

**ЗБІРНИК НАУКОВИХ МАТЕРІАЛІВ
II МІЖРЕГІОНАЛЬНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ
СУЧАСНОСТІ»
15 ЧЕРВНЯ 2021 РОКУ**



МИКОЛАЇВ – 2021

МИКОЛАЇВ – 2021

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ПРИВАТНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«МЕДИКО-ПРИРОДНИЧИЙ УНІВЕРСИТЕТ»
КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО «МИКОЛАЇВСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ КЛІНІЧНИЙ
ГОСПІТАЛЬ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ» МОР
ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ «АСОЦІАЦІЯ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ОДЕСЬКОЇ ОБЛАСТІ»
ХЕРСОНСЬКА ОБЛАСНА ОРГАНІЗАЦІЯ «АСОЦІАЦІЯ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР УКРАЇНИ»
МИКОЛАЇВСЬКА ОБЛАСНА ОРГАНІЗАЦІЯ «АСОЦІАЦІЯ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР УКРАЇНИ»
МИКОЛАЇВСЬКА ОБЛАСНА ОРГАНІЗАЦІЯ ТОВАРИСТВА ЧЕРВОНОГО ХРЕСТА УКРАЇНИ



Збірник наукових матеріалів II Міжрегіональної науково-практичної конференції «Актуальні питання громадського здоров'я в умовах сучасності»

15 червня 2021 року

МИКОЛАЇВ – ОДЕСА – ХЕРСОН

2021

Актуальні питання громадського здоров'я в умовах сучасності. II Міжрегіональна науково-практична конференція «Актуальні питання громадського здоров'я в умовах сучасності». м. Миколаїв, 15 квітня 2021 року.

Збірник тез доповідей укладено за матеріалами доповідей II Міжрегіональної науково-практичної конференції «Актуальні питання громадського здоров'я в умовах сучасності», 15 квітня 2021 року, які оприлюднені на сайті університету <http://vnz-mpu.com.ua/>

Адреса оргкомітету:

54018, м. Миколаїв, проспект Богоявленський, 43-А

ПРОГРАМНИЙ КОМІТЕТ

II Міжрегіональної науково-практичної конференції «Актуальні питання громадського здоров'я в умовах сучасності»

Програмний комітет конференції:

Волков М.А. – ректор ПВНЗ МПУ, кандидат економічних наук, доцент кафедри загальної підготовки

Кузнєцова Є.С. – головна медична сестра Херсонської обласної лікарні, голова Херсонської обласної організації «Асоціація медичних сестер України»

Платовська С.О. – заступник головного лікаря з медсестринства Одеської обласної лікарні, голова громадської організації «Асоціація медичних сестер Одеської області»

Скороход А.О. – голова Миколаївської обласної організації Товариства Червоного Хреста України

Стариков І.М. – професор, викладач кафедри психології ПВНЗ МПУ

Шульгіна Н.А. – заступник головного лікаря з медсестринства Міської лікарні № 3, головна позаштатна медична сестра Миколаївської області, голова «Асоціації медичних сестер Миколаївської області»

Акімова О.С. – заступник ректора з навчально-виробничої практики; в.о. завідувача кафедри медсестринства ПВНЗ МПУ

Володка Н.А. – керівник відділення ВБО «Турбота про літніх в Україні» у м. Миколаєві, доцент кафедри загальної підготовки ПВНЗ МПУ

Гіліна С.В. – заступник ректора з навчальної роботи ПВНЗ МПУ

Кіктенко А.І. – к. пед. н., доцент кафедри загальної підготовки ПВНЗ МПУ

Танасійчук О.М. – заступник ректора з науково-методичної роботи ПВНЗ МПУ, в.о. завідувача кафедри психології ПВНЗ МПУ, старший викладач кафедри психології

ЗМІСТ

Теоретико-методологічні підходи до реформування інституту медсестринства. Фундаментальні та прикладні дослідження у сфері громадського здоров'я

