

перебіг і, як правило, несприятливий прогноз. У статті представлені клінічні особливості дебюту і перебігу захворювання, несприятливі прогностичні фактори ювенільного ідіопатичного артриту. В умовах екологічно неблагополучного Донецького регіону ювенільний ідіопатичний артрит протікав важко. Так, $\frac{2}{3}$ хворих мали 2-3 ступінь активності процесу, у $\frac{1}{4}$ хворих виявлено 2-3 рентгенологічна стадія, $\frac{2}{3}$ хворих мали 2 клас функціональних порушень. Майже у половини хворих виявлено поліартикулярний варіант ювенільного ідіопатичного артриту, більше половини дітей потребували призначення біологічної терапії в зв'язку з наявністю у них несприятливих прогностичних факторів перебігу хвороби.

Ключові слова: діти, ювенільний ідіопатичний артрит, клінічна характеристика.

Стаття надійшла 14.07.18 р.

прогрессирующее течение и, как правило, неблагоприятный прогноз. В статье представлены клинические особенности дебюта и течения заболевания, неблагоприятные прогностические факторы ювенильного идиопатического артрита. В условиях экологически неблагополучного Донецкого региона ювенильный идиопатический артрит протекал тяжело. Так, $\frac{2}{3}$ больных имели 2-3 степень активности процесса, у $\frac{1}{4}$ больных выявлена 2-3 рентгенологическая стадия, $\frac{2}{3}$ больных имели 2 класс функциональных нарушений. Почти у половины больных выявлен полиартикулярный вариант ювенильного идиопатического артрита, более половины детей нуждались в назначении биологической терапии в виду наличия у них неблагоприятных прогностических факторов течения болезни.

Ключевые слова: дети, ювенильный идиопатический артрит, клиническая характеристика.

Рецензент Похилько В.І.

DOI 10.26724/2079-8334-2019-2-68-75-79

УДК 614.2:362.121:616.45-001.1/3:159.9]-082-039.57

В.М. Корнацький¹, В.М. Михальчук², Л.О. Дяченко²

¹ ДУ «Національний науковий центр «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска» НАМН України», Київ, ² Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, Київ

КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ОБГРУНТУВАННЯ МОДЕЛІ ОПТИМІЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА ЕТАПІ РОЗВИТКУ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

e-mail: 0674080695L@gmail.com

У статті представлено нові концептуальні підходи обґрунтування моделі оптимізації медичної допомоги в умовах стресу. Базуючись на матеріалах роботи нами доведено існування комплексного взаємозв'язку між психічними та фізичними порушеннями, встановлено чинники, що визначають їх формування, зокрема стресу. Держава дбаючи про здоров'я нації впроваджує систему «сімейний лікар – пацієнт», основою якої є вчасне виявлення усіх чинників, що впливають на здоров'я людини. Таким чином, впровадження оптимізованої моделі первинної медичної допомоги із врахуванням ранньої діагностики, лікування, реабілітації та індивідуальної профілактики порушень психічного здоров'я у хворих із соматичними захворюваннями – є актуальним і обґрунтованим. Дані результатів дослідження цілком можуть бути базисом для створення нових програм, комплексних заходів стосовно виявлення, лікування, профілактики порушень психіки та поведінки на первинному рівні надання медичної допомоги в умовах сьогодення.

Ключові слова: первинна медична допомога, психічне здоров'я, психосоматика, модель оптимізації ПМД, стрес.

Робота є фрагментом НДР «Медико-соціальне обґрунтування моделі оптимізації первинної медичної допомоги в умовах стресу» (номер державної реєстрації 0118U100198).

В умовах реформи системи охорони здоров'я України, запровадження нових принципів надання первинної медичної допомоги населенню та страхової медицини [8], погіршення загального здоров'я нації, негативна динаміка захворюваності та поширеності хвороб в Україні, скорочення середньої тривалості життя, зниження та втрата працездатності населення, підкреслює проблему, та доводить невідворотній вплив стресу [6]. Трансформаційні процеси на первинній ланці направлені на побудову в Україні пацієнто-орієнтованого та профілактичного напрямку в системі охорони здоров'я, створення відповідного нормативно-правового поля щодо популяризації здорового способу життя та зменшення впливу факторів ризику на здоров'я нації в цілому [8].

