

**Key words:** oral cavity, allergic intolerance, determination of specific sensibilization, contact-allergen skin test, oral fluid investigation

*Отримано до редакції 06.02.13*

УДК 616-08-059 : 614.21

## **МОДЕЛЬ УПРАВЛІННЯ ПРОЦЕСОМ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ НА ПЕРВИННОМУ РІВНІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

Лобас В.М., Слабкий Г.А., Кравець О.А.

*Донецький національний медичний університет ім. М. Горького*

***Резюме.** У статті надані деякі питання управління медичною реабілітацією на рівні ПМСД. Запропонована модель управління процесом медичної реабілітації на первинному рівні.*

***Ключові слова:** первинна медико-санітарна допомога, реабілітація, управління*

В умовах реформування системи охорони здоров'я пріоритетним визначено розвиток первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засадах сімейної медицини [1]. Лікар загальної практики-сімейний лікар надає ПМСД в межах визначених компетенцій. Складовими його діяльності є первинна та вторинна профілактика захворювань, надання невідкладної медичної допомоги, лікування пацієнтів при найбільш поширених захворюваннях, здійснення заходів з диспансеризації та проведення реабілітації пацієнтів на первинному рівні надання медичної допомоги [2].

На думку багатьох провідних фахівців в галузі медичної реабілітації, актуальними проблемами, що вимагають наукового обґрунтування є визначення ролі первинної ланки в реалізації заходів з відновного лікування, створення чіткої системи медичної реабілітації для пацієнтів з захворюваннями, які її потребують [3].

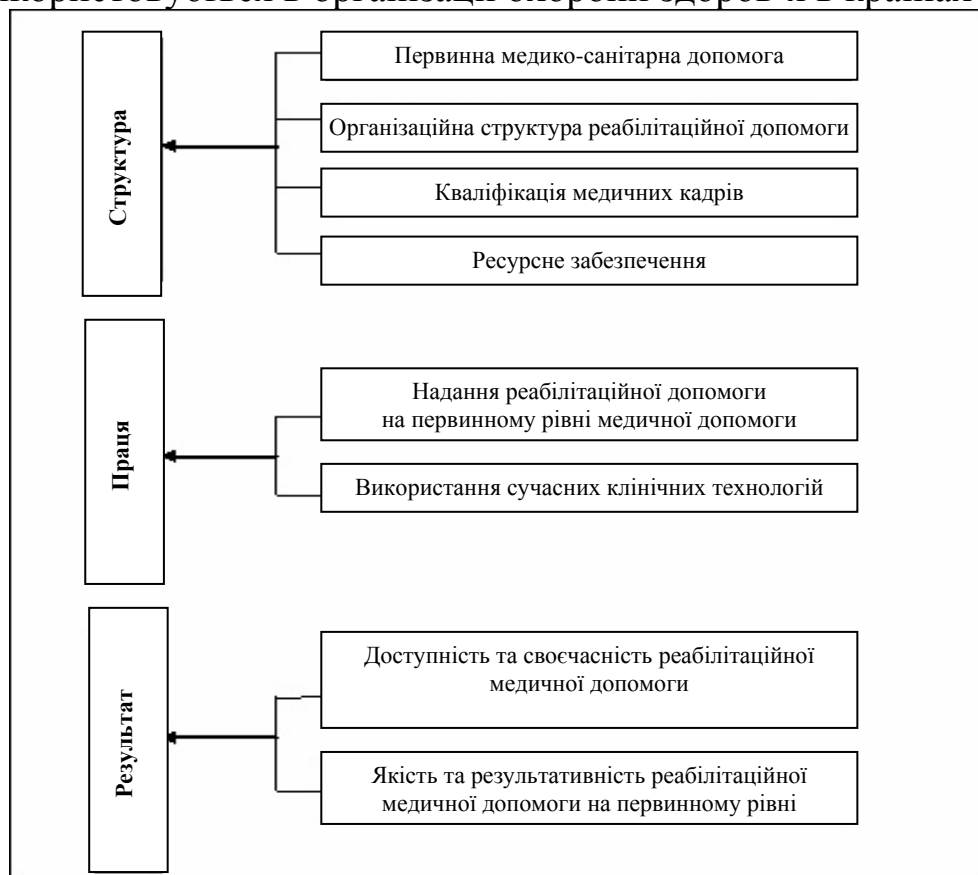
**Мета роботи:** науково обґрунтувати ситуативну модель управління процесом медико-соціальної реабілітації на первинному рівні в умовах пріоритетного впровадження сімейної медицини.