<u>Василевич А.В.</u> Nursing Profession in UK and US	5
<u>Вербецька К.І.</u> Роль медичної сестри у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії для новонароджених.....	9
<u>Володка Н.А.</u> Підготовка медичних сестер в умовах сучасності	11
<u>Доріна О.Г.</u> Реформа вторинки. Так буде пацієнт платити в лікарні чи ні?	15
<u>Зюзін В.О.</u> Проблеми громадського здоров'я в Україні та Європі	20
<u>Маркіна В.В.</u> Сестринська діяльність при виходжуванні недоношених дітей у сучасному підході.....	25
<u>Кацук В.В.</u> Роль середнього медичного персоналу в процесі діагностики, обліку, диспансеризації та лікування онкологічних хворих	28
<u>Кузьміна О.Г.</u> Особливості зарубіжного досвіду надання послуг публічного управління у сфері охорони здоров'я.....	30
<u>Салуха М.А.</u> Деонтологічні аспекти в роботі медичної сестри хірургічного відділення	36
<u>Ужва А.М.</u> Стан та шляхи покращення державного управління медсестринства в Україні	39
<u>Ушкац С.Ю., Скороход А.О.</u> Інноваційний підхід до розвитку питань першої допомоги в регіоні	43

Профілактика захворювань та промоція здоров'я, роль медичної сестри у збереженні здоров'я населення

<u>Алексашина І.В.</u> Вплив освітлення на прооксидантну-антиоксидантну систему у серці щурів з різною поведінковою активністю.....	46
<u>Белевят О.О.</u> Профілактика простатиту	50
<u>Єременко І.В.</u> ВІЛ-інфіковані пацієнти сучасності. Допомога медиків у боротьбі з недугою	58
<u>Магденко Г.К.</u> Роль сучасної медичної сестри у збереженні здоров'я жінки в аспекті профілактики захворювань молочної залози... ..	61
<u>Макєєва Г.В.</u> Глухота та туговухість у дітей: причини, діагностика, лікування та профілактика, попередження психотравмуючих факторів	64
<u>Преображенська Д.О.</u> Психосоматичні аспекти захворювань ендокринної системи... ..	67
<u>Токарев О.П.</u> Особливості реабілітації постковідних хворих.....	71

Черно В.С., Гаврилюк І.М., Береза І.В. Вплив біофізичних явищ на філогенез структурної організації пазух твердої оболонки головного мозку 75

Медико-психологічні аспекти здоров'я особистості

<u>Дунець Л.М.</u> Поняття «здоров'я» і «хвороба» як рівень норми і патології.....	78
<u>Горобець Ю.В.</u> Післяпологові психічні розлади... ..	83
<u>Каюров Д.В.</u> Особливості роботи медичної сестри у догляд за пацієнтами хворими на онкологію в лікарні.....	86
<u>Кучеревська С.М.</u> Глухота та туговухість у дітей. Психологічні аспекти.....	88
<u>Пишеніна К.В.</u> Психологічні фактори розвитку булімії.....	91
<u>Рибальченко Н.І.</u> Медична сестра у системі хоспісної та паліативної допомоги: психологічний аспект.....	93
<u>Фоміч Т.О.</u> Спостереження вагітних: психологічна допомога до та після пологів	98
<u>Церуш Т.І.</u> Психологічна підтримка населення в період пандемії COVID-19	100

Психічне здоров'я та роль психологів у збереженні здоров'я населення

<u>Антонова Н.Ф.</u> Вирішення проблеми мотивації у дорослому віці методом психотерапевтичної кінезіології	104
<u>Венгер Г.С.</u> Робота практичного психолога в інклюзивному просторі ЗДО. Психологічна підтримка родини, яка має дитину з ООП	106
<u>Кардаш Н.О.</u> Психологічні особливості «емоційного вигорання» педагогів	110
<u>Кіктенко А.І.</u> Психічне здоров'я молоді	114
<u>Ковальчик І.С.</u> Специфіка корекційно-розвивальних занять із дітьми молодшого шкільного віку з порушенням слуху	121
<u>Коцаренко О.С.</u> Формування толерантного ставлення до дітей з особливими потребами	123
<u>Мишеніна А.В.</u> Роль психолога в допомозі людині з виходом зі стану залежності	125
<u>Можина Є.І.</u> Трансформація мислення та здоров'я людини.....	129
<u>Неделевич Є.В.</u> Актуальні питання в роботі психологічної служби закладів освіти.....	133
<u>Прибильська О.В.</u> «Плейбек-театр» як інструмент профілактики емоційного вигорання, стресу та розвитку якостей, які допомагають пережити психологічну травму	135
<u>Скорина А.Д.</u> Психологічна корекція шкільної тривожності у дітей молодшого шкільного віку засобами гри... ..	138
<u>Танасійчук О.М.</u> Вплив тіньового архетипу особистості на психічне здоров'я	143

