

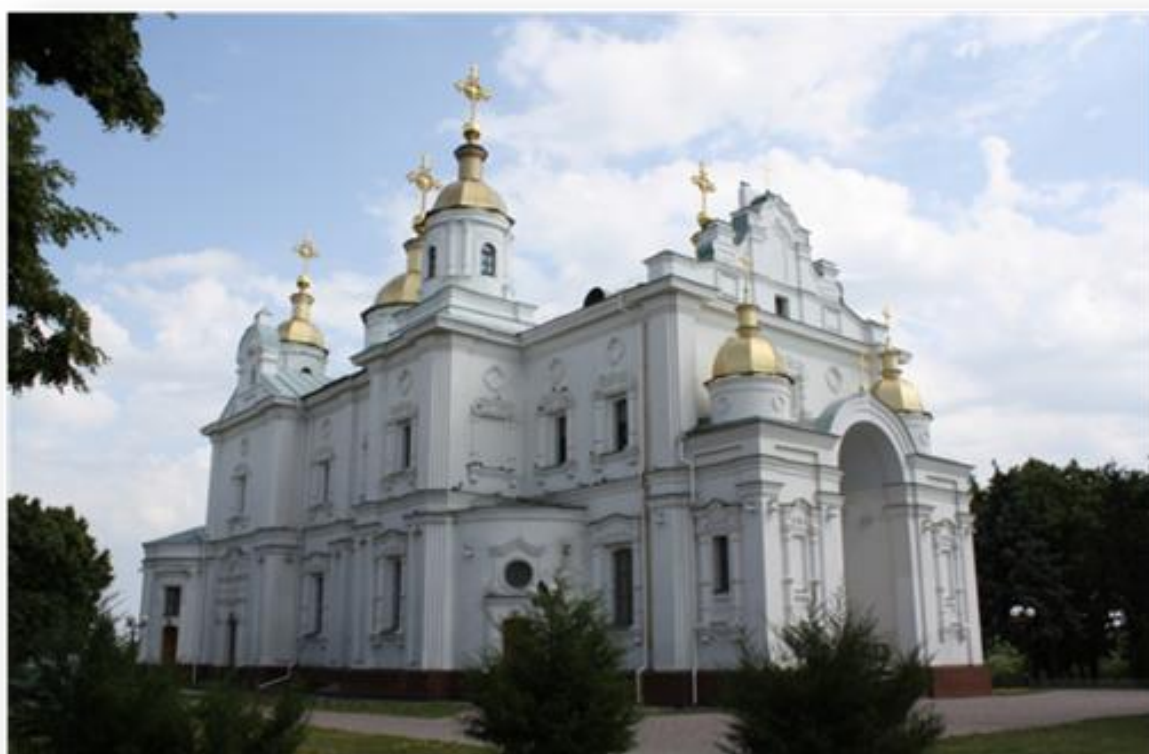
**Міністерство охорони здоров'я України
Полтавський державний медичний університет
Департамент охорони здоров'я Полтавської облдержадміністрації**

МАТЕРІАЛИ

**всеукраїнської науково-практичної
конференції з міжнародною участю**

**«Полтавські дні громадського
здоров'я»**

27 травня 2022 року



**ПОЛТАВА
2022**

УДК 614-027.555(075)

**Редакційна колегія: Ждан В. М., Лисак В. П., Голованова І. А.,
Ляхова Н.О., Краснова О. І., Хорош М. В.**

«Полтавські дні громадського здоров'я»: Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю. (2022; Полтава).

Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Полтавські дні громадського здоров'я», 27 травня 2022 року. [Текст] / ПДМУ; [ред.кол.: В. М. Ждан, В. П., Лисак, І. А., Голованова та ін.]. – Полтава, 2022. – 70 с.

Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Полтавські дні громадського здоров'я» містять в собі наукові праці з питань організаційних, правових, клінічних аспектів діяльності системи громадського здоров'я та системи охорони здоров'я в Україні в мирний час та під час військового стану, роботі фахівців різних спеціальностей, питанням покращення організації системи громадського здоров'я та галузі охорони здоров'я та оптимізації роботи лікувальних закладів у період реформування.

УДК 614-027.555(075)

©Полтавський державний медичний університет, 2022

ВІТАЛЬНЕ СЛОВО

**доктора медичних наук, професора, заслуженого лікаря України
ректора Полтавського державного медичного університету,
ВЯЧЕСЛАВА ЖДАНА**



Шановні гості, шановні учасники конференції, друзі!

Маю честь привітати Вас на Всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю «Полтавські дні громадського здоров'я» від імені чисельного колективу Полтавського державного медичного університету.

Безперервний професійний розвиток лікарів – це процес навчання та вдосконалення професійних компетентностей фахівців після здобуття ними вищої освіти у сфері охорони здоров'я та післядипломної освіти в інтернатурі, що дає змогу фахівцю підтримувати або покращувати стандарти професійної діяльності відповідно до потреб сфери охорони здоров'я та триває протягом усього періоду професійної діяльності

Основними задачами наукових конференцій є обмін досвідом та сучасними науковими здобутками серед науковців та практиків, можливість отримати нові знання або вдосконалити існуючі. Нинішня конференція присвячені питанням перебудови і оптимізації системи екстреної медичної допомоги та медицини катастроф в Україні, яка є невід'ємною складовою і одним із пріоритетів реформи охорони здоров'я, що робить питання, які будуть розглянуті на конференції, особливо актуальними та важливими.

Ми раді бачити Вас в нашому Університеті, дозвольте побажати творчого натхнення, плідних дискусій та здобуття нових знань.

З повагою та найкращими побажаннями.

**Ректор Полтавського державного медичного університету,
д.мед.н., заслужений лікар України, професор Вячеслав Ждан**

**Вітальне слово завідувача кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я, організації та економіки охорони здоров'я з лікарсько-трудовою експертизою, доктор медичних наук, професора
Ірини Голованової**



Вельмишановні учасники конференції!

Дозвольте привітати Вас від імені кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я, організації та економіки охорони здоров'я з лікарсько-трудовою експертизою та щиро подякувати учасникам за увагу до нашої науково-практичної конференції «Екстрена та невідкладна допомога в Україні: організаційні, правові, клінічні аспекти».

Організація такої конференції в одному з провідних медичних вишів України, за активної участі не лише науковців, а й фахівців практичної медицини, свідчить як про важливість тематики, так і про інтеграцію академічної науки, управлінського сектору та практичної охорони здоров'я.

Проведення науково-практичної конференції дає можливість обговорити актуальні питання організації та управління системи охорони здоров'я, розглянути шляхи оптимізації та ознайомитися з досвідом інших країн. Незаперечним є необхідність наукового супроводу у вирішенні питань організації охорони здоров'я.

Бажаю всім учасникам конференції розширення професійних і партнерських контактів, активного наукового спілкування та продуктивної творчої дискусії.

З повагою та найкращими побажаннями.

**Завідувач кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я,
організації та економіки охорони здоров'я з лікарсько-трудовою
експертизою,
д.мед.н., професор Ірина Голованова**

СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ: ВИКЛИКИ СЬОГОДЕННЯ

Ждан В. М., Голованова І.А., Харченко С.В., Ляхова Н.О.

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Системний аналіз інформаційних матеріалів Міністерства охорони здоров'я України та наукових праць керівників галузі свідчить, що рівень здоров'я населення України сьогодні кваліфікується як незадовільний, оскільки впродовж останніх десятиріч спостерігається зростання рівня загальної смертності населення в межах 4 %, тоді як у країнах Європи, навпаки, – на 4 % відбулося його зниження, а середня тривалість очікуваного життя на 5 – 10 років менша, ніж в економічно розвинених європейських державах. За вказаний період рівень загальної захворюваності зріс на 10,6 %, поширеність хвороб – на 38,9 %, природний приріст має від'ємний характер і коливається від –5,8 до –7,8 на 1000 осіб, загальна чисельність населення скоротилася на 7,7 %, що вірогідно загрожує національній безпеці держави.

Ситуація ускладнюється деструктивними процесами в економіці і зниженням національного прибутку, внаслідок чого вкрай обмеженими стають видатки на охорону здоров'я, які у 2006 р. становили лише 356,8 грн. у розрахунку на одного мешканця України, що в доларовому еквіваленті вдвічі менше від рівня 1990 р. та у 20 – 30 разів – від інших країн Європи. Українцям незадовільними залишаються стан навколишнього середовища та умови праці.

В Україні залишається складною медико-демографічна ситуація. Очікувана тривалість життя населення в країні становить 68,2 року, що в середньому на 10 років нижче, ніж у країнах Євросоюзу. Рівень передчасної смертності втричі перевищує аналогічний у країнах Євросоюзу, у т.ч. дитячої смертності – в 2,5 рази; смертності від туберкульозу – в 20 разів.

Стан здоров'я населення України є незадовільним, на кожного громадянина припадає майже дві зареєстровані хвороби.

Сучасна система охорони здоров'я в Україні не забезпечує надання доступних та якісних медичних послуг, що негативно відбивається насамперед на незахищених верствах населення. Ускладнює досягнення мети рівного доступу до медичної допомоги для населення існуюча диспропорція на рівні міських і сільських територій, а також система відомчої медицини.

Особисті витрати населення на послуги охорони здоров'я перевищують третину від загального обсягу фінансування галузі (у 2008 р. – 40 %).

Проведений аналіз вказує на основні причини зазначених проблем в галузі охорони здоров'я:

- відсутність зв'язку між якістю та доступністю медичних послуг і видатками на її фінансування, а також брак мотивації медичних працівників до якісної праці;

- низький рівень профілактики та питомої ваги медичних послуг, які надаються на рівні первинної медико-санітарної допомоги;
- нераціональна структура системи охорони здоров'я (на 100 тис. населення в Україні припадає 5,6 лікарень; кількість ліжко-місць в Україні – 868 на 100 тис. населення; кількість лікарів на 100 тис. населення в Україні – 302);
- деформація структури видатків на охорону здоров'я (86 % бюджетних коштів, що виділяється на охорону здоров'я, йде на утримання закладів охорони здоров'я та оплату праці медичних працівників);
- дублювання медичних послуг на різних рівнях надання медичної допомоги, відсутність механізму управління потоками пацієнтів на різних рівнях надання медичних послуг;
- низький рівень самостійності закладів охорони здоров'я при використанні кадрових, фінансових і матеріально-технічних ресурсів.

Таким чином, вищезазначені чинники призводять до таких негативних наслідків, як недостатній рівень фінансування охорони здоров'я; невідповідність застосованих медичних технологій рівню розвитку науки; недостатній рівень капіталовкладень в охорону здоров'я; низька мотивація та недостатнє стимулювання медичного персоналу.

СУЧАСНІ ОСОБЛИВОСТІ ДИСТАНЦІЙНОЇ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ОСВІТИ

Акжитова Г. О.

Полтавський державний медичний університет

У період COVID-19 студенти по всьому світу перестали відвідувати факультети, як це було раніше, залишивши лише дистанційні заняття в режимі відеоконференції. Проте особливістю викладання стоматології є присутність у навчальному плані клінічної практики, де пацієнти відвідують стоматологічну клініку. Таким чином, дослідження та інновації в галузі стоматологічної освіти після пандемії COVID-19, швидше за все, призведуть до вдосконалення нових рішень і функцій, заснованих на фантомах або 3D-симуляторах для підтримки практичних стоматологічних навичок.

Впровадження технологій для студентів стоматологів забезпечить кращу ефективність виконання робіт у лабораторіях, досягнення оптимальної підготовки та високих стандартів технічних та мануальних навичок. Той факт, що клінічна діяльність в стоматологічних університетах могла б продовжуватися без пацієнтів, здається неможливим, але за допомогою віртуального моделювання цей парадокс може змінитися. Приєднавшись до робочої групи, інженери та стоматологи, безсумнівно, розроблять нові (й покращені) рішення для стоматологічної академічної спільноти.

Можливо, тоді коли створювалися симулятори та фантоми, це було лише питанням інновацій та прогресу технологій, але нині – питання здоров'я населення. COVID-19 мав величезний вплив на різні сектори

суспільства, клініки змінюються та пристосовуються до нових правил, які регулюють прийом у стоматолога. Навіть у часи пандемії студентам стоматологічних інститутів необхідно пройти практичну підготовку. Це також можна зробити за допомогою віртуального навчання або 3D-друкованих реалістичних моделей.

Сучасний стан впровадження технологій стоматологічної освіти.

В до-ковідну епоху навчальна програма багатьох університетів була реорганізована. Двома ключовими аспектами застосовуваних змін були інтеграція сучасних методів навчання та просування міждисциплінарного підходу з імітаційними моделями. Виготовлення моделей можна проводити за допомогою програмного забезпечення для 3D-моделювання, використовуючи 3D-друк після створення цифрової моделі або 3D-сканування. Kroger та ін. використовували 3 різні моделі для отримання передбачуваних кінцевих результатів, таких як: ортопедична модель для навчання препарування вінірів, консервативна модель для лікування карієсу та міждисциплінарна модель як з каріозними зубами, так і зі зруйнованою коронкою. Остання модель була використана на практичному курсі з 22 студентами-стоматологами (четвертий курс), переважна більшість визнала привабливість додаткового ефекту навчання та підтримала використання імітаційних моделей для клінічних курсів.

Реймус та ін. за допомогою конусно-променевої комп'ютерної томографії (КПКТ) оцифрували видалені людські зуби та за допомогою відповідного програмного забезпечення відтворили на стереолітографічному принтері копії зубів для ендодонтичного навчання. Студенти схвалили ці репліки, оскільки вони забезпечували високий рівень підготовки. Репліки підходили для різних аспектів ендодонтичного навчання, оскільки вони анатомічно дуже схожі з реальними зубами та краще, ніж традиційні акрилові зуби за різними критеріями: вони менш дорогі та тому виготовляються у великій кількості, є широкий вибір різних зубів за анатомією та вони мають гарну рентгеноконтрастність.

Perry та ін. зробили огляд використання симуляції в стоматологічній освіті, підкресливши досягнення в технології та медичній симуляції, які розробляються для підтримки набуття необхідних психомоторних навичок перед клінічними застосуваннями в реальному житті. У цьому плані впровадження таких технологій, як віртуальна реальність і тактильні симулятори, можуть покращити реалістичність симуляції та, як таке, бути все більш корисними у навчанні стоматологічним навичкам.

РЕАЛІЇ ТА НАЙБЛИЖЧІ ПЕРСПЕКТИВИ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ У ВИЩИХ МЕДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ УКРАЇНИ ПІД ЧАС ВІЙНИ

Анфілова М.Р.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Після початку повномасштабного вторгнення російських військ в Україну Міністерство освіти і науки України рекомендувало зупинити освітній процес у закладах освіти всіх рівнів. З 14 березня освітній процес почав відновлюватися у більшості областей України, проте, рішення про формат навчання, приймали обласні військові адміністрації та заклади освіти. Враховуючи, що мільйони українців були вимушені покинути свої домівки і оселитися у більш безпечних для життя областях України чи виїхати за кордон, більшість медичних ВНЗ продовжили освітній процес у онлайн форматі. Адже, саме цей формат дозволив продовжити медичну освіту у ці важкі для України часи.

Протягом останніх років, у зв'язку з пандемією COVID-19, онлайн навчання відіграло ключову роль у медичній освіті в Україні, продемонструвавши ряд переваг. Онлайн платформи для навчання дозволяють студентам медичних ВУЗів отримувати повний об'єм лекційного матеріалу, а також дають змогу студентам конструктивно опрацювати весь навчальний матеріал з викладачами під час практичних онлайн занять. Адже сучасні студенти зростають у мультимедійному світі, у світі технологій, мають величезний досвід використання мобільних засобів та ресурсів і віддають їм перевагу у порівнянні з класичними паперовими джерелами інформації.

Однією з основних переваг онлайн навчання є економія часу та відносна безпека. У студентів та викладачів відсутня необхідність бути присутніми очно на лекціях та практичних заняттях, дістаючись до місця їх проведення. Відсутня необхідність знаходження великої кількості людей в одному місці. Також великою перевагою онлайн навчання є економія витрат на навчальний процес. За оцінками фахівців, онлайн навчання, в середньому дешевше від інших форм освіти на 30 %.

Безумовно, у онлайн навчання для є і багато недоліків. Часто викладачі, констатують у студентів відсутність мотивації ззовні через недолік контролю, притаманного очному навчанню. Адже найбільший ефект від онлайн навчання здатні отримати студенти, які мають високу внутрішню мотивацію. Також поки що, одним із суттєвих недоліків онлайн навчання, більшість викладачів вважають неможливість оволодіння практичними навичками, які вкрай важливі для професійного становлення майбутнього лікаря.

Але цілком ймовірно, що онлайн навчання у найближчій час залишиться життєво важливим джерелом медичної освіти в Україні. Головним завданням такого варіанту освіти буде забезпечення

якісного і результативного навчання, не гіршого за очну форму, яке дасть можливість продовжити навчання усім українським студентам медичних ВНЗ, незважаючи на їх місцезнаходження.

Використання різноманітних цифрових платформ для навчання студентів у вищих навчальних медичних закладах України дозволить здобути важливий досвід і краще зрозуміти переваги і недоліки онлайн навчання для подальшого його удосконалення. Нові реалії освітнього процесу у медичних ВНЗ стимулюватимуть розвиток унікальних смарт-технологій, системи штучного інтелекту, технологій віртуальної реальності у медичному світі. Все це допоможе отримувати необхідні практичні навички в процесі дистанційної освіти і онлайн навчання майбутніх українських лікарів.

РОЛЬ ОРГАНІЗАЦІЙНОГО КОМПОНЕНТУ В ПРОТИДІ ЕМОЦІЙНОМУ ВИГОРАННЮ

Байда Т. О.

Сенчанський центр ПМСД, Полтавська область, Україна

Вигорання, часто охарактеризоване як розумове та фізичне виснаження, викликане надмірним стресом на роботі, є поширеною проблемою багатьох професій, особливо у сфері охорони здоров'я. Медсестри та лікарі часто схильні до емоційного вигорання, а кількість практикуючих лікарів, які повідомляють про виснаження неухильно росте.

Емоційне вигорання це емоційне виснаження, деперсоналізація та зниження рівня особистих досягнень, що трапляється серед людей, які працюють з людьми. -Більш пізніше визначення таке - являє собою розмивання цінностей, гідності, духу та волі – розмивання людської душі. Це хвороба, яка поширюється з часом , поступово і безперервно вводячи людей у спадну спіраль з якої важко вибратися.

Вигорання серед лікарів демонструє ознаки приросту з року у рік:

- лікарі, які працюють на передовій (невідкладна допомога, сімейна медицина, внутрішні хвороби, акушерство та гінекологія) мають особливо високий ризик вигорання;
- жінки-лікарі частіше відчувають вигорання ,ніж їхні колеги - чоловіки;

За даними ВООЗ лише половина всіх лікарів повідомила про «нормальне психологічне благополуччя», тоді як у 27,3% було виявлено низький настрій, а 22, 2% - ймовірну депресію.

Дані опитування, проведеного в Україні у вересні 2020 року (опитування агенції «Здорові комунікації», в ньому взяло участь 354 медичні працівники) виявило:

- відчувають себе виснаженими фізично та емоційно 39%;
- думки про роботу викликають негативні емоції у 29%;
- здається , що поведяться з колегами та пацієнтами грубо 17%;
- легко дратуються помилкам колег та довгим розмовам з пацієнтами 35%;

- часто відчувають , що їх роботу не цінують 33%;
- часто відчувають,що немає з ким поговорити про проблеми на роботі 20%;
- інколи результати роботи здаються незначними 30%;
- часто відчувають тиск, коли люди говорять про високе покликання медиків 30%;
- інколи відчувають, що не отримують задоволення від своєї професії, того, що її обрали – 24%;
- інколи думають про зміну місця роботи 31%;
- відчувають дискомфорт в спілкуванні з пацієнтами 24%;
- відкладають «паперову роботу» 34%;
- думають про те ,що могли знайти роботу кращу 34%;
- бракує часу на особисті справи та плани 37%;
- нервують, коли вдома питають про роботу 29%;
- важко прокидаються зранку 35%.

Використовуючи наведені дані , можна виділити індивідуальні фактори осіб, котрі схильні до вигорання:

- демографічні характеристики: серед молодих працівників рівень вигорання вищий, ніж серед осіб старше 40 років. Ті, хто не перебуває в шлюбі більш схильні до вигорання ,ніж ті хто одружений;
- характер особистості: працівники з низьким рівнем витривалості (відчуття контролю над подіями, готовність до змін) мають вищі показники вигорання. Вигорання вище серед людей, які мають зовнішній локус контролю. Низька самооцінка. Ідеалізм, перфекціонізм та велике почуття відповідальності
- ставлення до роботи: дуже високе очікування від роботи, як з точки зору її характеру, так і з точки зору досягнення успіху.

Причинами вигорання серед медичних працівників з точки зору організаційного аспекту є: непомірне робоче навантаження; надмірний/недостатній контроль; недостатня винагорода/визнання; погані стосунки в колективі; відсутність справедливості; розходження цінностей; невідповідність робочого місця та людини. Виявлено, що вигорання катастрофічно впливає на ефективність роботи: слабка здатність приймати рішення; більше помилок у лікуванні; зниження якості послуг; погане самообслуговування; прогули, наміри залишити роботу та плінність кадрів; особисті конфлікти на робочому місці; «зараження» вигоранням. Люди можуть терпіти більші навантаження, якщо вони цінують роботу та відчуття, що роблять щось важливе або якщо вони почувають добре винагородженими за свою роботу та зусилля.

Факторами , які мотивують до роботи, тим самим попереджаючи вигорання є: відчуття особистої відповідальності за свою роботу, що походить від автономії щодо темпу роботи та процедур; сприйняття своєї

роботи як значущої; знання результатів своєї роботи через зворотній зв'язок з тими, хто користується результатами роботи, керівниками, колегами.

Зовнішні фактори, від яких залежить профілактика вигорання є: рівень оплати праці; справедливість оплати праці; фізична безпека робочого місця - соціальні контакти, які пропонують підтримку та займають важливу позицію.

Необхідно залучати працівників до протидії емоційному виснаженню. У робочому середовищі повинні виконуватися такі психологічні умови: значимість (працівники почуваються вартими, корисними, цінними); безпека (середовище, в якому люди відчують здатність діяти так, як це було б нормально для людини, не боячись негативних наслідків, відкритість і підтримка); доступність (працівники мають засоби, за допомогою яких можуть займатися своїми робочими завданнями в будь-який конкретний момент).

Основні задачі медичного закладу, через виконання яких можна провадити ефективну медичну практику в здоровому, ментально та фізично, колективі: поліпшити управління персоналом; інвестувати в розвиток лідерства – дослідження клініки Мейо показало, що підвищення на 1 бал в рейтингу лідерства лікарів зменшило ймовірне вигорання на 3,3%, а задоволення від роботи зросло на 9%; пропонувати гнучкий графік роботи; зменшення технологічного навантаження - часто для того, щоб не відставати від документації лікарям потрібно 60 годин – це час, який шкодить особистим стосункам та сім'ї. Рішення для подолання стресу, зв'язаного з технологіями може включати в себе: більш комплексне навчання, інвестування в більш оптимізовану систему чи, навіть делегування цієї роботи спеціально найнятим людям; зниження тягаря неклінічної діяльності; надавати підтримку та допомогу працівникам, які постраждали від вигорання; медичні заклади повинні запровадити чесну та справедливую політику та практику.

