

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**



**МАТЕРІАЛИ
95 – ї
підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
(присвячена 70-річчю БДМУ)**

17, 19, 24 лютого 2014 року

Чернівці – 2014

УДК 001:378.12(477.85)
ББК 72:74.58
М 34

Матеріали 95 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету – присвяченої 70-річчю БДМУ (Чернівці, 17, 19, 24 лютого 2014 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2014. – 328 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 95 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету – присвяченої 70-річчю БДМУ (Чернівці, 17, 19, 24 лютого 2014 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція – професор, д.мед.н. Бойчук Т.М., професор, д.мед.н. Івашук О.І., доцент, к.мед.н. Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

доктор медичних наук, професор Андрієць О.А.
доктор медичних наук, професор Давиденко І.С.
доктор медичних наук, професор Дейнека С.Є.
доктор медичних наук, професор Денисенко О.І.
доктор медичних наук, професор Заморський І.І.
доктор медичних наук, професор Колоскова О.К.
доктор медичних наук, професор Коновчук В.М.
чл.-кор. АПН України, доктор медичних наук, професор Пішак В.П.
доктор медичних наук, професор Польовий В.П.
доктор медичних наук, професор Слободян О.М.
доктор медичних наук, професор Ташук В.К.
доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.
доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.
доктор медичних наук, професор Шаплавський М.В.

ISBN 978-966-697-533-4

© Буковинський державний медичний
університет, 2014

Таблиця

Середня трендова тривалість життя

1. Еталон	- 85.80
2. Норматив	- 79.09
3. Кіцманський	- 76.63
4. Кельменецький	- 74.98
5. Сторожинецький	- 74.77
6. Глибоцький	- 74.36
7. Новоселицький	- 73.58
8. Герцаївський	- 72.43
9. Хотинський	- 72.24
10. Сокирянський	- 71.48
11. Вижницький	- 70.95
12. Заставнівський	- 70.35
13. Путильський	- 70.30
14. По області	- 70.09

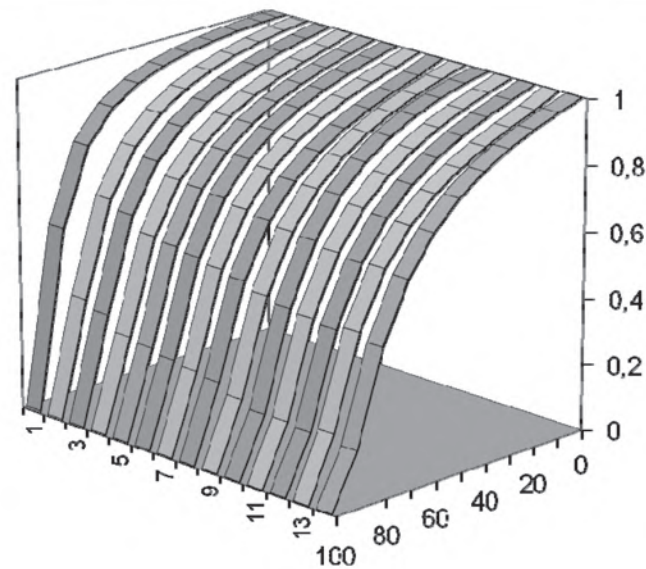


Рис. 1. Динаміка виживання сільських жителів Чернівецької області за віком
(з 10-річними проміжками життєвого циклу)

Із наведеної таблиці видно, що всі ці території Чернівецької області потребують розробки цільових програм, спрямованих на досягнення нормативних показників здоров'я.

Таким чином, саме зазначені таблиці смертності, порядок застосування для створення картограм або паспортів території, допоможуть управлінням створювати об'єктивні соціально-оздоровчі цільові програми, скомпановані на досягнення кращих нормативних та еталонних показників динаміки здоров'я населення.

Навчук І.В., Ревенко Ж.А., Кардаш В.Е. ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ ЯК ОСНОВА ФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЙОГО ОХОРОНОЮ ТА ПОКРАЩАННЯМ

Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я
Буковинський державний медичний університет

Негативні зміни здоров'я населення залежать, головним чином, від умов існування, а саме від тих, які населення не в змозі врівноважити. Причиною цього є невідповідність вимог середовища й можливостей населення, тобто в неадекватності способу життя та умов існування. Прогноз цих змін полягає у визначенні таких характеристик середовища і населення, які (при їх погодженні) дозволять останньому повернути рівновагу своїм відхиленням, адаптуватися.

