

Ресурсне забезпечення центрів первинної медико-санітарної допомоги та профілактика хвороб системи кровообігу

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна

Мета – провести аналіз ресурсного забезпечення центрів первинної медико-санітарної допомоги Запорізької області щодо забезпечення профілактичних заходів у зв'язку з хворобами системи кровообігу дорослого населення.

Матеріали та методи. Проведено дослідження стану ресурсного забезпечення 32 центрів первинної медико-санітарної допомоги Запорізької області (генеральна сукупність) та аналіз знань лікарів первинної ланки про провідні фактори ризику хвороб системи кровообігу.

Результати. На підставі аналізу проспективних наукових досліджень, проведених у різних країнах світу, даних ВООЗ виділено основні чинники ризику хвороб системи кровообігу у двох основних групах: модифіковані та не модифіковані. На підставі анкетування лікарів первинної ланки показано низький рівень їх знань про відповідність нормативним значенням показників, зміни яких є фактором ризику виникнення чи ускладнення провідних нозологій класу хвороб системи кровообігу. Показано недосконалість ресурсного забезпечення центрів первинної медико-санітарної допомоги: кадрового, матеріально-технічного, споруди.

Висновки. Встановлено високу потребу не тільки в підвищенні рівня кадрового укомплектування та зміцнення матеріально-технічного забезпечення закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу населенню, але й підвищенні рівня базових та спеціальних знань із питань профілактики хвороб системи кровообігу серед лікарів первинної ланки.

Ключові слова: хвороби системи кровообігу, ресурси, профілактика.

Вступ

Стратегічний курс державного розвитку України на інтеграцію до Європейського Союзу має на меті досягнення високих соціальних та економічних показників розвинених країн. Стан забезпечення та функціонування однієї з провідних сфер життєдіяльності – медичної галузі країни – це ознака, що характеризує суспільний прогрес і суттєво впливає на державний розвиток [12].

Незважаючи на те, що сучасний розвиток кардіології та кардіохірургії в Україні характеризується активним втіленням нових технологій обстеження та лікування, до теперішнього часу відсутня позитивна динаміка показників здоров'я, які пов'язані з серцево-судинною патологією. Значне «помолодшання» серцево-судинної та мозкової патології свідчить про те, що сьогодні в нашому суспільстві не працюють ефективні технології профілактики, а присутня лише констатація та більш успішне лікування сформованих патологічних станів [3].

Сучасний стан впровадження профілактичної роботи вже давно потребує загальнодержавного підходу, в рамках якого охорона здоров'я населення має бути включена до всіх відповідних заходів політики держави.

За оцінками дослідження Всесвітнього економічного форуму і Гарвардського університету, відсутність адекватної системи профілактики та неінфекційна захворюваність впродовж найближчих 20 років коштуватимуть глобальній економіці більш ніж

30 трлн доларів США, що еквівалентно 48% глобального ВВП, тобто при запровадженні недостатньо ефективних профілактичних заходів зростає кількість хронічних станів [23].

На жаль, провідною причиною інвалідності та смертності в Європі та Україні залишаються ХСК. Так, смертність від серцево-судинних захворювань в країнах Європейського регіону Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) становить майже 50% усіх випадків смерті, 35% – у країнах Європейського Союзу, в той час як у нашій країні – близько 65%. Кількість дорослих, які мають ХСК, досягла 26,4 млн осіб, що становить 57,5% населення нашої держави, з них 9,6 млн – особи працездатного віку (2015 р). За прогнозом до 2030 р. в світі від ХСК загине близько 23,3 млн осіб [6], головним чином від захворювань серця та інсульту, які лишатимуться єдиними основними причинами смерті.

Мета роботи – провести аналіз ресурсного забезпечення центрів первинної медико-санітарної допомоги Запорізької області щодо забезпечення профілактичних заходів у зв'язку з хворобами системи кровообігу дорослого населення.

Матеріали та методи

Бібліосемантичний аналіз міжнародних документів, діючих нормативно-правових актів, наукових досліджень стосовно проблеми серцево-судинних захворювань. Дослідження стану технічного забезпечення 32 центрів первинної медико-санітарної допомоги

(ЦПМСД) Запорізької області (генеральна сукупність) відповідно до примірного табелю оснащення, затвердженого наказом МОЗ України від 27.12.2013 р. № 1150 [17], стану забезпечення лікарями та середнім медичним персоналом ЦПМСД. Нами за умови інформованої згоди проведено анкетування 120 лікарів первинної ланки по анкетам закритого типу, вибраних довільно (випадковим механічним відбором).