Найкращий метод протидії вигоранню – це його попередження - ефективний менеджмент, розвинута система мотивації та сформована корпоративна культура.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАХОДІВ ЩОДО ВИНИКНЕННЯ ТА ПОШИРЕННЯ ВНУТРІШНЬО-ЛІКАРНЯНОЇ ІНФЕКЦІЇ В ПЕРІОД ПАНДЕМІЇ COVID-19 В УКРАЇНІ

Бєла Ю. М., Катрушов О.В.

Полтавський державний медичний університет

Сучасний підхід до розробки та впровадження окремих заходів щодо попередження виникнення ВЛІ полягає в тому, що ці положення мають базуватися на принципах доказової медицини. Доказова медицина - це медицина, заснована на фактах, на чітко обґрунтованих наукових висновках,

зроблених на базі об'ємних досліджень, що включають велику кількість спостережень. Рекомендації, спрямовані на зниження ризику інфекції області хірургічного втручання віднесено в ті або інші категорії (IA, IB, II, рекомендації відсутні або не вирішене питання), базуючись на наявних наукових даних, теоретичному обґрунтуванні і можливості застосування. Категорія IA. Рекомендації наполегливо рекомендуються для впровадження і доведено добре організованими експериментальними, клінічними або епідеміологічними дослідженнями. Категорія IB. Рекомендації наполегливо рекомендуються для впровадження, доведено певними експериментальними, клінічними або епідеміологічними дослідженнями і мають вагоме теоретичне обґрунтування. Категорія II. Пропонується для впровадження, засновані на припущеннях, даних клінічних або епідеміологічних досліджень, або мають теоретичне обґрунтування. Рекомендації відсутні; невирішене питання. Заходи, для яких відсутні достатні докази ефективності або не досягнуто консенсусу.

З появою пандемії SARS-CoV-2 (2019 рік) виникли нові ризики розповсюдження ВЛІ в межах ЗОЗ, особливо це стосується відділень, що надають оперативну хірургічну допомогу пацієнтам. Встановлено, що SARS-CoV-2 інтенсивно поширюється в людській популяції без залучення тваринного джерела практично виключно від людини до людини як антропоноз за допомогою повітряно-крапельного механізму передачі вірусу через аерозольні, переважно великодисперсні (>5 мкм), виділення з дихальних шляхів, які швидко падають на землю через силу тяжіння, як правило, в межах 1-2 метрів від людини-джерела. Також існує думка, що передача можлива через дрібнодисперсні аерозолі (≤ 5 мкм), які швидко випаровуються у повітрі, залишаючи після себе ядра аерозолі, що є досить маленькими та легкими, щоб залишитися суспендованими у повітрі годинами (аналогічно пилу), що дає гіпотетично можливість зараження в приміщенні навіть вже за відсутності джерела інфекції, однак це дискутується. Не виключається можливість зараження через потрапляння аерозолів на кон'юнктиви, хоча ймовірним отут є зараження внаслідок торкання пальцями до повік, які забруднили виділення від хворого, або потирання їх, а потім несвідоме перенесення вірусу забрудненими пальцями до губ і надалі вдихання у дихальні шляхи.

Виявлені показники летальності стосовно зараження SARS-CoV-2 - 1,0% серед дорослих у віці 50–59 років, 3,5% серед 60–69 років, 12,8% серед 70–79 років і 20,2% серед 80 років і старше. Серед тяжкохворих, особливо з хірургічною патологією, летальність досягає 50% серед дорослих у віці 40–49 років і 87,5–100% серед тих, хто старше 70 років. Так як з віком кількість хірургічної патології статистично зростає, то вищезазначена статистика смертності викликає занепокоєння і потребує ретельного дотримання санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів профілактики заносу інфекції SARS-CoV-2 у відділення хірургічного втручання. Екстрена госпіталізація за життєвими показниками хворих в період пандемії

призводить до непередбачуваної появи в стаціонарах пацієнтів – джерел ВЛІ, що може призвести до тяжких наслідків.

В результаті проведеного дослідження можна зробити наступні висновки:

1. Проблема внутрішньолікарняних інфекцій залишається актуальною і потребує як уваги багатьох інституцій, так і їх скоординованої діяльності. Пандемія SARS-CoV-2 показала, що належний інфекційний контроль – це запорука безперебійної роботи ЗОЗ, здоров'я персоналу та пацієнтів. В першу чергу необхідно створити систему клініко-мікробіологічного та епідеміологічного моніторингу на базі інфекційного контролю. На національному рівні необхідно створити єдиний центр контролю за ВЛІ де потрібно було б проводити більш широкий обсяг лабораторних досліджень, аналізувати результати та розробляти прогнози щодо циркуляції та антибіотикорезистентності збудників окремих інфекційних хвороб, проводити довгострокове зберігання актуальних штамів збудника.

2. Кожна лікарня має ввести заходи для ефективної профілактики забруднення повітряного середовища лікарняного закладу аерозолями, що утворюються при керованому апаратному диханні, в стоматології, де працюють слино відсмоктувачі, в хірургічних відділеннях (операційні, маніпуляційні) де використовуються відсмоктувачі рідин (ексудат, гній та ін.) необхідно обладнати три централізовані системи забезпечення функціонування цих приміщень:

- подача медичного очищеного стерильного кисню;
- подача очищеного стерильного повітря до апаратів ШВЛ;
- вакуумного видалення відпрацьованого повітря від апаратів ШВЛ, слино відсмоктувачів, відсмоктувачів рідин з обов'язковим знезараженням перед викидом в атмосферу.

3. Посилення ризиків поширення внутрішньо-лікарняної інфекції в період пандемії SARS-CoV-2 також обумовлене фактором дефіциту часу на проведення обстеження пацієнтів на наявність супутніх захворювань інфекційного характеру. Екстрена госпіталізація за життєвими показниками хворих в період пандемії призводить до непередбачуваної появи в стаціонарах пацієнтів – джерел ВЛІ, що може призвести до тяжких наслідків.

ХАРАКТЕРИСТИКА ГРУПИ ОСОБЛИВО НЕБЕЗПЕЧНИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Білойваненко О.І.¹, Плужнікова Т.В.², Костріков А. В.²

¹Головне управління Держпродспоживслужби в Черкаській області,
Золотоноша

²Полтавський державний медичний університет, Полтава

Особливо небезпечні інфекції (ОНІ) – це тяжкі гостро заразні інфекції, які здатні масово поширюватись у вигляді епідемій і пандемій і дають високий відсоток летальності. Особливо небезпечні інфекції: чума, холера, натуральна віспа (віспа мавп), жовта гарячка, тощо. Їх називають ще

«карантинними» захворюваннями. «Карантин» походить від італійського слова «сорок» - стільки днів раніше витримували в ізоляції людей, які приїжджали з епідемічних територій. Особливо небезпечні інфекційні захворювання ще називають «конвенційними», так як профілактичні та протиепідемічні заходи щодо цих інфекцій регламентуються «Міжнародними санітарними правилами» (МСП, 1969 р., 1973 р.) та міжнародними угодами – конвенціями. Ці правила направлені на запобігання ввезенню ОНІ і охорону території держав від розповсюдження особливо небезпечних інфекцій. Вони виконуються кожною країною, яка входить до ВООЗ.

Згідно із Міжнародних санітарних правил кожна країна протягом 24 годин повинна повідомити ВООЗ про:

- 1) випадки захворювання або виявлення збудника особливо небезпечних інфекцій на її території;
- 2) кількість летальних випадків;
- 3) механізми і шляхи передачі;
- 4) розміри осередку;
- 5) ліквідацію осередку.

У свою чергу ВООЗ повідомляє всі інші країни про випадки особливо небезпечних інфекцій у світі, видає інформацію про спалахи, публікує звіти та результати наукових досліджень і надає допомогу в проведенні карантинних заходів.

Група біологічно небезпечних мікроорганізмів різного походження завжди була і буде в центрі уваги інфекціоністів і, є провідною в контексті біобезпеки та біозахисту. До їх числа належать особливо небезпечні інфекційні захворювання людини (як добре відомі, так і нові), які викликаються патогенами і становлять загрозу для розвитку людства, оскільки є причиною 1/3 загальної щорічної кількості смертей у світі.

Патогени за способом інфікування розподіляють на:

- *антропонози* – інфекція, що передається тільки від людини до людини (холера);
- *зоонози* – інфекція, що передається тільки від тварини до тварини (африканська чума свиней, ящур);
- *антропозоонози* – інфекція, яка передається від тварини до тварини, але можуть інфікуватися і хворіти люди (сказ, бруцельоз, туберкульоз великої рогатої худоби);
- *зооантропонози* – інфекція, яка передається від людини до тварин (хвора людина на сибірську виразку може інфікувати свійських тварин).

Одними із основних особливо небезпечних інфекцій є :

- **Холера** – це антропонозна гостра кишкова інфекція, яка характеризується ураженням ферментних систем кишковика і проявляється діареєю, блювотою, розвитком дегідратації, демінералізації та ацидозу.

- **Чума** – гостра природно-осередкова інфекційна хвороба, що характеризується важкою інтоксикацією, лихоманкою, ураженням шкіри, лімфатичних вузлів, легенів і може давати септичні форми.
- **Натуральна віспа** – високо контагіозна особливо небезпечна інфекція, що спричиняється вірусом та характеризується повітряно-краплинним (пилевим) шляхом передачі, різкою інтоксикацією, етапними висипаннями на шкірі і слизових оболонках рясного везікуло-пустульозного висипу, після якого залишаються рубці.
- **Жовта гарячка** – це природно-осередкова зоонозна особливо небезпечна інфекція, яка характеризується високою температурою, інтоксикацією, жовтяницею, геморагічним синдромом, інфекційно-токсичним шоком, гострою нирковою недостатністю.
- **Гарячка Ласса** – природно-осередкова інфекція, яка проявляється важким захворюванням з явищами геморагічного діатезу і ураженням нирок.

Найважливішою в системі протиепідемічної профілактики особливо небезпечних інфекцій є:

- вживання гарантовано безпечної води і напоїв;
 - ретельне миття фруктів та овочів;
 - прийом тільки ретельно термічно обробленої їжі;
 - купання у спеціально відведених місцях;
- дотримання правил особистої гігієни та ін.

ВИКОРИСТАННЯ МАГНІТОЛАЗЕРНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ТРАВМАТИЧНІЙ НЕВРОПАТІЇ ІНФРАОРБІТАЛЬНОГО НЕРВА

*Гаджула Н. Г., Фурман Р. Л., Поліщук С. С., Барило О. С., Кузько О. В.,
Свистунов Д. М.*

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Вступ. Переломи кісток виличного комплексу часто супроводжуються травматичною невропатією периферійних гілок верхньощелепного нерва. Комплексне лікування пацієнтів із посттравматичною невропатією потрібно розпочинати на максимально ранніх етапах, проте, навіть своєчасна медикаментозна терапія не завжди приводить до повного відновлення порушених функцій нерва. На сьогодні, у комплексі з медикаментозною терапією все більше застосовують фізіотерапевтичні методи лікування, в яких поєднуються декілька фізичних факторів при одночасному впливі на уражену ділянку. Саме тому, вважаємо за необхідне вивчити вплив магнітолазерної терапії (магнітне поле та низькоінтенсивне лазерне випромінювання червоного спектру) на процес відновлення функції підчочномкового нерва.

Мета: оцінити ефективність магнітолазерної терапії в комплексному лікуванні хворих з переломом виличної кістки, що супроводжувались пошкодженням інфраорбітального нерва.

Матеріали та методи. Проведено лікування 32 хворих з поодинокими переломами виличної кістки без зміщення кісткових уламків, які супроводжувалися клінічними проявами ураження підчочномкового нерва. Пацієнти були розподілені на дві клінічні групи: основну (n=17) та порівнювальну (n=15). В обох групах проводили комплексне лікування, яке включало: операцію з репозиції кісткових уламків, прийом антибіотика широкого спектру дії, нестероїдного протизапального засобу, антигістамінного препарату, комплекс вітамінів групи В. Дозування ліків призначали згідно з інструкцією. Усі лікувальні процедури узгоджували з невропатологом, який проводив щоденний моніторинг ефективності лікування хворих. Пацієнтам основної групи з 3-4 дня лікування доєднували фізіотерапевтичне лікування з використанням апарату магнітолазерної терапії Узор-А-2К (7 процедур тривалістю 20 хв щоденно). Для кількісної оцінки сенсорних змін використали методику визначення порогу больової чутливості в проекційній зоні підчочномкового нерва за допомогою приладу Pulp Tester DY310. Визначали сенсорний поріг, больовий поріг і толерантність до болю. Оцінювання больового синдрому та симптомів невротії проводили з використанням шкали загальної оцінки симптомів невротії (NTSS-9), больової шкали LANSS, візуально-аналогової шкали (ВАШ). Оцінку якісних і кількісних показників болю проводили на 1, 7 та 14 дні лікування.

Результати та обговорення. При порівнянні кількісних показників болю, кращий знеболювальний ефект мали пацієнти основної групи. Застосування магнітолазерної терапії сприяло зменшенню інтенсивності ноцицептивного та нейропатичного болю. Наприкінці лікування в основній групі пацієнтів відзначено позитивну динаміку покращення електричної чутливості підчочномкового нерва, про що свідчить відновлення сенсорного порогу, больового порогу та толерантності до болю майже до рівня інтактної протилежної сторони.

Аналіз шкал болю та опитувальників показав такі закономірності: на 7-й день лікування показники шкали ВАШ в основній групі були нижчими у 3,2 рази, ніж у порівнювальній групі ($1,71 \pm 0,44$ проти $5,48 \pm 0,50$ балів при $p < 0,001$); на 14-ту добу – у 13,8 рази ($0,28 \pm 0,46$ проти $3,87 \pm 0,69$ балів при $p < 0,001$), відповідно. Виявлено, що показники спонтанного болю за шкалою LANSS за 14 днів спостереження в основній групі знизились у 1,82 рази, ніж у порівнювальній групі ($9,62 \pm 1,20$ проти $17,54 \pm 2,20$ балів при $p < 0,01$); за шкалою NTSS-9 – у 2,42 рази ($6,03 \pm 1,59$ проти $14,60 \pm 1,32$ балів при $p < 0,001$). Доведена клінічна ефективність магнітолазерної терапії для лікування ушкоджень підчочномкового нерва, застосування якого забезпечує значний знеболювальний та протизапальний ефект, що зменшує використання анальгетиків на $6,24 \pm 0,71$ діб ($p < 0,001$).

Висновки. Застосування магнітолазерної терапії у комплексному лікуванні переломів виличної кістки з пошкодженням інфраорбітального нерва сприяє покращенню відновлення чутливості нерва, зменшенню

інтенсивності ноцицептивного болю, призводить до значного регресу проявів всіх видів невропатій, дозволяє підвищити ефективність медикаментозного лікування та забезпечити швидку післяопераційну реабілітацію хворих.

ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї - ОДИН З ПРІОРИТЕТНИХ НАПРЯМКІВ В РОБОТІ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

Гойда Н. Г., Октисюк Ж.С.

Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ, Україна

Мета. Проаналізувати стан проблеми планування сім'ї, як одного з пріоритетних напрямків в роботі лікаря загальної практики-сімейної медицини.

Матеріали і методи. В ході дослідження проведено аналіз діючих нормативно- правових актів Міністерства охорони здоров'я України, Національної академії медичних наук України.

Результати та обговорення. Планування сім'ї - це види діяльності, які допомагають особам та подружнім парам досягти певних репродуктивних результатів: запобігти непланованій вагітності, народити бажаних дітей, регулювати перерви між вагітностями, контролювати вибір часу народження дитини у залежності від віку батьків та інших факторів, визначити кількість дітей в сім'ї.

Планування сім'ї корисне для збереження здоров'я матері і дитини, оскільки у жінок з'являється можливість визначити оптимальні інтервали між вагітностями та попередити неплановану вагітність у молодому чи більш старшому віці. Уникнення непланованої і ризикованої вагітності є основною стратегією зменшення дитячої та материнської смертності.

Медична допомога з питань планування сім'ї надається на фельдшерсько-акушерських пунктах, фельдшерських пунктах, в амбулаторіях загальної практики - сімейної медицини лікарями загальної практики - сімейними лікарями та підготовленими молодшими спеціалістами з медичною освітою; в кабінетах та центрах планування сім'ї, а також у поліклініках, жіночих консультаціях, пологових будинках, лікарнях, перинатальних центрах лікарями-акушерами-гінекологами та підготовленими з цих питань акушерками.

Лікар загальної практики - сімейної медицини виконує таку роботу з планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я населення:

- надає консультативно-медичну допомогу з питань планування сім'ї;
- забезпечує контроль своєчасності і повноти профілактичних оглядів жіночого населення з одночасним індивідуальним консультуванням та підбором методу запобігання непланованій вагітності;
- інформує населення щодо методів планування сім'ї відповідно до періодів життя жінки з дотриманням прав пацієнтки, її репродуктивних планів, можливостей, стану здоров'я, прихильності до застосування того чи іншого контрацептива та допомагає у виборі сучасних засобів контрацепції;

- скеровує при необхідності пацієнтів, у тому числі жінок з високим ступенем ризику того, що вагітність та пологи загрожують їх здоров'ю, на вищий рівень надання медичної допомоги для підбору і застосування методів контрацепції, які може надати лише лікар-акушер-гінеколог;
- забезпечує організацію динамічного контролю за здоров'ям та розвитком дітей, за членами родини у періоди підвищеного ризику (періоди статевого дозрівання, вагітності, після пологів, пременопаузи);
- виявляє групи ризику інфікування ІПСШ, включаючи ВІЛ/СНІД. У випадку високого ризику зараження ІПСШ, включаючи ВІЛ/СНІД, має наполегливо рекомендувати використання бар'єрного методу з метою одночасного попередження вагітності й профілактики інфекції;
- виявляє та консультує соціально неадаптовані сім'ї з питань попередження непланованої вагітності та забезпечує їх засобами контрацепції;
- веде спостереження за використанням методу планування сім'ї, консультує з проблем, які можуть виникнути під час використання цього методу, направляє до лікаря акушера-гінеколога у разі появи побічних ефектів при використанні контрацептива, а також при бажанні жінки використовувати інший контрацептив, призначення якого знаходиться поза межами його компетенції;
- щороку готує запит на забезпечення безкоштовними контрацептивами певних категорій жінок згідно з державними та місцевими програмами з репродуктивного здоров'я та планування сім'ї;
- надає жінкам, що належать до категорій населення, яким показане безоплатне забезпечення контрацептивами, контрацептиви або скеровує їх до закладу, де безоплатні засоби контрацепції наявні;
- веде статистичну звітність з використання контрацепції населенням зони обслуговування, аналізує показники діяльності та здійснює розробку заходів щодо покращення надання медичної допомоги з планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я.

Висновки. Роль лікаря загальної практики - сімейної медицини є провідною та однією з найважливіших для планування сім'ї. Це лікар «першого впливу» для пацієнта. Надзвичайно важливим є комунікація з пацієнтами та надання консультативно - медичної допомоги, що стосується планування сім'ї. Питання планування сім'ї стосується всіх жінок репродуктивного віку, що є значним у відсотковому відношенні числом пацієнтів. Тому надання допомоги з питань планування сім'ї має бути одним з основних завдань у роботі лікаря загальної практики - сімейної медицини.

Для ефективного виконання роботи з планування та охорони репродуктивного здоров'я населення, лікарям загальної практики сімейної медицини необхідно забезпечити підготовку за програмою тематичного удосконалення з надання акушерсько - гінекологічної допомоги, а також якісним безперервним професійним розвитком з метою поліпшення професійної підготовки лікарів загальної практики - сімейної медицини з питань планування сім'ї.

НОРМАТИВНО-ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ПРОЦЕДУРИ ВСТАНОВЛЕННЯ ТА ПРОДОВЖЕННЯ ІНВАЛІДНОСТІ ПІД ЧАС ВІЙНИ

Голованова І. А., Ляхова Н. О., Краснова О. І., Белікова І. В.

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Кабінетом Міністрів України на період дії воєнного стану суттєво спрощено процедуру встановлення та продовження інвалідності. Відтепер для отримання соціальних виплат особам з інвалідністю проходити повторний огляд для підтвердження інвалідності не потрібно, оскільки, згідно з Постановою КМУ від 30.03.2022 р. № 390 «Про внесення до деяких постанов Кабінету Міністрів України змін щодо строку повторного огляду осіб з інвалідністю та продовження строку дії деяких медичних документів в умовах воєнного стану» термін дії інвалідності та Індивідуальна програма реабілітації подовжено на період дії воєнного стану.

Строк проходження повторного огляду, який припав на період дії воєнного стану на території України, переноситься на строк не пізніше шести місяців після його припинення/скасування.

Без проходження повторного огляду лікарсько-консультативної комісії чи медико-соціальної експертної комісії діти та дорослі з інвалідністю мають можливість отримувати:

- соціальні виплати;
- реабілітаційні послуги та допоміжні вироби (милиці, ходунки, крісла колісні);
- засоби інконтиненції, наприклад, памперси, катетери тощо;
- освітні послуги;
- відповідні пільги.

Крім того, протягом дії воєнного стану та шести місяців після його припинення/скасування – відповідно до Постанови КМУ від 8.03.2022 № 225 «Деякі питання порядку проведення медико-соціальної експертизи на період дії воєнного стану на території України», українці мають право звертатися до МСЕК для встановлення інвалідності заочно та незалежно від місця проживання чи перебування. Тобто, якщо людина не має можливості прибути до МСЕК, комісія може приймати рішення про встановлення інвалідності заочно на підставі направлення закладу охорони здоров'я.

Згідно з чинним законодавством, медико-соціальна експертиза для встановлення групи інвалідності проводиться за направленням закладу охорони здоров'я після проведення діагностичних, лікувальних і реабілітаційних заходів, за наявності відомостей, які підтверджують стійке порушення функцій організму, обумовлених захворюваннями, наслідками травм чи вродженими вадами, які спричиняють обмеження життєдіяльності.

Лікуючий лікар, у тому числі сімейний лікар, до якого звернувся за медичною допомогою пацієнт, в разі потреби оформлює направлення на МСЕК (форма 088/о). Укладання декларації між пацієнтом-внутрішньо

переміщеною особою та лікарем, який оформляє направлення на МСЕК, не потрібно, законодавчі підстави вимагати її відсутні. Також зазначено, що лікарі не мають права вимагати у пацієнтів прибути безпосередньо на повторний огляд під час дії воєнного стану для підтвердження стійкого порушення функцій організму, обумовлених захворюваннями, наслідками травм чи вродженими вадами, які спричиняють обмеження життєдіяльності людини.

Таким чином, нормативне врегулювання продовження дії інвалідності та спрощення процедури її встановлення під час військового стану в Україні значно полегшують становище інвалідів, даючи змогу і надалі отримувати виплати та пільги.

КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ ІЗ ДИССОМНІЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД РІВНЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТРЕСУ

Животовська А.І.¹, Ісаков Р.І.¹, Рудь В.О.¹, Мартиненко Я.П.²

¹ Полтавський державний медичний університет, м. Полтава

² КП «Обласний заклад з надання психіатричної допомоги Полтавської обласної ради»

Стрес і стресові події викликають складні зміни в біологічній системі, впливаючи на функціонування мозку, поведінку, сомато-вегетативну та нейроендокринну системи, та проявляються підвищенням або зниженням здатності організму справлятися зі стресорами. Зв'язок між центральною нервовою системою та реакціями організму відбувається через складну мережу двонаправлених сигналів у модуляції ефектів стресу. Тривога є поширеним корелятом різних стресогенних факторів, і як гострий, так і хронічний травматичний вплив може спричинити тривожні розлади. Тривала пандемія COVID-19 та війна в Україні – все це стресовий та небезпечний досвід, який став емоційно руйнівним для людей різного віку та соціальних рівнів.

