

ТЕМАТИЧНА ПАЛІТРА ПИТАНЬ ПОЛІТИКИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В ОСВІТНЬОМУ ПРОЦЕСІ ПІДГОТОВКИ МАГІСТРІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Т. С. Грузєва, Г. В. Іншакова

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна

Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ, Україна

Мета. Обґрунтування тематичного контенту з питань політики громадського здоров'я у ході підготовки магістрів громадського здоров'я.

Матеріали і методи. З використанням аналітичного, бібліосемантичного методів проаналізовано нормативно-правову базу з питань охорони здоров'я та громадського здоров'я, визначено контент навчальної дисципліни «Політика та етика в громадському здоров'ї. Міжсекторальні стратегії».

Результати. Для оволодіння необхідними знаннями з питань політики громадського здоров'я, досягнення компетентностей щодо здатності аналізувати та визначати пріоритети і проводити оцінку потреб сфери громадського здоров'я, розробляти варіанти стратегій, політик та визначати окремі інтервенції, спрямовані на збереження та зміцнення здоров'я населення, та оцінювати їх ефективність обґрунтовано та розроблено програму навчальної дисципліни «Політика та етика в громадському здоров'ї. Міжсекторальні стратегії». Вона включає низку тем, які охоплюють питання теоретичних засад політики охорони здоров'я; формування політики в громадському здоров'ї; еволюції політики у сфері громадського здоров'я; стратегії «Здоров'я у всіх політиках»; політики у сфері громадського здоров'я для досягнення цілей сталого розвитку; сучасних інструментів політики у сфері громадського здоров'я; пріоритетів у сфері громадського здоров'я; етики у громадському здоров'ї; міжсекторальних стратегій у громадському здоров'ї; політики у сфері громадського здоров'я України. Програмою передбачено проведення 10 лекційних та 10 практичних занять з використанням різних методів навчання, у т.ч. лекцій-бесід, дискусій, доповідей здобувачів, моделювання проблемних ситуацій, вирішення ситуаційних та практичних завдань, індивідуальних творчих пошукових та аналітичних робіт.

Висновок. Висвітлення різних аспектів формування та реалізації політики у сфері громадського здоров'я, у т.ч. із застосуванням міжсекторальних стратегій, дозволить досягти програмних результатів навчання щодо формування у майбутніх магістрів громадського здоров'я необхідних загальних та фахових компетентностей для успішної професійної діяльності.

ПІДХОДИ ДО ОБҐРУНТУВАННЯ ІНТЕГРОВАНОЇ МОДЕЛІ НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ, ЩО ПІДДАЮТЬСЯ АМБУЛАТОРНОМУ ЛІКУВАННЮ

В. М. Лехан, Л. О. Гриценко

Дніпровський державний медичний університет, м. Дніпро, Україна

Мета дослідження. Обґрунтувати інтегровану модель надання первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) хворим із захворюваннями, що піддаються амбулаторному лікуванню (ЗПАЛ).

Матеріали і методи. Вивчено компоненти доступності та інтегрованості медичної допомоги, що потребують зміцнення для зменшення госпіталізації при ЗПАЛ, проведено аналіз безперервності медичної допомоги при цих станах і впливу відносин між надавачами ПМСД та їх власниками і замовником медичних послуг. Використано методи експертних оцінок, соціологічний, концептуального моделювання.

Результати та обговорення. Експертно встановлено, що доступність ПМСД та її інтегрованість пов'язані між собою та істотно впливають на запобігання госпіталізацій при ЗПАЛ. Узагальнення матеріалів каскадного аналізу свідчить про виражену фрагментарність медичної допомоги хворим з амбулаторно чутливими станами. Стосунки між надавачами ПМСД, їх власниками та замовниками послуг не забезпечують ефективності допомоги при ЗПАЛ. Концептуально обґрунтована інтегрована модель надання ПМСД хворим із ЗПАЛ, провідне місце в якій відводиться сукупності заходів, що забезпечують пов'язаність етапів медичної допомоги на рівні ПМСД та діадичний зв'язок із вторинним рівнем медичної допомоги. Складовими моделі є також набір організаційних дій по забезпеченню прихильності пацієнтів із ЗПАЛ, зміцнення структури ПМСД, в тому числі й через поліпшення взаємодії з власниками закладів та замовником медичних послуг, удосконалення електронної медичної інформаційної системи.

Висновки. Запровадження інтегрованої моделі надання ПМСД може потенційно зменшити рівень госпіталізацій дорослих хворих із ЗПАЛ за оцінками лікарів та експертів на 28,2-32,9 % відповідно.

ПРОГНОСТИЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ УДОСКОНАЛЕНОЇ МОДЕЛІ РОБОТИ ЦЕНТРУ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ

В. М. Михальчук, Я. І. Августинів

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

Мета. Вивчити прогностичну ефективність удосконаленої моделі центру первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД) для обслуговування населення об'єднаних територіальних громад (ОТГ).

Матеріали і методи. Використано метод експертних оцінок. В опитуванні взяли участь 30 осіб: 25 фахівців з медичною освітою (стаж роботи у медичній галузі $27,1 \pm 2,70$ р., з них 14 науковців та 11 лікарів загальної практики-сімейної медицини) та 5 пацієнтів ЦПМСД. Оцінка удосконаленої моделі ЦПМСД здійснювалася за 10-ти бальною шкалою (від 0 – «несуттєво» до 10 – «дуже важливо»). Визначали середню арифметичну величину оцінок у балах (М), середньо-квадратичне відхилення (σ) та коефіцієнт варіації (CV).

Результати та обговорення. Загальна оцінка удосконаленої моделі ЦПМСД становила $9,2 \pm 0,22$; $\sigma = 0,87$; CV = 9,48 %. Найвищий бал отримали складові удосконаленої моделі щодо організації роботи пункту невідкладної медичної допомоги ($9,83 \pm 0,27$; $\sigma = 0,45$; CV = 4,61 %) та запровадження активної взаємодії ЦПМСД з органами місцевого самоврядування ($9,33 \pm 0,23$; $\sigma = 0,98$; CV = 10,05 %). Застосування у діяльності ЦПМСД сучасних адміністративних, економічних методів управління оцінено на $(8,80 \pm 0,1)$, $\sigma = 1,05$; CV = 10,08 %; запровадження механізму створення структурованих угод для регулювання відносин ЦПМСД із закладами приватної медицини та ін.: ($8,71 \pm 0,17$), $\sigma = 0,86$; CV = 9,91 %; організація роботи кабінету цілодобового надання паліативної допомоги ($8,4 \pm 0,13$), $\sigma = 0,71$; CV = 8,47 %; можливість консультативного прийому спеціалістів (отоларинголог дитячий, невролог): ($8,17 \pm 0,21$) $\sigma = 0,64$; CV = 7,8 %; дієвість запроваджених елементів удосконаленої моделі: ($8,80 \pm 0,1$), $\sigma = 0,54$; CV = 6,15 %).