Метою роботи було обґрунтувати концептуальні підходи моделі оптимізації медичної допомоги на етапі розвитку сімейної медицини.

Матеріал та методи дослідження. Проведений аналіз літературних джерел, отримані результати дослідження, вимагають наукового обґрунтування моделі оптимізації медичної допомоги на первинному рівні в умовах стресу з урахуванням саме тих чинників ризику, які мають вплив на розвиток та перебіг захворюваності. Актуальність цієї проблеми потребує розробки оптимізованої моделі для виокремлення окремих елементів системи надання медичної допомоги на первинній ланці, та методології її впровадження.

Пацієнто-орієнтована та профілактично-трансформаційна модель відтворює стратегічне бачення та цілі: збереження здоров'я населення, через ключову фігуру на первинній ланці - лікаря загальної практики-сімейної медицини. Тактичним кроком моделі стало проведення комплексної

профілактичної діяльності лікарями ЗПСМ серед населення при виявленні чинників впливу на здоров'я.

ЦПМСД та його структурні підрозділи, як заклади охорони здоров'я первинної ланки є ядром самої моделі, в якій лікар ЗПСМ виконує лікувально-профілактичні заходи та є координатором пацієнта з уповноваженими службами здоров'я.

Метою моделі визначено підвищення «якісного життя, пов'язаного зі здоров'ям» (HRQL), а важливим завданням є забезпечення населення доступною, своєчасною, якісною, орієнтованою на пацієнта та економічно-ефективною ПМД з урахуванням чинників впливу на розвиток психосоматичних захворювань.

Запропонована модель розроблена в період реформування системи охорони здоров'я та враховувала основні вимоги часу щодо надання комплексних та інтегрованих послуг зі всебічної, безперервної і орієнтованої на пацієнта ПМД, спрямованої на задоволення потреб населення у відновленні та збереженні здоров'я, попередженні розвитку захворювань, зменшенні потреби у госпіталізації та покращенні якості життя [7], а також щодо вивчення негативного впливу факторів ризику і соціальних детермінант на здоров'я та шляхів його мінімізації [8].

До переваг моделі на рівні ПМД слід віднести:

- важливість ранньої діагностики та корекції відхилень психічного здоров'я у пацієнтів, як окремих факторів ризику певних захворювань;
- взаємодія лікарів первинної ланки (лікар ЗПСМ, терапевт, педіатр) з психологами, психіатрами, психотерапевтами для інтегрованої допомоги;
- запровадження нового алгоритму надання первинної медичної допомоги психосоматичним пацієнтам з факторами ризику.

Запропонована модель оптимізації медичної допомоги на первинному рівні в сучасних умовах з урахуванням чинників впливу на розвиток психосоматичних захворювань реалізує функції:

- профілактики та раннього виявлення психосоматичних захворювань;
- лікування ускладнень психосоматичних захворювань.

До інноваційних елементів розробленої нами моделі ми віднесли:

- розвиток системи профілактики психосоматичних розладів;
- моніторинг стандартів ПМД з психосоматичними порушеннями;
- залучення лікарями ЗПСМ до надання ПМД інших фахівців (психологів, психіатрів, психотерапевтів);
- впровадження на рівні закладів первинної ланки міжнародної класифікації первинної медичної допомоги ICD-10 – 2;
- залучення громадських об'єднань щодо вироблення та впровадження державної політики у сфері охорони психічного здоров'я;
- обґрунтування потреби в ресурсному забезпеченні для надання медичної допомоги пацієнтам з психосоматичними порушеннями.

