

4. Уваренко А. Р. Доказова медицина у спектрі наукової медичної інформації та галузевої інноваційної політики : [монографія] / А. Р. Уваренко. – Житомир : Полісся, 2005. – 188 с.
5. Шатило В. Й. Медико-соціальні наслідки парентеральних вірусних гепатитів В і С / В. Й. Шатило. – Житомир : Полісся, 2007. – 260 с.

**РЕЗУЛЬТАТИ СОЦІОЛОГІЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗНАНИЙ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПО ПРОБЛЕМЕ ПАРЕНТЕРАЛЬНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАТЕГИЧЕСКИХ НАПРАВЛЕНИЙ ОРГАНИЗАЦИИ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ**

А. К. Толстанов (Житомир)

Проведено соціологічне дослідження шляхом анкетування 402 студентів Житомирського інституту медсестринства і 330 сімейних лікарів з метою визначення якості знань по проблемі парентеральних вірусних гепатитів і, в першу чергу, можливих шляхів передачі інфекції. Визначено недостатній рівень знань по цьому розділу і необхідність удосконалення навчальних програм і інформаційного забезпечення.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** хронические вирусные инфекции, диагностика, информационное обеспечение.

**RESULTS OF SOCIOLOGICAL RESEARCH THE PROFESSIONAL KNOWLEDGE OF THE MEDICAL WORKERS ON A PROBLEM OF PARENTERAL VIRUS INFECTIONS FOR DEFINITION THE STRATEGIC DIRECTIONS OF ORGANIZATION THE DIAGNOSTIC AND PREVENTIVE WORK AT A REGIONAL LEVEL**

А. К. Tolstanov (Zhitomir)

The sociological research is carried out by the questionnaire of 402 students of Zhitomir Nursing Institute and 330 family doctors with the purpose of definition of their quality knowledge on a problem of virus hepatitis and first of all, about possible ways of infection. Insufficient level of knowledge of this section and necessity of perfection of the educational programs and information maintenance has been determined.

**KEY WORDS:** parenteral virus infections, diagnostic, information provide.

*Рецензент:* д.мед.н. В. Й. Шатило

УДК 616-036.882-08.005

*Г. О. СЛАБКИЙ, Г. Я. ПАРХОМЕНКО, В. М. ЯКИМЕЦЬ* (Київ)

**ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ РЕСУРСНОГО ХАРАКТЕРУ В ОРГАНІЗАЦІЇ ІНТЕНСИВНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ**

ДУ "Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України"

Проаналізовано стан ресурсного забезпечення підрозділів інтенсивної терапії в лікувально-профілактичних закладах України. Недостатній рівень ресурсного забезпечення суттєво зменшує можливості ЛПЗ надавати якісну медичну допомогу на вторинному і третинному рівні пацієнтам з невідкладними станами.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** підрозділи інтенсивної терапії, ресурсне забезпечення, недоліки.

Основними принципами сучасної інтенсивної терапії є своєчасна діагностика порушень життєво важливих функцій організму, їх швидка та активна корекція і штучна підтримка функцій уражених органів та систем, аж до їх повного відновлення.

Щорічно по невідкладну медичну допомогу звертається кожний третій житель країни [6]. У зв'язку з цим відділення інтенсивної терапії стали невід'ємними структурними підрозділами сучасного лікувально-профілактичного закладу.

Надання інтенсивної медичної допомоги в Україні має багато невирішених організаційних

проблем, основними з яких є пролонгований фактор часу та недостатня її якість [4]. За науковими оцінками, показник летальності можна зменшити на 20–50% за умови усунення перешкод організаційного характеру [2]. Як вказують літературні джерела, в Україні існує невелика кількість стаціонарів, робота яких ґрунтується на сучасних організаційних принципах надання інтенсивної медичної допомоги [1;5].

Численні дослідження свідчать, що провідними причинами смерті хворого є різного роду ускладнення, виникнення яких можна було б попередити [2;4]. В Україні ця проблема не вивчалася, що зумовило актуальність даного дослідження, його мету і завдання.