Висновки. Впровадження запропонованої функціонально-організаційної удосконаленої моделі ЦПМСД для обслуговування населення ОТГ матиме позитивний медико-соціальний, економічний ефект за рахунок покращення доступності та ефективності первинної медичної допомоги населенню.

ВИВЧЕННЯ ПРІОРИТЕТНИХ ЛАБОРАТОРНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ, СКЕРОВАНИХ ДЛЯ ЇХ ВИКОНАННЯ ЛІКАРЯМИ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

В. Д. Парій¹, О. В. Короткий¹, С. М. Гришук²

¹ Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна

² БО «Лікарняна каса Житомирської області», м. Житомир, Україна

Мета. Вивчення ефективності лабораторних досліджень на рівні первинної медичної допомоги (ПМД).

Матеріали і методи. Проведено вивчення пріоритетних напрямків на лабораторні дослідження у пацієнтів, скерованих лікарями ПМД Житомирської області в приватні лабораторії протягом 2022 року шляхом використання АВС-аналізу.

Результати та обговорення. Опрацьовані за 55 позиціями 175722 направлення, надані лікарями ПМД 30460 пацієнтам на загальну суму 9310035 грн. З них група А становила 19 позицій, вартістю 7534870 грн. (80,93 %), група В становила 14 позицій, вартістю 1341070 грн. (14,41 %), група С становила 22 позицій, вартістю 434095 грн. (4,66 %). При аналізі групи А, як найбільш витратної, виявлено, що лікарями ПМД надавались направлення, переважна більшість яких не передбачена для виконання на рівні ПМД, а саме: ТТГ, ліпідограма, Т4, коагулограма, онкомаркери (СА-125, НЕ-4), А-ТРО, Т3, СРП, ПСА, Д-дімер, АЛат, АСаТ, креатинін, РФ, сечовина, АСЛ-О, паратгормон, білірубін фракційно, сечова кислота.

Висновки. Встановлена невідповідність призначення направлень на лабораторні дослідження лікарями ПМД в частині обсягу, визначеному наказом МОЗ України від 19.03.2018 № 504, що призвело до необґрунтованих витрат в сумі більше 7 млн. грн. Переважна більшість з цих досліджень на наш погляд повинна призначатись та аналізуватись лікарями-спеціалістами, за виключенням простат-специфічного антигену. Необхідні подальші дослідження причин, які спонукають лікарів ПМД призначати вищевказані лабораторні дослідження, в тому числі дотримання ними протоколів обстеження при певних нозологіях, наявність у лікарів ПМД компетентностей щодо вірної інтерпретації результатів цих досліджень тощо.

РЕТРОСПЕКТИВНА ОЦІНКА ІНДИКАТОРІВ ТЯЖКОГО ПЕРЕБІГУ COVID-19

В. Д. Парій^{1,2}, В. М. Богомаз^{1,2}, І. А. Кучинська^{1,3}, А. О. Сидорова^{1,2}

¹Медичний центр «Універсальна клініка «Оберіг», м. Київ, Україна

²Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна

³Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ, Україна

Пандемія коронавірусного захворювання COVID-19 викликала глобальну кризу у сфері охорони здоров'я. Кількість пацієнтів з тяжким перебігом хвороби та обмеженість медичних ресурсів актуалізували пошук індикаторів прогнозування динаміки захворювання для зниження рівня летальності пацієнтів.

Мета. Визначення клініко-лабораторних предикторів тяжкого перебігу COVID-19.

Матеріали і методи. Проаналізовано 106 медичних карт дорослих пацієнтів із COVID-19, госпіталізованих у 2020-2021 рр (демографічні дані, лабораторні результати, тривалість і результати госпіталізації). Лікування проводилось згідно галузевих стандартів. Загальний результат оцінювався у категоріях: виписаний/на додому, помер; лабораторні дані – у трьох підгрупах: лікування без кисневої підтримки, поліпшення стану з кисневою підтримкою, смерть. Статистична обробка виконана із використанням Bartlett's test для рівних варіацій та дисперсійного аналізу.

Результати та обговорення. Госпітальна летальність складала 29 %. Статистично значущими чинниками тяжкого перебігу коронавірусної інфекції були вік вище 70 років, низький рівень абсолютної кількості лімфоцитів (АКЛ), підвищені рівні ЦРБ, високі рівні ІЛ-6. 75,4 % пацієнтів потребували кисневої підтримки. У цій підгрупі спостерігалися низькі рівні АКЛ ($0,48 \pm 0,56$ г/л), у той час як у пацієнтів з рівнем сатурації в межах 91 % – 93 %, показники АКЛ не знижувалися нижче $0,74 \pm 0,28$ г/л. ($p < 0,05$).

Висновки. Наявність тяжкої лімфопенії є одним із предикторів тяжкого перебігу COVID-19. Оцінка АКЛ та маркерів запалення може використовуватись для прогнозування динаміки захворювання та оцінки потреби додаткових медичних втручань.

ОСНОВНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ З ВТОРИННИМ ТА ТРЕТИННИМ ГІПЕРПАРАТИРЕОЗОМ

Д. Д. Дячук, Р. П. Ткаченко, Н. Ю. Кондратюк

Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, Україна, м. Київ, Україна

Вступ. Зараз в Україні лікується хронічним гемодіалізом близько 1500 осіб, потребують такої допомоги не менше 25000 пацієнтів (в США та Західній Європі – 900 на 1 млн. населення). Підвищення якості гемодіалізу забезпечує 70 % 5-річне виживання пацієнтів з тенденцією до його подовження. Це основний спосіб підтримання життя пацієнтів з ХНН з погляду на те, що можливості трансплантації нирки в Україні задовольняють потребу в ній менш ніж на 5 % щорічно.

Мета: вивчення якості життя пацієнтів, прооперованих з приводу вторинного та третинного гіперпаратиреозу на тлі хронічної хвороби нирок.

Матеріали і методи. Для оцінки зміни якості життя пацієнтів, прооперованих з приводу ВГПТ та ТГПТ ми використали стандартизований опитувальник SF-36 з мінімальними модифікаціями.

Результати та обговорення. Якість життя пацієнтів із хронічною хворобою нирок є однією з найважливіших показників ефективності проведеного лікування. При проведенні дослідження ми встановили, що покращення якості життя відбувається в усіх анкетованих пацієнтів із вторинним та третинним гіперпаратиреозом після оперативного лікування що пов'язане із зменшенням рівня ПТГ та іонізованого кальцію у крові.

Безумовно, для деталізації вивчення чинників, які впливають на якість життя, необхідно продовжити дослідження змін цих показників у більш віддалений період та в залежності від обсягу виконаної операції.

Висновки. Організація надання медичної допомоги пацієнтам із ВГПТ та ТГПТ на тлі хронічної ниркової недостатності вимагає тісної співпраці мультидисциплінарної команди у складі нефролога, хірурга та анестезіолога, забезпечення розробки та впровадження медико-технологічних документів. Для оцінки результатів (як короткочасних, так і довготривалих) хірургічного лікування цієї категорії пацієнтів необхідно проводити більш тривале спостереження у післяопераційний період.