### **Матеріал і методи**

Методи, що використані під час виконання роботи: структурно-логічного аналізу, бібліосемантичного, системного підходу.

## Результати та їх обговорення

Організація системи реабілітації пацієнтів, особливо на первинному рівні, це складне і багатокomпонентне поняття, яке об'єднує два аспекти: об'єктивний (організація реабілітаційної допомоги в закладах охорони здоров'я) та суб'єктивний (реабілітаційна допомога, як вона сприймається медичними працівниками та пацієнтами). На рис. 1 наведена модель системи реабілітаційної допомоги, що ґрунтується на трьох основних компонентах – процесі, структурі і результативності, запропонована А. Donabedian для оцінки якості медичної допомоги і яка широко використовується в організації охорони здоров'я в країнах світу [4].



**Рис. 1.** Організаційна структура служби реабілітаційної допомоги на первинному рівні

Структурна компонентна системи реабілітаційної допомоги населенню на первинному рівні надання медичної допомоги характеризується і оцінюється можливістю первинної ланки ПМСД надавати реабілітаційну медичну допомогу при різних патологіях, відповідно до компетенцій сімейних лікарів.

Таким чином, структура характеризує умови для забезпечення якісної та доступної реабілітаційної допомоги в рамках ПМСД.

Структурний аспект визначається як по відношенню до закладу охорони здоров'я (сімейні амбулаторії) з їх ресурсним забезпеченням (кадровим, матеріально-технічним), організацією роботи, так і до кожного медичного працівника системи ПМСД окремо. В цьому випадку оцінюються його професійні якості: сума знань, умінь, навичок з надання реабілітаційної допомоги із застосуванням сучасних клінічних технологій. Крім того, важливим аспектом структурної компоненти є наявність галузевих нормативів з реабілітаційної допомоги та її знання і вміння їх застосовувати у клінічній практиці медичними працівниками.

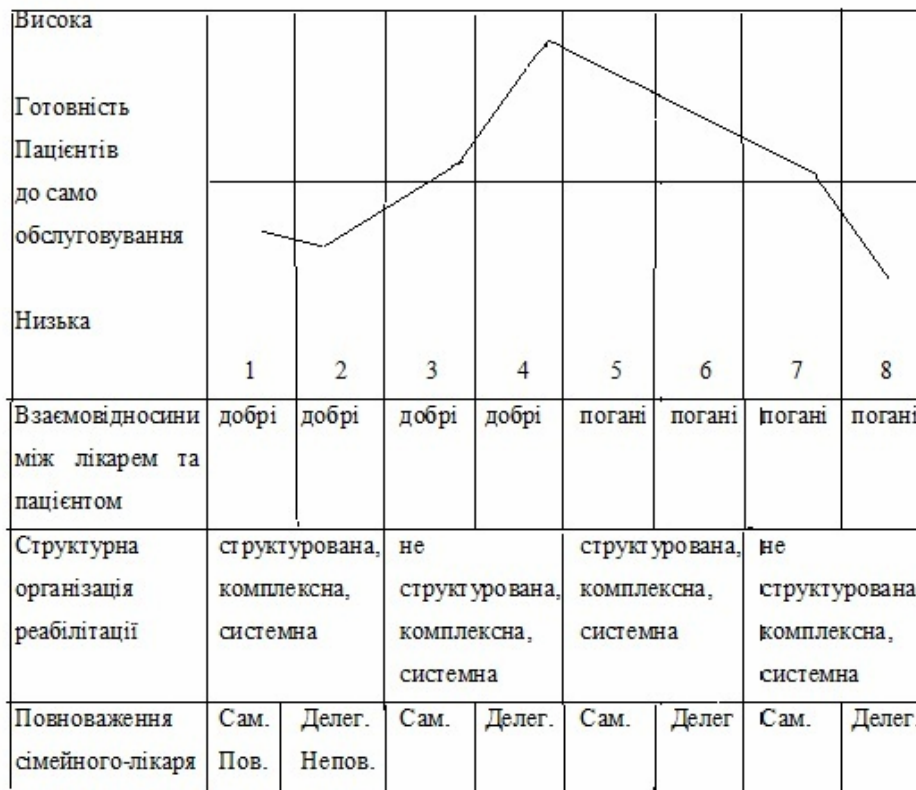
Процесна компонента системи реабілітаційної допомоги на рівні ПМСД є складовою сучасного управління організацією медичної допомоги пацієнтам в цілому, оскільки вона задіяна в лікувально-діагностичному процесі на всіх етапах та рівнях надання медичної допомоги та переплітається з іншими медичними спеціальностями. Вона включає технології надання спеціалізованої реабілітаційної медичної допомоги на всіх рівнях, тобто виконання медичним персоналом своїх функцій з реабілітації пацієнтів, взаємовідносин між медичним персоналом в межах локальних клінічних протоколів, лікуючими лікарями та пацієнтами.