Результати дослідження та їх обговорення. Отримані результати дослідження, стан системи охорони здоров'я на первинному рівні, сучасні наукові підходи щодо удосконалення організації надання медичної допомоги, власний досвід, стали підставою для наукового обґрунтування оптимізованої моделі первинної медичної допомоги в умовах стресу хворим з психосоматичною патологією із врахуванням ранньої діагностики, лікування, реабілітації та індивідуальної профілактики психосоматичних порушень в закладах охорони здоров'я.

Напрацювання та рекомендації міжнародних інституцій в сфері охорони здоров'я, стратегічні напрямки політики ВООЗ виокремлюють загальні умови вирішення проблеми боротьби з психосоматичними хворобами, зокрема, вдосконалення методів та стилю управління в сфері охорони здоров'я, розвитку компетенцій лікарів ЗПСМ, формування здорового способу життя нації [3, 5].

Взаємодія основних елементів управління системою комплексної міжвідомчої профілактики психосоматичних розладів та формування ЗСЖ в сучасних умовах передбачає присутність трьох основних складових: суб'єкту управління, об'єкту управління та блоку наукового регулювання. Базис самої взаємодії системи покладено в стратегію збереження психічного здоров'я [1, 2, 4].

Сутність оптимізованої моделі первинної медичної допомоги в умовах стресу хворим з психосоматичною патологією полягає в новій концепції, яка використовує систему охорону здоров'я через потенціал людини, та її відношення до свого здоров'я, інтеграцію у ранню діагностику, лікування, реабілітацію, індивідуальну профілактику.

Правова основа запропонованої моделі базується на використанні діючої нормативно-правової бази, з урахуванням змін в сфері місцевого самоврядування (створення та розвиток об'єднаних територіальних громад), наявності оновлених медико-технологічних документів стосовно надання медичної допомоги пацієнтам з психосоматичними розладами.

Реалізація оптимізованої моделі первинної медичної допомоги в умовах стресу хворим з психосоматичною патологією може бути реалізована через правові, економічні, організаційні, інформаційно-аналітичні та кадрові механізми, які передбачають очікуванні результати та індикатори контролю/виконання (таблиця 1).

Таблиця 1

Механізми реалізації оптимізованої моделі первинної медичної допомоги в умовах стресу хворим з психосоматичною патологією

Механізми	Цілепокладання	Моніторинг реалізації	Індикатори
Організаційні, правові, економічні	Інтегрувати єдину електронну картку пацієнта в національну електронну систему охорони здоров'я у всіх ЗОЗ незалежно від форм власності та рівня медичної допомоги	Забезпечення пацієнта всебічною, комплексною медичною допомогою. Достовірна статистична звітність за різними критеріями. Економічна передбачуваність витрат, зокрема на первинному рівні	Підключення ЗОЗ до електронної системи охорони здоров'я eHealth. Раціональне використання коштів
Правові, організаційні, економічні	Дотримання галузевих стандартів, впровадження міжнародних клінічних протоколів та клінічних настанов	Контролінг якості надання медичної допомоги. Перехід до доказової медицини. Підготовка до впровадження страхової медицини	Накази ЗОЗ та суб'єктів державної регіональної політики
Інформаційно-аналітичні, організаційні, економічні	Моніторинг стану здоров'я	Комплексний підхід до стану здоров'я пацієнта. Довіра пацієнта до системи охорони здоров'я, індивідуальна профілактика	Рання діагностика, індивідуальна профілактика
Організаційні, кадрові, економічні	Забезпечення медичних працівників достойною заробітною платою	Впровадження «системи мотивації» в залежності від кількісних та якісних показників надання медичної допомоги	Підвищення значимості професії «лікар» в суспільстві
Організаційні, правові	Затвердження порядку доступу до медичної інформації про стан здоров'я пацієнта та взаємообміну між закладами охорони здоров'я	Поліпшення основних показників, що характеризують здоров'я. Підвищення якості надання медичної допомоги	Прийняття наказу «Затвердження порядку доступу до медичної інформації про стан здоров'я пацієнта між закладами»
Інформаційно-аналітичні, економічні	Впровадження на рівні закладів первинної ланки міжнародної класифікації первинної медичної допомоги ICDPC – 2	Достовірні статистичні дані як по діагнозам, так і за причинами звернення до лікаря. Стандартизація обліку інформації на первинному рівні. Економія часу під час оформлення медичної документації. Підвищення ефективності прийняття управлінських рішень	Формування статистичної звітності на локальному, регіональному та національному рівні за класифікацією ICDPC-2
Організаційні, правові	Затвердити на регіональному та місцевому рівні маршрути пацієнтів при виявленні психосоматичних порушень на первинній ланці у складі міждисциплінарної команди	Впровадження пацієнто-орієнтованої моделі медичної допомоги. Чітка міжрівнева взаємодія ЗОЗ	Накази ЗОЗ та суб'єктів державної регіональної політики
Правові, комунікативні	Затвердити та впровадити загальнодержавні та регіональні програми щодо активного відпочинку, формування мотивації у населення здорового способу життя	Поліпшення основних показників, що характеризують здоров'я	Зниження смертності і захворюваності та збільшення середньої тривалості життя
Правові	Розробити та затвердити Загальнодержавну програму охорони психічного здоров'я	Популяризація психічного здоров'я та профілактики. Впровадження галузевих стандартів. Поліпшення показників здоров'я	Затвердження програми суб'єктом державної політики