ВИРОБНИЧА ПРАКТИКА ЯК СКЛАДОВА ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Т. С. Грузєва^{1,2}, Б. І. Паламар¹, Н. В. Гречишкіна¹, Г. В. Іншакова^{1,2}

¹ Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

² Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ, Україна

Мета. Обґрунтування програми виробничої практики студентів, що навчаються за освітньо-професійною програмою підготовки магістрів громадського здоров'я.

Матеріали і методи. Проаналізовано нормативно-правові документи державного рівня, які визначають вимоги до компетентностей магістрів громадського здоров'я, рекомендації міжнародних організацій з питань охорони здоров'я та освіти, у т.ч. ВООЗ, ASPHER тощо.

Результати. За результатами аналізу положень Закону України «Про систему громадського здоров'я», освітнього стандарту підготовки фахівців другого (магістерського) рівня вищої освіти, спеціальності 229 «Громадське здоров'я», структури компетенцій ВООЗ-ASPHER для кадрів громадського здоров'я в Європейському регіоні ВООЗ було визначено цілі, майбутні компетентності, очікувані результати навчання, структуру програми виробничої практики. Для формування необхідних компетентностей магістрів громадського здоров'я у програму виробничої практики було включено тематику, що стосується моніторингу здоров'я і благополуччя населення (збір, обробка, аналіз медико-статистичної інформації); епідагляду за неінфекційними захворюваннями (ведення реєстрів, оцінка ризиків та впливу детермінант, розробка заходів мінімізації негативного впливу); епідагляду за інфекційними захворюваннями (ведення обліку, звітності, прогнозування епіситуації, розробка заходів з їх попередження); захисту здоров'я, аналізу екологічних чинників, що впливають на здоров'я, та розробки профілактичних заходів; зміцнення здоров'я, оцінки соціально-економічних детермінант і поведінкових чинників, що впливають на здоров'я, та розробки профілактичних заходів; визначення пріоритетів громадського здоров'я, проведення оцінки потреб сфери громадського здоров'я у конкретній ситуації; розробки проєктів надання послуг громадського здоров'я; оцінювання ризиків та планування відповідних дій у випадках надзвичайних ситуацій в сфері громадського здоров'я; розробки заходів з адвокації, комунікації у сфері громадського здоров'я, планування та проведення наукових досліджень, формулювання висновків та рекомендації щодо їх впровадження тощо.

Висновок. Виробнича практика є невід'ємною складовою формування у здобувачів освіти активного ставлення до отримання професійних знань, умінь і навичок для майбутньої практичної діяльності у сфері громадського здоров'я. Розроблена програма виробничої практики дозволяє опанувати практичні навички, що визначені програмними результатами навчання освітньо-професійної програми «Громадське здоров'я»

ДИНАМІКА ЗАХВОРЮВАНOSTІ НАСЕЛЕННЯ СТАРШИХ ВІКОВИХ ГРУП ЗА ПЕРІОД 2015-2022 РР.

Т. М. Горлач

Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ, Україна

Мета. Вивчити тенденції захворюваності серед населення старших вікових груп, прикріпленого на медичне обслуговування до багатопрофільної клініки за період 2015-2022рр.

Матеріали та методи. Для оцінки динаміки захворюваності використовували медико-статистичні дані форми № 12 «Звіт про кількість захворювань, зареєстрованих у хворих, які проживають у районі обслуговування медичної організації та контингентах хворих, які перебувають під диспансерним наглядом» ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС.

Результати та обговорення. Встановлено коливання показника захворюваності в окремі роки, так у 2015 році його значення було мінімальним і становило 1929,2 на 10 тис. населення з подальшим максимальним зростом у 2019 р. – 2994,86 ‰. Аналіз динаміки кількості зареєстрованих випадків захворювань за 14 класами виявив незначне зростання за період спостереження, абсолютний приріст склав 6337 (1,2 %). У 2016 році у порівнянні з 2015 роком кількість захворювань органів дихання зросла у 1,5 рази. У 2018 році рівень патології нервової системи збільшився в 1,5 рази порівняно з 2017 роком. Абсолютний приріст розладів психіки та поведінки у 2020 році становив 251 (37,74 %) у порівнянні з 2019 роком. У 2021 році темп приросту випадків захворювань крові, кровотворних органів та окремих порушень із залученням імунних систем сягнув 122,45 % у порівнянні з 2020 роком. У 2022 році у порівнянні з 2021 роком зареєстровано менше на 16126 випадків хвороб системи кровообігу, темп убутку склав 53,56 %. Позначимо, що рівень захворюваності ендокринної системи за період спостереження залишався сталим.

Висновки. За результатами аналізу динаміки захворюваності встановлено висхідний тренд для більшості класів хвороб, що стало основою для подальших досліджень, спрямованих на вивчення потреб у медичній допомозі населення старших вікових груп.

ДИНАМІКА ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА ПАТОЛОГІЮ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ СЕРЕД ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ ЗА ПЕРІОД 2015-2022 рр.

Н. І. Зінченко

Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами,
м. Київ, Україна

Метою дослідження стала оцінка та аналіз динаміки захворюваності щитоподібної залози серед дорослого населення, прикріпленого на медичне обслуговування до багатопрофільної клініки в період 2015-2022рр.

Матеріали і методи. В якості джерела інформації для динамічного спостереження та аналізу використовували медико-статистичні дані форми № 12 ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС. Спостереженням було охоплено населення віком старше 18 років.

Результати та обговорення Рівень захворюваності прикріпленого населення з хворобами ендокринної системи на протязі звітної періоду має чітку тенденцію до зростання з 3275,4 до 4495,3 на 10 000 населення, де найбільш суттєве зростання спостерігалось в період 2015-2019 рр., з найбільшим відсотком в 2017 році (до 111,19 %), та спадом до 99,49 %. в 2021 році під впливом пандемії COVID-19. Варто зазначити, що в структурі захворюваності на ендокринну патологію, хвороби щитоподібної залози посідали друге місце після цукрового діабету, мали чітку тенденцію до зростання в період 2015-2022 роки та склали 46,46 %. Аналіз динаміки зареєстрованих випадків захворювань щитоподібної залози за зазначений період медико-статистичного спостереження показав, що середнє значення темпу росту кількості вузлового зобу серед захворювань щитоподібної залози в період з 2015- по 2020 роки склав 107,45 %.

Висновки. Таким чином, за результатами аналізу дослідження встановлено висхідний тренд захворювань на ендокринну патологію, де вагома частка належить захворюванням щитоподібної залози, з динамікою зростання кількості випадків вузлового зобу на 7,45 %. Встановлені тенденції стали основою для подальших досліджень, спрямованих на вивчення потреб у медичній допомозі населенню з тиреоїдною патологією.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МОТОРНО-СЕКРЕТОРНИХ ПОРУШЕНЬ, ОСОБЛИВОСТЕЙ РОЗПОДІЛЕННЯ ЖИРОВОЇ ТКАНИНИ ТА КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ ІЗ СУПУТНИМ ОЖИРІННЯМ

О. М. Каширцева

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Мета. Дослідити моторно-секреторну (МС) функцію, особливості накопичення жирової тканини, оцінити їх вплив на клінічний перебіг ГЕРХ в залежності від ІМТ.