Результати дослідження та їх обговорення

Сьогодні профілактична медицина стає загально визнаним стандартом, оскільки світовий досвід свідчить про те, що зниження підвищених рівнів факторів ризику (ФР) супроводжується зниженням рівня захворюваності та смертності населення внаслідок хронічних неінфекційних захворювань (ХНІЗ).

Так, у Канаді була створена програма «Канадська ініціатива здорового серця». Великих успіхів у зниженні смертності від ХСК має Фінляндія, де в результаті здійснення інтегрованих профілактичних заходів за останні 20 років вдалося знизити смертність від ХНІЗ на 60% [7].

Зниження частоти ХСК в західних країнах Європи відбулося завдяки вдосконаленню первинної і вторинної профілактики, а також поліпшенню терапевтичних та хірургічних методів лікування хворих.

Отже, актуальною та вкрай важливою є розробка заходів щодо подолання цих негативних тенденцій. Тому питання профілактики, які в усьому цивілізованому світі стали основною ефективною стратегією подовження тривалості життя, набувають особливої актуальності і для нашої держави [21].

Так, країни члени ВООЗ узгодили між собою перелік цільових показників по зниженню смертності на 25% до 2025 р. від чотирьох основних ХНІЗ у осіб у віці 30–70 років [6]. За даними ВООЗ, понад 3/4 усієї смертності від серцево-судинної патології можна попередити за допомогою відповідних змін способу життя [6].

За різними даними тільки у 17–25% дорослого населення країни не має ні ішемічної хвороби серця, ні ФР. Решта дорослого населення потребує первинної або вторинної профілактики [5].

За останні 20 років накопичено великий обсяг наукової літератури про негативні наслідки відсутності профілактики ХСК, при цьому вкрай мало результатів з їх профілактики, особливо на рівні первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), що вимагає проведення нових досліджень в цьому напрямку. В системі охорони здоров'я існують служби, які займаються роботою з населенням, в основному, на індивідуальному рівні – дільничний або сімейний лікар і центри медичної профілактики в структурі суспільної охорони здоров'я [4].

В умовах реформування системи охорони здоров'я установи ПМСД відіграють провідну роль в профілактиці хвороб серед населення [15, 18, 20]. На думку Ю.П. Лісіцина [10], у системі ПМСД повинно

реалізуватися до 90% всієї потреби в діагностичній та профілактичній допомозі.

Як відомо, основним видом діяльності сімейних лікарів є профілактична робота [18]. Саме сімейний лікар має унікальну можливість коригувати ФР у пацієнтів за допомогою медикаментозних і немедикаментозних втручань. Однак, за даними опитувань, ставлення більшості медичних працівників до профілактики, заходів щодо зміни способу життя на сьогодні залишається скептичним, а їх ефективність береться під сумнів, тому що вони вважають, що результати профілактики незначні та не виправдовують затрачених зусиль. Лікарі є недостатньо поінформованими щодо критеріїв і методів корекції ФР [2, 19].

За даними різних наукових досягнень, головними причинами (за даними соціологічного опитування) неефективної роботи лікарів первинної ланки при проведенні профілактичної роботи, є жорсткий ліміт часу на прийомі, маса рутинної паперової роботи, відсутність узгоджених рекомендацій з ведення хворих і особливо осіб з ФР, нечіткі критерії оцінки ефективності профілактики і відсутність мотивації праці, але відповідно до змін нормативно – правової бази між дільничним терапевтом та сімейним лікарем існує велика різниця, навіть у функції лікарської посади: сімейні лікарі мають прикріплене населення, а не час, відведений на прийом. У зв'язку з цим подальшого вивчення потребують питання мотивації профілактичної діяльності персоналу медичної організації [8, 16]. Переважна більшість медичної спільноти вважає, що розробка та впровадження в практику методичних рекомендацій із питань профілактики ХСК на рівні медичних працівників первинної ланки сприятиме поліпшенню здоров'я населення України, але інші доводять, що треба змінити ментальність та ставлення населення до свого здоров'я [3].

