

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