Матеріали та методи. Обстежено 110 пацієнтів, віком $20,73 \pm 0,32$. Сформовано 2 групи: група ГЕРХ без супутньої патології ($n=40$) з ІМТ $21,13 \pm 0,48$ та група ГЕРХ із супутнім ожирінням І ст. ($n=70$) з ІМТ $31,67 \pm 0,29$. Діагноз ГЕРХ встановлювали на основі докладного збору скарг, анамнезу захворювання та життя, керуючись МКХ-10. МС порушення оцінювали за показниками ширини нижньої третини стравоходу (n 1/3 стравоходу), діаметра стравохідного отвору діафрагми (d СОД), товщини стінки стравоходу (ТСС) на УЗД, кислотністю (рН) в тілі шлунка та антральному відділі за допомогою рН-метрії. Товщину підшкірно-жирової тканини (ПЖТ), вісцеральної жирової тканини (ВЖТ) визначали на УЗД. Вираженість симптомів оцінювали за допомогою опитувальника GERDQ.

Результати та обговорення. У групі ізольованої ГЕРХ n 1/3 стравоходу становила $25,73 \pm 0,38$ мм, d СОД – $18,28 \pm 0,57$ мм, ТСС – $3,98 \pm 0,22$ мм, у групі ГЕРХ з ожирінням – $28,06 \pm 0,25$, $20,97 \pm 0,32$, $4,60 \pm 0,11$ відповідно. В 1 гр. рН в тілі шлунка $1,30 \pm 0,06$, в антрумі – $5,83 \pm 0,15$, у 2 гр. в шлунку $1,16 \pm 0,04$, в антрумі $5,31 \pm 0,11$. Товщина ПЖК у 1 гр. дорівнювала $14,60 \pm 0,18$ мм, ВЖТ – $22,61 \pm 0,26$, у 2 групі $20,31 \pm 0,40$ та $40,07 \pm 0,56$ мм відповідно. Загальний бал згідно опитувальнику GERDQ у 1 гр. становив $12,63 \pm 0,75$, питання впливу – $3,52 \pm 0,40$, у 2 гр. $13,51 \pm 0,59$ та $4,08 \pm 0,27$ відповідно. Спостерігався прямий кореляційний зв'язок між показниками МС розладів та товщиною жирової тканини ($r=256$, $p<0.05$)

Висновки. Показники МС порушень та клінічних проявів достовірно вищі у групі ГЕРХ з ожирінням. Виявлено пряму кореляцію між МС порушеннями та товщиною ВЖТ, ПЖТ.

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ЕЛЕКТРОННОЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

В. Г. Кий-Кокарева

Дніпровський державний медичний університет, м. Дніпро, Україна

Мета. Оцінити доцільність використання інформаційних технологій для підвищення ефективності медичного обслуговування та поліпшення доступу до медико-санітарної допомоги.

Матеріали і методи. Проведено аналіз сучасної наукової літератури та вітчизняної нормативно-правової бази. При цьому використовувалися методи системного підходу та аналізу.

Результати та обговорення. Як показали дослідження, впровадження електронної охорони здоров'я (ЕОЗ) упорядковує процеси надання медичних послуг, позитивно впливає на якість та вартість медичної допомоги. До переваг ЕОЗ можна віднести наступне:

- зменшення часу на передачу медичної інформації між лікарями та пацієнтами;
- збільшення точності та повноти медичної інформації, оскільки електронні записи можуть бути більш детальними та докладними, ніж паперові документи;
- покращення координації медичної допомоги та зменшення ймовірності помилок, що можуть виникати при передачі медичної інформації між різними лікарями;
- зниження витрат на охорону здоров'я за рахунок зменшення витрат на зберігання та обробку медичної інформації;
- збереження медичної інформації у випадку втрати паперових документів або негараздів на об'єкті охорони здоров'я.

Разом з тим ЕОЗ також має свої недоліки, до яких, в першу чергу, можна віднести ризик порушення конфіденційності медичної інформації.

Висновки. Таким чином, ЕОЗ має багато переваг, але вона також не позбавлена недоліків, які необхідно враховувати при її впровадженні. Забезпечення конфіденційності медичної інформації та захисту від кібератак є ключовими факторами для успішного впровадження ЕОЗ. Також важливо забезпечити сумісність різних систем ЕОЗ та максимальний контакт між лікарем і пацієнтом для функціонування якісної медичної допомоги.

АНАЛІЗ ДИНАМІКИ ПЕРВИННОЇ ІНВАЛІДНОСТІ ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ

Л. О. Литвинова, Л. І. Артемчук, О. М. Донік

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна

Інвалідність населення є важливою характеристикою здоров'я популяції, а вивчення показників первинної інвалідності дорослого населення, зокрема працездатного віку, є важливим для розуміння стану трудового потенціалу країни.

Мета. Дослідити динаміку первинної інвалідності дорослого населення протягом 2010–2020 років.

Матеріали і методи. Проаналізовано статистичні дані інформаційно-аналітичних довідників Українського державного науково-дослідного інституту медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ та Державної служби статистики України.

Результати та обговорення. Встановлено, що протягом 10 років первинна інвалідність дорослого населення знизилась на 17,4 % і становила у 2020 році 38 випадків на 10 тис.нас.; працездатного — відповідно на 17,8 % з рівнем 43,2 випадки на 10 тис.нас. В структурі первинної інвалідності за класами хвороб відбулись певні зміни як для дорослого, так і для працездатного населення: нині в обох групах переважають новоутворення (23,9 % та 21,9 % відповідно), які витіснили хвороби системи кровообігу. Зросла питома вага первинної інвалідності через хвороби кістково-м'язової системи до 14,2 % та 14,6 % відповідно, посунувши травми і отруєння. У віковій структурі первинної інвалідності частка осіб у віці 40–60 років зросла до 57,3 %. В структурі по групах інвалідності зросла частка III групи, до 53,2 %. Основною причиною первинної інвалідності лишається «загальне захворювання», рівень якого становить 26,1 на 10 тис., а питома вага 84,7 %. Спостерігається позитивна динаміка зниження інвалідизації (на 18,7 %). При цьому зросла частка інвалідів з числа військовослужбовців з 2,6 % до 4,9 %.

Висновки. Переважно, інвалідність є наслідком тяжкого захворювання чи травми. Причиною ж позитивної десятирічної динаміки первинної інвалідності не варто вважати покращення здоров'я населення, адже дані про захворюваність населення за 2020 рік відсутні, смертність населення висока і зросла за 10 років до 15,9 ‰, середня очікувана тривалість життя низька (71,3 роки) і збільшилась лише на 0,91 року. Найімовірніше це пов'язано із зменшенням частоти звернень до МСЕК: кількість оглянутих на 10 тис. дорослого населення зменшилась за 10 років до 172,8 (на 18,8 %).

ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ НАДАННЯ СТАЦІОНАРНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ ІЗ ОНКОПАТОЛОГІЄЮ ШКІРИ

Н. М. Калашникова

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна

Метою дослідження було вивчення стану надання стаціонарної допомоги хворим з онкопатологією шкіри протягом останніх п'яти років.

Матеріали та методи. В дослідженні використано офіційні статистичні дані Національного канцер-реєстру (Бюлетені «Рак в Україні», № 17 та № 22), а саме лікарняних канцер-реєстрів стосовно стаціонарного лікування хворих на меланому шкіри та немеланомні злоякісні новоутворення шкіри.

Результати та обговорення. За даними 22 медичних закладів України, що надають стаціонарну допомогу відповідним хворим (здебільшого обласних онкологічних диспансерів), у 2020 році отримало стаціонарне лікування 4218 хворих на немеланомні злоякісні новоутворення шкіри, що на 8,5 % менше, ніж у 2015 році. Проте на 10,3 % збільшилась пролікованих хворих на меланому і становила у 2020 році 2618 хворих. Кратність госпіталізації одного хворого на рік дещо збільшилась і становила відповідно 1,17 та 1,7. Позитивною динамікою характеризується середня тривалість перебування хворого в стаціонарі, яка скоротилась при обох видах патології і становила відповідно 14,7 та 11,2 дні. Однак потрібно зазначити, що саме за цим показником спостерігаються значні розбіжності між різними закладами: середня тривалість лікування немеланомних злоякісних новоутворень коливається від 6,6 до 19,5 днів, меланоми – від 5,2 до 16,6 днів. Загальна летальність хворих з онкопатологією шкіри реєструвалась лише в окремих спеціалізованих стаціонарах і характеризувалась відносною стабільністю (на рівні 0,78 %). За 5 років збільшилась хірургічна активність при лікуванні немеланомних злоякісних новоутворень шкіри до 73,3 % та меланоми до 64,4 %. При цьому післяопераційні ускладнення можна характеризувати як рідкісне та нестабільне явище.

Висновки. Таким чином, зміни, що відбулися у наданні стаціонарної допомоги хворим з онкопатологією шкіри можна оцінити позитивно на фоні збереження її доступності. Однак потребує оптимізації діяльність окремих закладів після більш детального вивчення їх кадрово-матеріального забезпечення та якості надання стаціонарної допомоги.

ВПЛИВ ВОЄННОГО СТАНУ НА ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ

О. М. Фіялковська, Т. А. Карасевська, Г. В. Мостбауер

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна

Мета: проаналізувати вплив воєнного стану на психоемоційний стан студентів та оцінити їх потребу в психологічній підтримці.

Матеріали і методи. Проведено опитування студентів 4–6 курсів медичного факультету № 2 Національного медичного університету імені О. О. Богомольця за допомогою Google форми. Анкетування проводилось добровільно та анонімно. Опитувальник включав запитання загального характеру та тест за Г. Айзенком, що визначає тривожність, фрустрацію, агресивність та ригідність.

Результати та обговорення. Про анкетовано 119 студентів. 70,1 % студентів відзначили, що за останні 12 місяців їх психологічний стан погіршився, 56,7 % визнали потребу у консультації психолога. 36,2 % студентів мали одночасно більше п'яти психотравмуючих ситуацій. За результатами дослідження студенти мають середній рівень тривожності ($9,64 \pm 3$), фрустрації ($7,9 \pm 4,9$), агресивності ($8,6 \pm 4,5$) та ригідності ($10,4 \pm 4,3$). Не знайдено достовірної гендерної різниці за цими показниками. Достовірно вищий рівень тривожності, фрустрації та ригідності мають студенти, що навчаються дистанційно, порівняно зі студентами аудиторної форми навчання ($10,3 \pm 3,8$ проти $7,9 \pm 4,8$; $p=0,007$; $8,5 \pm 4,8$ проти $6,3 \pm 4,7$; $p=0,02$; $10,9 \pm 4,1$ проти $9,03 \pm 4,7$ $p=0,03$; відповідно). Вищий рівень фрустрації реєструвався у студентів, що знаходяться за кордоном ($10,5 \pm 4,2$ проти $7,6 \pm 4,9$; $p=0,04$), але не було достовірної різниці у показниках тривожності, агресивності та ригідності.

Висновки: Більшість студентів визнають, що їх психоемоційний стан за останній рік погіршився у зв'язку з війною. Студенти, що навчаються дистанційно мають вищий рівень тривожності, фрустрації та ригідності. Не виявлено достовірної різниці у показниках тривожності, агресії та ригідності між студентами, які знаходяться за кордоном та в Україні; студенти, що перебувають за кордоном мають вищий рівень фрустрації. Отримані результати свідчать про потребу у психологічній підтримці студентів-медиків, які знаходяться як в Україні, так і за кордоном.

ДО ПИТАННЯ ОЦІНКИ КУЛЬТУРИ БЕЗПЕКИ ПАЦІЄНТІВ У ВІТЧИЗНЯНИХ ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

О. П. Яворовський¹, Ю. М. Скалецький², Р. П. Брухно¹, Т. О. Зінченко¹, В. М. Рябовол¹, Т. І. Козар¹, О. М. Брухно¹

¹ Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна

² Державна установа «Інститут громадського здоров'я ім. О. М. Марзєєва Національної академії медичних наук України», м. Київ, Україна

Мета. Оцінити реальний стан культури безпеки у вітчизняних закладах охорони здоров'я.

Матеріали і методи. Дослідження проводилося шляхом опитування персоналу закладів охорони здоров'я (ЗОЗ), з врахуванням профілю діяльності, стажу роботи та приналежності до лікарського чи медсестринського складу, з використанням анкети Агентства досліджень і якості медичної допомоги США (AHRQ).

Результати та обговорення. Аналіз характеристик культури безпеки пацієнтів (БП) показав, що слабкою стороною культури безпеки медичних працівників у всіх без виключення групах порівняння є «Реакція на помилки», як підтвердження переважання у вітчизняних лікарняних закладах несправедливої (звинувачувальної) культури реагування на інциденти безпеки пацієнтів, що повсюдно вважається основною причиною повільного прогресу у розбудові безпечного лікарняного середовища. Умовно слабкою стороною БП у переважній більшості груп аналізу встановлено характеристику «Кадрове забезпечення» і на увагу заслуговують відносно низькі показники середніх відсотків позитивних відповідей за характеристикою «Частота повідомлень про помилки». При цьому, порівняльні дослідження культури безпеки у вітчизняних і зарубіжних закладах охорони здоров'я вказують на тісний зв'язок рівня прихильності до культури безпеки пацієнтів з реальним станом безпеки пацієнтів. Наступні кроки у вище зазначеній сфері повинні бути спрямовані на виявлення кореневих причин формування проблем, пов'язаних з культурою безпеки, з наступним опрацюванням заходів з усунення цих причин.

