

Університеті Тенрі. 5 річний досвід роботи з водою знайшов своє відображення в книзі «Послання води» яка була опублікована в 1999 році в Японії.

Дослідження М.Емото показали, що оточуюча нас вода яка міститься у всіх живих організмах дуже чутливо реагує на інформацію любого характеру, зберігає в собі всю інформацію, обмінюється нею з оточуючим світом.

Надзвичайно красива структура льоду виявилася під впливом на воду музики Моцарта, молитов різних віровчень, написів «Я тебе люблю», чудових віршів, псалмів. Структура льоду, які були отримані під впливом злості та ненависті, представляли собою грудку льодяних уламків.

В 2003 р. в РФ в ЗМІ було повідомлено про захист докторської дисертації в Інституті медико-біологічних проблем РАН С.В.Зеніним, яка присвячена пам'яті води. Було встановлено, що в воді може існувати «кристал», який складається з 912 молекул, час життя якого триває хвилини та години. Таке утворення С.В.Зенін назвав основним структурним елементом води. Геометрія цих утворень (шість ромбічних граней) однакова, а властивості – різні і залежать від того, в якому співвідношенні виступають на поверхню атоми кисню та водню. Конфігурація елементів води чутливо реагує на любі зовнішні впливи: пропускають через воду струм – структурний елемент утворює одну фігуру, міняють тиск – утворюється нова фігура. Таким чином, вода міняє свою структуру під впливом багатьох факторів. Дослідження С.В.Зеніна показали, що структура водного середовища така ж індивідуальна, як і відбитки пальців. Саме вона визначає якість крові, впливає на окислювально-відновні процеси.

Вияснилося, що на властивості води можна виливати думкою.

XXI вік відноситься до Ери Водоля.

Організація Об'єднаних Націй оголосила 2005 рік початком Десятиріччя води (2005-2014).

Тому потрібно вивчати воду. Вивчаючи воду, ми вивчаємо самих себе. Не випадково філософ Фалес говорив «Вода є першопричиною всього суцього».

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Андреев Ю. Вода – наместник Бога на Земле. СПб: Питер, 2006. – 320 с.
2. Василевский В.Л. Вода /БСЭ. М., Изд-во «Советская энциклопедия» Т.5. М, 1971, с.500-500.
3. Гарт О. Водный баланс. Транспорт жидкости и растворенных веществ //Физиология человека: В 4-х томах Т.4. Пер. с англ. /Под ред. Р.Шмидта и Г.Тевса. – М: Мир, 1986, с. 198-220.
4. Коломийцева М.Г., Габолич Р.Д. Микроэлементы в медицине. – М. Изд-во «Медицина», 1970. – 288 с.
5. Сэхяну В. Вода /Химия, физика и математика жизни. Пер. с рум. Маргариты Хутари. Бухарест. Науч. изд-во, с.93-96.
6. Черкинский С.К. Вода /БСЭ. М., Изд-во «Советская энциклопедия» Т.5. М, 1971, с.508-512.
7. Эмото М. Послания воды: Тайные коды кристаллов льда /Перев. с англ. – М: ООО Издательство «София», 2006 – 96 с.
8. Эмото М. Энергия воды для самопознания и исцеления /Перев. с англ. – М: ООО Издательство «София», 2006 – 96 с.

**Я.І.ПУЗИЧ, В.Д.ІВАЩУК**

#### **ШЛЯХИ РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ**

*В роботі аналізуються деякі існуючі підходи до формування стандартів якості діагностики і лікування в системі охорони здоров'я.*

*В работе анализируются некоторые существующие подходы к формированию стандартов качества диагностики и лечения в системе охраны здоровья.*

*Some existent approaches to forming of standards of quality of diagnostics and treatment in the system of health care are analysed in work.*

Питання розробки і використання сучасних діагностичних і лікувальних технологій в закладах охорони здоров'я набирає все більшу актуальність і значимість. Одними із основних характеристик технологій є стандарти діагностики, процесу лікування і його віддалених результатів, їх відповідність можливостям лікувальних закладів і потреб хворого з кінцевою метою позитивного прогнозу для пацієнта і економічної доцільності для медичного закладу.