Кадрові	Включити до навчальних планів та програм підготовки лікарів питань щодо ранньої діагностики, лікування, реабілітації та індивідуальної профілактики психосоматичних порушень на первинній ланці	Підвищення якості надання медичної допомоги. Раннє виявлення психосоматичних порушень. Підвищення кваліфікації лікарів за оновленою програмою	Затвердження навчальних планів та програм
Організаційні	Забезпечити ЗОЗ первинної ланки основними психометричними опитувальниками для впровадження в практику	Зменшення негативного впливу факторів ризику і соціальних детермінант на здоров'я пацієнта Попередження та профілактика розвитку захворювань	Накази суб'єктів державної регіональної політики

У результаті впровадження моделі через правові, економічні, організаційні, інформаційно-аналітичні та кадрові механізми, очікуємо вирішення наступних завдань:

- поліпшення основних показників, що характеризують здоров'я;
- побудова пацієнтоорієнтованої моделі медичної допомоги;
- раннє виявлення психосоматичних порушень лікарями первинної ланки через використання основних психометричних опитувальників;
- комплексна взаємодія лікарів ЗПСМ з вузькопрофільними спеціалістами щодо охорони психічного здоров'я пацієнтів;
- оптимізація закладами охорони здоров'я заходів щодо розбудови системи профілактики та відповідального ставлення пацієнта до свого здоров'я;
- удосконалення рівня підготовки лікарів первинної ланки з питань психосоматики;
- розбудова інформаційного медичного простору.

Висновки

Обґрунтовано концептуальні підходи моделі оптимізації медичної допомоги на етапі розвитку сімейної медицини із врахуванням ранньої діагностики, лікування, реабілітації та індивідуальної профілактики психосоматичних порушень.

Перспективи розвитку розробленої моделі ми бачимо у наданні доступної та своєчасної первинної меддопомоги пацієнтам з психосоматичними порушеннями, ефективній взаємодії з іншими рівнями надання медичної допомоги, навчанні в тому числі підвищенні кваліфікації лікарів ЗПСМ, в першу чергу оволодіння ними новими психометричними методиками для виявлення тривоги та депресії.