Висновки. Зафіксоване у вітчизняних ЗОЗ переважання несправедливої культури реагування на інциденти безпеки обумовлює необхідність поглибленого вивчення стану культури БП в Україні та запровадження у практику роботи ЗОЗ періодичного проведення анкетування медичного персоналу щодо прихильності до культури безпеки з метою виявлення тенденцій змін у цій сфері та своєчасного прийняття коригувальних заходів.

МЕДИКО-ЕКОЛОГІЧНІ ТА СОЦІАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ В НАДЗВИЧАЙНИХ УМОВАХ

Н. С. Полька, О. І. Турос, О. П. Рудницька

Державна установа «Інститут громадського здоров'я ім. О. М. Марзєєва Національної медичної академії України», м. Київ, Україна

Метою дослідження послужили надзвичайні ситуації, які створюються в Україні в останні роки (пандемія Covid-19, військовий стан) і вносять корективи в умови життєдіяльності населення і ставлять завдання у вивченні та розробці профілактичних заходів зменшення та попередження негативного впливу екологічних та соціальних шкідливих чинників.

Матеріали і методи. Дистанційне навчання школярів під час надзвичайних станів вплинуло на життєдіяльність і самопочуття дітей. Високий рівень тривожності призводить до зменшення розумової працездатності дітей, а психологічний вплив повітряних тривог, навчання в непристосованих приміщеннях може мати довгострокові наслідки для здоров'я.

Проаналізовано властивості зареєстрованих в Україні дезінфекційних засобів, визначено їх кількісний склад, специфічну активність та безпечність. Розроблені «Методичні рекомендації з проведення дезінфекційних заходів для профілактики Covid-19 та інших вірусних інфекцій» які застосовуються для дезінфекції об'єктів.

Забруднення ґрунтів важкими металами, канцерогенами та іншими токсичними елементами від військової зброї становлять високу небезпеку для здоров'я населення. Це обумовлено накопиченням з часом відходів глибоко в ґрунтах, підземних та відкритих джерелах водопостачання.

Висновки. Важливо забезпечити населення безпечною питною водою. Зношені водогінні мережі, їх руйнація під час воєнних дій викликає забруднення поверхневих та підземних джерел водопостачання та становить небезпеку виникнення неінфекційних та інфекційних захворювань.

Надзвичайні ситуації підвищують мутаційний тиск на населення, що негативно впливатиме на відтворення населення України.

Висновок. Зазначені проблеми потребують комплексного вивчення, оцінки ризиків для здоров'я і розробки профілактичних заходів.

МІЖНАРОДНІ ПІДХОДИ ДО ОЦІНОК ВПЛИВУ ГЛОБАЛЬНОГО ПОТЕПЛІННЯ

О. І. Турос, А. В. Коблянська

Державна установа «Інститут громадського здоров'я ім. О. М. Марзєєва Національної академії медичних наук України», м. Київ, Україна

Мета. Провести аналіз міжнародних документів щодо впливу змін клімату.

Матеріали і методи. Міжнародні документи щодо змін клімату з використанням аналітичних методів.

Результати та обговорення. Зміни клімату є найбільшою загрозою здоров'ю, з якою стикається людство. Системи охорони здоров'я — основна лінія захисту населення, яке стикається з загрозами для здоров'я, включаючи зміни клімату, але їх діяльність обмежена недостатнім фінансуванням. У 2015 році Всесвітня Асамблея охорони здоров'я затвердила новий план роботи щодо клімату та змінами у здоров'ї, що включає розширення партнерства, координацію діяльності в системі ООН, забезпечення належного обліку, підвищення обізнаності, можливості зміцнення здоров'я, зменшуючи викиди вуглецю, проведення наукових досліджень.

Важливість ризиків для здоров'я визнана в основних багатосторонніх кліматичних угодах — Конвенції ООН щодо зміни клімату та його Паризької угоди.

На саміті ООН щодо змін клімату (2019, COP-25) створена коаліція. COP-26 у Глазго (2021) був найбільшою конференцією ООН із змін клімату і закінчилася прийняттям Кліматичного пакту Глазго всіма присутніми від майже 200 країн. Це остаточно завершило роботу з координації Кодексу Паризької угоди. Вперше в історії було узгоджено загальну позицію щодо поступового зменшення виробництва електроенергії з вугілля, яке спалюється без захоплення вуглецю. На COP-27 (2022) обговорювалось термінове скорочення викидів парникових газів, підвищення стійкості та адаптації до неминучих наслідків зміни клімату.

Висновки. Тенденції у зміні клімату виправдовують прийняття заходів реагування сектору охорони здоров'я та підготовки Довгострокових стратегій (щонайменше на 25–50 років) для сталого управління природними ресурсами з чітким визначенням впливу на здоров'я людини.

ГІГІЄНІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПАРАМЕТРІВ МІКРОКЛІМАТУ ТА ВИРОБНИЧОГО ШУМУ НА ВИРОБНИЦТВІ НАНОПОРОШКУ ДІОКСИДУ ТИТАНУ МЕТОДОМ ТЕРМІЧНОГО СИНТЕЗУ

В. М. Рябовол, Т. І. Козар, Р. П. Брухно

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна

Вступ. В Інституті проблем матеріалознавства імені І. М. Францевича НАН України розроблено технологію термічного синтезу нанопорошку діоксиду титану в неізотермічних умовах через нелінійний нагрів. За розробленою технологією синтез нанопорошків відбувається у спеціальній установці, яка має назву багатосекційна обертова піч. Зазначена установка є експериментально-виробничою і проходить етапи модернізації, здатна до безперервного синтезу і легко масштабується до промислового використання.

Мета роботи. Гігієнічна оцінка параметрів мікроклімату та виробничого шуму на робочих місцях операторів синтезу нанопорошку діоксиду титану методом термічного розкладу метатитанової кислоти в багатосекційній обертовій печі.

Матеріали і методи. Гігієнічні методи дослідження параметрів мікроклімату і виробничого шуму.

Результати. Досліджуючи параметри мікроклімату на робочому місці оператора, оцінювали їх згідно з ДСН 3.3.6.042-99 «Санітарні норми мікроклімату виробничих приміщень». Нами було встановлено, що середня температура повітря, відносна вологість та швидкість руху повітря на робочих місцях знаходилися в межах допустимих значень. Вимірювання інтенсивності інфрачервоного випромінювання на робочих місцях біля виробничого обладнання показало, що рівень випромінювання не перевищує нормативних значень. Таким чином, результати вимірювань параметрів мікроклімату вказують на достатність застосування системи охолодження зовнішньої поверхні печі виробничого устаткування та обладнання її захисними кожухами.

Джерелом шуму є робота вакуумного насоса, двигуна обертання, вентиляторів охолодження, системи місцевої та загальної вентиляції. Загальний рівень шуму на робочому місці оператора становив 72 дБА та не перевищував нормативне значення ДСН 3.3.6.037-99 «Санітарні норми виробничого шуму, ультразвуку та інфразвуку».

Висновки. Інструментальні виміри параметрів мікроклімату та виробничого шуму на робочих місцях операторів дослідних установок свідчать про відповідність їх допустимим величинам.