**Мета роботи:** встановити проблемні питання ресурсного характеру в організації інтенсивної медичної допомоги дорослому населенню України.

**Матеріали і методи.** У ході роботи використані наступні методи наукового дослідження: системного аналізу, бібліосемантичний, статистичний.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Дослідженням встановлено, що із 486 ЦРЛ ліжка інтенсивної терапії (ІТ) відсутні у 117 (24,1%), з 243 МЛ ліжка ІТ відсутні у 63 (25,9%). Отже, 180 (24,7%) ЛПЗ другого рівня надання медичної допомоги не мають можливості надавати інтенсивну медичну допомогу пацієнтам. Серед підрозділів ІТ переважають відділення потужністю 6–11 ліжок (70,3%) та потужністю 1–5 ліжок (17,7%). Відділення потужністю 12 і більше ліжок складають 12,0%. В лікарнях ШМД розгорнуто 6475 ліжок, з яких 260 (4,02%) становлять ліжка ІТ з коливанням по лікарнях від 10,38% в лікарні ШМД м. Дніпродзержинська до 2,93% в лікарні ШМД м. Чернівців. Відповідно до нормативної бази потужність підрозділів ІТ є основою для їх кадрового та матеріально-технічного забезпечення.

У ЛПЗ загального профілю II–III рівнів надання медичної допомоги дорослому населенню функціонує 4478 ліжок ІТ, що становить 1,03 ліжка на 10 тис. відповідного населення з коливаннями від 0,59 у ЛПЗ Сумської до 1,65 в ЛПЗ Чернігівської області. Найбільша кількість ліжок сконцентрована в ЦРЛ – 2124 (47,43%) та в МЛ – 1698 (37,92%). В ОЛ сконцентровано 656 (14,65%) ліжок ІТ. Питома вага ліжок ІТ в загальному ліжковому фонді ЛПЗ становить 2,21%, з коливаннями від 1,15% в ЛПЗ Сумської до 3,64% в ЛПЗ Запорізької області. В ОЛ цей показник коливається від 0,79 в ЛПЗ Полтавської до 7,01% в ЛПЗ Одеської області. В ЛПЗ країн ЄС питома вага ліжок ІТ коливається в межах 5–20%.

У підрозділах ІТ введено 5714,75 штатної посади лікаря-анестезіолога, що складає їх забезпеченість у кількості 1,55 на 10 тис. населення.

Укомплектованість штатних посад лікарів-анестезіологів підрозділів ІТ в ЛПЗ України становить 75,26%, з коливаннями від 60,35% в ЛПЗ Кіровоградської до 104,66% в ЛПЗ Чернівецької областей. При цьому укомплектованість штатних посад лікарів-анестезіологів в ОЛ становить 77,61%, з коливаннями від 62,86% в ЛПЗ Харківської до 133,33% в ЛПЗ Чернівецької областей; в МЛ – 81,63%, з коливаннями від 53,85% в ЛПЗ Кіровоградської до 114,71% в ЛПЗ Вінницької областей; в ЦРЛ – 70,75%, з коливаннями від 57,14% в ЛПЗ Київської до 95,69% в ЛПЗ Чернівецької областей.

Укомплектованість штатних посад лікарів-анестезіологів в лікарнях ШМД становить 83,9%, з коливаннями від 61,3% в лікарні ШМД м. Дніпродзержинська до 104,0% в лікарні ШМД м. Вінниці. Питома вага атестованих на вищу кваліфікаційну категорію складає 38,57%, з коливаннями від 29,26% в ЦРЛ до 48,25% в ОЛ. Частка не атестованих лікарів становить 14,95%, з коливаннями від 17,36% в ЦРЛ до 13,97% в ОЛ. Найбільшу частку неатестованих лікарів-анестезіологів (28,26%) виявлено в ЛПЗ Луганської області. Питома вага лікарів-анестезіологів пенсійного та передпенсійного віку становить 16,16%, з коливаннями від 9,22% в ЛПЗ АР Крим до 23,23% в ЛПЗ Чернігівської області.