Список літератури:

1. Zakon Ukrainy "Osnovy zakonodavstva Ukrainy pro okhoronu zdorovia" vid 19 lystopada 1992 № 2801-XII, <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>. [in Ukrainian]
2. Zakon Ukrainy "Pro derzhavni finansovi harantii medychnoho obsluhovuvannya naseleння" vid 19 zhovtnia 2017 № 2168-VIII, <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#n137>. [in Ukrainian]
3. Zakon Ukrainy "Pro mistseve samovriaduvannya v Ukraini" vid 21 travnia 1997 № 280/97-VR, <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/280/97-vr>. [in Ukrainian]
4. Zakon Ukrainy "Pro pidvyshchennia dostupnosti ta yakosti medychnoho obsluhovuvannya u silskii mistsevosti" vid 14 lystopada 2017 № 2206-VIII, <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2206-19>. [in Ukrainian]
5. Zakon Ukrainy "Pro spivrobitnytstvo terytorialnykh hromad" vid 17 chervnia 2014 № 1508-VII, <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1508-18>. [in Ukrainian]
6. Melnik PS, Slabkiy GO, Dzyuba OM, Chepelevska LA, Kudrenko MV, redaktori. SchorIchna dopovid pro stan zdorov'ya naseleння, sanItarno-epIdemIchnu situatsIyu ta rezultati dIyalnostI sistemi ohoroni zdorov'ya UkraYini. 2016 rIk. KiYiv: UISD MOZ UkraYini; 2017. 516 s. [in Ukrainian]
7. Nakaz Ministerstva okhorony zdorovia Ukrainy "Pro zatverdzhennia Poriadku nadannia pervynnoi medychnoi dopomohy" vid 19.03.2018 № 504, <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18>. [in Ukrainian]
8. Rozporiadzhennia Kabinetu Ministriv Ukrainy "Pro skhvalennia Kontseptsii Zahalnoderzhavnoi prohramy "Zdorovia 2020: ukrainskyi vymir" vid 31 zhovtnia 2011 № 1164-r, Rezhym dostupu: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1164-2011>. [in Ukrainian]

Реферати

КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К ОБОСНОВАНИЮ МОДЕЛИ ОПТИМИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ЭТАПЕ РАЗВИТИЯ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

Корнацкий В.М., Михальчук В.Н., Дяченко Л.А.

В статье представлены новые концептуальные подходы обоснования модели оптимизации медицинской помощи в условиях стресса. Основываясь на материалах работы нами доказано существование комплексной взаимосвязи между психическими и физическими нарушениями, установлены

CONCEPTUAL APPROACHES TO SUBSTANTIATING THE MODEL OF OPTIMIZATION OF MEDICAL CARE AT THE STAGE OF DEVELOPMENT OF FAMILY MEDICINE

Kornatsky V.M., Mykhalchuk V.M., Diachenko L.O.

The article presents new conceptual approaches to the substantiation of the model of optimization of medical care under stress conditions. Based on the work materials, we have proved the existence of a complex relationship between mental and physical disorders, and

факторы, определяющие их формирования, в частности стресса. Государство заботясь о здоровье нации внедряет систему «семейный врач - пациент», основой которой является своевременное выявление всех факторов, влияющих на здоровье человека. Таким образом, внедрение оптимизированной модели первичной медицинской помощи с учетом ранней диагностики, лечения, реабилитации и индивидуальной профилактики нарушений психического здоровья у больных с соматическими заболеваниями - является актуальным и обоснованным. Данные результатов исследования вполне могут быть базисом для создания новых программ, комплексных мероприятий по выявлению, лечению, профилактике нарушений психики и поведения на первичном уровне оказания медицинской помощи в условиях современности.

Ключевые слова: первичная медицинская помощь, психическое здоровье, психосоматика, модель оптимизации ПМП, стресс.

Стаття надійшла 20.08.18 р.

factors determining their formation, in particular stress, have been identified. The state, taking care of the health of the nation, introduces the "family doctor-patient" system, which is based on the timely detection of all factors affecting human health. Thus, the introduction of an optimized model of primary care, taking into account early diagnosis, treatment, rehabilitation and individual prevention of mental health disorders in patients with somatic diseases, is relevant and well-grounded. The results of the study can be a basis for the creation of new programs, comprehensive measures for the detection, treatment, prevention of mental disorders and behavior at the primary level of provision of medical care in the present.