Важливість проблеми потребує необхідної підготовки медичних працівників. Так, на посаду сімейного лікаря призначаються спеціалісти, які пройшли підготовку в інтернатурі за спеціальністю «загальна практика-сімейна медицина» (ЗПСМ) або терапевти чи педіатри, що пройшли шестимісячні курси зі спеціалізації ЗПСМ. Цього досвіду недостатньо для формування навичок щодо профілактичної роботи, зокрема, визначення ФР ХСК на ранніх етапах розвитку, тобто ще до виникнення серйозних захворювань серця та судин.

Проблема профілактики ХНІЗ може бути вирішена за рахунок створення так званого інформаційного поля або відповідного інформаційного впливу в трьох напрямках: на медичних працівників первинних структур охорони здоров'я за допомогою різних методів удосконалення переддипломної підготовки і післядипломної освіти; на осіб із ФР, у тому числі при сприянні лікарів ЗПСМ; на населення в цілому – через засоби масової інформації. Населення є самостійною ланкою в профілактиці, виступаючи одночасно і як об'єкт, і як суб'єкт профілактики. Аналіз отриманих даних вітчизняних вчених виявив, що тільки половина [14] опитаних отримувала інформацію про здоров'я

будь-коли. Лише 7% населення відвідували хоча б раз на рік лекції з питань здоров'я, а 8% читали брошури та пам'ятки про здоров'я щотижня і 17% – щомісяця [19].

Лікар ЗПСМ повинен усвідомити та донести до пацієнтів те, що профілактичні заходи, спрямовані на регулювання модифікованих факторів кардіоваскулярного ризику, є найбільше дієвим інструментом в боротьбі з ще нерозвиненою хворобою. А здійснення цього виду діяльності дасть змогу суттєво поліпшити стан здоров'я населення за рахунок зниження рівня захворюваності, кількості ускладнень та інвалідизації.

Відповідно до сучасних рекомендацій, профілактика ХСК має базуватися на концепції ФР розвитку ХСК, основою яких є модифікація способу життя та зниження ФР з метою запобігання виникненню захворювань ще на доклінічних стадіях їх розвитку. Майже 60% загального тягаря хвороб у Європейському регіоні ВООЗ припадає на 7 провідних поведінкових та біологічних ФР, а саме на високий кров'яний тиск (12,8%), тютюн (12,3%), алкоголь (10,1%), підвищений рівень холестерину у крові (8,7%), надмірну масу тіла (7,8%), недостатнє споживання фруктів і овочів (4,4%), малорухомий спосіб життя (3,5%) [2].

Критерії ФР ХСК виявляються та оцінюються за даними анкетування пацієнтів, вимірювання артеріального тиску (АТ), антропометрії, визначення у крові рівнів загального холестерину та глюкози.

Сімейний лікар повинен пропонувати виконувати прості правила для здорового серця: не курити; прогулюватися мінімум 30 хвилин на день; вживати п'ять порцій фруктів або овочів протягом дня; підтримувати рівень АТ на рівні менше ніж 120/80 мм рт. ст.; контролювати масу тіла і підтримувати індекс маси тіла (ІМТ) на рівні не більше 25 кг/м²; підтримувати показники загального холестерину на рівні до 5 ммоль/л, холестерину ліпопротеїдів низької щільності – до 3 ммоль/л; вміст глюкози крові – до 6 ммоль/л [8]. Для підвищення ефективності профілактики лікар може також використовувати допоміжні матеріали (пам'ятки, буклети, відеоматеріали, Інтернет-ресурси тощо).

За даними нашого опитування 82% лікарів ЗПСМ знають, що найпоширенішим ФР ХСК серед населення світу є підвищений рівень АТ, але лише кожен третій з них знає, що оптимальний рівень АТ здорової людини (36%) повинен бути не вище ніж 120/80 мм рт. ст. Правильні відповіді про нормальний рівень глюкози крові натщесерце здорової людини надало 79% опитаних, надлишкову вагу за ІМТ – 51% лікарів, в той час як про критичні показники окружності талії здорової людини обізнано взагалі лише 13%, а нормальний рівень фізичної активності здорової людини – 28%. Результати анкетування про нормальний рівень холестерину крові здорової людини, помірне вживання та стандартну дозу алкоголю не досягли навіть 20%, по кожній окремо. Навіть про те, що мінімальний рівень ризику куріння – це 0 цигарок за день знали тільки 64% лікарів. Таким чином, 100% правильних відповідей не було надано лікарями не про один загальновідомий ФР ХСК.