Укомплектованість штатних посад медичних сестер в підрозділах ІТ ЛПЗ України становить 88,39%, з коливаннями від 78,7% в ЛПЗ Рівненської до 105,88% в ЛПЗ Чернівецької областей. В лікарнях ШМД показник укомплектованості становить 85,8%, з коливанням від 54,9% в лікарні ШМД м. Дніпродзержинська до 110,1% в лікарні ШМД м. Львова.

Вивчення матеріально-технічного забезпечення підрозділів ІТ базовим обладнанням, від чого залежить ефективність медичної допомоги та безпека пацієнтів, показало, що в цілому забезпеченість апаратами ШВЛ (при нормативі 1 апарат на ліжко) складає 0,64, з коливаннями від 0,23 в ЛПЗ Чернігівської до 1,19 в ЛПЗ Сумської області. Із загальної кількості (2875) апаратів 338 (15,1%) не функціонують і не підлягають ремонту. При цьому питома вага дихальних апаратів високого класу складає 3,97%, з коливаннями від 0,71% в ЛПЗ Запорізької до 13,64% в ЛПЗ Хмельницької областей; в ЛПЗ п'яти областей апарати такого класу відсутні. Вивчення забезпеченості дихальною апаратурою ОЛ показало, що кількість апаратів ШВЛ на одне ліжко ІТ становить 0,46, з коливаннями від 0,11 в ЛПЗ Волинської до 2,33 в ЛПЗ Полтавської областей, при цьому питома вага дихальних апаратів терміном експлуатації понад 10 років становить 73,24%, а в ЛПЗ 7 областей питома вага таких апаратів складає 100%. В МЛ цей показник ста-

новить 0,46, з коливаннями від 0,12 в ЛПЗ Сумської до 1,33 в ЛПЗ Чернівецької областей. На рівні ЦРЛ забезпеченість дихальною апаратурою дещо вища і становить 0,54, з коливаннями від 0,15 на одне ліжко ІТ в ЛПЗ Чернігівської до 1,79 в ЛПЗ Сумської областей. Забезпеченість лікарень ШМД апаратами ШВЛ становить 0,59 на одне ліжко ІТ, з коливаннями від 0,25 в ЛШМД м. Черкас до 1,33 в ЛШМД м. Чернівці; вони відсутні в ЛШМД м. Кіровограда. Проведений аналіз вказує як на край недостатній, так і деформований рівень забезпеченості дихальною апаратурою, що, з одного боку, унеможливує надання якісної інтенсивної медичної допомоги, а з іншого – призводить до нераціонального використання наявних ресурсів.

Враховуючи, що комплексний моніторинг вітальних функцій організму пацієнтів, які перебувають у тяжкому та критичному станах, став одним з головних технологічних стандартів в ІТ, що забезпечив значно вищу ефективність інтенсивної медичної допомоги та покращив виживаність пацієнтів, було вивчено забезпеченість підрозділів ІТ моніторинговою апаратурою, норматив якої становить 7 апаратів на 6 ліжок ІТ, тобто 1,17 апарату на ліжко ІТ. В цілому забезпеченість моніторинговою апаратурою склала 0,4 на ліжко ІТ, з коливаннями від 0,15 в ЛПЗ Чернігівської до 0,79 в ЛПЗ Сумської областей. В ОЛ забезпеченість моніторинговою апаратурою склала 0,45 на одне ліжко ІТ, з коливаннями від 0,1 в ЛПЗ АР Крим до 2,0 в ЛПЗ Сумської та Полтавської областей. На рівні МЛ відповідний показник склав 0,3, з коливаннями від 0,12 в ЛПЗ Сумської до 0,74 в ЛПЗ Хмельницької області та відсутністю в ЛПЗ Закарпатської області. ЦРЛ забезпечені моніторинговою апаратурою в кількості 0,31 апарату на ліжко ІТ, з коливаннями від 0,05 в ЛПЗ Миколаївської до 1,1 в ЛПЗ Сумської областей. При цьому в 15,84% ЦРЛ України такі апарати відсутні. Найбільша питома вага ЦРЛ, в підрозділах ІТ яких відсутнє моніторингове обладнання, встановлена в Кіровоградській (57,14%), Чернігівській (47,62%), Харківській (26,09%) областях та АР Крим (47,62%). В ЛШМД забезпеченість моніторинговою апаратурою складає 0,4 на одне ліжко ІТ, з коливаннями від 0,19 в ЛШМД м. Львова до 1,17 в ЛШМД м. Маріуполь та відсутня в ЛШМД м. Миколаєва.