Метою роботи було вивчення вираженості тривоги та диссомнічних порушень у пацієнтів з тривожними розладами з урахуванням рівня психологічного стресу.

Матеріали і методи. Із дотриманням принципів біоетики та медичної деонтології було проведено обстеження 28 пацієнтів (19 жінок, 9 чоловіків) в умовах КП «Обласний заклад з надання психіатричної допомоги Полтавської обласної ради». За МКХ-10 діагностовано розлади адаптації (F43.22, F43.23) – у 16 осіб, панічний розлад (F41.0) – у 2, змішаний тривожний і депресивний розлад (F41.2) – у 9, інший змішаний тривожний розлад (F41.3) – у 1. Тривалість захворювання становила від 1 до 6 місяців. Критеріями залучення до участі були: інформована згода на проведення клініко-психопатологічного та психодіагностичного обстеження, вік від 21 до 59 років, наявність в клінічній картині диссомнічних порушень, відсутність

соматичної та неврологічної патології в тяжкій формі або в стадії декомпенсації.

Обстеження проводилося з використанням клініко-психопатологічного, клініко-анамнестичного, психодіагностичного, статистичного методів дослідження. Було використано Госпітальну шкалу тривоги та депресії (HADS, 1983) для підтвердження переважання тривожної симптоматики над депресивною, шкалу Гамільтона (HAM-A, 1959) для оцінки тяжкості тривожних розладів пацієнта з інтерпретацією результатів (Matza L.S. [et al.], 2010): 0-7 балів – відсутність тривоги, 8-14 балів – легкі симптоми тривоги, 15-23 бали – помірні симптоми, 24 бали і більше – важкі; опитувальник PSM-25 (в адаптації Н.Є. Водоп'янової, 2009) для визначення рівня психологічного стресу, Пітсбургський опитувальник (Pittsburgh Sleep Quality Index – PSQI) для вивчення порушень якості сну, який складається із семи компонентів, кожен з яких оцінюється за шкалою від 0 до 3, де 3 бали відображає найбільший ступінь порушення окремого компонента. Всі пацієнти в залежності від показника психічної напруженості (ППН) за опитувальником PSM-25 були розподілені на 3 клінічні групи, репрезентативні за віком та статтю. В 1 групу включено 9 осіб з низьким рівнем стресу (ППН менше 100 балів), в 2 групу – 10 осіб з середнім рівнем (ППН 100-154 бали), в 3 групу – 9 осіб з високим рівнем (ППН більше 155 балів).

Аналіз за шкалою HADS показав, що у всіх обстежених тривожна симптоматика переважала над депресивною. В 1 групі у 4 (44,4%) осіб відмічалися клінічні (>11 балів) прояви тривоги, у 5 (55,6%) – субклінічні (8-10 балів) прояви, в 2 групі – у 9 (90,0%) та 1 (10,0%) відповідно, у пацієнтів 3 групи виявлялася клінічно виражена тривога.

У обстежених всіх клінічних груп за шкалою HAM-A переважали помірні та тяжкі клінічні симптоми тривоги. Середній бал в 1 групі був $17,6 \pm 1,9$, водночас середній показник психічної тривоги переважав над соматичною ($9,6 \pm 1,05$ та $8,0 \pm 1,17$ відповідно). В 2 групі середній бал складав $24,0 \pm 2,23$, показник психічної тривоги – $12,3 \pm 0,92$, соматичної – $11,7 \pm 1,47$. В 3 групі загальний рівень тривоги становив $27,0 \pm 1,7$ балів, а середній показник соматичної тривоги переважав над психічною ($14,22 \pm 1,0$ та $12,8 \pm 1,2$ відповідно). У пацієнтів 3 групи реєструвалося значне підвищення показників, що відображали соматичні прояви тривоги в порівнянні з 1 групою ($p=0,001$). Загальна оцінка тривоги в 1 групі була достовірно нижче порівняно з 2 групою ($p=0,042$) та 3 групою ($p=0,002$).

За опитувальником PSQI загальний бал в 3 групі ($15,9 \pm 0,69$) був значуще вище, ніж в 1 групі ($11,0 \pm 1,62$, $p=0,014$) та 2 групі ($11,1 \pm 1,14$, $p=0,001$). У обстежених усіх груп переважно оцінки у «2» і «3» бали отримали такі компоненти якості сну як латентність сну (78,6%), необхідність використання снодійних (64,3%) та ефективність сну (50,0%). У хворих 3 групи на відміну від 1 групи були отримані значно гірші показники за компонентами: латентність сну ($2,4 \pm 0,1$ та $1,8 \pm 0,2$ відповідно, $p=0,047$),

ефективність сну ($2,3 \pm 0,3$ та $1,2 \pm 0,4$, $p=0,039$) та необхідність використання снодійних ($3,0$ та $1,2 \pm 0,5$, відповідно $p=0,0037$).

Таким чином, у пацієнтів з тривожними розладами та диссомнічними порушеннями переважали помірні та важкі симптоми тривоги, водночас у пацієнтів з високим рівнем психологічного стресу реєструвалося значне підвищення показників, що відображали соматичні прояви тривоги, в порівнянні з пацієнтами з низьким показником психічної напруженості ($p=0,001$). Загальний ступінь вираженості тривоги в 1 групі був достовірно нижче порівняно з 2 ($p=0,042$) та 3 групою ($p=0,002$). У пацієнтів з високим рівнем психологічного стресу в порівнянні з низьким рівнем були гірші показники за такими компонентами якості сну як латентність ($p<0,05$), ефективність сну ($p<0,05$) та необхідність використання снодійних ($p<0,01$). Загальний бал порушення якості сну був значуще вище, ніж у осіб з середнім ($p=0,001$) та низьким рівнем ($p=0,014$).

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА АДАПТАЦІЯ СТУДЕНТІВ В ПЕРІОД ОТРИМАННЯ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ ЯК ЗАПОРУКА ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

Коршенко В.О., Самолеліс Л.М., Катрушова Л.О

Полтавський державний медичний університет

Останнім часом інтерес до проблеми міграції взагалі, і міждержавної освітянської міграції молоді, як одного з векторів міграції, зокрема, опинився в центрі уваги психологічної науки. Освітньою міграцією називають переважно тимчасове переселення, що триває від кількох місяців до кількох років та має на меті навчання за межами адміністративно-територіальної одиниці постійного проживання. Один з наслідків процесу глобалізації - міграційні потоки, що є реальністю не лише для України, але і для всього світу. Міграція стає фактором, що значно впливає на всі сфери життєдіяльності суспільства. Зміни, які відбулись і відбуваються в світі, спонукали вчених з нової точки зору розглянути міграційну проблему і оцінити її різні аспекти. Освітні міграції зустрічаються в багатьох селах, містах, країнах, здійснюючи вплив на соціально - економічний і культурний розвиток країни в цілому, та окремих регіонів, зокрема. Разом з тим, міграція з метою освіти - один з найбільш прогресивних і вигідних для країни видів міграційного руху з точки зору якості трудових ресурсів, інтеграції і внеску мігрантів в економіку.

Складні соціальні умови, викликані військовими діями на Україні, на Близькому Сході (Сирія), не сприяють розвитку масштабної освітньої міграції студентів із зарубіжних країн для отримання вищої освіти в ЗВО України. З великою часткою ймовірності це твердження справедливе також для медичних вузів. Статистика руху студентів-іноземців, які навчаються в Українській медичній стоматологічній академії, свідчить, що в 2013 році загальна кількість їх склала 822 особи, в 2017 році – 645, в 2021 році - 1500.

Зниження кількості студентів-іноземців в 2017 році відбулося за рахунок зменшення зарахованих на перший курс навчання. Однак освітня міграція це процес пролонгований, котрий розтягується на багато років, тому значні кількісні коливання відображаються в основному за рахунок першокурсників. Не зважаючи на зниження темпів освітньої міграції, проблеми соціальної адаптації студентів-мігрантів в Українському суспільстві не втрачають своєї актуальності і гостроти.

Дослідження було проведено на вибірці 213 студентів спеціальності "Медицина" 1 - 6 курсів міжнародного факультету ПДМУ. Стать респондентів – чоловіча, мова викладання – українська та англійська, віросповідання – християнство, іслам, буддизм. Період дослідження охоплює грудень 2021 – травень 2022 рр. Згідно найбільш представлених етнічних груп студентів-іноземців були сформовані групи спостереження за напрямками дослідження адаптації особистості до нового соціокультурного середовища (тест Л.В. Янковського).

Отримані дані показників за шкалами адаптивності, конформності та інтерактивності, що відображають позитивну складову соціально-психологічної адаптації, на першому етапі спостереження (перший курс навчання) відмічалися низькі величини в обох групах спостереження. На другому етапі спостереження (після третього курсу) спостерігалось суттєве зростання показників за всіма трьома шкалами в обох групах, за виключенням показника шкали адаптивності в групі англомовних студентів, який залишався в межах градації "низький". Це можна пояснити наявністю мовного бар'єру в соціумі поза межами освітянського середовища. На третьому етапі спостереження (шостий курс навчання) відмічено подальший ріст зазначених показників, в групі україномовних студентів за шкалами адаптивності та інтерактивності показники досягли рівня "високий".

РІВЕНЬ ЦИТОКІНІВ В СЛИНІ ПРИ ХРОНІЧНОМУ КАТАРАЛЬНОМУ ГІНГІВІТІ У ДІТЕЙ З ЕНДОКРИННОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Кузь І.О., Шешукова О.В., Максименко А.І.

Полтавський державний медичний університет (м. Полтава, Україна)

Вступ. Ендокринна система в дитячому віці має великий вплив на фізичний, розумовий і емоційний розвиток дитини. Оскільки гормони регулюють обмінні процеси, вони здатні впливати на правильне функціонування практично всіх органів і систем людського організму.

Ендокринна система в дитячому віці має великий вплив на фізичний, розумовий і емоційний розвиток дитини. В останні десятиліття спостерігається тенденція до збільшення поширеності ендокринних захворювань у дітей, в тому числі й інсулінозалежний цукровий діабет. В основі цього захворювання лежить деструкція β -клітин підшлункової залози та розвиток абсолютної недостатності інсуліну. Дані вчених свідчать про те,

що серед усіх осіб, хворих на інсулінозалежний цукровий діабет від восьми до десяти відсотків – це діти та підлітки.

Стоматологічні прояви цукрового діабету відзначають у більшості пацієнтів, а деякі дослідження вказують на 100 % ураження тканин і органів ротової порожнини. Гіпоглікемія порушує метаболізм у пародонті, внаслідок чого посилюється розвиток дистрофічних і запальних процесів в порожнині рота. Патогенетично спільними рисами для патологій пародонту та ендокринологічних захворювань є патології кровоносних судин (особливо на рівні судин мікроциркуляторного русла); зміни перекисного окислення ліпідів; метаболічні порушення; виникнення вторинного імунодефіциту та автоагресія. Кровоточивість ясен, пародонтальні індекси, гігієнічні індекси за даними науковців збільшені у групах дітей з інсулінозалежним цукровим діабетом. Ендотеліальні клітини, фібробласти, макрофаги, моноцити пародонту реагують на мікроорганізми, ліпополісахариди та інші антигени зубного нальоту і секретують численні запальні цитокіни і хемокіни. Кінцеві продукти гліколізу, накопичені внаслідок гіперглікемії, збільшують оксидний стрес в клітинах і активують NF- κ B (транскрипційний ядерний фактор), який регулює фенотип макрофагів і викликає збільшення продукції запальних цитокінів, а саме, інтерлейкіну-18 (ІЛ-18).

Метою даної наукової роботи було визначення стоматологічного статусу та дослідження вмісту прозапального ІЛ-18 в ротовій рідині у дітей молодшого шкільного віку з інсулінозалежним цукровим діабетом та розробка алгоритму прогнозування вмісту ІЛ-18 в слині дітей, хворих на хронічний катаральний гінгівіт (ХКГ) на фоні цукрового діабету I типу за рахунок визначення можливих зв'язків рівня ІЛ-18 та пародонтального індексу Sillness, Loe.

Об'єкт і методи дослідження. В ході роботи було оглянуто 82 дитини віком від 6 до 12 років, з них 56 дітей з інсулінозалежним цукровим діабетом і 26 дітей без супутніх (коморбідних) захворювань.

Визначено індекси гігієни ротової порожнини за Федоровим - Володкіною (1968) та Green, Vermillion (1964) та пародонтальні індекси: РМА у модифікації Parma (1960), гінгівальний індекс за Sillness, Loe (1967), індекс кровоточивості за Mühlemann H.R. (1971). Визначення концентрації ІЛ-18 у ротовій рідині здійснювали методом твердофазного імуноферментного аналізу. Зранку, в один і той самий час, натщесерце, робили забір ротової рідини. Перед забором слини пацієнти прополіскували ротову порожнину водою. Забір проводили в наступній послідовності: ротову рідину спльовували у стерильні герметичні пластмасові пробірки в об'ємі 4 мл. Рідину для дослідження доставляли в лабораторію не пізніше, ніж за 30 хвилин від моменту забору слини.

Вивчення ІЛ-18 в слині виконували наступним чином: досліджуваний матеріал додавали до паралелей контрольних зразків, розміщених у лунках планшетів, разом з імобілізованими антитілами. На наступному етапі відбувалося зв'язування кон'югату номер один (що містить антитіла до ІЛ-18

людини). На подальшому етапі утворена суміш взаємодіяла з кон'югатом номер два, що містить стрептовідин і хрому пероксидазу. Вміст ІЛ-18 у ротовій рідині визначали методом колориметричної реакції з допомогою субстрату пероксидази хрому – H_2O_2 і хромогену – тетраметилбензадину при довжині хвилі 450 нм на імуноферментному аналізаторі STATFax 303 Plus (США).

Статистичну обробку результатів проводили з використанням персонального комп'ютера та програм для проведення розрахунків Microsoft Office Excel. Було обчислено M (середню арифметичну величину) та m (похибку репрезентативності середньої величини) і рівень значущості p (відмінність середніх величин) для t -критерію Ст'юдента. Рівень достовірності складав 95%. А також регресійний аналіз, який виконує аналіз вимірів за допомогою методу найменших квадратів при наборі спостережень.

Результати дослідження та їх обговорення. У групі пацієнтів з цукровим діабетом I типу та хронічним катаральним гінгівітом індекс гігієни за Федоровим - Володкіною складає $2,20 \pm 0,08$ бала, що відповідає незадовільній гігієні порожнини рота. Результати оцінки якості гігієни порожнини рота за спрощеним індексом ОНІ-S (Green - Vermillion) підтверджують виявлену тенденцію. При порівнянні значень індексів гігієни за Федоровим – Володкіною та за спрощеним індексом ОНІ-S (Green - Vermillion) статистично значима різниця ($p \leq 0,05$) була виявлена при порівнянні між собою груп 1 і 2, 3 і 4, 2 і 4, 1 і 4, але не була виявлена ($p \geq 0,05$) між групами 1 і 3 (у дітей зі здоровими яснами з та без цукрового діабету I типу). Сукупність даних пародонтальних індексів у дітей з хронічним катаральним гінгівітом на фоні цукрового діабету I типу свідчать про середній ступінь тяжкості гінгівіту, а саме: РМА – $40,47 \pm 0,96\%$, гінгівальний індекс (GI) – $1,83 \pm 0,04$ бала, а ІК – $1,07 \pm 0,05$ бала.

Вміст ІЛ-18 в ротовій рідині здорових дітей без ознак хронічного катарального гінгівіту складає $3,41 \pm 0,25$ пг/мл. У соматично здорових дітей з хронічним катаральним гінгівітом – $5,74 \pm 0,27$ пг/мл. У групі дітей з цукровим діабетом I типу і здоровими яснами вміст ІЛ-18 в ротовій рідині становить $14,87 \pm 1,11$. У групі пацієнтів з цукровим діабетом I типу та хронічним катаральним гінгівітом – $70,91 \pm 7,48$. Статистично значима різниця ($p \leq 0,05$) була виявлена при порівнянні усіх груп (1 і 2, 1 і 3, 3 і 4, 2 і 4, 1 і 4) між собою.

Висновки. Значення вмісту ІЛ-18 зростає разом з кровоточивістю ясен та показниками пародонтального індексу, це узгоджується з даними інших авторів щодо вмісту ІЛ-18 в ротовій рідині осіб без коморбідних захворювань. Результати, отримані в ході нашого дослідження також дозволяють говорити, що підвищення значення ІЛ-18 в ротовій рідині дітей молодшого шкільного віку тісно пов'язане з присутністю інсулінозалежного цукрового діабету. Таким чином, ІЛ-18 можна вважати потенційним біомаркером хронічного катарального гінгівіту у дітей молодшого шкільного віку, на фоні інсулінозалежного цукрового діабету, клінічних проявів якого

ще не видно. Адже ми визначили, що рівень ІЛ-18 підвищений навіть при відсутності клінічних проявів запалення ясен. Саме тому, на нашу думку, встановлення патогенетичного значення ІЛ-18 при ХКГ на фоні інсулінозалежного цукрового діабету дуже актуальне.

ЛІКАРСЬКА ТАЄМНИЦЯ ЯК НЕОБХІДНА СКЛАДОВА РОБОТИ ЛІКАРЯ

Оленич П.П.

ФДУ «Центр охорони здоров'я ДКВС України», м. Полтава

Лікарську таємницю становить інформація про стан здоров'я людини, її діагноз, дані, отримані під час медичного обстеження, факт звернення особи за медичною допомогою, а також відомості про інтимний і сімейний бік життя.

Суб'єктами, причетними до збереження лікарської таємниці, є як медичний персонал лікувально-профілактичного закладу, так і: особи, що навчаються (студенти вищих та середніх медичних закладів освіти); немедичний персонал лікувально-профілактичної установи (працівники кадрових, юридичних, фінансових, господарських служб та ін.); працівники страхових організацій; посадові особи органів управління охорони здоров'я (головні лікарі, керівники структурних підрозділів Міністерства охорони здоров'я та ін.); співробітники судових і правоохоронних органів, яким інформація, що становить лікарську таємницю, стала відомою в силу професійних обов'язків.

Відповідно до положень Цивільного процесуального кодексу України не підлягають допиту як свідки особи, які за законом зобов'язані зберігати в таємниці відомості, що були довірені їм у зв'язку з їх службовим чи професійним становищем. Тобто, лікар не може давати показання як свідок з питань, що стосуються лікарської таємниці, за винятком випадку, коли він звільнений від обов'язку зберігати таємну інформацію особою, що довірила йому ці відомості.

Надання інформації, що становить лікарську таємницю, здійснюється лише у випадках, передбачених законодавством, а саме:

- запити правоохоронних органів при провадженні дізнання, досудового слідства чи судового розгляду, у зв'язку з письмовим запитом особи, що проводить дізнання, слідчого, прокурора та суду;
- запити органів управління охорони здоров'я.

Що стосується заяв, листів, звернень родичів, адвокатів, юристів тощо, то зазначені суб'єкти можуть отримати медичну інформацію про певну особу лише за наявності нотаріально засвідченого доручення від цієї особи, в якому вказано право представляти її інтереси в лікувально-профілактичних закладах і отримувати дані щодо стану її здоров'я.

У разі усного звернення, наприклад, родичів до лікувально-профілактичного закладу - має бути зроблено запис у медичній документації

(історія хвороби, медична картка тощо) про згоду пацієнта на отримання інформації щодо стану його здоров'я сторонніми особами із особистим підписом пацієнта в цій документації.

Адвокатські запити щодо надання інформації, яка належить до лікарської таємниці, можуть бути задоволені у разі, якщо у договорі про надання адвокатської допомоги зазначено право адвоката на отримання медичної інформації про клієнта. В усіх інших випадках медичний заклад має право надати письмову відмову наступного змісту: «Стаття 6 Закону України «Про адвокатуру» не передбачає право адвоката на отримання інформації, що становить лікарську таємницю. Оскільки інформація, що запитується, належить до лікарської таємниці, - вона може бути надана лише у випадках, передбачених законом».

Процедура відповіді на запит, що містить лікарську таємницю з вимогою надання оригіналів медичної документації, має складатися з наступних кроків:

- попередня перевірка належного стану медичної документації;
- нумерація сторінок медичної документації;
- прошиття медичної документації;
- письмова відповідь на запит із вказівкою у додатку переліку наданих матеріалів, кількістю сторінок;
- відсилання медичної документації кур'єром або поштою з повідомленням про отримання;
- фіксація факту надання медичної інформації у спеціальному реєстраційному журналі із зазначенням підстав для таких дій;
- медична документація має залишатися в лікувально-профілактичному закладі у вигляді чи то оригіналу, чи то копії.

Незаконне розголошення лікарської таємниці є кримінальним злочином. Згідно з Кримінальним кодексом карається штрафом до 50 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або громадськими роботами на строк до 240 год, або позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до 3 років, або виправними роботами.

Розголошення відомостей про проведення медичного огляду особи на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби, що є небезпечною для життя людини, або захворювання на синдром набутого імунодефіциту (СНІД) та його результатів, що стали їм відомі у зв'язку з виконанням службових або професійних обов'язків, карається штрафом від 50 до 100 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або громадськими роботами на строк до 240 год, або виправними роботами на строк до 2 років, або обмеженням волі на строк до 3 років, з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до 3 років або без такого.

ПСИХІЧНІ ТА ПОВЕДІНКОВІ РОЗЛАДИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ДЕМЕНЦІЄЮ ЯК ПРЕДИСПОЗИЦІЯ ДЛЯ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ ПОРУШЕНЬ СІМЕЙНИХ ОПІКУНІВ.

Орлова О.В., Животовська Л.В., Борисенко В.В., Казаков О.А.

Полтавський державний медичний університет, м. Полтава

Деменція — це збірна назва для різних дегенеративних синдромів мозку, які, за даними Alzheimer's Disease International, вражають приблизно 35,6 мільйонів людей у всьому світі. Проявляються набутим зниженням пам'яті та інтелекту внаслідок органічного ураження головного мозку, що призводить до втрати професійних навичок і здатності до самообслуговування. Окрім порушень на індивідуальному рівні, на популяційному деменція є основною причиною захворюваності, витрат на охорону здоров'я та соціальної допомоги та смертності.

Сімейні опікуни часто є першою лінією підтримки для людей, які потребують догляду, що значно збільшує ризик фізичного та емоційного навантаження. Щоденна опіка за пацієнтами вимагає максимального залучення особистісних адаптаційних процесів доглядачів і активізації психосоціального ресурсу в цілому. Через відсутність належної підготовки, психологічний дистрес, зумовлений змінами психічного стану члена сім'ї, родичі відчувають тиск, широко відомий під назвою «сімейне навантаження». Об'єктивні негативні наслідки проживання та взаємодії з психічно хворим членом сім'ї включають погіршення здоров'я (порушення сну, тривожність, головний біль), порушення сімейних стосунків, збільшення матеріальних витрат, тоді як суб'єктивні ефекти включають почуття ізоляції, пригніченість, сором, провину. Разом це спричиняє негативні наслідки для фізичного, психологічного, економічного та емоційного благополуччя.

Метою даного дослідження було визначення особливостей психоемоційної сфери у осіб, що виконують функцію догляду за пацієнтами з деменцією.