В зв'язку з цим стандарти якості доцільно розглядати як окремі ланки єдиного технологічного процесу, що передбачають використання найбільш ефективних по результативності і економічності методів діагностики і лікування з врахуванням всіх існуючих методик, індивідуальних особливостей протікання захворювання, а також матеріальних, кадрових та інших можливостей лікувального закладу.

Само визначення "стандарт" варто трактувати як допустимі ймовірні границі параметрів стану організму в результаті використання діагностичних і лікувальних маніпуляцій. Визначив стандарт, ми можемо створити гнучкі лікувальні технології, які піддаються чіткому аналізу та контролю.

Одним з основних принципів формування стандартів в медицині на сьогоднішній день є нозологічний підхід, згідно якому основою формування стандарту є діагноз. Це недолік даного принципу, поскільки виходить, що спочатку постає діагноз, під який підводиться стандарт діагностики та лікування. При цьому необхідно спочатку бути впевненим в діагнозі, і тоді стандарт якості діагностики втрачає смисл, або із стандарту виключений принципово важливий елемент медичної діяльності - діагностика захворювань. В рамках цього підходу лікар при обстеженні хворого сприймає симптоми як ознаки вже наперед відомого захворювання.

В конкретних випадках практичної діяльності логічна послідовність діагностики діаметрально протилежна. Лікар виявляє ці чи інші симптоми, групує їх посиндромно і, виключаючи шляхом диференціальної діагностики подібні захворювання, доходить до встановлення діагнозу.

При нозологічному підході логіка мислення і дії лікаря обумовлені додатковим, значно формалізованим циклом: відомий діагноз - відповідна йому симптоматика - диференціальна діагностика - попередній діагноз. Даний цикл повторюється до постановки максимально заключного діагнозу. Очевидно, що в даному випадку лікар обмежений в трактуванні цього чи іншого симптомокомплексу і в своїй подальшій діяльності повинен опиратися на широкий діапазон обстежень, що часто не гарантується ні підготовкою спеціалістів, ні діагностичними можливостями лікувально-профілактичного закладу. А інколи це приводить до ряду діагностичних помилок.

Крім цього, даний підхід до діагностики і лікування передбачає широке залучення спеціалістів вузького профілю, а лікуючий лікар в деяких випадках виступає лише як координатор їх діагностичних і лікувальних рекомендацій. В ряді випадків спостерігається необґрунтоване збільшення кількості діагностичних досліджень та консультацій. До цього ж помилка в діагнозі може бути виявлена в більш пізні терміни, діагностична послідовність не передбачувана. Тому закладений в даний час в існуючі стандарти максимальний чи мінімальний перелік лабораторних і клінічних досліджень може бути необ'єктивним і недостатнім. Важливо також, що стандарти діагностики розроблені, в основному, для стаціонарів. В амбулаторно-поліклінічних закладах вони ще недосконалі, де важливу роль відіграє фактор часу в діагностично-лікувальному процесі.

Існуючі на сьогоднішній день методи формування стандартів лікування також мають ряд конструктивних недоліків - в них вказані або найбільш загальні групи лікарських препаратів і перераховані методи лікування, або детально розписані 1-3 методики лікування з визначенням доз і періодикою прийому препаратів. Необ'єктивність даного стандарту і неможливість його ефективного практичного застосування очевидні, особливо при оцінці якості лікування, поскільки тут не враховані ці параметри стану хворого, ні ефективність того чи іншого методу лікування, ні особливості лікувально-охоронного режиму.

Що стосується стандартів якості лікування, то вони або відсутні зовсім в пропонованих розробках, або носять загальний характер, який допускає чисельні трактування результатів лікування. Наприклад: "відсутність ускладнень", "покращення загального стану хворого", "нормалізація загального стану хворого", тощо.

Стандарти, які сьогодні розробляються в закладах охорони здоров'я, як правило, орієнтовані на фактичні можливості того чи іншого конкретного лікувального закладу, а звідси - це не стандарти загальноприйнятого характеру, а методи діагностики і лікування певного закладу (скільки лікувальних закладів - стільки і стандартів).