Однак навіть якщо сімейний лікар знає та хоче навчити пацієнта вести здоровий спосіб життя, дотримуватися здорового харчування та надає йому відповідні рекомендації щодо профілактики ХСК, все одно неабияку роль відіграє матеріально-технічна база медичних установ, в яких працюють лікарі ЗПСМ.

У всіх ключових документах Всесвітньої організації сімейних лікарів висвітлена значна і соціальна роль лікарів ЗПСМ, однак у багатьох країнах світу лікарі первинної ланки працюють у неналежних умовах, без достатнього оснащення і фінансування [13, 23]. На жаль, ЦПМСД нашої країни не є виключенням.

Одним із найголовніших ФР розвитку ХСК є підвищений АТ. Так, 9,4 млн щорічних випадків смерті, що відповідає 16,5% усіх випадків смерті, може бути обумовлено підвищенням кров'яного тиску [7]. Серед мешканців країн Європи та США поширеність цього ФР становить 25%. Артеріальна гіпертензія підвищує ризик смерті від ХСК у 3 рази. Якщо не вжити термінових профілактичних заходів, прогнозується зростання кількості смертей від ХСК до 20 млн випадків до 2020 р. [14].

Також, за результатами багатофакторного аналізу даних 26-річного Фремінгемського дослідження, ожиріння є вагомим ФР ХСК як у чоловіків, так і в жінок [1]. Прогнозують, що у 2020 р. надмірну масу тіла матимуть 2,3 млрд дорослого населення світу, ожиріння – 700 млн. У Європі до 2020 р. загальна кількість дорослих, які страждають від ожиріння, досягне 150 млн, а дітей до 15 млн [2]. Виявлення рівня глюкози в крові та діагностування гіперглікемії є важливим фактором профілактики ХСК. Відповідно до кількості лікарів, а також молодших спеціалістів з медичною освітою, що здійснюють обслуговування вдома, кожен заклад надання ПМСД повинен мати апарат визначення рівня глюкози крові у комплекті. Ще одним із провідних ФР ХСК є порушення ліпідного обміну, а саме гіперхолестеринемія та гіпертригліцеридемія. За даними літератури ризик виникнення ішемічної хвороби серця (ІХС) при підвищеному рівні холестерину збільшується у 2,2–5,5 рази [1].

В рейтингу країн Європейського регіону ВООЗ у 2011 р. Україна посіла четверте місце за поширеністю куріння серед чоловіків, п'яте місце – за споживанням алкоголю на душу населення. У той же час завдяки цілеспрямованій антитютюнової політики рівень куріння в західних країнах за останні десятиліття істотно знизився. Середній рівень поширеності куріння в країнах Західної Європи становить 34% серед чоловіків і 25% серед жінок. У країнах Східної Європи курять 47% чоловіків і 20% жінок. У США поширеність куріння серед дорослого населення в середині 1990-х років становила менше 25%. В останні роки ці показники знизилися до 24% серед чоловіків і 21% – серед жінок, а в деяких штатах – до 20% і 14% відповідно. Значення тютюнокуріння як ФР ХСК і передчасної смерті доведено численними дослідженнями і є загальновідомим фактом. За даними Фремінгемського дослідження [22], тютюнокуріння вдвічі підвищує ризик розвитку

стенокардії та інфаркту міокарда і майже в 5 разів – виникнення раптової смерті. Встановлено, що близько третини випадків смерті від ІХС пов'язано з тютюнокурінням [23].

Водночас, за показниками здорового способу життя, такими як рівень фізичної активності, споживання овочів і фруктів на людину в день, країна посідає 31-ше місце серед інших європейських країн. Фізична активність – є одним з факторів, на який можна активно впливати. Слід зазначити, що в осіб, які ведуть малорухомий спосіб життя, ризик виникнення артеріальної гіпертензії на 20–50% вищий, ніж у фізично активних [19].