Однією із складових структури є інформаційна компонента, яка вивчалася шляхом встановлення рівня комп'ютеризації підрозділів ІТ, доступу до мережі Internet та рівня комп'ютерної грамотності лікарів-анестезіологів.

Встановлено, що комп'ютерною технікою забезпечені 40,0% підрозділів ІТ ЛПЗ II–III рівнів надання медичної допомоги, з коливаннями від

7,7% в ЛПЗ Чернігівської області до 75,0% ЛПЗ м. Севастополь. Забезпечені доступом до мережі Internet 11,03% підрозділів ІТ, у т.ч. 46,4% ОЛ, 13,1% МЛ та 4,1% ЦРЛ. Відмічено значні коливання даного показника в розрізі ЛПЗ адміністративних територій: від повної відсутності доступу до Інтернету підрозділів ІТ в ЛПЗ Полтавської та Чернігівської областей до 27,6% в ЛПЗ Миколаївської та 25,0% в ЛПЗ Херсонської областей.

Таким чином, основними недоліками ресурсного характеру є:

1) невідповідність ліжкового фонду підрозділів ІТ потребам пацієнтів з невідкладними станами. У ЛПЗ II рівня надання медичної допомоги він становить від 1,27% у ЛПЗ Кіровоградської до 4,62% у ЛПЗ Тернопільської областей, у ОЛ – від 0,79% у Полтавській до 7,01% в Одеській областях (при потребі 5–20%);

2) невідповідність оснащення базовим діагностичним обладнанням для проведення ІТ у ЛПЗ 23 областей України;

3) невідповідність оснащення обладнанням для моніторингу за станом здоров'я пацієнтів у підрозділах ІТ ЛПЗ всіх областей;

4) укомплектованість лікарями ВАІТ нижче 75% у ЛПЗ 13 областей України;

Все це суттєво зменшує можливості ЛПЗ надавати якісну медичну допомогу пацієнтам з невідкладними станами.

### Висновки

1. Встановлено, що у лікарнях II–III рівнів надання медичної допомоги населенню функціонує 4478 ліжок інтенсивної терапії (1,03 ліжка на 10 тис. населення), на які припадає 2,21% в загальному ліжковому фонді лікарень (від 1,15% в Сумській до 3,64% в Запорізькій областях, при нормативі 5%). Служба АІТ забезпечена лікарями-анестезіологами на 81,6% від нормативу по Україні з коливаннями в областях від 65,8% в Кіровоградській до 111,8% – у Львівській. Число штатних посад складає від 1,13 на 10 тис. населення в Запорізькій до 2,3 в Івано-Франківській області. При цьому в ОЛ 16,8% лікарів-анестезіологів передпенсійного та пенсійного віку (понад 30% – в Закарпатській, Черкаській, Київській областях); в МЛ – 18,1% (понад 30% – в Київській області); в ЦРЛ – 13,6% (більше всього у Донецькій та Чернігівській областях – по 24%). Вищу кваліфікаційну категорію мали 38,6% лікарів-анестезіологів, в обласних лікарнях – 48,2%, в міських – 42,5%, в ЦРЛ – 29,3%.