Із дотриманням принципів біоетики та медичної деонтології та за умови інформованої згоди обстежено 104 пацієнти з деменцією та їх 104 доглядачів. Критеріями залучення до участі в дослідженні осіб, що виконують функцію догляду були: інформована згода на проведення анкетування, клініко-психопатологічного та психодіагностичного обстеження, вік 25 років і старше. У 37 (35,6%) пацієнтів було діагностовано судинну деменцію, у 43 (41,3%) – атрофічну, у 24 (23,1%) – змішану.

Обстеження доглядачів проводилося за допомогою шкали психологічного стресу PSM-25 (в адаптації Н.Є. Водоп'янової, 2009) та Госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS, 1983). Для пацієнтів з деменцією використовувався нейропсихіатричний опитувальник Neuropsychiatric Inventory (NPI).

Доглядачі були розподілені на 3 групи в залежності від рівня психологічного стресу, який визначали за опитувальником PSM–25. В першу

групу (Гр. I) було включено 33 (31,7%) особи з низьким рівнем (до 100 балів) показника психічної напруженості (ППН), в другу групу (Гр. II) – 38 (36,5%) з середнім рівнем ППН (100–154 балів), в третю групу (Гр. III) – 33 (31,7%) з високим рівнем ППН (більше 155 балів). В результаті опитування піклувальників за пацієнтами з деменцією, було визначено провідні скарги: дратівливість, відчуття відчаю, почуття провини, самотності, виснаженості, втоми, відсутність вільного часу. Симптоми психологічної напруженості вони описували у вигляді зниження уваги, нездатності зосередитися, труднощі у виконанні розумових операцій, зниження швидкості розумової переробки інформації.

Аналіз за шкалою HADS показав, що в Гр. I ознаки клінічної тривоги мав 1 (3%) доглядальник, в Гр. II – 10 (26,3%), та в Гр. III – 26 (78,8%). Ознаки субклінічної тривоги відмічалися в Гр. I – у 3 (9,1%), в Гр. II – у 22 (66,7%), в Гр. III – у 5 (15,2%) обстежених, нормативні показники у 29 (87,9%), 6 (15,8%) та 2 (6,1%) відповідно. Серед доглядачів Гр. I клінічні прояви депресії були у 1 (3%) особи, субклінічні - у 4 (12,1%), в Гр. II – у 11 (28,9%) та 19 (50,0%), в Гр. III - у 22 (66,7%) та 10 (30,3%) відповідно. Констатовано, що у доглядачів Гр. I в порівнянні з Гр. III рідше відмічалися клінічні прояви тривоги ($\chi^2=7,738$, $p=0,006$) та депресії ($\chi^2=23,43$, $p < 0,001$).

NPI є чутливим інструментом для оцінки динаміки поведінкових порушень, до якого включено оцінку 10 поведінкових і 2 нейровегетативних типів порушень: марення, галюцинацій, ажитації/агресії, депресії/дисфорії, тривоги, ейфорії, апатії, розгальмованості, дратівливості/лабільності настрою, неадекватно рухової поведінки, порушень сну та нічної поведінки, порушень апетиту і харчової поведінки. Дані для NPI отримують від людини, яка здійснює догляд за пацієнтом. У даній роботі ми аналізували поширеність даних порушень у досліджуваних контингентах та їх виразність (1 бал – легка – мало турбує пацієнта, 2 бали – помірна – більш серйозно турбує пацієнта, але може бути скорегована особою, що доглядає, 3 бали – виразна – дуже турбує пацієнта і не може бути скорегована особою, що доглядає).

За результатами опитувальника NPI встановлено, що у пацієнтів, за якими здійснюють догляд особи III групи в порівнянні з I групою частіше відмічалися симптоми: депресії ($\chi^2=4,125$, $p=0,004$), тривоги ($\chi^2=8,800$, $p=0,005$), ейфорії ($\chi^2=6,988$, $p=0,003$), апатії ($\chi^2=7,791$, $p=0,005$), розгальмованості ($\chi^2=5,802$, $p=0,017$), дратівливості ($\chi^2=7,791$, $p=0,005$), неадекватної рухової поведінки ($\chi^2=9,818$, $p=0,002$), порушення сну та нічної поведінки ($\chi^2=6,111$, $p=0,014$), порушення апетиту і харчової поведінки ($\chi^2=7,333$, $p=0,007$).

Встановлено, що майже за 80% хворих на деменцію доглядають їхні родичі. Особи, які доглядають за пацієнтами, мають ризик депресії, тривоги та психологічного навантаження. В ході дослідження виявлено, що в залежності від рівня психологічного стресу, у осіб з високим рівнем психічної напруженості частіше спостерігалися клінічні прояви тривоги

($\chi^2=7,738$, $p=0,006$) та депресії ($\chi^2=23,43$, $p<0,001$). Для даної категорії людей рекомендовано використовувати консультативну допомогу, психоосвітні заходи спрямовані на усвідомлення покращення якості життя.

ОСОБЛИВОСТІ АДАПТАЦІЇ ПРАВООХОРОНЦІВ ДО ВИКОНАННЯ СЛУЖБОВИХ ОБОВ'ЯЗКІВ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

Охріменко І. М.

Національна академія внутрішніх справ, м. Київ, Україна

Потрапивши в екстремальні умови та різного роду стресові ситуації, кожен правоохоронець переживає великі, а подекуди й граничні навантаження, спостерігаючи за тим, що відбувається навколо нього. Він напружено міркує, оцінює, робить для себе висновки, приймає рішення, підшукує способи та стратегії поведінки, мобілізує власні сили й можливості, переборює внутрішні труднощі і коливання, підкорює свою поведінку вирішенню службових завдань тощо. Те, що відбувається в його психіці, неминуче відбивається на якості власної професійної діяльності. Тут слід зважати на декілька принципових позицій, що посилюються в умовах неочевидності розгортання подій, а саме: 1) стресогенність типової ситуації, в якій зазвичай діє суб'єкт правоохоронної діяльності, може загострюватися усвідомленням війни та своєї участі в ній; 2) відображення особливостей індивідуальних показників (професійно значущих якостей), що виявляються в його копінг-поведінці.

Крім того, варто зауважити, що психологічне подолання стресу неминуче апелює до процесу адаптації правоохоронця в умовах воєнного стану як до своєї фінітної функції: забезпечення звикання до критичних та надзвичайних ситуацій. Саме через це виражена актуалізація соціально-психологічного інтересу до проблеми адаптації правоохоронців до виконання службових обов'язків та психологічного подолання стресових явищ під час війни сьогодні далеко не випадкова.

У якості специфічного тла, насамперед, варто звертати увагу на характер соціальної динаміки військових дій в регіоні (державі). Змістовна специфіка актуальних суспільних змін, яка виражається у підвищеній соціальній мобільності великих груп людей, в мережевих принципах комунікації й колективної організації, у багаточисельних переміщеннях людей, визначають необхідність постійного «добудовування» правоохоронцями траєкторій реалізації свого професійного та індивідуального статусу, а також об'єктивно призводять до виникнення інших проблем, з якими вони раніше не стикалися у своєму житті та роботі, і які ставлять перед ними нові завдання психологічного порядку. Поряд із цим, високу швидкість соціальних змін опанувати і подолати складно, враховуючи силу її динамічного характеру. Тим самим вимоги бойової та правоохоронної діяльності не лише неминуче актуалізують особистісний потенціал фахівця,

але й ставлять перед ним завдання щодо постійного його розвитку й оновлення.

Загалом доцільно наголосити, що професійна адаптація сучасного поліцейського ґрунтується на провідних механізмах соціально-психологічної адаптації, яка насамперед зумовлена психологічною та психофізіологічною рівнями адаптації. При цьому соціономічний зміст правоохоронної діяльності визначає важливе місце саме ефективності адаптації до соціальної взаємодії у тому професійному середовищі, в якому безпосередньо реалізується службова активність. Тому для успішної психічної адаптації насамперед в умовах війни необхідною є підтримка з боку професійної групи, можливість безперешкодної комунікації та здатність налагоджувати якісні міжособистісні стосунки у внутрішньому (з колегами) та зовнішньому (з об'єктами професійної взаємодії) контурі. Тим паче, що від ефективності мікросоціальної взаємодії такого складного та психологічно насиченого типу соціономічних професій, до яких відноситься й правоохоронна діяльність, в істотній мірі залежать відчуття приналежності до професійної групи, засвоєння професійних ролей й відповідальності за результати власної службової діяльності.

Поряд із цим, експериментально встановлено, що екстремально-психологічні фактори позитивно впливають на психіку правоохоронців, якщо вони завчасно якісно підготовлені морально й психологічно. Для психічної активності суб'єктів в екстремальних та стресогенних умовах характерними є:

- загострене почуття обов'язку, відповідальності й рішучості, поєднане з бажанням безумовно і якісно вирішувати службові завдання;
- прояв сил й можливостей під час виконання службових обов'язків;
- підвищена енергійність й активність, велика наполегливість та завзятість у досягненні мети;
- діяльнісний максималізм, який виявляється в прагненні домогтися результату, причому найвищого;
- підвищена пильність, уважність, спостережливість, швидка й чітка робота інтелектуальної сфери;
- зібраність і постійна готовність до будь-яких несподіванок, до швидких реакцій на будь-які зміни обстановки й виникнення небезпеки;
- стійкість до тимчасових невдач тощо.

Звідси можна стверджувати, що адаптація поліцейського до виконання службових обов'язків в умовах воєнного стану тісно пов'язана з усіма рівнями психічної адаптації, вимагаючи для цього:

- підтримання психічного гомеостазу та цілеспрямованої поведінки (психічний рівень адаптації);
- адекватної взаємодії з іншими учасниками професійної діяльності (соціально-психологічний рівень адаптації);
- оптимального балансу між психічними і фізіологічними адаптаційними процесами (психофізіологічний рівень адаптації).

Слід також зазначити, що адаптація правоохоронця так само визначається характером процесу виконання службових обов'язків. Психологічна ситуація поєднує зовнішні умови та ступінь їх суб'єктивної інтерпретації. Вона є обмеженою в часі і такою, що спонукає особу до вибіркової активності, може мати різну значущість у масштабі життєвого чи професійного шляху правоохоронців, а це, у свою чергу, призводить до суттєвих прорахунків. За таких обставин психічна активність фахівців може передбачати: перехід інтенсивності психічної напруги за межі корисності; нерішучість, розгубленість, занепокоєння, уповільненість реакцій; страх невдачі, відповідальності, підпорядкування своїй поведінки мотиву уникнення невдач за будь-яку ціну (замість прагнення до максимально можливого успіху); погіршення спостережливості, оцінки обстановки, прояву погіршення пам'яті й мислення; зниження активності, наполегливості, завзятості, спритності і винахідливості в досягненні мети, підвищення схильності до пошуку виправдань; загострення почуття самозбереження, що охоплює часом всю свідомість і стає єдиною спонукою поведінки; зростання дратівливості, втрата контролю над собою й ін.

Поряд із цим, стресові ситуації в умовах військових дій пов'язані із динамічністю розгортання подій, необхідністю швидкого прийняття рішень, особливо у випадках підвищеної відповідальності за правові наслідки прийнятого рішення, режимом й характером діяльності, що в сукупності відбувається в умовах активного протистояння криміногенного середовища. Наслідки професійного стресу можуть бути досить різноманітними, починаючи від порушень когнітивної сфери і закінчуючи порушенням законності на тлі професійної деформації та суїцидом серед поліцейських на фоні постстресової дезадаптації.

При подальшому зростанні інтенсивності психічної напруги під впливом негативних психологічних явищ починають з'являтися помилки навіть у відпрацьованих ситуаціях, їх кількість поступово збільшується, результативність діяльності швидко зменшується. При виникненні надмірної напруженості з'являються фатальні помилки (наприклад, застосування вогнепальної зброї за наявності найменшої підозри); набуті знання й інструкції «вилітають з голови»; виникають прояви відвертого боягузтва, відмови від виконання ризикованих доручень, обману, нечесності тощо.

З огляду на наведене варто виділити такі аспекти адаптації суб'єктів правоохоронної діяльності:

а) психофізіологічний аспект – адаптація особистості фахівця до фізичних умов професійного середовища;

б) професійний аспект – адаптація правоохоронця до службових завдань, виконуваних операцій, професійної інформації тощо, що в умовах воєнного стану набуває своєї специфічності;

в) соціально-психологічний аспект – адаптація особистості до соціальних компонентів професійного середовища.

Отже, у адаптації правоохоронців до виконання службових обов'язків в умовах воєнного стану слід виокремлювати такі позиції: а) як процесу швидкого пристосування фахівця до динамічних умов надзвичайних ситуацій, який характеризується своїми просторово-часовими механізмами; б) як результату, що визначається ступенем підсумкової його адаптованості; в) як джерела новоутворень, що окреслюється комплексом сформованих професійно значущих індивідуально-психологічних якостей працівника.

Що ж до оцінки психічної адаптації до умов правоохоронної діяльності в специфічних умовах, то слід звертати увагу на наступні критерії:

1) успішність діяльності (виконання завдань, ефективна взаємодія з членами колективу (групи) й іншими особами);

2) здатність уникати небезпечних ситуацій, ефективно запобігати надзвичайним подіям без наслідків для фізичного та психічного здоров'я.

Наведені критерії оцінки професійної адаптації варто доповнити ще й таким показником, як прийняття правоохоронцем своєї професійної ролі, адже ефективність адаптації часто визначається тим, наскільки адекватно людина ідентифікує себе зі своєю професією. Така самоідентифікація є показником задоволеності працівника можливістю самореалізуватися в правоохоронній діяльності, а відтак й ефективності вищого рівня її професійної адаптації.

Практичний досвід дозволяє також стверджувати, що за якісної професійно-психологічної підготовки, серйозної особистої роботи фахівця над собою всі можливі негативні впливи екстремальних умов на нього та його дії можуть бути успішно нейтралізовані.

ОРГАНІЗАЦІЯ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОЇ РОБОТИ В ДУ «ЦЕНТР ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДЕРЖАВНОЇ КРИМІНАЛЬНО- ВИКОНАВЧОЇ СЛУЖБИ УКРАЇНИ»

Передерій Н.Ю., Шондолі М. Ю.

Філія ДУ «Центр охорони здоров'я державної кримінально-виконавчої служби України»

Державна установа «Центр охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України» утворена у рамках реалізації реформ в установах ДКВС України, на виконання розпорядження Кабінету Міністрів України наказом Міністерства юстиції України від 2 листопада 2017 року.

Загалом мережа закладів охорони здоров'я ЦОЗ ДКВС України включає 107 закладів: 88 медичних частини, 3 фельдшерські пункти та 16 лікарняних закладів на 2930 ліжок. Серед лікарняних закладів 8 багатопрофільних лікарень, 7 туберкульозних та 1 психіатрична.

Згідно затвердженого штатного розпису ЦОЗ ДКВС України станом на 1 січня 2021 року з 2350 посад зайнято 2173,5, що складає 92% від штатної чисельності. В порівнянні з попереднім 2019 роком кількість працівників зросла на 6%. В установах працюють 5 лікарів, які мають почесне звання «Заслужений лікар України». Незважаючи на зріст чисельності працівників

ЦОЗ ДКВС України, проблемним залишається питання укомплектування філій лікарями. Це насамперед пояснюється специфікою роботи, невисоким рівнем заробітної плати, а також віддаленим розташуванням деяких медичних частин.

У закладах охорони здоров'я ЦОЗ ДКВС України протягом 2020 року зареєстровано 436 379 випадків надання медичної допомоги особам, узятим під варту, та засудженим (в середньому 8 випадків на 1 особу), з яких 2785 випадків надано медичну допомогу особам, узятим під варту та засудженим у закладах охорони здоров'я МОЗ України зареєстровано, в т.ч. 832 хворим було надано стаціонарну медичну допомогу (30%).

Одним із основних напрямків у лікувальній роботі є проведення профілактичних оглядів у лікувальних закладах ЦОЗ ДКВС України, з метою раннього виявлення патологічних процесів, вчасного обстеження, лікування, для запобігання втрати працездатності та зниження летальних випадків при наданні первинної амбулаторної допомоги. На виконання наказу ЦОЗ ДКВС України від 02.01.2020 № 3-ОД «Про проведення профілактичних медичних оглядів засудженим до позбавлення волі та осіб узятих під варту», начальниками філій ЦОЗ ДКВС України надіслана інформація про проведені профілактичні огляди у підпорядкованих медичних закладах станом на 01.01.2021 з використанням при оглядах медико-діагностичних комплексів (далі – МДК).

За 2020 рік профілактичними оглядами охоплено 100% засуджених та осіб узятих під варту, відповідно до запланованих оглядів: 54625 особи (16525 особам профілактичні огляди проведено двічі, що складає 30,3% від усіх оглянутих), з допомогою мобільних діагностичних систем оглянуто 40522 осіб (74% від усіх оглянутих). За результатами проведених профілактичних оглядів виявлено 18052 осіб (33%), які потребували лікування, з них в амбулаторних умовах оздоровлено – 14348 осіб (79,5%) та 3704 хворих отримали стаціонарне планове лікування (20,5%).

Протягом року проведено спеціалізованих та інструментальних досліджень:

- рентгенологічні обстеження – 146710;
- електрокардіографічні дослідження (ЕКГ) – 26613;
- ультразвукові дослідження (УЗД) – 11852;
- ендоскопічні обстеження – 527;
- проведено лабораторних досліджень 1005669
- проведено скринінгових тестувань на наявність антитіл до вірусу гепатиту С та наявність антигену вірусу гепатиту В, з них виявлено: гепатит С у 25230 осіб, гепатит В у 1325 осіб.

На ВІЛ-інфекцію було обстежено 57200 особи, з них виявлені антитіла до ВІЛ у 727 осіб (1,3% від обстежених).

Станом на 01.01.2021 на обліку у закладах охорони здоров'я ЦОЗ ДКВС України перебуває 1244 особи, які мають групу інвалідності, з них І групи - 54 осіб, ІІ групи - 381 осіб, ІІІ групи – 808 особи, інвалід дитинства – 1 особа.

Всі охоплені профілактичними оглядами, перебувають на обліку в медичних частинах.

Усього із психічними та поведінковими розладами у 2020 році на обліку знаходились 6582 осіб, із них: із психічними та поведінковими розладами унаслідок вживання психоактивних речовин 2970 осіб (45% від усіх диспансерних хворих із психічними розладами): 738 осіб з психічними та поведінковим внаслідок вживання алкоголю (25%) та 2232 осіб з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання ПАР (75%). У 2020 році отримували лікування з використанням препаратів замісної підтримувальної терапії 181 особа з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів. З них довготривале лікування з використанням препаратів замісної підтримувальної терапії отримували 68 осіб, із них ДУ «Бучанська виправна колонія (№85)» лікування отримувало 36 осіб (29 з них були переведені до ДУ «Північна виправна колонія (№90)») та 32 особи отримували лікування у ДУ «Сумській слідчий ізолятор». Детоксикацію пройшли 113 осіб.

Протягом 2020 року у закладах охорони здоров'я на обліку у лікарів-гінекологів знаходилося 2 вагітних жінки, у обох вагітність закінчилася пологами.

У медичних частинах слідчих ізоляторів та установ виконання покарань (СІЗО та УВП) зареєстровано усього 75 980 захворювань. Показник поширеності захворювань засуджених та осіб, узятих під варту, склав 1 475,7. З уперше встановленими діагнозами виявлено 20 288 хворих (показник захворюваності дорівнює 394,0). Найбільший показник захворюваності на хвороби органів дихання (95,0), на II місці – органів травлення (52,6), на III місці - інфекційні захворювання (46,5). За рівнем поширеності за класами хвороб на I місці - хвороби органів дихання (256,6), на II місці – органів травлення (255,2), на III місці – системи кровообігу (200,7), на IV місці – хвороби нервової системи (199,9), на V місці – інфекційні та паразитарні захворювання (127,6), на VI місці – розлади психіки та поведінки (116,5). На роботу лікарняних закладів ЦОЗ ДКВС України серйозно вплинули обмежувальні заходи з приводу COVID-19 (відсутність етапів із установ виконання покарань до лікарняних закладів і навпаки).

Медична допомога засудженим надавалась у 8 багатопрофільних лікарнях, де функціонують відділення: онкологічне, офтальмологічне, інфекційне, дерматологічне. Функціонує лікарняний заклад для інвалідів I – II груп, які потребують постійного медичного нагляду та сторонньої допомоги (Софіївська БПЛ №45 Дніпропетровської області).

Психіатрична допомога засудженим та особам, узятим під варту потребує реформування, яке доцільно провести спираючись на вже існуючий позитивний, науково й фінансово обґрунтований досвід, використовуючи консультативну допомогу європейських експертів, що готові для співробітництва. Прототипом української моделі може слугувати нідерландсько-іспанська модель, що включає декілька принципово важливих

аспектів: адекватна допомога особам з психічними розладами, яких серед пенітенціарного населення набагато більше ніж в суспільстві загалом, знімає напругу, агресію, оздоровлює загальний клімат та значно полегшує роботу пенітенціарного персоналу з засудженими та узятими під варту. Лікарі відділу є членами робочих груп з питань оновлення матеріально-технічної бази лікувальних закладів ЦОЗ ДКВС України та закупівлі лікарських засобів та виробів медичного призначення, приймають участь у роботі тендерного комітету. Проводиться планова робота по направленню (відбору) хворих засуджених на стаціонарне лікування до лікарняних закладів ЦОЗ ДКВС України.

Робота у сфері протидії соціально-небезпечним захворюванням. ЦОЗ ДКВС України проводить значущу роботу у сфері протидії соціально-небезпечним захворюванням, таким як ВІЛ, вірусні гепатити В і С, туберкульоз. Протягом 2020 року на наявність ВІЛ-інфекції проведено тестування швидкими тестами 57 200 осіб. З них вперше ВІЛ-інфекцію на різних стадіях захворювання виявлено у 727 осіб. Позитивний результат виявлено у 911 осіб. У 2020 році вперше ВІЛ-інфекцію на різних стадіях захворювання виявлено у 911 осіб.

Враховуючи неодноразові зауваження та рекомендації Європейського комітету з попередження катувань, а саме «здійснення заходів для забезпечення проведення у всій пенітенціарній системі систематичного огляду та надання лікування для поширених захворювань, таких як гепатит В та С», в 2018 році за кошти Державного бюджету ЦОЗ ДКВС України вперше за часи існування ДКВС України закупив по 60 000 тест-систем для визначення наявності антитіл до вірусу гепатиту С та антигену вірусу гепатиту В у крові засуджених та осіб, узятих під варту. Також в 2020 році отримано 3000 тест-систем для визначення антитіл до ВГС від МБФ «Альянс громадського здоров'я». У період з лютого 2019 року по січень 2021 пройшли тестування на вірусний гепатит С 62319 осіб та вірусний гепатит В 59900 осіб. Виявлено позитивних результатів тестування на ВГС у 25 230 осіб та позитивних тестів на ВГВ у 1 325 осіб. Усього протягом 2019 – 2020 років за кошти Державного бюджету призначено 495+1300 схем лікування та 350 схем за кошти ГФ. Разом 2145 хворим засудженим та особам, узятим під варту.

З метою набору 1 300 пацієнтів на проходження курсу протівірусного лікування необхідно провести підтверджуючі обстеження методом ПЛР до РНК HCV (якісно) для 1 600 осіб (враховуючи, те що орієнтовно 15% осіб з позитивними результатами тестування є реконвалісцентами, та матимуть негативні результати підтверджувального етапу діагностики).