З вищеванеденого стає зрозуміло, для чого кожен заклад надання ПМСД повинен мати відповідне діагностичне обладнання та вироби медичного призначення для контролю над ФР (АТ, ІМТ, рівень

холестерину крові та ін.). Відповідно до отриманих даних з ЦПМСД Запорізької області на запит щодо забезпеченості медичним обладнанням та виробами медичного призначення, затвердженими наказом МОЗ України від 27.12.2013 р. № 1150 [17], що використовуються у роботі лікарями та середнім медичним персоналом для профілактики ХСК, встановлено, що протягом 2013–2015 рр. спостерігається дуже повільна позитивна динаміка, але жодна позиція з таблиця оснащення не досягла 50%, у середньому лише 25% (табл.). Результати інвентаризації ЦПМСД підтвердили, що матеріально-технічний стан більшості з них не відповідає сучасним вимогам, відсутнє обладнання для здійснення елементарних діагностичних та лікувальних процедур, значна частина техніки фізично та морально зношені, будівлі потребують капітального ремонту.

Таблиця
Динаміка забезпеченості закладів ПМСД медичним обладнанням, %
(згідно з переліком Примірного таблиця оснащення ЦПМСД,
затвердженим наказом МОЗ України від 27.12.2013 р. № 1150)

Найменування обладнання	Станом на 01.01.2013 р.	Станом на 01.01.2015 р.
Тонometr із набором манжет	40	48
Стетофонендоскоп	28	36
Отоофтальмоскоп	4	13
Рулетка вимірвальна	2	4
Глюкометр	4	10
Ростомір	29	41
Ваги медичні (для дорослих)	31	32
Електрокардіограф	35	42
Загальна укомплектованість	19	25

Також однією з головних проблем є забезпечення первинної ланки відповідними кадрами з урахуванням кваліфікації, освіти, спеціалізації та інших характеристик. Аналіз укомплектованості штатних посад ЦПМСД лікарями показав, що в середньому вона є достатньою 80,2% (40,1÷95,3%). Спостерігається різниця в укомплектованості між лікарями та молодшими спеціалістами із медичною освітою (у середньому – 94,4%). Ситуація ускладнюється віковою структурою кадрового складу. Кожен четвертий медичний працівник у закладах, що надають ПМСД (26%) досяг пенсійного віку, протягом двох років майже кожен п'ятий лікар досягне його.

Висновки

Аналіз міжнародного та вітчизняного досвіду засвідчив, що ресурсне забезпечення закладу охорони здоров'я: робоче місце лікаря первинної ланки, кадровий потенціал, споруда, матеріально-технічне оснащення мають значний вплив на профілактику хвороб системи кровообігу серед населення.

Стрімке зростання поширеності хвороб системи кровообігу в світі обумовлено значною розповсюдженістю керованих чинників ризику, недотриманням населенням здорового способу життя, недосконалістю існуючих у країні профілактичних заходів, а також низьким рівнем знань медичних працівників, у т.ч. і лікарів, опитування яких показало, що 100% правильних відповідей не було надано не про один загальновідомий фактор ризику хвороб системи кровообігу.

Показано, що забезпечення первинної ланки відповідними кадрами є достатнім – 80,2% (40,1÷95,3%), але спостерігається різниця в укомплектованості між лікарями та середнім медичним персоналом. Ситуація ускладнюється віковою структурою кадрового складу: кожен четвертий медичний працівник у закладах, що надають ПМСД (26%) досяг пенсійного віку, протягом двох років майже кожен п'ятий лікар досягне його.

Встановлено, що забезпеченість медичним обладнанням та виробами медичного призначення, затвердженими наказом МОЗ України від 27.12.2013 р. № 1150 є незадовільною: жодна позиція не досягла 50%, у середньому лише 25%.

Перспективи подальших досліджень

Перехід до широкого запровадження в медичну практику сімейної медицини є досить тривалим, болючим і складним процесом і потребує передусім не лише правового забезпечення її розвитку, але й бажання самих медичних працівників і населення змінити ситуацію на краще. Розвиток загальної практики – сімейної медицини

створює реальні умови для впровадження профілактики у життя. Важливими кроками, що потрібні для успішного втілення профілактичного напрямку хвороб системи кровообігу в роботу сімейного лікаря, залишаються створення системи матеріальної зацікавленості, достатнього ресурсного забезпечення та покращення освіти фахівців із питань профілактики та здорового образу життя.