Рівновага й адаптація – не однонаправлений процес у групі керованих процесів. Односпрямований він тільки у випадку стикування (зустрічі) керованих факторів з некерованими. Прикладом може бути факт

поселення людей в певних географічних умовах, які є некерованими, проте правильно було би вважати, що ними управляти не слід. Відомо, що в процесі науково-технічної революції змінилися не тільки почуття, емоції, настрої і переживання, притаманні, як окремій людині, так і групі людей (населенню). З розвитком техніки праця людини і населення одночасно змінювали свою природу та свої адаптаційні можливості, які пов'язані з законами суспільного розвитку. Виходячи з цього, сутність соціальної адаптації необхідно розглядати в узгодженні взаємозв'язку населення і навколишнього середовища, тобто, щоб досягти гарного здоров'я, треба досягти оптимальних взаємин характеристик самого населення і середовища. А для того, щоб домогтися стабільності та динамічного покращання характеристик здоров'я необхідно прагнути до їх еталону, як якості здоров'я, так і якості середовища, з урахуванням того, що здоров'я – інтегральна похідна взаємин населення та середовища й воно є підставою – маркером та кодом якості середовища, й самого населення. У той же час, враховуючи, що якість середовища, в якій проживає населення – це похідна його дій, його функціонування, критерії оцінки середовища слід шукати в якісних характеристиках населення. Саме на такій основі нами були знайдені оптимальні характеристики для існування і взаємодії населення й середовища його проживання (нормативи і еталони виживання).

За результатами проведених досліджень для побудови адекватної (здоров'ю населення) і релевантної (його структури) системи охорони здоров'я необхідно, щоб генеральна мета (спрямованість) діяльності охорони здоров'я відповідала віко-статевій динаміці здоров'я та виживання населення. Водночас, знайдені в дослідженні еталони здоров'я визначають базу на десятиріччя стратегію діяльності системи охорони здоров'я, тактичні аспекти її практичної перебудови для поступального досягнення цих ідеалів. Враховуючи, що реальна крива виживання (динаміки здоров'я) завжди має унікальний (просторово-часовий) характер, зумовлений територіальними особливостями соціо-екологічного середовища проживання людей, на кожній території має функціонувати і власна, унікальна структура охорони здоров'я. Динаміка ступеня наближеності показників здоров'я до еталонів (нормативів) визначає базові критерії системної оцінки якості поточної діяльності служб охорони здоров'я. При цьому, слід враховувати, що знайдені критерії оцінки якості життєпридатності територій не тільки дозволяють давати інтегральну оцінку соціо-екологічного середовища проживання людей і на цій основі планувати роботу адміністрації територій, СЕС та медслужби. Ці критерії, водночас, виступають і критеріями оцінки якості діяльності перерахованих установ, організацій, а також інших соціальних (територіальних) інститутів, діяльність яких прямо чи опосередковано впливає на здоров'я людей.

Крім того, в дослідженні вперше вдалося визначити так звані повні ризики здоров'ю через інтегральний ризик виживання з урахуванням віку, статі та території проживання населення. У цих ризиках відображені, як якість, так і ефективність системи охорони здоров'я людей на цих територіях. Саме розрахунки ризиків здоров'ю і виживанню дозволяють визначити основні ділянки вкладення ресурсів, структуру їх розподілу з урахуванням структури населення, що обслуговується, – за статтю та віком. Вони також дозволяють визначити обсяг ресурсів в узгодженні з реальними територіальними економічними обмеженнями і реально досяжних у цих умовах здоров'ям людей. Всі вказані результати є джерелом рішення якісних (іншими словами, методологічних), економічних, ресурсних (або технологічних і методичних), а також організаційних проблем практичної охорони здоров'я.