Результат – це компонента системи реабілітаційної допомоги, що відображає її ефективність. Оцінка за результатами включає своєчасність, якість та ефективність реабілітаційної медичної допомоги, у т.ч. зниження рівня інвалідизації населення і ефективність використання ресурсів.

З позиції системного підходу всі вказані компоненти медичної допомоги пов'язані між собою (рис. 1). Так, на якість та ефективність діяльності ПМСД з реабілітації пацієнтів впливає наявність та якість обладнання, застосування сучасних клінічних технологій, рівень кваліфікації персоналу, раціональність організаційної структури служби, механізми взаємодії медичних працівників, як за рівнями медичної допомоги, так і в межах закладу охорони здоров'я, тощо. Отже, на результативність діяльності служби ПМСД з реабілітації пацієнтів можна впливати через удосконалення ресурсного забезпечення і заходів організаційно-управлінського характеру.

Визнаючи те, що сімейний лікар має задовольнити до 80% потреб пацієнтів в медичній допомозі стає зрозумілим той факт, що необхідно основні зусилля направити на удосконалення організації управління процесом медико-соціальної реабілітації на первинному рівні, як складової медичної допомоги в цілому.

Виходячи з наведеного нами адаптована до умов управління в охороні здоров'я модель керівництва, яку запропонував Fred B. Fiedler [5] (рис. 2).



**Рис. 2.** Модель управління процесом медичної реабілітації на первинному рівні надання медичної допомоги

Загальновизнаним є той факт, що якісне функціонування будь-якої організації залежить від трьох факторів: співвідношення між членами колективу, структурованості задач, та повноти посадових повноважень.

Аналізуючи модель управління процесом медичної реабілітації на первинному рівні стає зрозумілим те, що сімейному лікарю для проведення якісної реабілітаційної допомоги необхідно підтримувати тісний зв'язок з медико-соціальними службами та з пацієнтами, які потребують відновного лікування. Беручи до уваги те, що взаємовідносини між сімейними лікарями та пацієнтами, можуть бути добрими, або поганими, структурна організація реабілітаційної допомоги структурованою, або ні, а повноваження сімейного лікаря можуть бути повними, або неповними (самостійними, або ні,) виявляється можливість спрогнозувати 8 моделей управління процесом реабілітації, які відображені на рис.2. З яких найбільш привабливою є 1 модель в якій організація структурована,

повноваження сімейних лікарів в організації відновного лікування пацієнтів є повними, а взаємовідносини з пацієнтами добрі (позитивні), що дає максимально якісну можливість для надання реабілітаційної допомоги. 8 модель – є найбільш несприятливою так, як не налагоджені співвідносини з пацієнтами, не структурованість, не чіткість повноважень створюють додаткові перешкоди для можливості якісного надання медичної допомоги. 4,5,6 ситуативні моделі вказують на максимально можливу особисту зацікавленість пацієнта в отриманні реабілітаційної допомоги так як зростає готовність пацієнтів до відновлення свого здоров'я, при мінімальному втручанні медичного персоналу, що є доцільним в сучасних економічних реаліях функціонування галузі.