ЗДОРОВЕ ХАРЧУВАННЯ – ЯК ФАКТОР ЗАПОБІГАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ: ПОЛІТИКА ВООЗ ТА ВІТЧИЗНЯНИЙ ДОСВІД

М. П. Гуліч

Державна установа «Інститут громадського здоров'я ім. О. М. Марзєєва Національної академії медичних наук України», Київ, Україна

Мета. визначити основні етапи політики ВООЗ щодо здорового харчування як головної передумови запобігання та боротьби з хронічними неінфекційними захворюваннями та окреслити відповідні заходи такої профілактики в Україні.

Матеріали і методи. літературні джерела, дані власних досліджень. Метод аналізу інформаційної бази документів ВООЗ та нормативно-правових документів України щодо здорового харчування як фактору запобігання розвитку хронічних неінфекційних захворювань у населення.

Результати та обговорення. Всесвітня організація охорони здоров'я відіграє ключову роль в міжнародній системі управління громадським здоров'ям та протидії хронічним неінфекційним захворюванням. Аналіз основних етапів політики ВООЗ щодо здорового харчування виявляє ряд послідовних стратегій спрямованих, на досягнення результатів в галузі здорового харчування. Насамперед, це зниження споживання цукру, солі, насичених та трансжирів та збільшення споживання свіжих овочів та фруктів. Саме ці стратегії, на думку експертів ВООЗ здатні забезпечити стійкий ефект щодо зниження захворюваності населення на основні хронічні неінфекційні захворювання.

Висновки. Україна з самого початку приєдналась до основних міжнародних ініціатив ВООЗ стосовно збереження здоров'я населення, профілактики хронічних неінфекційних захворювань. На сьогодні в нашій державі напрацьовано ряд законодавчих і нормативно-правових актів, спрямованих на імплементацію керівних документів ВООЗ, зокрема, щодо здорового харчування та формування здорових харчових звичок дітей в навчальних закладах дошкільної та загальної середньої освіти. Серед невідкладних завдань є подальше впровадження стратегій, спрямованих на підвищення обізнаності та мотивації щодо дотримання принципів здорового харчування серед різних груп населення.

ІНСТРУМЕНТ ЕФЕКТИВНОГО МЕНЕДЖМЕНТУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЧЕРЕЗ СТВОРЕННЯ САНІТАРНО-ГІГІЄНИЧНОЇ СКЛАДОВОЇ ДО НОВІТНІХ ДЕРЖАВНИХ БУДІВЕЛЬНИХ НОРМ УКРАЇНИ ДБН В.2.2-10:2022 ЗАКЛАДИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

¹ В. М. Махнюк, ² В. В. Махнюк, ¹ С. М. Могильний, ³ В. В. Чорна, ¹ В. П. Скочко

¹ Державна установа «Інститут громадського здоров'я ім. О. М. Марзєєва Національної академії медичних наук України», м. Київ, Україна

² Державний податковий університет, м. Ірпінь, Київська область, Україна

³ Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, м. Вінниця, Україна

Мета. Забезпечення ефективного менеджменту охорони здоров'я територіальних громад України у воєнний та післявоєнний період шляхом реалізації вимог санітарно-гігієнічної складової новітніх ДБН В.2.2-10:2022 «Заклади охорони здоров'я».

Матеріали і методи. У роботі використано бібліосемантичний, теоретичний, аналітичний, соціологічний, медико-статистичний методи.

Результати та обговорення. В Україні з 01.04.2023 р. наказом Мінрегіону від 26.12.2022 р. № 278 набрали чинності ДБН В.2.2-10:2022 «Заклади охорони здоров'я» (далі – ДБН). ДУ «ІГЗ НАМНУ» у рамках виконання поточної НДР та у складі Робочої групи НТР Мінрегіону, утвореної наказом Мінрегіону від 29.07.2022 р. № 135, була розроблена та включена до ДБН санітарно-гігієнічна складова щодо проектування закладів охорони здоров'я (далі –ЗОЗ) з урахуванням нормативної бази ЄС та воєнного стану в країні.

Розроблені гігієнічні критерії до проектування ЗОЗ, вбудованих в житлові будинки, до облаштування гелікоптерних майданчиків, відкритих стоянок для транспорту пацієнтів та медичних працівників, а також до новітніх медичних технологій (телемедицина, пневматична система тощо), є вимогами безпеки для здоров'я як відвідувачів, так і медпрацівників. Для попередження профзахворювань серед лікарів (емоційного вигорання), що обґрунтовано медичними наслідками війни, розширено перелік медприміщень в ЗОЗ за рахунок приміщень психдопомоги для пацієнтів та психологічного розвантаження для медперсоналу.

Для безпеки пацієнтів та медперсоналу ЗОЗ в ДБН впроваджено вимоги до проектування захисних споруд цивільного захисту ЗОЗ, в яких вони підлягають укриттю, що відповідає новелам КЦЗ України та Закону України щодо забезпечення вимог цивільного захисту під час планування та забудови територій (2022 р.).

Висновок. Новий ДБН слугуватиме становленню нової нормативної бази містобудівного та санітарного законодавства при проектуванні/реконструкції/ або відновленні внаслідок руйнації від бойових дій ЗОЗ у післявоєнний період та сприятиме підвищенню якості менеджменту в сучасній охороні здоров'я територіальних громад країни.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОФІЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

В. В. Кузіна, Т. Г. Хмиз, М. В. Ткаченко

Харківський національний медичний університет, кафедра стоматології дитячого віку та імплантології м. Харків, Україна

Мета. Оптимізація розробки індивідуальних заходів, спрямованих на профілактику розвитку стоматологічної патології у дітей в умовах воєнного стану.

Матеріали і методи. Згідно з метою, для первинних пацієнтів, а також для дітей, які до початку воєнних дій отримували лікування на базі кафедри стоматології дитячого віку та імплантології ХНМУ були проведені індивідуальні консультації. Загалом 28 дітям віком від 2 до 10 років. На момент звернення пацієнти з різних обставин не мали змоги відвідати стоматологічну клініку в терміни, які були передбачені раніше розробленим планом профілактичних заходів. Спілкування проходило дистанційно з використанням відеозв'язку з доступних пацієнту та лікарю пристроїв. Опитування проводилося шляхом заповнення Google форм.

Результати та обговорення. Проаналізовано результати опитування. Проведено контрольовану чистку зубів. Отримано інформацію про можливість проводити гігієнічний догляд за порожниною рота, наявність засобів гігієни та їх асортимент, зміни в харчуванні. Також батьків навчили визначати гігієнічний стан порожнини рота у дитини, пояснили роль шкідливих звичок, надали посилання на корисні Інтернет ресурси. З урахуванням даних складено нові, та скореговані попередні плани профілактики стоматологічних захворювань у дітей.