Підводячи загальний підсумок, ще раз підкреслимо, що діяльність усіх структур охорони здоров'я при реалізації концепції «управління здоров'ям» повинна бути спрямована на: досягнення нормативів, а у далекій перспективі – еталонів здоров'я населення та якості середовища проживання, де критеріями оцінки виступають показники «нормативних» та «еталонних» таблиць виживання, кращі показники «життєпридатності» територій проживання (подані в одиницях здоров'я населення); скорочення періоду «адаптації» і періоду «деадаптації» при продовженні періоду «стабільного, адаптованого існування» – на основі усунення відхилень реальних показників таблиць виживання від контрольних значень; зниження ризиків неповного використання «життєвого ресурсу» на територіях проживання на основі відповідних віково-статевих таблиць ризиків здоров'ю і життю та збільшення показника "якості життя" (до здоров'я); усунення медико – соціальних ризиків неповного використання «життєвого ресурсу» (зокрема, хронічних захворювань, що ведуть до смерті).

Ревенко Ж.А., Навчук І.В., Кардаш В.Е. ОПРАЦЮВАННЯ ПРОБЛЕМИ «УПРАВЛІННЯ ЗДОРОВ'ЯМ»

Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я
Буковинський державний медичний університет

Практика показала, що вирішення проблеми виключно в технічному плані - на технічних моделях, неможливе. Враховуючи її міждисциплінарність і системність, рішення слід шукати, в першу чергу, на основі серйозного теоретичного системного опрацювання проблеми «управління здоров'ям» з використанням адекватних отриманим результатам системних методів.

Для такої розробки першочерговим стало виділення системної основи або ядра проблеми (як цілісності). Таким ядром виступило на ґрунті результатів проведених досліджень поняття «здоров'я». Його глибинне дешифрування виявилось можливим тільки із застосуванням розробленого (В.Л. Таралло, 1992) прикладного системного аналізу, який базується на загальній теорії систем (Л. Берталанфі, 1969). Водночас на цій же основі було проведено узгодження ряду інших базових понять, пов'язаних із розкриттям основ формування здоров'я населення, таких як системне середовище популяції, фактори ризику, спосіб життя,



профілактика та інших, тобто понять, які в сьогоднішній валеології не зовсім конструктивні, внаслідок неможливості на їх основі вийти на вимірювання здоров'я і явищ, від яких воно залежне.

У рамках проведеного багатоаспектного дослідження, вдалося знайти підходи до створення моделі управління здоров'ям населення з виходом на соціальну систему його охорони та зміцнення на конкретних територіях.

Для цього були поступово вирішені наступні, окремі задачі: визначено системний зв'язок понять «здоров'я» і «виживання» у межах їх «безпеки»; розроблено концепцію моделі виживання популяцій; встановлено закон виживання популяцій, побудована його математична модель, а також графічна модель динаміки популяційного здоров'я та виживання на повному життєвому циклі (шкала виживання); визначено основні прямі і часткові інтегральні показники здоров'я населення на всіх етапах життєвого циклу, їх граничні значення, нормативи та еталони громадського здоров'я; знайдено і виміряно системний зв'язок здоров'я населення з якістю середовища його проживання, у тому числі з якістю територіальних систем охорони здоров'я; сформульовано провідні цілі в управлінні здоров'ям населення і завдання системи її інформаційного забезпечення; створено інформаційну та методичну бази для підтримки рішень в системах управління здоров'ям населення; розроблено програмний продукт для контролю і оцінки здоров'я населення та системи його охорони; розроблено методологію та методи прогнозованого і ресурсоекономного регулювання громадським здоров'ям на територіальному рівні, його охорони та розвитку за будь-яких форм фінансування.

У стратегію вдосконалення інформаційної бази охорони здоров'я та концептуальну основу методичних підходів її створення (або перетворення) покладено: ідеологічний і методичний перехід в охороні здоров'я від концепції «медичної допомоги» до концепції «управління здоров'ям» з усвідомленням неподільної єдності населення і середовища його проживання на основі єдності медико-соціальних, соціально-медичних, біомедичних, соціо-екологічних, соціально-економічних і демографічних параметрів перебігу процесів його виживання; формування інформаційно-понятійної основи знань про населення і його здоров'я на прикладі динаміки прямих показників здоров'я населення (відповідно до закону виживання популяцій); формування інформаційно-методичних основ контролю, оцінки і регулювання здоров'я населення на підставі інтегральних та закономірних параметрів його виживання і життєпридатності території його існування; прийняття рішень з управління здоров'ям населення на основі порівняльного аналізу показників реального (спостережуваного) громадського здоров'я із закономірно обґрунтованими його нормативами і еталонами; прогнозування здоров'я населення на підставі врахування еволюційної залежності планованих параметрів його здоров'я від ресурсних обмежень відповідних національних та регіональних програм.