Література

1. *Баланси та споживання основних продуктів харчування населенням України : статистичний збірник / за ред. Н. С. Власенко. – Київ, 2013. – 56 с.*
2. *Басиев В. А. Анализ факторов риска возникновения сердечно-сосудистых заболеваний / В. А. Басиев // Фундаментальные и прикладные аспекты создания биосферно-совместимых систем : I международная научно-техническая интернет-конференция, г. Орел, 1–15 декабря 2012 г. – Орел, 2012.*
3. *Доклад о человеческом развитии 2011. Устойчивое развитие и равенство возможностей: лучшее будущее для всех / пер. с англ.; ПРООН. – Москва : Весь мир, 2011. – 188 с.*
4. *Доступность и качество амбулаторно-поликлинической помощи / Н. К. Гусева, В. А. Соколов, И. А. Соколова [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2013. – № 2. – С. 16–18.*
5. *Європейська база даних «Здоров'я для всіх» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.euro.who.int>. – Назва з екрана.*
6. *Здоровье-2020. Основы европейской политики и стратегии для XXI века [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian>. – Название с экрана.*
7. *Клочков В. П. Международные проекты по снижению сердечно-сосудистых и цереброваскулярных заболеваний населения / В. П. Клочков // Инновационное образование и экономика. – 2015. – № 19. – С. 53–59.*
8. *Лашкул З. В. Соціально-гігієнічне дослідження факторів ризику серцево-судинних захворювань серед лікарів різних фахових груп, з'ясування ставлення лікарів до проблем профілактики / З. В. Лашкул // Запорізький медичний журнал. – 2014. – № 3. – С. 23–25.*
9. *Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – № 1 (13). – С. 5–23.*
10. *Лисицын Ю. П. Санология – наука об общественном здоровье и здоровом образе жизни / Ю. П. Лисицын. – Москва, 2001. – 231 с.*
11. *Модель организации медицинской помощи населению Белгородской области / М. А. Степчук, Т. М. Пинкус, Д. П. Боженко [и др.] // Медицина. Фармация. – 2012. – № 10 (129), Вып. 18. – С. 84–94.*
12. *Новая европейская политика здравоохранения Здоровье – 2020 // Шестидесят первая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения. EUR/RC61/Inf. Doc. / 4 (Баку, Азербайджан, 12–15 сентября 2011 г.). – Копенгаген : ЕРБ, 2011.*
13. *Окремі аспекти процесу управління системи забезпечення якості медичної допомоги на сучасному етапі / В. В. Степаненко, О. А. Цімейко, О. В. Калюжна [та ін.] // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я. – 2007. – № 4. – С. 56–59.*
14. *Основные показатели здоровья в Европейском регионе ВОЗ. 2013: В центре внимания – неинфекционные заболевания. – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2013. – 10 с.*
15. *Первинна медико-санітарна допомога/сімейна медицина : монографія / В. М. Князевича, З. М. Митник, Г. О. Слабкий [та ін.] ; МОЗ України. – Київ, 2010. – 404 с.*
16. *Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2011–2012 роки. – Київ : Центр медичної статистики МОЗ України, 2013. – 328 с.*
17. *Про затвердження Примірного табеля матеріально-технічного оснащення Центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та його підрозділів : наказ МОЗ України від 27.12.2013 р. № 1150 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20131227_1150.html. – Назва з екрана.*
18. *Реформування галузі охорони здоров'я: Вінницька, Донецька, Дніпропетровська, Одеська, Полтавська області, м. Київ. Результати, проблеми, перспективи / В. В. Лазоришинець, Р. В. Салютін, Г. О. Слабкий [та ін.]. – Київ, 2014. – 207 с.*
19. *Скибчик В. А. Прогностична цінність факторів ризику серцево-судинних захворювань для визначення тривалості життя 50-річних жінок / В. А. Скибчик, С. Д. Бабляк, Ю. О. Матвієнко // Український медичний часопис. – 2012. – № 1 (84), Т. I–II. – С. 131–132.*
20. *Слабкий Г. О. Нові підходи до організації первинної медико-санітарної допомоги / Г. Слабкий, К. Надутий, Л. Матюха // Практика управління медичним закладом. – 2011. – № 7. – С. 16–22.*

21. Слабкий Г. О. Пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини / Г. О. Слабкий, І. С. Зозуля, А. І. Зозуля // Сімейна медицина. 2014. – № 3 (53). – С. 25–27.
22. Aakre C. A. Comparison of clinical risk stratification for predicting stroke and thromboembolism in atrial fibrillation / C. A. Aakre, C. J. McLeod, S. S. Cha // Stroke. – 2014. – Vol. 45 (2). – P. 426–431.
23. Australian Bureau of Statistics. Australian Health Survey: Updated results 2011–2012. Cat no. 4364.0.55.003. – Canberra : ABS; 2013.
24. European action plan for strengthening public health capacities and services [Electronic resource]. – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe. 2012. – Access mode : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/171770/RC62wd12rev1-Eng.pdf. – Title from the screen.

