охорони здоров'я.

Наведена розробка вирішила проблему створення гнучкої системи охорони здоров'я. Реалізація її в практиці створює конструктивні умови для формування в державі: прогнозованої, за планованими цілями, спостережуваної та вимірюваної, з боку здоров'я населення, модифікованої (гнучкої) і ресурсо-зберігаючої (економічної), за стратегічними ознаками, національної і територіальних систем управління охороною здоров'я.

За наведеною розробкою система регулювання здоров'я населення та системи його охорони завжди буде здійснюватися за принципами: у потрібному місті, у потрібний час, у необхідному напрямку, з адекватним ресурсним забезпеченням, з точним прогнозуванням результату, з контролюванням

ністю дій (ефекту) впроваджуваних заходів, а також ефективності використання виділених ресурсів [6; 7].

Механізми реалізації пропонованої розробки в практиці мають загальнонаціональні та унікальні територіальні особливості, які піддаються визначенню і врахуванню при розробці гнучких програм та заходів для поліпшення всіх аспектів здоров'я населення нашої країни.

Проведене на вказаних засадах експериментальне дослідження на матеріалах Чернівецької області довело, що поліпшення здоров'я буковинців за контрольними орієнтирами ВООЗ [9], зокрема середня тривалість життя населення може бути збільшена до 2030 року з 71,6 до 77,1 року або на 7,5%, у тому числі в чоловіків з 67,1 до 73,9 року (на 10,0%), у жінок – з 75,8 до 79,5 року, тобто на 4,9%.

Наведений підхід, ззовні відмінний від існуючих, всередині повністю узгоджується із сучасною політикою ВООЗ щодо покращання здоров'я населення, він враховує принципи рівності і справедливості в наданні медичної допомоги, інтегрує управлінську інформацію та націлює її на дію.

Висновки.

1. Основою організаційно-функціональних перетворень в охороні здоров'я повинна виступати концепція «управління здоров'ям населення», яка є базовою в технології формування гнучкої, ресурсоекономної та адекватної до здоров'я населення системи охорони здоров'я.

2. Провідними показниками визначення напрямів, обсягів та структури, перетворень в охороні здоров'я під час ринкових перетворень і переходу до страхової медицини повинні виступати ризики здоров'ю і життю.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Таралло В.Л. Закон виживання популяцій / В.Л. Таралло, П.В. Горський, Ю.А. Тимофеев // МРПІІН МАН СЗС ООН. Регистрац. № 000324. – Шифр 00005, шифр 00005, код 00015 – Сертифікат-лицензия, Москва, 04.06.1998 г.
2. Горський П.В. Закон збереження здоров'я населення / П.В. Горський, В.Л. Таралло // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2012. – № 2-3(18 – 19). – С. 75 – 79.
3. Тимофіїв Ю.О., Концепції охорони здоров'я та інтерфейсний підхід до їх реалізації. / Ю.О.Тимофіїв, В.Л. Таралло // Хист. – Чернівці, 1993. № 1. – С. 24 – 28.
4. Dahlgren G., Політика и стратегия обеспечения справедливости в вопросах охраны здоровья / G. Dahlgren, M. Whitehead // Копенгаген: ВОЗ ЕРБ, 1992. – 56с.
5. Whitehead M. Концепции и принципы равенства в вопросах охраны здоровья / M.Whitehead // Копенгаген: ВОЗ, ЕРБ, 1991. – 29 с.
6. Tarallo V.L. Classics of population Health / V.L. Tarallo – Chernovtsy: BSMU, 2015. – 736 p.
7. Таралло В.Л., Здоровье для всех: популяционная диагностика, прогноз, стратегия действий и контроль их эффективности / В.Л. Таралло, П.В. Горський, И.Д. Шкробанец, М.И. Грицюк // Черновцы: БГМУ. – 2012. – 658 с.
8. Таралло В.Л. Визначення обсягу і структури територіальних фондів охорони здоров'я населення: системний підхід / В.Л. Таралло // Медичні перспективи. – 2000. – Т. V. – № 1. – С. 94 – 99.
9. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. Европейская серия по достижению ЗДВ. – № 6. – Копенгаген: ВОЗ, ЕРБ, 2000. – 310 с.