Викладені вище недоліки існуючих стандартів диктують необхідність пошуку принципово нових підходів до проблеми з врахуванням єдності і взаємовпливу поліклінічної і стаціонарної допомоги, взаємозв'язку індивідуальних особливостей пацієнта і протікання захворювання з об'єктивною оцінкою його стану, взаємовпливу застосовуваних методів діагностики і лікування, оцінки ефективності лікування.

Перш за все, стандарт діагностики повинен розроблятися на основі або синдрому, або стану хворого.

По-друге, стандарт якості лікування і діагностики повинен бути єдиним, прийнятим на території району, області, держави.

По-третє, стандарт якості лікування і діагностики повинен бути єдиним як для стаціонару, так і для амбулаторно-поліклінічного закладу.

По-четверте, стандарт якості повинен характеризувати не фактичний стан медичної допомоги, а максимально досягнутий рівень медичної допомоги при сучасному розвитку науки і практики, ступінь відповідності лікування конкретного хворого його стану і протіканню хвороби, віддаленим наслідкам.

Проблема якості актуальна сьогодні для всіх видів послуг. Якість медичної допомоги ( quality of medical care ) - це сукупність характеристик, що підтверджують відповідність наданої медичної допомоги наявним потребам стану здоров'я пацієнта ( населення ), його очікуванням, сучасному рівню медичної науки і технології. Якість медичної допомоги повинна відповідати наступним характерним показникам:

- адекватність ( appropriateness )
- доступність ( availability )
- своєчасність ( timeliness )
- безперервність ( continuity )
- дієвість ( efficacy )
- ефективність ( efficiency )
- результативність ( effectiveness )
- безпечність ( safety )
- спроможність задовольнити потреби хворого ( satisfaction )
- стабільність процесу і результату ( stability )
- постійне удосконалення і поліпшення технологій ( improvement )

Особливо гостро це виявляється при переході до ринкової економіки. Лікувально-профілактичні заклади будь-якої форми власності, які не приділяють уваги цим характеристикам якості в сучасному розумінні.

Щодо проблеми якості медичної допомоги, то тут часто виникають труднощі в самому трактуванні понять якості, їх зарубіжного перекладу. А звідси проблеми і з управлінням якістю ( quality assurance and management ), особливо в системі охорони здоров'я. Тут важливо розібратися в наступних термінах:

- контроль якості ( quality control ) який носить оперативний характер, що стосується швидких змін для його підвищення в рамках кількох підрозділів закладу на основі відповідних нормативних документів.

- забезпечення якості медичних послуг ( quality assurance ) - види діяльності і програми, що мають ціллю задовольнити наявні або передбачувані очікування і потреби окремих пацієнтів і груп населення з ефективним використанням обмежених ресурсів на основі своєчасного аналізу скарг, корекції технологічних процесів та нормативних документів, відстежування запитів пацієнтів.

- загальне управління якістю ( quality management ) - включає перші два рівні, а також додаткові поняття такі, як політика в області якості, маркетинг та планування заходів щодо поліпшення якості медичних послуг на основі можливостей та бажань пацієнтів. На цьому рівні у забезпеченні якості приймає участь увесь колектив лікувально-профілактичного закладу, його керівники та органи державної влади, що контролюють діяльність закладу.

- всезагальне управління якістю при наданні медичної допомоги ( TQM - total quality management of medical care ) - це найвищий рівень управління якістю. Постійно діюча система управління поліпшенням якості медичної допомоги, що спрямовується зверху. Вона включає всі попередні рівні якості та вносить поняття тривалої стратегії і участі в цій стратегії не тільки працівників галузі охорони здоров'я, але і усієї держави.

На сьогоднішній день ідеї всезагального управління якістю у всіх сферах діяльності трансформувалися у декілька ключових принципів системного управління якістю. В медицині вони виглядають орієнтовно наступним чином:

- стратегічна орієнтація на користувача медичною допомогою ( одержувача медичних послуг ).
- роль керівництва лікувального закладу у створенні умов для реалізації загального управління якістю.
- залучення всіх працівників лікувально-профілактичного закладу в діяльність по управлінню якістю.
- процесний підхід до управління якістю.