Дата надходження рукопису до редакції: 12.07.2017 р.

Ресурсное обеспечение центров первичной медико-санитарной помощи и профилактика болезней системы кровообращения

В.И. Клименко, И.Н. Кремсарь, А.В. Коваленко
Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье, Украина

Цель – провести анализ ресурсного обеспечения центров первичной медико-санитарной помощи Запорожской области по обеспечению профилактических мероприятий в связи с болезнями системы кровообращения взрослого населения.

Материалы и методы. Проведено исследование состояния ресурсного обеспечения 32 центров первичной медико-санитарной помощи Запорожской области (генеральная совокупность) и анализ знаний врачей первичного звена о ведущие факторы риска болезней системы кровообращения.

Результаты. На основании анализа проспективных исследований, проведенных в различных странах мира, данных ВОЗ выделены основные факторы риска болезней системы кровообращения в двух основных группах: модифицированные и немодифицированные. На основании анкетирования врачей первичного звена показан низкий уровень их знаний о соответствии нормативным значениям показателей, изменения которых является фактором риска возникновения или осложнения ведущих нозологий класса болезней системы кровообращения. Показано несовершенство ресурсного обеспечения центров первичной медико-санитарной помощи: кадрового, материально-технического, сооружения.

Выводы. Установлена высокая потребность не только в повышении уровня кадрового укомплектования и укрепления материально-технического обеспечения учреждений здравоохранения, оказывающих первичную медицинскую помощь населению, но и в повышении уровня базовых и специальных знаний по вопросам профилактики болезней системы кровообращения среди врачей первичного звена.

Ключевые слова: болезни органов системы кровообращения, ресурсы, профилактика.

Resource provision of primary health care centers and prevention of circulatory system diseases

V.I. Klymenko, I.M. Kremsar, A.V. Kovalenko
Zaporizhzhya State Medical University,
Zaporizhzhya, Ukraine

Purpose – conducting analysis of resources provision of primary health care centers of Zaporizhzhya region for provision of preventive measures in connection with diseases of the blood circulation system of the adult population.

Materials and methods. Research of the state of resource support of 32 primary health care centers in the Zaporizhzhya region (general population) and analysis of the knowledge of primary care physicians about the leading risk factors for circulatory system diseases.

Results. Based on the analysis of prospective scientific studies conducted in different countries of the world, WHO data highlighted the main risk factors for circulatory system diseases in two main groups: modified and unmodified. Based on the questioning of primary care physicians, low level of their knowledge about conformity of normal values of indicators, changes which are a risk factor for the occurrence or complication of leading nosologies of the class of diseases of the circulatory system, is shown. The imperfection of the resource support of the primary health care centers is shown: personnel, material and technical, buildings.

Conclusions. There is a high need not only to increase the level of staffing and strengthen the material and technical support of health facilities providing primary medical care to the population, but also to raise the level of basic and specialized knowledge on the prevention of circulatory diseases among primary care physicians.

Key words: cardiovascular diseases, resources, prevention.

Відомості про авторів

Клименко Вікторія Іванівна – д.мед.н., проф., завідувач кафедри охорони здоров'я, соціальної медицини та лікарсько-трудової експертизи Запорізького державного медичного університету; просп. Маяковського, 26, м. Запоріжжя, 69035, Україна.

Кремсарь Ірина Миколаївна – асистент кафедри охорони здоров'я, соціальної медицини та лікарсько-трудової експертизи Запорізького державного медичного університету; просп. Маяковського, 26, м. Запоріжжя, 69035, Україна.

Коваленко Андрій В'ячеславович – к.мед.н., асистент кафедри охорони здоров'я, соціальної медицини та лікарсько-трудової експертизи Запорізького державного медичного університету; просп. Маяковського, 26, м. Запоріжжя, 69035, Україна.