2. Доведено, що матеріально-технічний стан служби АІТ недостатній – на одне ліжко припадає: 0,64 одиниці дихального обладнання, що майже вдвічі нижче нормативу; 0,4 – моніторингової техніки, що втричі менше нормативу; 0,21 – апаратів для дозованого введення ліків, що

майже в п'ять разів нижче нормативу; найгірша забезпеченість базовим обладнанням в ЦРЛ – 0,54; 0,31; 0,13 відповідно. Аналіз забезпеченості апаратами ШВЛ за країнами-виробниками показав, що найчастіше підрозділи оснащені апаратами виробництва Росії (39,4%) та України (37,5%). Лише 5,3% припадає на апарати виробництва країн Західної Європи, США, Японії, тоді як на апарати виробництва часів СРСР – 16,5%.

3. Встановлено низький рівень інформаційного забезпечення служби ІТ персональними

комп'ютерами (37,7% закладів): в ЦРЛ цей показник складає 32,3%, в міських лікарнях – 37,5%, обласних – 67,4%. Аналіз показав, що 62,9% ЛПЗ II–III рівнів надання медичної допомоги в Україні мають доступ до Інтернету і тільки 11,0% підрозділів служби АІТ цих закладів забезпечені доступом до нього. За типами закладів цей показник розподіляється наступним чином – 92,3% ОЛ мають доступ до мережі Інтернет, з них 43,8% – підрозділи АІТ, міські – 50,6% та 12,8%, ЦРЛ – 67,5% та 4,12% відповідно.

### Список літератури

1. Аналітична характеристика організації та структури служби інтенсивної терапії міських лікарень України / В. М. Князевич, Г. О. Слабкий, Р. М. Федосюк, О. М. Ковальова // *Здоровье женщины*. – 2009. – № 1 (37). – С. 28–32.
2. Вплив основних складових лікувально-діагностичного процесу на летальність у відділеннях анестезіології та інтенсивної терапії / В. М. Князевич, Г. О. Слабкий, Р. М. Федосюк, О. М. Ковальова // *Здоровье женщины*. – 2009. – № 6 (43) – С. 17–20.
3. *Здоров'я нації*. 2008 / за ред. В. М. Князевича. – К., 2009. – 138 с.
4. Князевич В. М. Розвиток національної системи охорони здоров'я: стан, перспективи та шляхи розбудови / В. М. Князевич // *Охорона здоров'я України*. – 2008. – № 3 (31). – С. 5–19.
5. Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я в Україні. 2008 рік / за ред. В. М. Князевича. – К., 2009. – 384 с.
6. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2008 рік / за ред. В. М. Князевича. – К., 2009. – 360 с.

### ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ РЕСУРСНОГО ХАРАКТЕРА В ОРГАНИЗАЦИИ ИНТЕНСИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

Г. А. Слабкий, Г. Я. Пархоменко, В. Н. Якимец (Киев)

Проанализировано состояние ресурсного обеспечения подразделений интенсивной терапии в лечебно-профилактических учреждениях Украины. Недостаточный уровень ресурсного обеспечения существенно уменьшает возможности ЛПУ оказывать качественную медицинскую помощь на вторичном и третичном уровне пациентам с неотложными состояниями.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: подразделения интенсивной терапии, ресурсное обеспечение, недостатки.

### EXISTENT PROBLEMS OF RESOURCE CHARACTER IN THE ORGANIZATION OF INTENSIVE MEDICAL CARE TO POPULATION

G. A. Slabkyi, G. J. Parhomenko, V. N. Yakimets (Kyiv)

Condition of resource provide of intensive therapy divisions in treatment-and-prophylactic establishments (TPE) of Ukraine has been analysed. The insufficient level of resource supply essentially reduces opportunities TPE to render qualitative medical care at a secondary and tertiary level to patients with urgent states.

KEY WORDS: divisions of intensive therapy, resource supply, lacks.

Рецензент: д.мед.н. О. М. Ковальова