- системний підхід до управління якістю.
- постійне поліпшення якості медичної допомоги.
- обґрунтоване прийняття рішень, заснованих на фактах.
- взаємовигідні відношення з надавачами медичних послуг усіх рівнів.

Ці принципи повинні лягти в основу розробки і використання нових стандартів надання діагностично-лікувальної допомоги населенню, які повинні базуватися на широкому впровадженні наукових розробок в області управління і лікувально-діагностичних технологій, високому ступені комп'ютеризації всіх операцій управління, максимальному використанні можливостей людини, систематичному навчанні персоналу.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Постовит В.А. О значении клинического метода в современной диагностике // Советская медицина .- 1991 .- № 12.- С.47-50.
2. Заплотинський Б.А., Єщенко П.С. Використання досвіду зарубіжних країн для переходу від забезпечення до управління якістю в управлінні // Международная научно – техн.конф. студенчества и молодежи: Мир информации и телекоммуникации.- тез. докл.- Киев, 4-6 декабря 2002 г. - С.224-226.
3. Каневський О.С., Кислий В.М., Ткачук І.С. Передумови застосування логістичних підходів у галузі медицини // Медицина транспорту України .- 2005. - № 12 /14/.- С.22-29.
4. Пузич Я.І. Розробка і використання стандартів якості роботи лікувально – профілактичних закладів в сучасних умовах //Мат.науч.-пр.конф. "Профілактика, діагностика та лікування - основні складові терапії "- тез. Доповідей. - Харків, 19 жовтня 2006р.- С.72.

**Я.І.ТОМАШЕВСЬКИЙ, О.І.БУМБАР,  
О.Я.ТОМАШЕВСЬКА, Р.Д.МАКАР**

**РЕЗУЛЬТАТИ ДІЯЛЬНОСТІ „НАУКОВОЇ КОМІСІЇ З АКТУАЛЬНИХ ПИТАНЬ  
ЕНДОКРИНОЛОГІЇ” ЛЬВІВСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ  
імені Данила Галицького  
(Повідомлення 1)**

*Стаття присвячена підсумкам діяльності Львівських науковців в галузі актуальних питань ендокринології*

*Статья посвящена итогам деятельности Львовских ученых в области актуальных вопросов эндокринологии*

*The article is devoted to the results of activity of the Lvov scientists in area of actual questions of endocrinology*

Згідно із наказом (№662/193 від 27.05.1993р./ ректора Львівського державного медичного інституту академіка НАН України М.П.Павловського та начальника управління охорони здоров'я Львівської облдержадміністрації З.О.Криворучка, у 1993 р. заснована „Наукова комісія з актуальних питань ендокринології”, її початкова назва „Патологія щитовидної залози у Прикарпатті”. У складі комісії: професор Я.І.Томашевський (голова), доцент Р.Д.Макар (секретар), Ю.М.Вендзилович (головний ендокринолог Львівської області), академік І.І.Даценко, професор О.В.Лукавецький, доцент А.Ю.Рудницька, В.І.Цибуківська (головний ендокринолог м. Львова). З науковою проблемною комісією співпрацювали докторанти: доцент О.Я.Томашевська (вивчення метаболічного синдрому) та доцент О.І.Бумбар (дослідження вуглеводного обміну при захворюваннях пародонту).

Основні напрямки наукової діяльності комісії:

1. Опрацювання програми епідеміологічних досліджень стосовно цукрового діабету та патології щитоподібної залози;
2. Підготовка науково-педагогічних кадрів;
3. Координація своєї діяльності із профільними інститутами, кафедрами, установами, товариствами щодо організації боротьби із ендокринними захворюваннями.

Матеріали публікуються згідно із доповіддю голови комісії проф. Я.І.Томашевського на засіданнях Вченої ради університету та Лікарської комісії НТШ (2005 р.)

1. Програма епідеміологічних досліджень в ендокринології

Актуальність проблеми