Станом на 1 січня 2021 в установах ДКВС України знаходиться 889 осіб, узятих під варту, та засуджених, що хворіють на туберкульоз. З них у 241 діагностовано чутлива форма туберкульозу, а в 648 – хіміорезистентна. 740 осіб отримують лікування протитуберкульозними препаратами, а 149 хворих на туберкульоз з тих чи інших причин перебувають на паліативному

лікуванні. Відсоток виявлення туберкульозу протягом останніх 2-х років залишається на сталому рівні, хоча технологічні можливості для цього у медичних частинах та лікарняних закладах ЦОЗ ДКВС України значно розширилися. Зокрема, на сьогоднішній день у 11 з 20 філій є доступ до молекулярно-генетичної діагностики туберкульозу на власних апаратах GeneXpert.

Захворюваність на туберкульоз за 2020 рік зменшилася на 19,6% в порівнянні з 2019 роком, що пов'язано з обмеженим виявленням захворювання на туберкульоз внаслідок карантинних обмежень введених у зв'язку з поширенням COVID-2019. Поширеність туберкульозу серед осіб, узятих під варту, та засуджених складає у 2020 році 1350,5 на 100 тис. населення, що на 20,4% менше у порівнянні з 2019 роком. Призначення, відміна та корекція схем лікування протитуберкульозними препаратами 2 ряду проводиться тільки за рішенням лікарсько-консультативної комісії в усіх спеціалізованих туберкульозних лікарнях ЦОЗ ДКВС України.

У 2020 році протиепідемічні заходи насамперед були направлені на боротьбу з особливо небезпечною інфекційною хворобою COVID-19, а саме на недопущення занесення та розповсюдження вірусу SARS-CoV-2 на території установ ДКВС України та на локалізацію та ліквідацію осередку захворювання.

В умовах пандемії коронавірусної хвороби (COVID-19) відповідно до спільного наказу ЦОЗ ДКВС України та Департаменту з питань виконання кримінальних покарань в установах ДКВС проводяться протиепідемічні заходи щодо недопущення занесення та розповсюдження COVID-19 після тривалих побачень та забезпечується ізоляція засудженого з встановленням динамічного медичного огляду та проводиться тестування методом полімеразної ланцюгової реакції щодо виявлення вірусу SARS-CoV-2 згідно документу про оплату цього тесту.

Відповідно до Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб» Стандартів медичної допомоги «Коронавірусна хвороба (COVID-19)», затверджених відповідним наказом Міністерства охорони здоров'я України забезпечується надання медичної допомоги в установах ДКВС України. ЦОЗ ДКВС України спільно з Департаментом з питань виконання кримінальних покарань розроблені Плани протиепідемічних заходів щодо локалізації та ліквідації осередку (спалаху) захворювання на COVID-19, алгоритми дій при виявленні хворого на COVID-19 та при виникненню спалаху даного захворювання, клінічні маршрути хворих з підозрою на COVID-19 до закладів МОЗ України з дотриманням вимог протиепідемічного режиму. Внесення змін в Стандарти надання медичної допомоги, щодо проведення тестування швидкими тестами на антиген надало змогу впровадити в закладах охорони здоров'я ЦОЗ ДКВС України проведення переднього скринінгового обстеження з використанням швидких тестів на визначення антигену SARS-CoV-2 та проведення ПЛР-тесту, що в свою чергу забезпечило швидкій локалізації та ліквідації осередку захворювання на

COVID-19. У 2020 році дослідження методом ПЛР-тесту проводилися виключно в лабораторіях МОЗ України, які мають дозвіл на проведення тесту. Відбір даного матеріалу проводився, як медичними працівниками закладів охорони здоров'я ЦОЗ ДКВС України, так і медичними працівниками закладів охорони здоров'я МОЗ України. У 2021 році заплановано впровадження тестування за допомогою тестів Xpert Xpress SARS-CoV-2.

Хворі на COVID-19 з легким або середнім перебігом отримували лікування у медичних частинах ЦОЗ ДКВС України, хворі з середньо-важким або важким перебігом хвороби отримували лікування в закладах охорони здоров'я Міністерства охорони здоров'я України.

У кожній установі ДКВС України з метою посилення санітарно-епідеміологічного нагляду за дотриманням санітарно-протиепідемічного режиму в даних установах, своєчасного проведення протиепідемічних заходів при реєстрації інфекційного захворювання (підозрі), у тому числі туберкульозу, та недопущення виникнення спалахів інфекційних захворювань серед осіб, які тримаються в установах виконання покарань та слідчих ізоляторах, проведення періодичного контролю за санітарним станом камер, території режимного і господарського дворів установи, майстерень, санпропускника, пральні, харчових блоків, складів, кімнати прийому передач та інших приміщень установ виконання покарань та слідчих ізоляторів; а також для забезпечення безпечних умов роботи функціонувала комісія з інфекційного контролю, до складу якої входили працівники установ ДКВС України та закладів охорони здоров'я ЦОЗ ДКВС України.

Організований контроль за проведенням протиепідемічних заходів в установах виконання покарань, слідчих ізоляторах, закладах охорони здоров'я ЦОЗ ДКВС України при реєстрації інфекційних захворювань, розроблені та впроваджені плани протиепідемічних заходів з локалізації та ліквідації вогнища (спалаху) інфекційних захворювань (кору, дифтерії, туберкульозу тощо).

ПЕРВИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА: ІСНУВАННЯ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ

Петриченко В.Ю.

КП «Полтавський районний клінічний центр ПМД» ТСР, с. Терешки,
Полтавський район

В професії лікаря загальної практики потрібно адаптувати теоретичні знання і їх практичне застосування в контексті відносин лікар-пацієнт, коли кожна ситуація і, відповідно, рішення – унікальні.

Основні засади діяльності для створення ефективної програми дій для реформи ПМСД на засадах сімейної медицини:

- лідерство та управління, взаємодія з органами місцевого самоврядування, державними органами;

- надання послуг, їх комплексність, розширення, раціональне використання медсестринства;
- фінансування та оплата праці, штати;
- нормативно-правове забезпечення ПМСД.

Основні питання для визначення ролі керівника ЦПМСД в розвитку підприємства в умовах реформування: що я можу зробити сам, що можемо зробити ми (асоціація, лікарське самоврядування); що нам потрібно від місцевого самоврядування; що нам потрібно від держави.

Для успіху ПМСД на засадах сімейної медицини необхідно розвивати лідерські якості у сімейних лікарів, а також керівників ЦПМСД.

Лідерство (англ. leadership) – реалізація організаційного керівництва, яка реалізується топ-менеджером. Лідерство охоплює (але не обмежується тільки цим) розробку бачення, планування, прийняття рішень, опитування, організацію, розвиток, наділення повноваженнями і спрямування діяльності людей на досягнення конкретних цілей

Для раціонального та правильного розвитку ланки сімейної медицини в сфері охорони здоров'я необхідні такі вимоги: витрати на охорону здоров'я у розмірі 7-10% від ВВП; державне подушне фінансування первинного рівня, яке забезпечує гарантований рівень надання ПМД; фінансування ПМД у розмірі 45% від державного фінансування галузі; обов'язкове державне медичне страхування; сімейний лікар – престижна високооплачувана професія; у кадровій структурі на 1 сімейного лікаря припадає 2 медичні сестри; чітка державна кадрова політика забезпечення первинної ланки.

Ефективному розвитку заважає: відсутність науково обґрунтованої державної політики розвитку системи охорони здоров'я; фрагментарність прийняття рішення та відсутність послідовності в державному управлінні охороною здоров'я; бюрократизованість системи управління; відсутність належного інформаційного супроводу реформування; надмірно централізоване управління та відсутність зворотного зв'язку; недостатній вплив лікарського самоврядування та громади на прийняття управлінського рішення; неефективне використання наявних коштів у системі охорони здоров'я; системна корупція в країні.

Лікар загальної практики – сімейної медицини або керівник ЦПМСД повинен зробити: розробити стратегічний план розвитку ПМСД; скласти бізнес-план на рік щодо розвитку ПМСД; брати активну участь у громадському обговоренні нормативно-правових актів щодо фінансування охорони здоров'я; здійснювати пошук та залучення інвесторів для розвитку ПМСД; забезпечувати безперервне підвищення кваліфікації; розробляти інформаційну політику серед медичної спільноти та громади з питань розвитку ПМСД; впроваджувати економічні та моральні фактори стимулювання медичних працівників ПМСД.

Лікарське самоврядування повинно зробити: формувати пропозиції щодо покращення фінансових механізмів ПМСД, ураховуючи інтереси членів асоціації; брати участь у виробленні індикаторів якості медичної

допомоги, що впливатимуть на мотиваційну складову зарплати медичних працівників ПМСД; забезпечувати юридичний супровід діяльності та правовий захист медичних працівників ПМСД; здійснювати інформаційно-комунікаційний супровід реформування системи охорони здоров'я, популяризацію первинної ланки серед населення; пропонувати кандидатури членів асоціації в депутати всіх рівнів; проводити атестацію кадрів та ліцензування медичної практики у сфері ПМСД.

Обов'язки громади входить: правове забезпечення децентралізації закупівлі лікарських засобів, виробів медичного призначення та засобів реабілітації шляхом розробки регіональних та місцевих програм; розробка та реалізація місцевих стимулів роботи ПМСД; розвиток інфраструктури громадського здоров'я; підготовка медичних кадрів для ПМСД на запит громад; створення умов для закріплення медичних кадрів на місцях.

Дії держави: запровадити механізм державного подушного фінансування первинного рівня, яке б забезпечило гарантоване надання ПМД; закріпити гарантоване фінансування на ПМД у розмірі 45% від державного фінансування галузі; забезпечити витрати на охорону здоров'я у розмірі 7-10% від ВВП; запровадити обов'язкове державне медичне страхування; визначити вартість медичної послуги; розглянути можливість фонд-отримання сімейним лікарем; запровадити другу мотиваційну складову оплати праці сімейного лікаря (не менше ніж середня з промисловості); забезпечити виконання державного замовлення медичних кадрів для ПМСД; посилити механізми контролю відпрацювання молодих спеціалістів, підготовлених за державні кошти за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина»; сприяти створенню єдиного медичного простору та міжгалузевої взаємодії щодо збереження здоров'я населення; реалізувати державну політику популяризації сімейної медицини; посилити вимоги до дипломної та післядипломної підготовки медичних кадрів для ПМСД.

ОРГАНІЗАЦІЙНІ ПИТАННЯ МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ВИЩОГО ВІЙСЬКОВОГО НАВЧАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ

Попов М.В.

Військова частина А-3990, м. Полтава

Медична служба вищого військового навчального закладу (ВВНЗ) є однією з служб всебічного забезпечення військ (сил), яка базується на єдиних організаційних засадах, визначених Генеральним штабом ЗСУ та керівництвом медичної служби ЗСУ, і призначена для медичного забезпечення всього військового складу ВВНЗ, з урахуванням навчального процесу як у мирний час, так і в особливий період. Вона є однією з складових ефективної системи медичного забезпечення військ (сил), інтегрованої у загальнодержавну систему охорони здоров'я, що дозволяє досягнути

гарантованого рівня медичного забезпечення всіх категорій військовослужбовців ВВНЗ.

Основними завданнями медичної служби ВВНЗ є:

- постійне вивчення умов організації навчального процесу, служби і побуту постійного та змінного складу для виявлення факторів, що несприятливо впливають на здоров'я військовослужбовців, розробка і проведення заходів щодо запобігання захворюваності і травматизму серед особового складу, зниження рівня відрахування курсантів (слухачів) через хворобу;
- забезпечення бойової та мобілізаційної готовності сил і засобів медичної служби;
- медичне забезпечення навчального процесу, бойової та спеціальної підготовки особового складу;
- надання невідкладної медичної допомоги;
- амбулаторне і стаціонарне обстеження та лікування військовослужбовців;
- надання медичної допомоги вдома військовослужбовцям постійного і змінного складу військового навчального закладу за відсутності іншої системи надання медичної допомоги;
- здійснення лікування генералів, адміралів, офіцерів, військовослужбовців військової служби за контрактом з числа постійного і змінного складу в умовах денного стаціонару або стаціонару вдома за наявності в штаті медичної служби цього ВВНЗ поліклініки та відсутності в гарнізоні більш потужних військово-медичних закладів;
- направлення військовослужбовців, у разі потреби, на стаціонарне лікування;
- ізоляція інфекційних хворих до евакуації їх в інфекційне відділення ВМКЦ (військового шпиталю) або інфекційне відділення закладу охорони здоров'я МОЗ України;
- організація і проведення диспансеризації військовослужбовців;
- визначення осіб, які потребують санаторно-курортного лікування, і забезпечення їх санаторно-курортними путівками;
- проведення комплексу санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів;
- проведення медичного огляду та остаточного медичного відбору кандидатів до вступу на навчання;
- визначення потреби та забезпечення ВВНЗ ліками і медичним майном;
- проведення військово-медичної підготовки, пропаганди гігієнічних знань, здорового способу життя;
- проведення військово-наукової, винахідницької і раціоналізаторської роботи, спрямованої на вдосконалення медичного забезпечення особового складу та навчального процесу ВВНЗ;

- проведення заходів щодо підвищення професійної підготовки особового складу медичної служби ВВНЗ.

Основним структурним підрозділом медичної служби ВВНЗ є поліклініка (медичний пункт) з лазаретом. До складу медичної служби ВВНЗ можуть також входити медичні пункти підрозділів (військових частин) забезпечення навчального процесу. Керівництво медичної служби ВВНЗ відповідає за організацію медичного забезпечення особового складу ВВНЗ; організацію роботи медичних підрозділів; бойову і спеціальну підготовку, військову і трудову дисципліну, підвищення професійного рівня і виховання особового складу медичної служби; утримання та експлуатацію приміщень, медичного майна й інших матеріальних засобів медичної служби.

Робота лікарів загальної практики – сімейної медицини поліклініки (медичного пункту) ВВНЗ проводиться за дільничним (факультетським) принципом. З цією метою за кожним лікарем закріплюється визначений контингент військовослужбовців змінного і постійного складу (факультет, курс). Робота лікаря загальної практики – сімейної медицини, закріпленого за факультетом (курсом), здійснюється за графіком, у якому передбачено фіксовані години амбулаторного прийому хворих, допомога вдома (якщо така форма впроваджена в організацію роботи медичної служби цього ВВНЗ), профілактична та інша робота, і який затверджується начальником поліклініки (медичного пункту).

Після медичного обстеження лікар, відповідно до стану хворого і характеру захворювання, призначає амбулаторне лікування, час і дати повторних оглядів, прибуття на фізіотерапевтичне лікування, встановлює тимчасову непрацездатність (звільняє від виконання службових обов'язків до 6 діб (у епідемічний період – до 10 діб з оглядом через 5 діб після первинного звернення) або дає часткове звільнення від нарядів, окремих видів фізичної підготовки до 2 тижнів, про що робиться відповідний запис у медичній книжці і виписується довідка про звільнення від виконання службових обов'язків. За необхідності призначається обстеження в діагностичних підрозділах поліклініки (медичного пункту) та консультації лікарів-фахівців цього ВВНЗ.

У разі коли можливості поліклініки (медичного пункту) ВВНЗ не дозволяють повною мірою провести діагностичні і консультативні заходи, факультетський (курсний) лікар направляє хворих на обстеження і лікування до ВМКЦ (військового шпиталю) або до лікарів-фахівців лікувальних закладів цивільної системи охорони здоров'я (за домовленістю). Висновки консультантів є підставою для прийняття рішення факультетським (курсним) лікарем.

Курсанти та військовослужбовці строкової служби, у разі наявності медичних показань, направляються на стаціонарне лікування до лазарету поліклініки (медичного пункту). Генерали, адмірали, офіцери, військовослужбовці військової служби за контрактом з числа постійного складу і підрозділів (військових частин) забезпечення навчального процесу,

офіцери змінного складу, за наявності медичних показань, проходять лікування в умовах денного стаціонару при гарнізонних військових лікувальних закладах або поліклініці (медичному пункті) ВВНЗ, якщо така форма лікування організована.

За необхідності стаціонарного лікування військовослужбовець направляється встановленим порядком до ВМКЦ (військового госпіталю) або до профільного стаціонару місцевих закладів охорони здоров'я (за домовленістю). Після виписки із стаціонару військовослужбовець в найкоротший термін прибуває на прийом до факультетського (курсowego) лікаря і повідомляє про свій стан здоров'я, а лікар, у разі необхідності, призначає індивідуальну програму реабілітації з урахуванням специфіки бойової підготовки і вживає заходів щодо її виконання.

Надання невідкладної медичної допомоги здійснюється цілодобово черговим лікарем поліклініки (медичного пункту) ВВНЗ або лікарем (бригадою) швидкої допомоги цивільної системи охорони здоров'я.

Існуюча система медичного забезпечення ВВНЗ забезпечує своєчасне, послідовне, спадкоємне та якісне надання медичної допомоги і лікування хворих, поранених, уражених, травмованих під час навчального процесу.

МАСОВИЙ СКРИНІНГ НОВОНАРОДЖЕНИХ В УКРАЇНІ: РЕЗУЛЬТАТИ ТА УМОВИ ПРОВЕДЕННЯ

*Процюк О.В.¹, Поканєвич Т.М.², Линчак О.В.³,
Омельченко Е.М.³, Гойда Н. Г.¹*

¹ НУОЗ України імені П. Л. Шупика;

² КПН КОР «Київський обласний перинатальний центр»;

³ ДУ «Інститут громадського здоров'я ім. О.М. Марзєєва НАМНУ»

Актуальність. Вважають, що завдяки скринінгу новонароджених і подальшому лікуванню дитина може нормально розвиватися, досягати репродуктивного віку і давати нащадків. Основною метою скринуючих програм, що використовуються для виявлення вроджених дефектів метаболізму, є встановлення діагнозу у якомога ранні терміни (на першому місяці життя). Такий термін дозволяє призначити лікування, ввести дієтичне харчування та ін., яке в свою чергу попереджає розвиток тяжких інвалідизуючих ускладнень вроджених захворювань (розумової відсталості, тощо).

Згідно з Наказом МОЗ України № 2142 від 01.10.2021 р. «Про забезпечення розширення неонатальних скринінгових програм для новонароджених для створення нової системи неонатального масового скринінгу в Україні» визначено перелік захворювань, що включені до програми розширеного масового скринінгу новонароджених (21 пункт). Наразі в Україні здійснюється скринінг новонароджених на фенілкетонурію, вроджений гіпотиреоз, муковісцидоз та адреногенітальний синдром.

Мета роботи: оцінити частоту виявлення патології під час проведення

масового неонатального скринінгу новонароджених.

Матеріали та методи. В роботі проаналізовані дані МОЗ України щодо кількості обстежених новонароджених в медико-генетичних центрах в рамках проведення скринінгу, кількості виявленої патології та підтверджених діагнозів за 2017-2020 рр. Розглядали фенілкетонурію, вроджений гіпотиреоз, адреногенітальний синдром та муковісцидоз. Розраховували частоту виявлення патології на 1000 новонароджених, кількість яких визначалась кількістю обстежених під час проведення скринінгу дітей. Окремо розглядали результати скринінгу новонароджених в Київській області за період 2017-2021 рр.

За останні чотири роки (2017-2020 рр.) серед новонароджених, які були обстежені в медико-генетичних центрах, вперше виявлено гіперфенілаланінемію майже у тисячі дітей, що склало $0,81 \pm 0,01$ ‰. В кожній п'ятій дитині з гіперфенілаланінемією діагноз був підтверджений, тобто частота виявлення фенілкетонурії серед новонароджених склала $0,16 \pm 0,01$ ‰, що було в 1,6 разу більше, ніж в період 1992-2004 р. ($0,10$ ‰). При цьому слід відмітити, що за ті 13 років (1992-2004 рр.) частота фенілкетонурії не перевищувала в жодному році $0,12$ ‰, але це спостерігалось на фоні 76% охоплення скринінгом новонароджених. Можна також зазначити, що в ідеалі скринінг повинен охоплювати майже 100 % народжених живими.

Щодо гіпотиреозу, то за чотири роки (2017-2020 рр.) в результаті проведення скринінгу підвищені показники тиреотропного гормону виявлено у майже 1,5 тисячі новонароджених, що склало $1,21 \pm 0,03$ ‰. Щороку майже для 40 новонароджених дітей діагноз гіпотиреозу підтверджувався – $0,15 \pm 0,01$ ‰. При цьому слід відмітити чотирьохкратне коливання показника по території України.

Під час скринінгу на муковісцидоз за два роки (2019-2020 рр.) підвищені показники виявлено у більш, ніж трьох тисяч дітей, що склало $6,51 \pm 0,11$ ‰. Для 63 дітей діагноз муковісцидоз був підтверджений ($0,12 \pm 0,02$ ‰). При цьому слід відмітити коливання показника по території України від $0,07$ до $0,23$ підтверджених діагнозів муковісцидозу серед обстежених новонароджених.

Щодо адреногенітального синдрому, то за два роки підвищені показники були виявлені у майже 400 дітей ($0,80 \pm 0,04$ ‰) з остаточним підтвердженням діагнозу у 40 дітей ($0,08 \pm 0,01$ ‰ серед обстежених дітей). При цьому слід відмітити коливання показника по території України від $0,05$ до $0,22$ підтверджених діагнозів адреногенітального синдрому серед обстежених новонароджених.

В Київській області за період 2017-2021 рр. позитивні результати після ре-тесту на фенілкетонурію визначались з частотою $0,20 \pm 0,05$ ‰ серед обстежених новонароджених дітей, на гіпотиреоз – $0,15 \pm 0,05$ ‰, а за період 2019-2021 рр. на муковісцидоз – $0,29 \pm 0,09$ ‰ та на адреногенітальний синдром – $0,16 \pm 0,06$ ‰.

Висновок. На сьогодні в умовах війни навіть реалізація права на життя, в т.ч. дітей, знаходиться під загрозою. У разі пізнього початку лікування хвороби у дитини, виявленої за допомогою масового скринінгу, ефективність лікування значно знижується, результати скринінгу знецінюються. Тому навіть у воєнний час під час виконання скринінгу новонароджених чіткого дотримання потребують правила його проведення, а саме, задовільний показник охоплення дітей скринінгом, терміни забору, доставки та проведення аналізу зразків крові. При недотриманні умов проведення масового неонатального скринінгу його цінність втрачається, тому детального аналізу і контролю потребують терміни забору крові і тривалість часу, яка проходить після взяття зразків на дослідження та отриманням кінцевого результату. Можна також зауважити, що за відсутності реактивів на проведення лабораторного обстеження сенс вимагати своєчасної доставки зразків крові для аналізу відсутній.

ДОСВІД НАБУТИЙ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19 В ПЕРІОД ВОЄННОГО ЧАСУ: ТЕЛЕПСИХІАТРІЯ

Скрипніков А.М., Бойко Д.І., Боднар Л.А.

Полтавський державний медичний університет, м. Полтава

Пандемія COVID-19 застала систему охорони психічного здоров'я зненацька, оскільки режим самоізоляції змусив багато служб галузі закрити свої двері. Це спонукало багатьох психотерапевтів та інших фахівців у галузі психічного здоров'я звернутися до телепсихіатрії, покладаючись на онлайн-консультації для забезпечення безперервності лікування. Проте використання телепсихіатрії потребувало серйозної адаптації як з боку фахівців у сфері психічного здоров'я, так і з боку пацієнтів.

Сучасна медицина супроводжується активною імплементацією новітніх технологій у рутинну практику лікаря будь-якої спеціальності. В умовах необхідності зберігання соціального (або більш точно фізичного) дистанціювання телепсихіатрія стала «практично ідеальним» рішенням. У той час як дистанційні оцінки були новими для багатьох клініцистів, телепсихіатрія не нова дисципліна. Дистанційне консультування через телефон або інтернет останнім часом широко використовується в Європейських країнах та Сполучених Штатах Америки (США), проте в умовах пандемії COVID-19 методи дистанційного ведення хворого за допомогою телемедицини почали використовуватись більшістю лікарів світу. Існує добре налагоджена доказова база ефективності у різних популяціях пацієнтів і демографічних показниках..