Key words: primary health care, mental health, psychosomatics, model for optimizing primary health care, stress.

Рецензент Голованова І.А.

DOI 10.26724/2079-8334-2019-2-68-79-82
УДК 616.34-007.272

І. В. Ксьонз, Д. А. Харченко, В. І. Ксьонз
Українська медична стоматологічна академія, Полтава

КРІОАДАПТАЦІЯ СЕГМЕНТІВ КИШКИ ПРИ НАКЛАДАННІ АНАСТОМОЗУ У ХВОРИХ З КИШКОВОЮ НЕПРОХІДНІСТЮ ПУХЛИННОГО ГЕНЕЗУ

e-mail: ivksonz@ukr.net

Проаналізовані результати хірургічного лікування 65 хворих з пухлинами товстої кишки, що викликали явища декомпенсованої кишкової непрохідності (КН). Середній вік хворих 65,2 роки. Радикально прооперовані з резекцією пухлини R0 - 20 хворих, у тому числі первинні реконструктивні операції проведені у 13 хворих. Різні види колюстом виконані у 21 хворого, у тому числі після резекції пухлини у 7. Проблемою накладання анастомозу у цих хворих є невідповідність діаметрів привідного та відвідного сегментів кишок, що в післяопераційному періоді може ускладнитись неспроможністю швів. Для створення відповідності діаметрів привідного та відвідного сегментів кишки використовували "кріоадаптацію" відділів кишки, на яких передбачалося накладання анастомозу. За допомогою кріоадаптації нами відновлена безперервність кишечника у 18 хворих. Неспроможності анастомозу або явищ анастомозиту не відмічено. Крім того, активне скорочення привідної петлі під впливом холоду є своєрідним тестом на відновлення моторики розтягнутої кишки. Використання «кріоадаптації» дозволяє значно зменшити кількість хворих з колюстомами, є соціально значущою, не дороговартісною операцією та простою у використанні.

Ключові слова: кишкова непрохідність, адаптивний анастомоз, кріоадаптація.

Робота є фрагментом НДР «Удосконалення діагностики та лікувальної тактики при гнійно-запальних захворюваннях м'яких тканин, гострій та хронічній патології органів черевної порожнини. Прогнозування ускладнень та їх профілактика», № державної реєстрації 00184006953.

Частота кишкової непрохідності (КН) товстого кишечника, викликана пухлинними генезом, коливається від 60 до 80% всіх КН [6]. Проблема відновлення неперервності товстого кишечника після резекції при непрохідності, яка спричинена пухлинним процесом залишається актуальною та багатофакторною та має велику соціальну значимість. Хворі, яким була накладена стома, як правило відмовляються від реконструктивних втручань, а наявність стоми значно знижує якість життя та соціальну адаптованість цієї групи хворих.[3] Важливою технічною задачею в корекції КН, є формування надійного кишкового співустя при вираженій різниці сегментів. Проблема відновлення прохідності кишечника – одна з найскладніших в сучасній абдомінальній реконструктивно – пластичній хірургії. Незважаючи на вдосконалення методик ручного кишкового шва, застосування нових біологічно інертних та атравматичних шовних матеріалів, механічного шва, різноманітних методів зміцнення і герметизації анастомозів, частота неспроможності кишкових швів складає 1,6 – 28,4% [4,10]. Післяопераційна летальність залишається досить високою і досягає 23,8% [1,8]. Складні ситуації для хірурга виникають за необхідністю з'єднання відділів кишки, що функціонує і тієї, що виключена з травлення. Багато вітчизняних хірургів віддають перевагу етапному лікуванню КН: накладання кишкових стом або розвантажувальних «Т-подібних» співусть [5]. Проте, деякі хірурги вважають формування первинного адаптованого анастомозу операцією вибору, мотивуючи це відсутністю гідродинамічного перевантаження вздовж лінії швів з ризиком їх неспроможності за будь-якої різниці діаметрів сегментів, що