З практичної точки зору (з позиції охорони здоров'я) реалізація концепції «управління здоров'ям» ґрунтується на використанні коливань параметрів здоров'я населення у розвитку служб та організаційних форм охорони здоров'я (за кривою динаміки здоров'я на шкалі довголіття).

На цій шкалі крива виживання точно фіксує етапи розвитку, стійкості і погіршення здоров'я населення на конкретній території. Зокрема, на кривій відображені межі проблеми, пов'язані з виживанням (за віково-статевими групами, за етапами життєвого циклу, за відхиленням від еталонів здоров'я та ін.), завдання, які вимагають вирішення (вони впливають з проблем), а також умови їх вирішення, а саме: стартові (початкові) характеристики «ресурсу здоров'я», структура необхідних ресурсів для зниження ризиків неповного використання цього ресурсу (за статтю, віком і територіями). Водночас, в кривих виживання представлена реальна і бажана функціональна спрямованість діяльності системи охорони здоров'я, задані стратегічні цілі та визначена тактика дій. І все це – за вимірюваності здоров'я на всіх етапах життя, у всіх статеві-вікових групах.

Таралло В.Л., Шкробанець І.Д., Грицюк М.І., Доманчук Т.І.

ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ ЯК ОСНОВА ФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ЙОГО ОХОРОНИ

*Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я
Буковинський державний медичний університет*

Соціальний контекст громадського здоров'я надзвичайно важливий для сучасних спільнот і держав у зв'язку з необхідністю вибору ефективної стратегії розвитку в суперечливих умовах та шляхів вирішення конкретних внутрішніх і зовнішніх проблем в будь-яких сферах життя суспільства. Відображенням соціальної значущості індивідуального і суспільного здоров'я є його взаємозв'язок з положенням окремих соціальних груп у системі суспільного виробництва. Ознаками цього взаємозв'язку є конкретні особливості інфраструктури суспільного виробництва і трудової зайнятості населення, які складаються і розвиваються відповідно до досягнутого рівня здоров'я населення та його груп.

Позначена проблематика вимагає поєднання медико-соціального, медико-екологічного, медико-організаційного та медико-економічного аналізу для розкриття ролі цих чинників у збереженні та розвитку здоров'я людей, розвитку охорони здоров'я та інфраструктури території їх проживання яка сприяє здоров'ю людей. Об'єктом дослідження можуть виступати як ряди взаємопов'язаних соціально-економічних та медико-соціальних явищ, так і механізми зв'язків між ними. При цьому, весь спектр подібних проблем може бути зведений до традиційного підходу (з позицій соціальної медицини).

Здоров'я та охорона здоров'я виступають у якості таких цінностей, доступність яких виявляється далеко не однакою для різних груп і верств населення, що зумовлено становищем індивідумів і груп у соціальній системі нерівності. Ось чому здоров'я виступає однією з основ ідентифікації та самоідентифікації людей у системі соціальної нерівності, а значить і передумовою їх соціальних взаємодій, соціальної



інтеграції або дезінтеграції, а також суттєвим чинником суспільно-психологічного клімату в групах, суспільстві і, відповідно, у рішеннях щодо вдосконалення способу та устрою життя населення, формах і способах охорони середовища проживання і власного здоров'я. Тобто, здоров'я визначає форми цивільно-правових гарантій і обов'язків суспільства щодо його охорони та розвитку системної ресурсної підтримки його разом з ресурсною підтримкою діяльності інститутів тою чи іншою мірою пов'язаних із забезпеченням здоров'я населення на територіях його проживання. Стан здоров'я населення служить не лише основою для оцінки ефективності діючої системи влади, але й однією з передумов постановки мети у сфері соціальної політики, що проводиться державою на рівні країни та регіону. У свою чергу, взаємозв'язок громадського здоров'я з різними сферами життя людини і соціуму вказують на комплексність і соціальний масштаб цієї проблематики. Виходячи з цього, потрібна комплексна система управління здоров'ям, здатна подолати міжвідомчі бар'єри, поєднати зусилля суспільства. Формування її є однією з найважливіших організаційних завдань на найближче майбутнє. Потрібно створити об'єктивні критерії та методи вартісної оцінки здоров'я людини і збитку, що наноситься країні індивідуальним і суспільним нездоров'ям.