Телепсихіатрія бере свій початок ще у 1959 році, коли в Інституті психіатрії штату Небраска (США) було проведено низку експериментів проведення відеоконференцій психотерапевтичних сесій в прямому ефірі для трансляції в навчальних цілях. Сам термін був започаткований у 1973 році

Томасом Двайєром і лише з 1990-х років помічено збільшення кількості опублікованих досліджень в цій галузі.

Нині під терміном «телепсихіатрія» розуміють використання телемедицини в системі охорони психічного здоров'я, зокрема для надання психіатричної допомоги та дистанційної підтримки пацієнтів шляхом використання електронних та інформаційних технологій. Вважається, що дана дисципліна вивчає дистанційну профілактику, діагностику та лікування психічних захворювань, а також організаційні аспекти спеціалізованої допомоги шляхом інформаційно-телекомунікаційних систем.

Останній систематичний огляд свідчить про високу задоволеність пацієнтів методами телепсихіатрії. Телепсихіатрія має певний перелік переваг для пацієнта над очними зустрічами, зокрема конфіденційність, можлива анонімність, персоналізація та особливо важливий аспект в умовах воєнного часу - легкий доступ. При цьому пацієнти відмічають зменшення часу очікування та потреби в поїздках на сеанс психотерапії, а також зростання гнучкості графіку.

З іншого боку практикуючі лікарі відмічають певні недоліки телепсихіатрії. В той час як дистанційні методи ведення пацієнтів психіатричного профілю стали невід'ємною складовою медичної практики, залишається збентеженість щодо навиків роботи з технологіями, що ускладнює процес роботи із пацієнтами. Дистанційний формат також зумовлює певні перешкоди при оцінці психічного статусу пацієнта, зокрема поведінкові аспекти та цілісну оцінку вигляду хворого.

Сучасні дослідження в цій галузі спрямовані на розробку доказових підходів та наукове обґрунтування методик, які використовуються в межах цієї галузі. Так, однією з найпоширеніших рекомендацій є практичне керівництво Американської асоціації телемедицини з телепсихіатрії, що ґрунтується на відеоконференціях. Згідно з цим документом основними видами діяльності телепсихіатрії є клінічне інтерв'ю для оцінки психічного статусу пацієнта та подальшого його консультування, екстрений огляд пацієнтів для оцінки потреби в госпіталізації до психіатричного стаціонару та надання невідкладної психологічної допомоги, ведення психотерапевтичних сесій та клінічна супервізія, що дозволяє вести курацію молодих лікарів з метою покращення їх навчання.

Проведення тих чи інших телемедичних процедур потребує розробки протоколів ведення пацієнтів та призначення лікарських засобів, спеціального навчання фахівців та побудова адміністративної політики, яка включає шляхи вирішення ймовірних етичних питань. В умовах пандемії COVID-19 українські лікарі активно долучилися до надбання телемедичних навичок та їх імплементацію у клінічну практику. Процедури, які використовувались для вирішення проблеми соціального дистанціювання в умовах пандемії, зараз зумовлюють діяльність психіатричної служби в Україні.

Активно впроваджується дистанційне консультування як цивільного населення, так і військовослужбовців. Один терапевтичний процес може розпочатися з кількох початкових дистанційних інтерв'ю, лікування та подальшими інтерв'ю віч-на-віч. Це приносить користь пацієнтам, які живуть далеко від великих центрів або знаходяться на території бойових дій. Такі альтернативи, безсумнівно, сприяють профілактичним процесам і на відносно спокійних територіях та надають доступ до необхідної психіатричної допомоги біженцям з України за кордоном і внутрішньо переміщеним особам. Поряд з цим впровадження телепсихіатричних методик у клінічній практиці руйнує стигматизоване ставлення суспільства до психіатрії як медичної галузі. Популяризація психіатричної допомоги та психотерапії шляхом використання телемедичних практик покращують комплаєнс між лікарем та пацієнтом, а також підвищує частоту вчасно виявлених психічних захворювань, і, як результат, покращує якість їх лікування.

Телепсихіатрія постає багатообіцяючим способом надання медичних послуг у сфері психічного здоров'я. Заходи розроблені під час пандемії COVID-19, зокрема розробка та популяризація телемедицини і її принципів, активно впроваджуються в клінічну практику психіатрів України в умовах воєнного часу та забезпечує належне надання медичної допомоги.

АНАЛІЗ ДИНАМІКИ ІМУНОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ СЕРЕД АМБУЛАТОРНИХ ХВОРИХ КНП «ЧЕРКАСЬКА ОБЛАСНА ЛІКАРНЯ ЧЕРКАСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ» НА ФОНІ КОВІД-19

Сокурєнко О.В.¹, Плужнікова Т.В.², Краснова О. І²

¹Комунальне некомерційне підприємство

"Черкаська обласна лікарня Черкаської обласної ради"

²Полтавський державний медичний університет.

Імунологічне дослідження це лабораторне дослідження, за допомогою якого вдається встановити основні показники імунної системи, визначити рівень здатності організму протистояти різним інфекціям.

Комплексне імунологічне дослідження (імунограма) – це один із важливих видів діагностики, що дозволяє оцінити напруженість та/або ефективність імунологічної відповіді на дію генетично чужорідних для організму агентів (антигенів), встановити тип імунодефіцитного стану та оцінити ефективність застосування вибраної тактики лікування, включно, хірургічної роботи імунної системи людини. Імунограма представляє собою ряд тестів, що проводяться з кров'ю, для визначення працездатності гуморального та клітинного імунітету. Імунограма дає можливість прослідкувати інтенсивність імунологічної відповіді організму на дію антигенів, виключити або діагностувати анемію (клінічний аналіз крові), визначити тип імунодефіцитного стану, щоб оцінити ефективність вибраної тактики лікування, та включає показники для оцінки клітинного і

гуморального імунітету. Повноцінна інтерпретація імунограми проводиться лише з урахуванням загальної клінічної картини, за винятком випадків гострих станів, коли окремих показників може змінюватися більш як на 50 % від норми, що є ознакою перебігу патологічного процесу.

При інтерпретації результатів імунограми необхідно враховувати вік пацієнта, наявність супутніх і хронічних захворювань, дію шкідливих факторів та медикаментозної терапії. Також важливим клінічним значенням імунограми є оцінка показників імунної системи в динаміці. Повторне дослідження проводиться через два тижні після попереднього обстеження.

В лабораторії клінічної імунології Комунального некомерційного підприємства «Черкаська обласна лікарня Черкаської обласної ради» проводяться сучасні методи досліджень, що пов'язані з визначенням змін у клітинному, гуморальному та неспецифічних факторах імунітету при різних імунозалежних і алергійних захворюваннях. Імунодіагностика проводиться в централізованій лабораторії клінічної імунології, яка організована на базі обласної лікарні в 1992 році та забезпечує населення міста та області усіма необхідними імунологічними методами дослідження.

Аналізуючи імунологічні дослідження амбулаторних хворих Комунального некомерційного підприємства «Черкаська обласна лікарня Черкаської обласної ради» ми спостерігаємо поступове зменшення їх кількості протягом 2015-2021 років окрім імуноферментних аналізів, де спостерігалась позитивна динаміка (Табл.1).

Таблиця 1

Види імунологічних досліджень виконаних для амбулаторних хворих за 2015-2021 роки

показники роки	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Показники клітинного імунітету	9498	10778	12658	11820	10900	3354	2923
Показники набутого гуморального імунітету	6184	3860	2262	3234	1970	561	1959
Показники неспецифічної резистентності організму	4183	3167	4124	3016	3156	968	608
Імуноферментні аналізи	5543	9544	10289	9521	9638	4828	8393
Загальний аналіз крові	6016	4415	544	738	501	216	226

Всього:	31424	31764	29877	27580	25492	9927	14109
----------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	-------------	--------------

Тести імуноферментного аналізу (ІФА-тести) на COVID-19 — це вид аналізу, за допомогою якого виявляється комплекс «антиген — антитіло», який виробляється коли організм уражений вірусом. Цей комплекс утворюється завдяки імунологічній реакції антигену з відповідним антитілом. Використання ІФА-тестів для виявлення антитіл COVID-19 врегульоване наказом МОЗ від 20.05.2020 № 1227 Про затвердження змін до Стандартів медичної допомоги «Коронавірусна хвороба» (COVID-19).

АНАЛІЗ НАДАННЯ АМБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧНОЇ ДОПОМОГИ КОБЕЛЯЦЬКИМ ЦЕНТРОМ ПМСД НА РІВНІ ГРОМАДИ

Супруненко В.М., Коломісць Л.А.

КНП «Кобеляцький Центр ПМСД», Полтавська область

Кобеляцька міська громада розміщена на півдні Полтавської області, площею 1 216,6 км². Створена у 2020 році, відповідно до розпорядження Кабінету Міністрів України № 721-р від 12 червня 2020 року «Про визначення адміністративних центрів та затвердження територій територіальних громад Полтавської області», шляхом об'єднання територій та населених пунктів Кобеляцької міської та Бродщинська, Василівської, Вільховатської, Дашківської, Золотарівської, Іванівської, Красненської, Кунівської, Лебединської, Лучківської, Озерянської, Орлицької, Підгорянської, Придніпрянської, Світлогірської, Сухинівської, Шенгурівської, Канавської сільських рад Кобеляцького району Полтавської області.

Населення Кобеляцької міської громади станом на 01.01.2022 року по даних органів статистики складає 25978 осіб і має стійку тенденцію до зменшення.

Кобеляцьку міську громаду обслуговують два медичні заклади КНП «Кобеляцька міська лікарня» та КНП «Кобеляцький Центр ПМСД». Діяльність закладу спрямовується на удосконалення організації надання медичної допомоги всім верствам населення, матерям і дітям, інвалідам, учасникам Великої Вітчизняної війни та бойових дій, постраждалих внаслідок ЧАЕС та іншим пільговим категоріям, а також впровадження сучасних медичних технологій в практику охорони здоров'я.

З 01.01.2013 року у Кобеляцькому районі розпочав роботу комунальний заклад «Кобеляцький Центр первинної медико-санітарної допомоги». З 27.06.2018 року Комунальний заклад реорганізовано шляхом перетворення у Комунальне некомерційне підприємство «Кобеляцький Центр первинної медико-санітарної допомоги» Кобеляцької районної ради Полтавської області. Цим рішенням затверджено Статут Комунального некомерційного підприємства «Кобеляцький Центр первинної медико-санітарної допомоги» Кобеляцької районної ради Полтавської області та

штатна чисельність працівників підприємства. У 2021 році перейменовано на КНП «Кобеляцький Центр первинної медико-санітарної допомоги» Кобеляцької міської ради.

Амбулаторно-поліклінічна допомога населенню району надається в 8 амбулаторіях загальної практики сімейної медицини. Потужність закладу КНП «Кобеляцький Центр ПМСД» - 332 відвідувань за зміну. Станом на 01.04.2022 рік прийом проводять 10 лікарів загальної практики сімейної медицини, 1 лікар – терапевт і 5 лікарів-педіатрів.

В роботі амбулаторно-поліклінічної служби адміністрація КНП «Кобеляцький Центр ПМСД» виділяє такі основні задачі:

- надання висококваліфікованої медичної допомоги населенню району на засадах загальної практики – сімейної медицини;
- організація та проведення профілактичних щеплень з метою попередження особливо небезпечних інфекційних хвороб населення;
- введення в роботу прогресивних методів медичного обслуговування хворих;
- проведення профілактичних оглядів особам з груп ризику та пільговим категоріям населення.

З 22.04.2021 року Центром підписано договір з НСЗУ на надання медичної послуги «Вакцинація від гострої респіраторної хвороби Covid-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2 у пунктах щеплення». Для роботи у пунктах щеплення підготовлено 9 лікарів та 13 середніх медичних працівників, які пройшли відповідні тематичні навчання на курсах. Станом на 15.04.2022 р. щеплено 10104 осіб – 46,6 % від дорослого населення громади, з них 9778 осіб щеплено двома дозами – 45,0%, 1564 особи отримали бустерну дозу вакцини проти Covid-19 – 7,1% від дорослого населення.

Кількість всіх відвідувань до лікарів КНП «Кобеляцький Центр ПМСД» в 2021 році становило 57422, проти 99026 в 2019 році. З них до сімейних лікарів в 2021 році 43863 особи, проти 67360 в 2019 році. Кількість відвідувань до педіатрів – 8330 в 2021 році, проти 21497 в 2019 році. Зменшення кількості відвідувань відбулося внаслідок від'єднання від КНП «Кобеляцький Центр ПМСД» Білицької та Бутенківської АЗПСМ.

Станом на 01.04.2022 рік по КНП «Кобеляцький Центр ПМСД» зроблено ЕКГ обстежень – 1200 особам, з них старше 40 років – 975, дітям – 33. Передано до приймаючих центральних станцій прийому ЕКГ досліджень «Тредекс» - 26 обстежень.

В 2022 році за 3 місяці флюорографічно обстежено 465 осіб, що становить 13,4 % від плану, підлітків – 25, осіб з груп ризику – 321, виявлено 5 хворих ТБ.

Основними причинами смертності населення, як в районі, так і в Україні, залишаються серцево-судинні захворювання. На другому місці - злоякісні хвороби.

Показник дитячої смертності в КНП «Кобеляцький Центр ПМСД» не перевищує обласних показників. За 3 місяці 2022 року зареєстрованих випадки дитячої смертності не виявлено. З метою недопущення дитячої смертності проводяться наступні заходи:

- медичними працівниками ведеться постійний нагляд за дітьми першого року життя;
- особлива увага приділяється дітям з групи ризику (хворим на хронічні захворювання, інвалідам та ін.)
- ведеться щоденний моніторинг по захворюваності дітей першого року життя;
- всім дітям, які не мають медичних протипоказань, проводяться щеплення від особливо небезпечних інфекцій згідно календаря щеплень.

Характеризуючи стан надання медичної допомоги в цілому, то слід відмітити, що в закладі змінюється вектор роботи з лікувальної на профілактичний. Лікарі загальної практики - сімейні лікарі більше працюють на попередження хвороб, працюють з цілою сім'єю. Адже це є однією із основних функцій сімейного лікаря, закладу первинної медико-санітарної допомоги.

Щорічно в КНП «Кобеляцький Центр ПМСД» впроваджуються в практику нові методи роботи. Проводиться комп'ютерна обробка медичної документації.

Всі лікарі АЗПСМ мають автоматизовані робочі місця та користуються Інтернетом, мають доступ до медичної літератури. Відсоток оснащення в амбулаторіях відповідно до табеля матеріально - технічного оснащення - 100%.

В Центрі по всіх підрозділах призначені відповідальні за сан-освітньою роботою. Відповідальними розроблені плани заходів по санітарно-освітній роботі. Методи санітарно-освітньої роботи у вигляді проведення лекцій, бесід, випущення санбюлетнів, організація круглих столів, куточків здоров'я, співпраця в ЗМІ та розміщення інформації в соціальних мережах.

НОРМАТИВНО-ПРАВОВІ АСПЕКТИ ДІЯЛЬНОСТІ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ПІД ЧАС ЗБРОЙНОГО КОНФЛІКТУ

Терзі О. О.

Одеський національний медичний університет, Одеса

Збройний конфлікт створює додаткове навантаження на систему охорони здоров'я, бо крім звичайного забезпечення охороною здоров'я та медичними послугами населення, з'являється потреба та обов'язок надавати медичну допомогу пораненим. Ескалація збройного конфлікту між Україною та Російською Федерацією відбувається між іншим в період пандемії COVID-19, що у свою чергу є ще одним навантаженням на українську систему охорони здоров'я. У Концепції розвитку системи громадського здоров'я,

ухваленої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 року № 1002-р, вказується, що «причинами критичної ситуації, яка склалася із станом здоров'я населення, є соціально-економічна криза, несприятлива екологічна ситуація, високий рівень поширеності тютюнокуріння, вживання алкоголю та наркотичних засобів, недостатні фізичні навантаження, нездорове харчування, а також військова агресія Російської Федерації на сході України».

В Указі Президента України «Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 2 вересня 2015 року "Про нову редакцію Воєнної доктрини України"» зазначається про необхідність модернізації військової системи охорони здоров'я у напрямі концентрації зусиль на заходах з медичного забезпечення військ (сил) у можливих конфліктах з максимальною її інтеграцією із цивільною системою охорони здоров'я. Під час збройного конфлікту військова система охорони здоров'я з цивільною системою охорони здоров'я повинні взаємодіяти і працювати злагоджено. Проте, слід враховувати додаткове навантаження на цивільну/громадську систему охорони здоров'я і ті виклики з якими вона стикається, порушення ланцюгів поставок ліків, ускладнення проведення терапії.

Парламентська асамблея Ради Європи ухвалила Резолюцію щодо захисту гуманітарних медичних місій у 1988 року, яка закликає держави поважати право цивільних осіб на піклування компетентним та неупередженим медичним персоналом, а також право медичного персоналу на захист під час своєї місії. У додатку до Резолюції вказані права та обов'язки медичних працівників як учасників гуманітарних медичних місій. Медичні працівники під час здійснення гуманітарних медичних місій мають:

- 1) право на повагу та захист; заборона покарання та утисків за надання медичної допомоги;
- 2) право на доступ до всіх місць, де потрібна медична допомога;
- 3) право не надавати інформацію щодо пацієнтів, окрім інформації щодо інфекційних захворювань;
- 4) у разі арешту медичного працівника він повинен бути звільнений і репатрійований без затримки.

До обов'язків медичного гуманітарних медичних місій Резолюція встановлює:

- 1) дотримання правил медичної етики;
- 2) допомога повинна відповідати медичним критеріям гуманітарного характеру;
- 3) дотримуватися побажань осіб, які отримують лікування;
- 4) діяти на засадах компетентності та неупередженості.

На 55-й сесії Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я Всесвітньої організації охорони здоров'я ухвалено Резолюцію A55/VR/9 від 18 травня 2002 року щодо захисту медичних місій під час збройного конфлікту, в якій встановлено, що сторони конфлікту та організації гуманітарної допомоги повинні використовувати машини швидкої допомоги, інші медичні транспортні засоби, медичні заклади або інші структури, які полегшують роботу медичному персоналу лише для гуманітарних цілей.

Необхідно наголосити, що медперсонал та шпиталі є недоторканими відповідно до звичаєвих норм міжнародного гуманітарного права, яке діє під

час збройного конфлікту. Однак, Російська Федерація здійснює обстріл карет швидкої допомоги, лікарень, медичного персоналу, вчиняючи воєнні злочини і вкрай важливим є документування порушень міжнародного гуманітарного права стосовно недоторканості медичного персоналу та медичних установ.

ЗМІНИ В ПРИВУШНИХ СЛИННИХ ЗАЛОЗАХ У ДІТЕЙ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ЦИТОСТАТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ

**Ткаченко П.І., Доленко О.Б., Білоконь С.О., Коротич Н.М.,
Лохматова Н.М., Попело Ю.В.**

Полтавський державний медичний університет, Україна

Порушення функціональної активності великих слинних залоз, викликане безпосереднім чи опосередкованим впливом на них як внутрішніх, так і зовнішніх чинників залежить від сили пошкоджуючої дії будь якого із них.

Не являється виключенням і поліхіміотерапія, якої потребують 90% дітей зі злоякісними пухлинами різної анатомічної локалізації, але не слід забувати про те, що вона викликає в організмі ряд побічних ефектів і небажаних реакцій. Цитостатичні препарати пригнічують функцію всіх органів та систем, в тому числі і тканин ротової порожнини. Беззаперечно, прояви стоматотоксичності на її рівні займають друге місце після гематологічної і залежить вона від індивідуальних особливостей дитячого організму.

У зв'язку з цим нами було проведено дослідження по вивченню впливу поліхіміотерапії на стан привушних залоз у 29 дітей зі злоякісними пухлинами черевної порожнини, які лікувалися за стандартами відповідних протоколів надання медичної допомоги. Перелік досліджень включав: вивчення анатомічних розмірів за допомогою ультразвукової діагностики, їх секреторної активності, складу паротидного секрету, які проводилися на початку лікування і по завершенні I курсу.

На час госпіталізації паренхіма привушних слинних залоз на ехограмах, як в групі спостереження, так і в контрольній, виглядала дрібнозернистою, а капсула мала вигляд ущільненої лінії.

Аналіз даних стосовно їх розмірів і об'єму дозволив встановити, що анатомічні розміри варіювали в довжину, ширину і товщину в обох групах порівняння, проте їх об'єм був меншим в 1,2 рази. Вивчення секреторної активності залоз встановило зменшення кількості паротидного секрету в 1,3 рази від контрольних величин, а в його цитограмах на фоні нещільного білкового субстрату визначалися поодинокі деструйовані нейтрофіли.

По завершенню I курсу поліхіміотерапії і повторного ультразвукового дослідження встановлено, що зміна довжини, ширини та товщини носили індивідуальний характер, але прослідковувалася чітка тенденція до зменшення в різній мірі їх розмірів і об'єму в 1,5 рази. Структура залоз була

середньої ехогенності, проте кількість гіперехогенних тяжів вздовж протоків всіх порядків значно збільшилася.

Одночасно прослідковувалося зменшення продукції паротидного секрету в 2 рази до висхідного, а в його цитограмах встановлено підвищення щільності фонового поля та збільшення кількості як збережених, так і деструйованих форм нейтрофілів.

Таким чином, під впливом поліхіміотерапії відбувається зменшення розмірів і об'єму привушних слинних залоз, підвищується ступінь ехогенності їх паренхіми, знижується продукція паротидного секрету, в якому з'являються клітини запального ряду. Така ситуація потребує розробки спеціальних заходів, спрямованих на корекцію даних порушень, перш за все, підвищення функціональної активності ацинарного апарату слинних залоз.

ВПЛИВ ПОЛІХІМІОТЕРАПЕВТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ НА СТАН ПАРОДОНТУ І СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА У ДІТЕЙ

**Ткаченко П.І., Лохматова Н.М., Попело Ю.В., Білоконь С.О.,
Доленко О.Б., Коротич Н.М.**

Полтавський державний медичний університет, Україна

На даний час досить велика увага приділяється дослідженням по вивченню змін в органах і тканинах, асоційованих з онкологічною патологією. Гостра необхідність багаточисельних розробок в даному напрямку обумовлена вираженою тенденцією до стрімкого зростання випадків захворюваності на злоякісні пухлини, в тому числі і серед дітей.

Клінічна медицина постійно збагачується новими способами і методами лікування онкологічних процесів, але превалювати продовжують нові хіміотерапевтичні препарати, особливо ті, які здатні вражати окремі ланцюги метаболізму пухлинних клітин на окремих фазах їх поділу. Але досить часто лікування цитостатичними препаратами приводить до порушення стоматологічного здоров'я, яке включає питання стоматотоксичності.

Тому нами було відслідковано клінічні зміни в тканинах порожнини рота, що виникали в динаміці протипухлинної терапії у 25 дітей віком від 7 до 15 років зі злоякісними пухлинами черевної порожнини. Їх лікування проводилося відповідно до протоколів надання медичної допомоги.