Висновки. Профілактичні заходи в практиці дитячого стоматолога завжди були дуже важливими. Самі по собі вони не є сталими і потребують моніторингу та корекції, що можливо за рахунок спілкування з лікарем. В умовах воєнного часу, коли безпосереднє відвідування стоматологічної клініки досить обмежене, нестандартні підходи для спілкування з пацієнтом є виходом з ситуації, яка склалася. Сучасні методи комунікації певною мірою надають змогу привернути увагу батьків дитини до індивідуальних факторів, що спричиняють розвиток стоматологічних захворювань. Водночас є можливість зворотнього зв'язку для проведення їх корекції.

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ У ДІТЕЙ

Р. С. Назарян, В. А. Шевчук, Н. В. Одушкіна

Харківський національний медичний університет, кафедра стоматології дитячого віку та імплантології м. Харків, Україна

Мета. Порівняльна оцінка ефективності двощелепного шинування з міжщелепним витягуванням та спичевого металоостеосинтезу при переломах нижньої щелепи без вираженого усунення уламків у дітей.

Матеріали і методи. Обстежено 55 дітей з односторонніми переломами нижньої щелепи без вираженого усунення уламків віком від 14 до 18 років. Пацієнти розподілені на 2 групи, залежно від способу лікування. Перша група – 11 дітей, яким виконувався черезшкірний позавогнищевий металоостеосинтез (ЧПМ) спицями Кіршнера. Друга група – 44 дитини після двощелепного шинування назубними шинами з міжщелепним еластичним витягуванням. Застосовували дослідження реологічних показників у зоні перелому. Реовазограму проводили до початку лікування та на 5-ту, 14-ту та 30-ту добу.

Результати та обговорення. Проблема дитячого травматизму залишається актуальною, особливо у період воєнних дій. Стандартним способом лікування переломів нижньої щелепи без вираженого усунення уламків залишається двощелепне шинування з міжщелепним витягуванням, що має ряд недоліків. Альтернативним способом лікування даного виду переломів є ЧПМ спицями Кіршнера. До його переваг відносять малоінвазивність операції та стабільність фіксації уламків без додаткових пристроїв.

При аналізі реовазограмм встановлено, що за перелому нижньої щелепи було зниження кровонаповнення без порушення венозного відтоку. Вихідні параметри не відрізнялися в обох групах.

Покращення показників реограми швидше відбувалося у пацієнтів першої групи дослідження та виявлялося вже на 5-ту добу лікування. Нормалізація реографічної кривої відзначена на 30-ту добу, у той час як у пацієнтів другої групи поліпшення реологічних порушень відбувалося повільніше і на 30 добу зберігалось зниження пульсового кровонаповнення на боці перелому.

Висновки. Отримані результати підтверджують перевагу малоінвазивного спичевого ЧПМ у порівнянні з двощелепним шинуванням при односторонніх переломах нижньої щелепи без істотного усунення уламків у дітей.

МІСЦЕ БІОСТАТИСТИКИ В ПРОГРАМІ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ МАГІСТРІВ МЕДИЦИНИ В СУЧАСНИХ УМОВАХ НАВЧАННЯ

Н. Ю. Слугу

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна

Сучасний стан здоров'я населення в останні десятиліття стрімко змінюється в зв'язку з подіями в країні та світі. Такі зміни призвели до підвищення потреби у фахівцях, здатних аналізувати, узагальнювати отриману інформацію для вирішення клінічних та організаційних проблем на якісному рівні. В клінічній медицині також відбуваються зміни з точки зору підходів до аналізу результатів. Зросла роль статистичних методів в клінічних дослідженнях на всіх його етапах. Викладання навчальної дисципліни «Біостатистика» спрямовано на формування у майбутніх магістрів медицини компетентностей з моніторингу та аналізу діяльності системи охорони здоров'я, особливо в умовах надзвичайних ситуацій.

Мета. Дослідити необхідність оптимізації викладання біостатистики в рамках програми підготовки майбутніх магістрів медицини в сучасних умовах.

Матеріали і методи. Проаналізовано програми підготовки лікарів провідних європейських університетів та результати пілотного опитування студентів та викладачів з приводу викладання біостатистики.

Результати та обговорення. Викладання «Біостатистики» на I-II курсах є сталою практикою в багатьох університетах, проте переважно ця дисципліна є обов'язковою, а її обсяг є дещо більшим. Переведення «Біостатистики» у формат курсу за вибором, скорочення навчальних годин, відсутність підсумкового модульного контролю, необхідність дистанційного викладання цієї дисципліни під час пандемії стало справжнім випробовуванням і для викладачів, і для студентів. Особливі труднощі у студентів викликають теми, що віднесені для самостійного опанування. Однак проведення дистанційних занять, що супроводжуються демонстрацією змістовних презентацій з типовими прикладами вирішення завдань, прикладами тестових питань, виявилося дуже ефективним. Максимальному засвоєнню складного навчального матеріалу має посприяти формування пізнавального інтересу до дисципліни завдяки удосконаленню її викладання.

Висновки. З огляду на умови, що склалися, доцільним є впровадження викладання дисципліни «Біостатистика» за змішаною формою навчання. Необхідна адаптація методологічного забезпечення до можливостей сприйняття матеріалу студентами I-II курсів з урахуванням необхідності набуття магістрами медицини відповідних компетентностей.

СОЦІАЛЬНЕ МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ ПРАЦІВНИКІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЯК РІЗНОВИД ПРОФІЛАКТИЧНОЇ СТРАТЕГІЇ МЕДИЧНОЇ СФЕРИ

Л. О. Рудакова, В. М. Михальчук

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

Мета. Метою дослідження є ґрунтовний аналіз та прогнозування впровадження соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я як різновиду профілактичної стратегії медичної сфери.

Матеріали та методи. Методологічний підхід дослідження було сформовано з урахуванням проведеної емпіричної діяльності авторів у межах досліджуваної проблематики. У цьому процесі відбулося використання як загальнонаукових, соціально-наукових методів, так й методів суто наукового пізнання: порівняльно-правового методу, системно-структурного методу; методу прогнозування, аналізу та синтезу.

Результати та обговорення. Життя і здоров'я людини є найвищою соціальною цінністю. Виходячи з цього, в наші дні медичне страхування, в тому числі й медичне страхування працівників сфери охорони здоров'я, є життєво важливою гарантією забезпечення права на життя та здоров'я людини та громадянина.

Із проаналізованих напрямків досліджень, ми помітили те, що необхідне впровадження соціального страхування медичних працівників за допомогою механізму забезпечення надання гарантованих державою відповідних пільг та преференцій.

Висновки. З метою удосконалення та розширення факторів у загальнообов'язковому медичному страхуванні охорони здоров'я як різновиду профілактичної стратегії медичної сфери ми пропонуємо сформулювати наступні основи забезпечення соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я, а саме: 1) діагностичні послуги; 2) профілактичні послуги (включаючи імунопрофілактику); 3) лікувальні послуги; 4) трансплантаційні послуги; 5) фармацевтичні послуги (забезпечення лікарськими засобами при відповідному захворюванні); 6) реабілітаційні послуги; 7) медичні послуги у разі вагітності, пологів та їх наслідків; 8) ортопедичні послуги та послуги щодо виготовлення протезів; 9) послуги щодо видачі медичних документів тощо.