Держава несе величезний економічний збиток від передчасної смертності значної частини працездатного населення. Але ці втрати ніяк не впливають на економіку виробництв. У собівартість продукції повинна включатися і вартість здоров'я, витраченого на її виробництво. Для цього, безумовно, потрібні відповідні показники і методики. Це важке завдання, але без його вирішення подальший рух вперед буде утрудненим. Крім того, необхідність комплексної загальнодержавної системи управління здоров'ям диктується мінливим економічним станом у країні, забрудненням довкілля. Будь-які зусилля медиків виявляться марними, якщо зростання цих небезпечних тенденцій триватиме. Виходячи з цього, необхідне повернення пріоритету профілактики, що передбачає коригування роботи самих органів охорони здоров'я відповідно до зміни структури захворюваності та смертності. На сьогоднішній момент необхідне створення коаліції і організація цільової пропаганди, спрямованої на профілактику неінфекційних захворювань, перш за все таких, які є провідними чинниками інвалідності і смерті. Питання ставиться про рішення найбільш спірних аспектів розвитку політики щодо зміцнення здоров'я у межах міжсекторальної координації. Усе вищевказане свідчить про складнощі, які існують, у досягненні здоров'я для всіх і більшою чи меншою мірою обмежених можливостях діють у країнах світової спільноти різних систем охорони здоров'я (за джерелами фінансування) - бюджетної, страхової, приватної та комбінованих. Ці системи нині не можуть повністю задовольнити потреби населення у медичній допомозі, домогтися стабільного зміцнення його здоров'я для всіх статеві-вікових, соціальних та виробничих груп. Пов'язане це не тільки з економічними чинниками, зокрема з ресурсовитратним механізмом їх діяльності. Більшою мірою вирішення даної проблеми зумовлене відсутністю національних і територіальних інститутів і систем управління здоров'ям населення.

Створення такої системи з властивостями прогнозованості, регульованості та ресурсоекономності, де з тими ж властивостями функціонують територіальні системи охорони здоров'я (як один з елементів її), є найважливішим завданням будь-якої країни, і, зокрема, метою і завданням планової роботи кафедри «Прогноз здоров'я населення України».

Яєнська Е.Ц.

ВПЛИВ ПОРУШЕНЬ РИТМУ ТА ПРОВІДНОСТІ СЕРЦЯ НА РОЗПОДІЛ СУПУТНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

*Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я
Буковинського державного медичного університету*

Основною причиною раптової серцевої смерті населення серед хворих на ішемічну хворобу серця залишаються порушення ритму та провідності серця, які продовжують зростати із року в рік. В літературі зустрічаються лише вказівки на наявність при порушеннях ритму серця окремих соматичних захворювань, які часто вважаються їх причинами. Порушення ритму та провідності серця (за винятком ідіопатичних форм) відносяться до симптомів патологічних станів, що виникають при захворюваннях серця або розладах нейрогуморальної регуляції діяльності серця і не визнаються самостійними захворюваннями. Для запобігання їх виникненню та ефективного лікування велике значення має вивчення особливостей перебігу порушень ритму та провідності серця.

За допомогою поглибленого вивчення звертання, встановлено зв'язок динаміки зі структурою та частотою захворюваності окремими формами порушень ритму та провідності серця та виявлені особливості розподілу структури супровідних захворювань при виникненні цієї патології.

Матеріалом нашого дослідження служили хворі, що звертались в станцію швидкої медичної допомоги за 2002-2008 роки з приводу порушень ритму серця, також хворі, що вперше звертались безпосередньо в кардіологічні кабінети поліклінік та кардіологічні стаціонари. На кожного хворого заповнювалась спеціальна карта. При проведенні дослідження, за даними звертання, нами були використані карти виклику швидкої медичної допомоги за 2002-2008 роки.

Для вивчення структурного розподілу супровідних захворювань серед міських жителів, нами був використаний метод поглибленого аналізу за даними звертань в станцію швидкої медичної допомоги за 2002-2008 роки та в кардіологічні кабінети поліклінік.

В ході дослідження виявлені та уточнені за запропонованою методикою дані дозволили установити віково – статевий та соціальний розподіл хворих з порушеннями ритму та провідності серця;