При первинному стоматологічному обстеженні на момент госпіталізації інтенсивність карієсу була оцінена як «низька». Слизова оболонка рота звичайного забарвлення і помірного зволоження. Лише у 9 хворих слизова оболонка ясеневого краю була застійно-гіперемована, міжзубні сосочки набрякли при зондуванні кровоточили. У інших 16 осіб стан ясен відповідав критеріям клінічно здорові. В мазках-перевідбитках визначалася наявність незначної кількості епітеліальних клітин, забруднена незначною кількістю кокової мікрофлори.

На період завершення другого курсу поліхіміотерапії у всіх пацієнтів спостерігалася пастозність обличчя, сухість черевної облямівки губ, їх тріщини та ексфоліації, при цьому, у 15 пацієнтів були наявні явища хейліту. У 17 осіб визначалася еритема слизової оболонки порожнини рота на тлі якої у 13 були наявні поодинокі ерозії розміром 3x5 мм покриті фіброзною плівкою. У 6 хворих візуалізувалися по 4 –5 поряд розташованих ерозивних елементів враження з тенденцією до злиття. Ясна у 17 пацієнтів були гіперемовані з ціанотичним відтінком, а решта 12 мали блідий колір, але у всіх визначався їх набряк. Відчутно погіршувався гігієнічний стан порожнини рота, а діагностичне зондування зубо-ясеневі борозни викликало значну кровоточивість.

Вивчення цитограм букального епітелію встановило значне збільшення в полі зору більш деструйованих епітеліоцитів, розташованих скупченнями різних розмірів і форм ядерної субстанції. На фоні щільного білкового субстрату визначалася значна контамінація коковими мікроорганізмами як самого поля огляду, так і епітеліальних клітин.

Таким чином, результати представлених досліджень вказують на виражений вплив поліхіміотерапевтичних засобів на тканини пародонта і слизову оболонку порожнини рота, що потребує розробки раціональних симптоматичних і патогенетичних лікувально-профілактичних комплексів, спрямованих на зменшення стоматотоксичності і нівелювання їх впливу на анатомічні структури порожнини рота.

ОЦІНКА РИЗИКУ ВПЛИВУ ФАКТОРІВ ДОВКІЛЛЯ НА ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ.

Федосов Д. В., Катрушов О.В.

Полтавський державний медичний університет

Ризик – це усвідомлена небезпека виникнення події з певними у просторі та часі, небажаними наслідками для здоров'я людини. Ризик величина кількісна. Ризик характеризується або величинами від нуля (означає впевненість у тому, що шкода не буде нанесена нікому) до одиниці (означає впевненість у тому, що шкода буде нанесена усім), або як очікувана частота несприятливих ефектів, що виникають у популяції від визначеного шкідливого впливу. Перший спосіб вираження ризику іноді трактується як індивідуальний, другий – як популяційний ризик [1].

Небезпека (загроза) – це природне чи техногенне явище з прогнозованими, але неконтрольованими загрозами виникнення небажаних подій у певний момент часу та в межах даної території, що здатні завдати шкоду здоров'ю людей, матеріальних збитків та ін. Небезпека величина якісна.

При вивченні здоров'я людини (групи людей) з позиції ризику (небезпеки) виділяють наступні види ризику: індивідуальний, соціальний, відносний і привнесений, кумулятивний і додатковий. При здійсненні оцінки

погіршення стану здоров'я людини виділяють наступні види ризику: відносний, атрибутивний, атрибутивний популяційний та популяційна фракція атрибутивного ризику.

Для зручності користування та уніфікації існує класифікація ризику (небезпеки) в системі охорони здоров'я та організації медичного забезпечення населення. В основу класифікації було покладено шість найбільш важливих характеристик ризиків:

- 1) родо-видові (*рід, вид, походження, об'єкт*);
- 2) місце реалізації (*періодичність, середовище, сфера та черговість виникнення*);
- 3) збитки від реалізації (*ступінь впливу на людину*);
- 4) вплив на ризик фактору часу (*структура виникнення, характер впливу, врахування фактору часу, тривалість дії, частота впливу*);
- 5) прогнозованість (*ступінь прогнозованості, спектр дії, рівень втрат (збитків), ступінь усунення, ступінь компенсації, керованість*);
- 6) вид управлінського рішення (*рівень, час та тип прийняття рішень*).

Грунтуючись на визначенні “ризиків” та “небезпеки”, які наведені вище, а також на досвіді побудови системних класифікацій, можна запропонувати узагальнюючу класифікацію ризику та небезпек в системі охорони здоров'я загалом.

Згідно класифікації фактори ризику поділяють: за родом - природні, техногенні, змішані; за видом небезпек - фізичні, хімічні, біологічні, інформаційно-семантичні, комплексні; за походженням - космічні, абіогенні, біогенні, біологічні, біотичні, природно-антропогенні, антропогенні, антропічні; за об'єктом - індивідуальний, груповий (соціальний, колективний, етологічний, соціально-економічний, соціально-психологічний), видовий; за черговістю виникнення - первинний, вторинний; за періодичністю виникнення - періодичний, неперіодичний; за середовищем виникнення - атмосферний, водний, геоморфологічний, едафічний, фізіологічний, генетичний, популяційний, біоценологічний, екосистемний, біосферний; за місцем виникнення - зовнішні та внутрішні (обидва види ризику мають власну велику класифікацію); за ступенем впливу на людину - летальний, екстремальний, лімітуючий, турбуючий, канцерогенний, мутагенний, тератогенний; за ступенем впливу на організацію медичного забезпечення військ - прийнятний, критичний, катастрофічний; за структурою виникнення - прості, похідні; за характером впливу - активні, пасивні; за врахування фактора часу - статичні і динамічні; за тривалістю дії - короткострокові, середньострокові, довгострокові; за частотою впливу - разовий, періодичний, постійний; за ступенем прогнозованості - прогнозований, не прогнозований; за спектром дії - вибіркової дії, загальної дії; за рівнем втрат (збитків) - мінімальні, середні, оптимальні, максимальні, критичні, катастрофічні; за ступенем усунення - ті що усуваються повністю, частково, не усуваються взагалі; за ступенем компенсації - компенсовані, частково-компенсовані та некомпенсовані; за керованістю - керовані,

некеровані; за рівнем прийняття рішень - макроекономічні та мікроекономічні; за часом прийняття рішень - випереджувальні, своєчасні і запізнili; за типом прийняття рішень - раціональні (обґрунтовані), нераціональні (необґрунтовані), авантюрні (азартні); за імовірністю виникнення ситуації - стохастичні (на умовах імовірності виникнення), нестохастичні (на умовах невизначеності) і конкурентні (на умовах конфлікту); за об'єктивністю - з об'єктивною імовірністю, з суб'єктивною імовірністю та з суб'єктивно-об'єктивною імовірністю; за рівнем прийнятності - безумовно прийнятний, прийнятний, неприйнятний; за ступенем правомірності - правомірні, неправомірні; за сприйняттям людьми - добровільні, примусові.

Характеристика ризику – завершальний етап оцінки ризику, на якому синтезуються дані попередніх трьох етапів і пов'язаних з ними невизначеностей для обґрунтування висновків у кількісній, напівкількісній чи описовій формі, що повинні бути передані особі чи організації, що приймає рішення в сфері екологічної політики і керування здоров'ям населення, або ж суб'єкту господарської діяльності, за замовленням якого проводилася оцінка ризику.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ НЕВРИТІВ НИЖНЬОАЛЬВЕОЛЯРНОГО НЕРВА

*Фурман Р. Л., Гаджула Н. Г., Поліщук С. С., Барило О. С.,
Свистунов Д. М., Кузько О. В.*

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Вступ. Найчастіше, травматичні переломи нижньої щелепи в області тіла та кута супроводжуються пошкодженням нижньоальвеолярного нерва в нижньощелепному каналі. З огляду на те, що нерв досить еластичний, повного перерізування не спостерігається, а відбувається його часткове пошкодження або стиснення. Клінічна симптоматика при стисненні нерва в каналі нижньої щелепи характерна для травматичного невриту. До лікування посттравматичних ушкоджень нижньощелепного нерва лікарі приступають тільки після появи у потерпілих виразної клінічної симптоматики, зазвичай пізно, що значно знижує ефективність терапії, яка проводиться.

Мета: оцінити клінічну ефективність використання препарату нуклеотидів при лікуванні переломів нижньої щелепи, що супроводжуються посттравматичними невритами нижньоальвеолярного нерва.

Матеріали та методи дослідження. Проведено оперативне втручання та подальше післяопераційне лікування 50 хворих з ангулярними переломами нижньої щелепи, що супроводжувались клінікою пошкодження нижньоальвеолярного нерва. В групі порівняння (n=25) проводили зіставлення уламків і двощелепове шинування, призначали антибіотик широкого спектру дії та нестероїдний протизапальний препарат. В основній групі (n=25) застосовували аналогічну терапію, але додатково вводили

препарат нуклеотидів парентерально (в/м) в дозі 3 мл один раз на добу кількістю 10 ін'єкцій, починаючи з 3 доби лікування.

Проводили суб'єктивне оцінювання больового синдрому з використанням візуально-аналогової шкали (ВАШ). Враховували порушення тактильної, температурної, больової чутливості нижньої губи та підборіддя, а також порушення мандибулярного рефлексу. Дослідження чутливості тканин області підборіддя, нижньої губи на стороні ушкодження і симетричної сторони проводили за допомогою сенсорних тестів.

Результати дослідження. Обстеження хворих проводили за період лікування тричі: на момент початку лікування, на 7 добу та на 14 добу. І в основній групі, і в групі порівняння показники ВАШ мали тенденцію до зниження, але неоднаково в обох групах. В основній групі на час поступлення на лікування показники майже не відрізнялись від таких в групі порівняння ($p > 0,05$); на 7 добу вони були нижчими у 1,15 рази ($p < 0,05$); на момент виписки (14 доба) показники ВАШ були у 2,9 рази меншими від таких у групі порівняння ($p < 0,001$).

Виявлено регрес порушення тактильної, температурної та больової чутливості в обох групах. В групі порівняння відновлення тактильної, температурної та больової чутливості, а також мандибулярного рефлексу проходило повільно і за період спостереження суттєво не змінилось. В основній групі на 14 добу достовірність різниці показників тактильної чутливості була менша від такої в групі порівняння у 2,68 рази, температурної – у 2,83 рази, больової – у 2,3 рази; величина порушення мандибулярного рефлексу – у 2,76 рази ($p < 0,001$).

Висновки. Можна стверджувати, що препарат нуклеотидів мінімізує порушення мандибулярного рефлексу в зоні іннервації. Разом з цим, значно зменшує інтенсивність проявів усіх видів порушення чутливості в зоні іннервації нижньоальвеолярного нерва, пришвидшує регрес больового синдрому в період лікування. Саме тому, використання препарату нуклеотидів є виправданим в комплексній терапії переломів нижньої щелепи, які супроводжуються посттравматичними невритами нижньоальвеолярного нерва.

ЧОТИРИ НАПРУЖЕННЯ ПОЛІТИКИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В ЄВРОПЕЙСЬКОМУ СОЮЗІ

Харченко Н.В.¹, Харченко О.В.²

¹Полтавський державний медичний університет

²Полтавський державний педагогічний університет імені В.Г. Короленка

Європейський Союз виконує свої зобов'язання щодо розробки та впровадження політики охорони здоров'я, зобов'язань, які впливають насамперед із його компетенції, щодо створення внутрішнього ринку ЄС.

Роблячи це, ЄС стикається з чотирма важливими напруженнями. *Перша* стосується співвідношення між національними та міжнародними

питаннями. Протягом історії загрози громадському здоров'ю виходили за межі національних кордонів, спочатку у формі інфекційних захворювань, а останнім часом у формі торгівлі небезпечними товарами, такими як тютюн. Проте, враховуючи відсутність відповідної міжнародної архітектури, відповіді були значною мірою розроблені та впроваджені на національному рівні. Це почало змінюватися лише в другій половині дев'ятнадцятого століття, коли серія міжнародних санітарних конференцій розпочала процес, який з часом призвів до створення Всесвітньої організації охорони здоров'я. Проте навіть зараз міжнародна система охорони здоров'я залишається державною моделлю, яка передбачає взаємодію між визначеними державою суб'єктами, хоча й через інститути, засновані в міжнародному праві.

Суть цієї напруженості полягає в тому, що ЄС не є ні міжнародною організацією охорони здоров'я, ні державою. ЄС не вистачає експертних знань, ресурсів та досвіду в галузі охорони здоров'я, таких як у міжнародних організацій: Всесвітня організація охорони здоров'я, Світовий банк чи ЮНІСЕФ. Йому також не вистачає спроможності держави, зокрема фінансових та людських ресурсів, яка б дозволила проводити політику охорони здоров'я. ЄС не є ані державою, ані звичайною міжнародною організацією, але його часто називають «наднаціональним» органом. Однак «наднаціональне громадське здоров'я» не є розробленим або визнаним поняттям. В деяких аспектах ЄС діє або намагається діяти так, ніби він є міжнародною організацією охорони здоров'я. В інших аспектах ЄС діє або намагається діяти так, ніби він є державою. Загалом, неможливо розрізнити відмінну всеохоплюючу «наднаціональну» модель охорони здоров'я, яка б застосовувалася до ЄС. Швидше, з'являється низка частково пов'язаних законів і політик ЄС, які мають різний вплив на здоров'я населення.

Друга напруженість стосується концепції субсидіарності. Договір про ЄС встановив набір зобов'язань для інституцій ЄС щодо охорони та зміцнення здоров'я населення, але також чітко вказує, що організація та надання медичних послуг є обов'язком держав-членів, а не ЄС. Проте, хоча громадське здоров'я та охорона здоров'я є окремими сферами політики в законодавстві ЄС, на практиці вони нерозривно пов'язані між собою. Заходи громадського здоров'я можуть зменшити тягар хвороб, який лягає на системи охорони здоров'я, прикладом якого є вражаюче зниження захворювань, пов'язаних з курінням, у багатьох країнах за останнє десятиліття, тоді як зміцнення здоров'я є основною функцією системи охорони здоров'я. У практичному плані це може ускладнити визначення того, що входить, а що не входить до сфери дії законодавства ЄС.

Третя напруженість — між обов'язковою підтримкою здоров'я населення та наслідками власної правової системи ЄС, особливо тими елементами, які створені для формування внутрішнього ринку, в рамках якого «фактори виробництва» переміщуються вільно.



Рис. 1 Фактори виробництва.

Вільна торгівля на внутрішньому ринку є ключовим каменем правового порядку ЄС, на якому спираються процеси європейської інтеграції. Найвищі та прямо ефективні положення законодавства ЄС (внутрішнього ринку) дають змогу оскаржувати обмеження на вільне пересування товарів і людей у межах ЄС у національних судах. Проте з самого початку було визнано, що вільна торгівля, на якій було побудовано тодішнє Європейське економічне співтовариство, неминуче має включати заходи для подолання ризиків для здоров'я населення.

Мікроорганізми використовували торговельні шляхи з найдавніших днів, прикладом яких є поширення по всій Європі Чорної смерті в 1348 році. Протягом історії швидкість поширення епідемії інфекційних захворювань була обмежена лише транспортними засобами, доступними на той час. Коні та вітрильні кораблі поступилися місцем літакам, тож, зараз інфекції можуть охопити земну кулю за кілька годин. Принаймні з часів Венеціанської республіки, яка запровадила систему, відому як карантин, згідно з якою кораблі чекали за межами портів протягом сорока днів, щоб переконатися, що вони не хворіють, 5 урядів намагалися збалансувати переваги вільної торгівлі та ризики епідемій. В ЄС це балансування відбувається в рамках законів про внутрішній ринок.

Четверта напруженість виникає через ситуацію в Європейській комісії, коли один Генеральний директорат (Генеральний директорат з питань охорони здоров'я та захисту прав споживачів) несе особливу відповідальність за охорону здоров'я, але багато політики, які, можна вважати, безпосередньо мають відношення до громадського здоров'я, розташовані в інших місцях, часто відображаючи інші пріоритети та підкріплюючись різними цінностями. Наприклад, хоча залежність від наркотиків була єдиним із «головних лих для здоров'я», які були зазначені в Маастрихтському договорі, політика ЄС щодо незаконних наркотиків була розроблена в рамках його політики щодо «свободи, безпеки та справедливості».

Хоча створення окремого Генерального директорату, відповідального за охорону здоров'я населення, було частково відповіддю на неспроможність Комісії забезпечити безпеку харчових продуктів після появи губчастої енцефалопатії великої рогатої худоби, відповідальність за безпечність харчових продуктів тепер покладається на Європейський продовольчий орган. Агентство безпеки в Пармі.

Охорона здоров'я та безпека, які також, як можна очікувати, входять до компетенції Генерального директорату, відповідального за охорону здоров'я, натомість охоплюється Генеральним директоратом із зайнятості, соціальних питань та рівних можливостей із широким залученням Європейського агентства з охорони здоров'я та безпеки праці, розташованого в Більбао, та Європейського фонду покращення умов життя та праці, розташованого у Дубліні.

Більше того, ЄС має давню екологічну політику з значним корпусом екологічного законодавства, що стосується таких питань, як якість повітря та води, видалення відходів та шумове забруднення, усі з яких мають прямі наслідки для здоров'я населення, але підпадають під дію егіди Генерального директорату з навколишнього середовища, ядерної безпеки та цивільного захисту.

Дослідження в галузі охорони здоров'я, основним спонсором яких зараз є Європейський Союз, є відповідальними за Генеральний директорат з науки, досліджень і розробок, тоді як ЄВРОСТАТ збирає послідовну в Європі інформацію про здоров'я та його детермінанти. Відповідальність за кордони Європейського Союзу, життєво важливий захист від контрабанди наркотиків і тютюну, покладається на Генеральний директорат з питань юстиції, свободи та безпеки.

Спільна сільськогосподарська політика ЄС справляє значний вплив на харчування – і, таким чином, на здоров'я – європейців, заохочуючи споживання м'яса та молочних продуктів, а не фруктів та овочів у результаті стимулів, розроблених спочатку, коли Європа стикалася з проблемою можливого голоду, а не надлишку пропозиції. Проте, хоча частка європейської робочої сили, зайнятої в сільському господарстві, є часткою від того, що було колись, аграрна політика залишається зосередженою на задоволенні потреб постачальників, а не споживачів, під керівництвом Генерального директорату сільського господарства та розвитку сільських районів.

МІЖФАСЦІАЛЬНІ БЛОКАДИ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ ЯК КОМПОНЕНТ РАНЬОГО ВІДНОВЛЕННЯ ПІСЛЯ ВІДЕОЛАПАРОСКОПІЧНИХ ОПЕРАЦІЙ В ХІРУРГІЇ

Черкун М. В.^{1,2}, Шкурупій Д. А.^{1,2}, Лисенко Р.Б.^{1,2}, Сліпуха Д. О.¹,
Шияновський Р. А.¹, Тарасенко К.В.^{1,2}

¹ТОВ «Медичний лікувально-діагностичний центр «МЕДІОН», м. Полтава

²Полтавський державний медичний університет, м. Полтава

Актуальність. Проблема післяопераційного болю є актуальною протягом усього часу існування хірургії і, на жаль, не втрачає свого значення й сьогодні. За даними Національного центру статистики охорони здоров'я США, від гострого післяопераційного болю щорічно страждають понад 4,3 млн американців, 50% із них вважають післяопераційне знеболювання недостатнім. Неадекватний контроль болю в післяопераційному періоді призводить до: подовження періоду активізації пацієнтки і збільшення тривалості перебування в стаціонарі, зростання ризику і частоти ускладнень, підвищення частоти регоспіталізацій, різкого підвищення ризику розвитку хронічного больового синдрому. Проблема післяопераційного болю є мультидисциплінарною, що обґрунтовує доцільність багатогранного підходу до діагностики та лікування. Сучасним підходом до післяопераційного знеболення є мультимодальна аналгезія, автором якої є відомий хірург з Данії Н. Kehlet. Ця методика передбачає одночасне використання двох або більше анальгетиків, що мають різні механізми дії і дають можливість досягти адекватного знеболення при мінімумі побічних ефектів, що може сприяти більш ранній фізичній і соціальній реабілітації після виконання загальнохірургічних втручань.

Мета роботи: оцінка ефективності відновлення пацієнтів у післяопераційному періоді після відеолапароскопічних хірургічних втручань у хірургії залежно від застосування в складі анестезіологічного забезпечення при виконанні мультимодальної аналгезії міжфасціальних блокад черевної стінки.

Матеріали та методи. На базі хірургічного відділення ТОВ «Медичний лікувально-діагностичний центр «МЕДІОН» (м. Полтава, Україна) протягом 2020-2021 років було проведене проспективне порівняльне дослідження ефективності відновлення 98 пацієнтів у післяопераційному періоді після загальнохірургічних відеолапароскопічних втручань. Це були хірургічні втручання з приводу ЖКХ, гриж живота, апендициту. Залежно від застосування в складі анестезіологічного забезпечення міжфасціальних блокад черевної стінки пацієнти було поділені на 2 групи: в основній групі (52 особи (53%)) у складі анестезіологічного інтраопераційного супроводу (інтубаційний інгаляційний наркоз севофлюраном, центральна аналгезія фентанілом) додатково проводились квадратно-поперекові блокади (QL-блоки), блокади поперечного м'язу (ТАР-

блоки) та блокади піхов прямих м'язів живота; у групі порівняння (46 осіб (47%)) додаткових міжфасціальних блокад не проводилось.

Оцінювалися: інтраопераційні витрати фентанілу, потреба в додатковому введенні анальгетиків у післяопераційному періоді, оцінка післяопераційного болю за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ), час відновлення рухової активності в межах палати, час виписки зі стаціонару.

Результати дослідження. У пацієнтів основної групи, відносно групи порівняння, констатували такі особливості: за умови використання міжфасціальних блоків черевної стінки інтраопераційні витрати фентанілу зменшились у 2,4 рази, частота додаткового введення анальгетиків у післяопераційному періоді була меншою в 1,9 рази, оцінка післяопераційного болю за ВАШ була меншою в 1,6 рази, відновлення рухової активності в межах палати відбувалось раніше в середньому на 5,5 год., час виписки із стаціонару зменшився в 1,8 рази, середній ліжко-день становив 1,5 доби.

Висновки. Міжфасціальні блокади черевної стінки в складі анестезіологічного забезпечення, як вагомий компонент мультимодальної аналгезії, є ефективним фактором швидкого відновлення пацієнтів у післяопераційному періоді та ранньої виписки зі стаціонару після загальнохірургічних відеолапароскопічних втручань.

ВТОРИННА АРТЕРІАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ ПІД ЧАС ВОЄННИХ ДІЙ, КЛІНІЧНІ ПИТАННЯ

*Шапошник О.А., Шевченко Т.І, Приходько Н.П., Сорокіна С.І.,
Кудря І.П. Третяк Н.Г.*

Полтавський державний медичний університет. м. Полтава.

Вступ. Психологічні аспекти артеріальної гіпертензії (АГ) складають вагомому частку її патогенетичної характеристики, а тому потребують більш досконалого вивчення. Виникнення та перебіг АГ тісно пов'язані з наявністю факторів ризику: вік, стать, спадковість, маса тіла, паління, цукровий діабет, психологічні фактори (негативні емоції).

Під час війни українські військові відчувають вкрай інтенсивні негативні емоції. Відчуття неспокою, гніву та смутку, характерні для більшості людей є здоровою і нормальною реакцією на бойові події. Але деякі військові можуть мати значно глибші реакції на бойові дії, які порушують їх здоров'я.

Метою дослідження дослідити вплив стресорної чутливості військових на перебіг артеріальної гіпертензії.