### **Висновки**

Резюмуючи вищезазначене можна констатувати, що на повноту, якість та ефективність відновного лікування на первинному рівні надання медичної допомоги впливає рівень повноважень та кваліфікації лікарів загальної практики-сімейних лікарів з питань реабілітації пацієнтів та ресурсного забезпечення сімейних амбулаторій при рівні готовності пацієнтів до відновлення свого здоров'я.

### **ЛІТЕРАТУРА**

1. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я : український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. – К., 2009. – 50 с.
2. Первинна медико-санітарна допомога/сімейна медицина : [монографія] / [за ред. В. М. Князевича]. – МОЗ України. – К., 2010. – 404 с.
3. Слабкий Г.О. Організація медичної реабілітації на рівні первинної медико-санітарної допомоги / Г. О. Слабкий, А. О. Голяченко // Охорона здоров'я України. – 2007. – № 1(25). – С. 114–115.
4. Donabedian A. The Epidemiology of quality / A. Donabedian // Inquiry. – 1994. – Vol. 22. – P. 292.
5. Fred B. Fiedler. "How the State of Effective Leadership Varies with the Situation"/ [by Fred E.]. – Harvard College. – 1965. – P. 533.

### **МОДЕЛЬ УПРАВЛІННЯ ПРОЦЕСОМ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ НА ПЕРВИННОМУ РІВНІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

Лобас В.М., Слабкий Г.А., Кравець О.А.

**Резюме.** В статье изложены некоторые вопросы управления медицинской реабилитацией на уровне ПМСП. Предложена модель управления процессом медицинской реабилитации на первичном уровне.

**Ключевые слова:** первичная медико-санитарная помощь, реабилитация, управление

**A CASE OF MEDICAL REHABILITATION A PROCESS FRAME IS AT  
PRIMARY LEVEL OF GRANT OF MEDICARE**

Lobas V.M., Slabkiy G.A., Kravec O.A.

**Summary.** In the article some questions of management a medical rehabilitation are expounded at primary level. A case the process of medical rehabilitation frame is offered at primary level.

**Key words:** primary level, rehabilitation, management

*Отримано до редакції 05.03.13*

УДК 613.3-008-07-053.3

**ДИАГНОСТИКА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ  
ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ  
У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА  
(обзор литературы)**

Чурилина А.В., Чалая Л.Ф., Москалюк О.Н., Мацынина Н.И.  
*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького*

**Резюме.** Представлен обзор литературы, посвященный диагностике функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста, который свидетельствует о разнообразии и сложности выявления данной патологии у пациентов первых лет жизни.

**Ключевые слова:** функциональные гастроинтестинальные нарушения, дети раннего возраста

Функциональные гастроинтестинальные расстройства (ФГР) – это нарушение функции органов пищеварения, которые связаны с изменением их регуляции и сопровождаются разнообразной комбинацией гастроинтестинальных симптомов без структурных или биохимических нарушений [1, 2, 3, 4].

На симпозиуме в рамках гастроэнтерологической недели (Digestive Disease Week), состоявшейся 23 мая 2006 года в Лос-Анжелесе, была принята усовершенствованная классификация и новые критерии диагностики ФГР у детей (Rome III Diagnostic Criteria – Римские критерии диагностики III) [5]. В соответствии с принятой классификацией, ФГР у детей было распределены на две группы: G и H. В группу G были включены ФГР, которые наблюдаются у новорожденных и детей раннего возраста, а к группе H – ФГР, которые встречаются у детей и подростков.