Матеріали і методи. Об'єктом дослідження були 29 хворих на АГ. Середній вік хворих склав $48,5 \pm 7,69$ (M \pm SEM) років. У всіх хворих була діагностована артеріальна гіпертензія різного ступеню та стадії згідно з рекомендацій з артеріальної гіпертензії Європейського товариства гіпертензії та Європейського товариства кардіологів (2018). В якості вербальних методів дослідження для вивчення аналізу взаємозв'язку психологічних аспектів із функціональним станом серцево-судинної системи пацієнтів на

артеріальну гіпертензію використовували наступні методики: визначали артеріальний тиск (АТ), проводили тест Струпа.

Критерії виключення: серцева недостатність, наявність психічних розладів, онкологічні захворювання. Статистичний аналіз матеріалів досліджень виконувався з використанням програми SPSS for Windows Release 13.00, SPSS Inc., 1989-2004. Різницю між порівнюваними величинами вважали вірогідною при $p < 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення. Достовірно виявлено, що частота серцевих скорочень (ЧСС) перед тестом (77.5 ± 1.21 уд/хв), під час проходження тесту (81.3 ± 1.42 уд/хв), після тесту (79.1 ± 1.3 уд/хв) в порівнянні зі станом спокою (60.1 ± 2.6 уд/хв) змінюється. Підвищились показники систолічного артеріального тиску (САТ) перед тестом (128.4 ± 1.1 мм рт. ст.), під час тесту (135.8 ± 1.23 мм рт.ст.) та після тесту (143.4 ± 1.24 мм рт.ст.) в порівнянні зі станом спокою (111.0 ± 0.5 мм рт.ст.). Достовірно змінюються показники діастолічного артеріального тиску (ДАТ) перед тестом (58.8 ± 0.65 мм. рт.ст.), під час тесту (69.9 ± 1.54 мм рт. ст.) та після нього (79.9 ± 0.77 мм.рт.ст.), порівнюючи зі станом спокою (56.6 ± 0.87 мм рт.ст.).

Доведено пряму залежність між частотою серцевих скорочень, артеріальним тиском до і після психоемоційного навантаження, що свідчить про переважання активності симпатoadреналової системи.

Обидва основні патогенетичні механізми артеріальної гіпертензії – збільшення серцевого викиду та підвищення периферичного судинного опору – контролюються симпатичною нервовою системою. Враховуючи, що АГ у військових нейрогенна та переважно лабільна, тому β - адреноблокатори, переважно неселективні є препаратами вибору.

Клінічну кардіологію неможливо представити без препаратів групи β -адреноблокаторів. За останні півстоліття клінічної практики β - адреноблокатори широко застосовуються в профілактиці ускладнень та у фармакотерапії серцево-судинних захворювань: ішемічній хворобі серця, хронічній серцевій недостатності, метаболічного синдрому, АГ. При усіх цих станах β - адреноблокатори знижують ризик серцево-судинних ускладнень і смертності, у тому числі раптової смерті.

Отже, правильна та своєчасна допомога може врятувати життя й забезпечити швидше одужання пацієнтів.

ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНОЇ КОМАНДИ СПЕЦІАЛІСТІВ ДЛЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ Школьник М.Б., Михальчук В.М.

Національного університету охорони здоров'я України
імені П. Л. Шупика, Київ

За даними дослідників, у структурі інвалідності дітей упродовж 2011–2015 рр. серед причин, внаслідок яких діти стають інвалідами, хвороби

нервової системи (18,9–17,0%) посідають друге місце (Слабкий Г.О. з співавт., 2016). Соціально-економічна ситуація, що склалася на сучасному етапі розвитку України, кризові явища у сфері економіки і фінансів зумовлюють необхідність посилення соціального захисту дітей з інвалідністю, визначення пріоритетних напрямів у цій роботі, одним із яких є рання соціальна реабілітація дітей з інвалідністю (Дудіна О. О. з співавт., 2014). Поряд з порушеннями психофізичного розвитку у дітей спостерігається соціальна дезадаптація, порушення соціальних контактів, низький соціометричний статус, що поглиблює порушення їх психічного розвитку, негативно впливає на емоційно-вольову сферу. Тому актуальним є проведення соціально-психологічної реабілітації для дітей цієї категорії, що сприятиме відновленню втрачених соціально-психічних функцій.

Метою роботи було надання реабілітаційної допомоги, а саме медико-соціальної, психолого-педагогічної, фізичної реабілітації дітей з інвалідністю внаслідок органічного ураження центральної нервової системи (ЦНС) із залученням спеціалістів мультидисциплінарної команди.

Оцінювання ефективності реабілітаційних заходів проводили до та після 10-денного курсу реабілітації згідно загальноприйнятої шкали GMFM (Шкала великих моторних функцій, Gross Motor Function Measurement Score Sheet) [8, <https://www.canchild.ca/en/measures/gmfm.asp>]. У якості загального орієнтиру для визначення змін великих моторних функцій у дітей з церебральними паралічами, при проведенні оцінювання дотримувались бальної оцінки, де 0 - не пробує виконувати, 1 - починає виконувати, 2 - частково виконує, 3 - повністю виконує, НТ- не тестувалося.

Вивчали наступні параметри: лежання і повороти, сидіння, повзання на колінах, стояння, хода, біг, стрибки; вираховували загальну оцінку.

Під спостереженням знаходилось 280 дітей віком від 4 до 18 років, інвалідність яких пов'язана з дитячим церебральним паралічем (ДЦП) та іншими органічними ураженнями ЦНС. Кожна дитина з інвалідністю отримала 10 комплексних занять з мультидисциплінарною командою, згідно стандарту надання соціальних послуг.

Реабілітаційні заходи включали в себе заняття: з фізичної реабілітації, соціальної адаптації, психо-педагогічної корекції, корекції мови та мовлення, що проводились з урахуванням фізіологічних та індивідуальних особливостей дітей, відповідно до індивідуальної програми реабілітації та рекомендацій лікарів. Середня тривалість занять складала 45 хвилин.

Корекція рухових порушень у дітей із церебральним паралічем проводилась із застосуванням методики динамічної пропріоцептивної корекції з використанням рефлекторно-навантажувального пристрою, механотерапії, лікувальної фізкультури. Застосовувалися такі фізичні вправи: вправи для розтягнення м'язів, зняття напруження м'язів, розширення діапазону рухів; вправи взаємного впливу для зміцнення м'язів синергістів та м'язів антагоністів; вправи на витривалість для підтримки ефективності функціонального стану органів; вправи на розслаблення для усунення

спазмів м'язів та судом; вправи для навчання навичок нормальної ходьби; вправи на підйом по похилій площині для покращення рівноваги та сили; вправи на опір для розвитку м'язової сили.

Кожній дитині для дозування фізичних навантажень при використанні методів фізичної реабілітації лікарем фізичної та реабілітаційної медицини спільно з фізичним терапевтом призначався руховий режим відповідно до її стану.

На заняттях з корекції мови та мовлення виконувались різноманітні вправи для розвитку імпресивного та експресивного мовлення, артикуляційної моторики, мовленнєвого дихання, фонематичного слуху, загального, кистьового та пальцевого праксису. За потребою залучались техніки логопедичного масажу.

Командою психолого-педагогічного та соціального супроводу створювались індивідуальні короткотривалі програми для корекції порушень в інтелектуальній, емоційній, поведінковій сфері дитини.

При оцінці показників досягнення у більшості дітей покращилися: загальний фізичний стан, загальний та ручний праксис, координація рухів, комунікативні навички, навички соціальної взаємодії, що підвищує рівень подальшої соціалізації, емоційний стан, знизився рівень тривожності.

Отримання реабілітаційних послуг такими дітьми є однією з основних і невід'ємних умов їх ефективної соціалізації, забезпечення повноцінної участі в житті суспільства, успішної самореалізації в різних видах професійної і соціальної діяльності.

ВАКЦІНАЦІЯ ЯК МЕТОД ПРОФІЛАКТИКИ COVID-19

Яремко М.С., Краснова О.І.

КНП «ЦПМСД Білоцерківської сільської ради»

Полтавський державний медичний університет, м. Полтава, Україна

В умовах пандемії коронавірусу Covid-19 державні органи розробили низку заходів, аби захистити населення від цього вкрай небезпечного інфекційного захворювання. На сьогодні одним з методів профілактики є імунізація. В Україні на початковому етапі щеплення було доступним лише для літніх людей та окремих категорій працівників. Проте зараз кожен бажаючий може захиститися від COVID-19.

Серед населення існують групи ризику. Це люди з різними хронічними, люди, яким більше 65 років, однак вони теж повинні пройти повний курс вакцинації.

Найуразливішою групою ризику серед населення є літні люди. Найчастіше ті, кому 65+, мають хронічні захворювання, зокрема цукровий діабет, бронхіальну астму, гіпертонію, онкологічні захворювання. А наявність супутніх захворювань призводить до ускладнення та важкого перебігу корона вірусної хвороби і смерті. Саме літнім людям треба

щепитися швидше, тим більше, що вони належать до пріоритетних груп із вакцинації в нашій країні.

Люди із онкологічними захворюваннями також перебувають у групі ризику й можуть мати важкий перебіг захворювання на Covid-19 або взагалі померти. Вакцини не можуть спричинити захворювання навіть на тлі імуносупресії, бо не містять живих «повноцінних» вірусів.

Стосовно хворих на аутоімунні/системні захворювання, то тут застереження у випадку вакцинації пов'язані не з небезпекою щеплення, а з ефективністю вакцинації для них. У таких пацієнтів імунна відповідь на вакцину може бути непередбачуваною. Та незважаючи на це, їм рекомендовано щепитися, скільки захворювання на Covid-19 може виявитися для них смертельним. Щеплення рекомендується робити за два тижні до початку проведення планової імуносупресивної терапії.

Для вакцинації людей із серйозними порушеннями згортання крові (коагулопатіями) використовують тонку голку, після введення вакцини сильно натискають на місце введення протягом щонайменше 2 хвилин. В місці ін'єкції. можливий розвиток гематоми

Людям,що перехворіли на Covid-19, теж необхідно вакцинуватися. Навіть якщо людина перехворіла, вона може заразитися повторно й отримати серйозні ризики для здоров'я. Завдання вакцинації полягає в тому, щоб ефективно запобігти тяжкому перебігу хвороби, ускладненням і смерті. Після щеплення організм самотужки виробляє антитіла й формує імунітет. Тому вакцинована людина, навіть якщо захворіє, то перенесе хворобу легше: швидше за все, вона не потребуватиме кисневої терапії та не потрапить до лікарні.

На сьогодні в Україні доступні такі вакцини: AstraZeneca. Це векторна вакцина, яку розробила шведсько-британська компанія «AstraZeneca» разом із Оксфордським університетом. Її виготовляють в ЄС, Великій Британії, Республіці Корея. Вакцина, яка вироблена за ліцензією в Індії, має назву Covishield. Для повної імунізації потрібно отримати дві дози з інтервалом 12 тижнів. За непереборних обставин введення другої дози можливе на 7 днів раніше цього терміну. Comirnaty-Pfizer-BioNTech – це мРНК-вакцина, розроблена німецькою біотехнологічною компанією «BioNTech» спільно з американським фармакологічним концерном «Pfizer». Для повної імунізації потрібно отримати дві дози з інтервалом 21-28 днів. Зазначене «вікно» для введення другої дози між 21-им та 28-м днем. Безпечна для імунізації дітей віком 16 років. CoronaVac-Sinovac Biotech – інактивована вакцина, яку розробила китайська біофармацевтична компанія. Для повноцінної імунізації необхідно отримати дві дози з інтервалом 28 днів. Moderna також є мРНК-вакциною, розроблена американським Національним інститутом алергії та інфекційних хвороб. Для повної імунізації необхідно отримати дві дози з інтервалом 28 днів. За непереборних обставин введення другої дози може бути відтерміноване до 4 днів. Безпечна для щеплення дітей із 18 років.

Жодна з вакцин не завдає більшої шкоди здоров'ю, ніж власне коронавірусна хвороба. Всі вакцини схвалені для використання ВООЗ, мають контрольовану безпеку та ефективність. Вони пройшли суворі тести й клінічні випробування, які підтверджують безпечність та ефективність їх використання.

У жодній країні світу люди не здають аналізів перед проведенням вакцинації, зокрема загальний аналіз крові, сечі, ЕКГ, вимірювання тиску. Тест на виявлення антитіл ІФА-методом робити не потрібно. Якщо у вас не має симптомів, схожих на Covid-19, ПЛР-тест теж не проводиться.

Якщо людина ще не уклала декларацію з сімейним лікарем, це не означає, що її не можна вакцинувати. Після щеплення необхідно залишити свій контактний номер телефону, і з вами обов'язково зв'яжуться, щоб провести процедуру декларування. Адже дані про вакцинацію кожного пацієнта заносяться в електронну систему охорони здоров'я.

Людина, яка не отримала щеплення проти COVID-19 із якихось причин, може будь-коли записатися до списку очікування на вакцинацію. Це можна зробити за допомогою сайту, або звернувшись до сімейного лікаря чи зателефонувавши до пункту щеплення.

Вакцинація якомога більшої кількості українців є запорукою формування колективного імунітету. Хворобу набагато легше попередити, ніж її лікувати.

ОСНОВНІ ЗАСОБИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ В ПОСТІНСУЛЬТНИЙ ПЕРІОД В УМОВАХ ВІЙСЬКОВОГО СТАНУ

*Наталія Грейда, Ольга Андрійчук, Наталія Ульяницька,
Володимир Лавринюк*

Кафедра фізичної терапії та ерготерапії

Волинський національний університет імені Лесі Українки, Луцьк

Вступ. Головними причинами інсультів є порушення кровообігу, коагуляційних властивостей крові, зміни реактивності судин, дистонія судин, коливання артеріального тиску, психологічні травми, фізичне перевантаження тощо. Під час війни спостерігається подвійне фізіологічно-психологічне навантаження на організм та нервову систему цих причин, що усугубляє прояви захворювання. Факторами ризику даного захворювання є похилий вік, випадки інсульту чи стенокардії серед родичів, артеріальна гіпертонія, захворювання серця, ішемічні атаки, цукровий діабет, підвищений холестерин, стеноз (звуження) сонних артерій, шкідливі звички, як паління та зловживання спиртними напоями.

Мета дослідження: дати аналіз рекомендованих засобів фізичної терапії при інсульті в умовах військового стану.

Довготривалий процес реабілітації пацієнтів з інсультом, у якому провідне місце займає фізична терапія, повинен починатися з першого дня прояву захворювання.

Відновлювальна гімнастика після інсульту починається з пасивних вправ у дистальних відділах верхніх та нижніх кінцівок, які виконує фізичний терапевт, поки пацієнт не може самостійно виконувати рухи. Поступово фахівець допомагає пацієнту зробити складнішу частину вправи, щоб він міг самостійно виконати полегшену частину вправи, застосовуючи активно-пасивні вправи і задіюючи при цьому середні м'язові групи, при постійному контролі за артеріальним тиском, щоб уникнути повторного інсульту. Коли пацієнт відчуває покращення, то намагається самостійно виконувати симетричні вправи та вправи на противикривлення ураженої кінцівки. Кількість повторів виконаних рухів повинна збільшуватися прямо пропорційно до відновлення функціонального стану пацієнта.

З метою психологічного розвантаження рекомендується спілкуватися з пацієнтом, читати художню літературу, використовувати елементи арт-терапії, музикотерапії, щоб відволікати від депресивних думок, переживань та сумних спогадів.

Вертикалізатор допомагає пацієнту тренувати функції вестибулярного апарату, серцево-судинної системи, особливо судин ніг, що попереджує тромбофлебіти й іншу патологію вен. Відбувається тренування всього опорно-рухового апарату пацієнта – зміцнюються кістки, зв'язки, відбувається рух у суглобах, скорочення м'язів. При цьому потрібно слідкувати, щоб пацієнт мав рівномірну опору на обидві ступні, за потреби використовувати пристосування для підтримання вертикальної пози у вигляді поясів, слідкувати за однаковим рівнем плечей та не дозволяти опускати голову, а дивитися прямо.

З метою відновлення ходи використовують вправи, серед яких важливе місце займають вправи з опором, який чинить фізичний терапевт, натискаючи рукою на хвору кінцівку в протилежну сторону від руху. На цьому етапі фізичної терапії рекомендовано широко використовувати механотерапевтичні прилади, що полегшить роботу фізичного терапевта та покращить функціональне відновлення кінцівок.

Важливою складовою відновлення після інсульту є розробка дрібної моторики верхніх кінцівок, яка повинна проводитися кожного дня. При нерегулярній розробці верхньої кінцівки можливі декальцинація, набряки та атрофія м'язів. Розпочинати розвиток дрібної моторики треба з першого дня реабілітації. Спочатку фізичний терапевт пасивно повинен розробляти кожний палець, і в міру покращення стану, пацієнт активно підключається до виконання маніпуляцій з дрібними предметами та роботі за ерготерапевтичним столиком.

Масаж кистей рук покращує в них кровоток і призводить до відновлення чутливості рук та здатність ними виконувати рухи та різні маніпуляції. Під час проведення лікувального масажу відбувається натискання та стимуляція нервових закінчень, які є на пальцях верхніх кінцівок і при цьому відбувається передача інформації до головного мозку, яка покращує процес відновлення рухових функцій руки. Самомасаж є

ефективним засобом активізації діяльності головного мозку пацієнта, який усвідомлює рухові маніпуляції та відновлює його діяльність.

Висновок. Основними засобами фізичної терапії в постінсультний період в умовах військового стану є пози, нормовані фізичні навантаження, пасивні й активні фізичні вправи, кінезитерапія, масаж кінцівок, запобігання нервово-стресовим ситуаціям. З метою нормалізації діяльності органів та систем, покращення кровопостачання мозку у хворих на інсульт рекомендується застосування відновної терапії, лікувальної гімнастики з елементами механотерапії, відновлення дрібної моторики. Важливе місце займає психологічна релаксація, спокій та зняття нервового напруження.

ЗМІСТ

Вітальне слово доктора медичних наук, професора, заслуженого лікаря України, ректора ПДМУ Вячеслава Ждана	3
Вітальне слово завідувача кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я, організації та економіки охорони здоров'я з лікарсько-трудовою експертизою, доктор медичних наук, професора Ірини Голованової	4
Ждан В. М., Голованова І.А., Харченко С.В., Ляхова Н.О. Система охорони здоров'я в Україні: виклики сьогодення	5
Акжитова Г. О. Сучасні особливості дистанційної стоматологічної освіти	6
Анфілова М.Р. Реалії та найближчі перспективи навчального процесу у вищих медичних навчальних закладах України під час війни	8
Байда Т. О. Роль організаційного компоненту в протидії емоційному вигоранню	9
Бела Ю. М., Катрушов О.В. Сучасні підходи до впровадження профілактичних заходів щодо виникнення та поширення внутрішньолікарняної інфекції в період пандемії COVID-19 в Україні	11
Білоїваненко О.І., Плужнікова Т.В., Костріков А. В. Характеристика групи особливо небезпечних інфекційних захворювань	13
Гаджула Н. Г., Фурман Р. Л., Поліщук С. С., Барило О. С., Кузько О. В., Свистунов Д. М. Використання магнітолазерної терапії при травматичній невропатії інфраорбітального нерва	15
Гойда Н. Г., Октусюк Ж.С. Планування сім'ї - один з пріоритетних напрямків в роботі лікаря загальної практики-сімейної медицини	17
Голованова І. А., Ляхова Н. О., Краснова О. І., Белікова І. В. Нормативно-правове регулювання процедури встановлення та продовження інвалідності під час війни	19
Животовська А.І., Ісаков Р.І., Рудь В.О., Мартиненко Я.П. Клінічні прояви тривожних розладів із диссомнічними порушеннями в залежності від рівня психологічного стресу	20
Коршенко В.О., Самолеліс Л.М., Катрушова Л.О. Соціально-психологічна адаптація студентів в період отримання вищої медичної освіти як запорука психологічного здоров'я	22
Кузь І.О., Шешукова О.В., Максименко А.І. Рівень цитокінів в слині при хронічному катаральному гінгівіті у дітей з ендокринною патологією	23
Оленич П.П. Лікарська таємниця як необхідна складова роботи лікаря	26
Орлова О.В., Животовська Л.В., Борисенко В.В., Казаков О.А. Психічні та поведінкові розлади у пацієнтів із деменцією як предиспозиція для психоемоційних порушень сімейних опікунів.	28
Охріменко І. М. Особливості адаптації правоохоронців до виконання службових обов'язків в умовах воєнного стану	30
Передерій Н.Ю., Шондолі М. Ю. Організація лікувально-профілактичної роботи в ДУ «Центр охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України»	33
Петриченко В.Ю. Первинна медична допомога: існування сімейної	38

медицини в умовах реформування	
Попов М.В. Організаційні питання медичного забезпечення військовослужбовців вищого військового навчального закладу	40
Процюк О.В., Поканевич Т.М., Линчак О.В., Омельченко Е.М., Гойда Н. Г. Масовий скринінг новонароджених в Україні: результати та умови проведення	43
Скрипніков А.М., Бойко Д.І., Боднар Л.А. Досвід набутий в умовах пандемії COVID-19 в період воєнного часу: телепсихіатрія	45
Сокурєнко О.В., Плужнікова Т.В., Краснова О. І. Аналіз динаміки імунологічних досліджень серед амбулаторних хворих КНП «Черкаська обласна лікарня Черкаської обласної ради» на фоні КОВІД-19	47
Супруненко В.М., Коломієць Л.А. Аналіз надання амбулаторно-поліклінічної допомоги кобеляцьким центром пмсд на рівні громади	49
Терзі О. О. Нормативно-правові аспекти діяльності системи громадського здоров'я під час збройного конфлікту	51
Ткаченко П.І., Доленко О.Б., Білоконь С.О., Коротич Н.М., Лохматова Н.М., Попєло Ю.В. Зміни в привушних слинних залозах у дітей при застосуванні цитостатичних препаратів	53
Ткаченко П.І., Лохматова Н.М., Попєло Ю.В., Білоконь С.О., Доленко О.Б., Коротич Н.М. Вплив поліхіміотерапевтичних препаратів на стан пародонту і слизової оболонки порожнини рота у дітей	54
Федосов Д. В., Катрушов О.В. Оцінка ризику впливу факторів довкілля на здоров'я людини.	55
Фурман Р. Л., Гаджула Н. Г., Поліщук С. С., Барило О. С., Свистунов Д. М., Кузько О. В. Ефективність лікування посттравматичних невритів нижньоальвеолярного нерва	57
Харченко Н.В., Харченко О.В. Чотири напруження політики громадського здоров'я в європейському союзі	58
Черкун М. В., Шкурупій Д. А., Лисенко Р.Б., Слінуха Д. О., Шияновський Р. А., Тарасенко К.В. Міжфасціальні блокади черевної стінки як компонент раннього відновлення після відеолапароскопічних операцій в хірургії	62
Шапошник О.А., Шевченко Т.І, Приходько Н.П., Сорокіна С.І., Кудря І.П. Третяк Н.Г. Вторинна артеріальна гіпертензія під час воєнних дій, клінічні питання	63
Школьник М.Б., Михальчук В.М. Організація роботи мультидисциплінарної команди спеціалістів для реабілітації дітей з інвалідністю	64
Яремко М.С., Краснова О.І. Вакцинація як метод профілактики COVID-19	66
Наталія Грейда, Ольга Андрійчук, Наталія Ульяницька, Володимир Лавринюк. Основні засоби фізичної терапії в постінсультний період в умовах військового стану	68
Зміст	