<u>Ткачук Р.Г.</u> Гештальт підхід як спосіб підвищити стійкість людини до тривоги в умовах хаосу та невизначеності.....	146
<u>Чернобаєва О.К.</u> Емоційне вигорання дорослих та причини його виникнення.....	149

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО РЕФОРМУВАННЯ
ІНСТИТУТУ МЕДСЕСТРИНСТВА, ФУНДАМЕНТАЛЬНІ ТА ПРИКЛАДНІ
ДОСЛІДЖЕННЯ У СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Nursing Profession in UK and US

Andrii Vasylevych

Senior Lecturer, Department «General Disciplines»

Private Higher Educational Institution «Medical and Nature University»

Mykolaiv

Nurses are the most trusted healthcare professionals. They are with patients throughout the continuum of life. Nursing is an honorable profession, and nurses are the heart and soul of the healthcare system. Taking into account the nowadays situation with the health care in the world it is **relevant** to pay additional attention to this noble profession. For the students it will be interesting and useful to get information about some peculiarities of their future profession in the main English speaking countries.

Goal of the study is to analyze the main differences between nursing profession in the UK and the US.

Objectives of the study. To analyze some aspects of the profession, among which: short history of nursing in UK and US, hierarchy of Nurses, and what to do if you want to become a nurse in the UK.

Methods. Using of contextual analysis, elements of component analysis, methods of comparison and conceptual analysis contribute to the systemic characterization of the issue.

Short history of nursing in UK and US

Nursing in the United Kingdom has a long history. The current form of nursing is often considered as beginning with Florence Nightingale who pioneered 'modern nursing'. Nightingale initiated formal schools of nursing in the United Kingdom in the late 19th and early 20th centuries. The role and perception of nursing has dramatically changed from that of 'handmaiden' to the doctor to professionals in their own right. Now there are over 500,000 nurses in the United Kingdom and they work in a variety of settings, such as hospitals, health centres, nursing homes, hospices, communities, and academia, with most nurses working for the National Health Service (NHS).

The history of nursing in the United States focuses on the professionalization of nursing since the Civil War. During the Civil War (1861–65), the United States Sanitary Commission, a federal civilian agency, handled most of the medical and nursing care of the Union armies, together with necessary acquisition and transportation of medical supplies. Dorothea Dix, serving as the Commission's Superintendent, was able to convince the medical corps of the value of women working in 350 Commission or Army hospitals [1]. North and South, over 20,000 women volunteered to work in hospitals, usually in nursing care. They assisted surgeons during procedures, gave medicines, supervised the feedings and cleaned the bedding and

clothes. They gave good cheer, wrote letters the men dictated, and comforted the dying. A representative nurse was Helen L. Gilson (1835–68) of Chelsea, Massachusetts, who served in Sanitary Commission.

Now there are more than 3.8 million registered nurses (RNs)

Hierarchy of Nurses

Traditionally, in the UK, on completion of training, nurses would be employed on a hospital ward, and work as staff nurses. The ward hierarchy consists of:

- **Nursing Associate** – first grade of qualified nursing staff. Nursing associates train in the four branches of nursing, following a FdSc apprenticeship programme. They deliver care in a wide range of settings; primary, secondary, community and social care [2]. Their training will provide them with both clinical knowledge and skills. Nursing associates are able to administer some medicines without supervision. Under Agenda for Change they attract a Band 4 salary.
- **Staff Nurses/General Nurse/Staffer of Nursing** – the second grade of qualified nursing staff. These nurses are responsible for a set group of patients (e.g. administering medications, assessing, venepuncture, wound care and other clinical duties). Under Agenda for Change they attract a Band 5 salary but sometimes a Band 6 salary.
- **Senior staff nurses/Staffer Manager** – these nurses carry out many of the same tasks, but are more senior and more experienced than the staff nurses. Many NHS Trusts do not have Senior Staff Nurses as the role is seen to be superfluous.
- **Junior/Deputy Ward Sister; Charge Nurse; Deputy Ward Manager** – responsible for the day-to-day running of the ward, and may also carry specific responsibilities for the overall running of the ward (e.g. rostering) in accordance with the wishes of the ward manager. These nurses are assigned band 6. In some NHS Trusts, these will be known as Sisters/Charge Nurses.
- **Ward Manager/Ward Sister/Charge Nurse/Nurse Manager/Clinical Ward Nurse Lead** – responsible for running a ward or unit, and usually has budgetary control. They will employ staff, and be responsible for all the local management (e.g. rostering, approving pay claims, purchasing equipment, delegation duties or tasks). These nurses are band 7. They are generally Senior Staff Nurses or Charge Nurses as well.
- **Senior Ward Sister; Senior Charge Nurse; Senior Ward Manager** – if there is a need to employ several nurses at a ward manager level, then one of them often acts as the senior ward manager. These nurses attract a banding anywhere between 7 and 8c.

There are also positions which exist above the ward level:

- **Clinical Nurse Manager/ Nurse Lead** – A nurse who is responsible for an entire directorate/department (i.e. Surgical, Medical Diagnostic & Imaging etc.) or at least more than one ward, is often referred to as a *clinical nurse manager*. Depending on both the inclination of the NHS Trust and themselves, they may be more or less involved in actual clinical nursing or management on a clinical level. These nurses attract band 8a (or occasionally 8b/8c) under Agenda for Change.
- **Modern Matrons/Nursing Director/Nurse Matron** – developed in response to

some patients' perception of the detachment of nursing from its vocational history, the modern matron is responsible for overseeing all nursing within a department or directorate. Modern matrons are employed on bands 8a-c. See Matron for more details of this role and its historical roots. Modern matrons were poorly received by the majority of nursing staff and their imposition was not called for by any professional group within the health service.

The status in the hierarchy of specialist nurses is variable, as each specialist nurse has a slightly different role within their respective NHS organisation. They are generally experienced nurses, however, and are employed at least on band 6.

Nursing in the United States is provided by several levels of professional and paraprofessional staff

Level	Education Requirement
Certified Nursing Assistant (CNA)	75-hour vocational course [3]
Licensed Practical Nurse (LPN)	one-year vocational course
Registered Nurse (RN)	Associate of Science (A.S.) in Nursing or Bachelor of Science (B.S.) in Nursing
Advanced Registered Nurse Practitioner (ARNP)	postgraduate education in specialized aspect of nursing and RN licensure
Doctor of Nursing Practice (DNP)	doctorate
Doctor of Philosophy (PhD)	doctorate

Nursing Pay

In England, the 2017-2018 starting annual pay for nurses is between \$21,456 and \$21,828 (in U.S. dollars). In contrast, according to Drexel University, the average starting salary for an American nurse was more than \$66,000 in 2016-2017.

What to do if you want to become a nurse in the UK

1. **English Language Requirements** – It is required to take an English Test called IELTS.

2. **Test of Competence: CBT Part 1** – This is a computer-based theory test. It's easier than NCLEX because it's all multiple choice answers with only one answer being correct. This test is done at a Pearson Vue location.

3. **Documents Uploaded for NMC Assessment** – This is a lot of paperwork they require. Some other documents needed are a police clearance certificate, a health declaration form to be signed by a family doctor, and a couple of work references... just to name a few.

- Once all of your paperwork is submitted, you wait for your **Decision Letter** to come to your email.

OSCE (Observed Structured Clinical Examination) – This last exam is done in one of the testing centers in the UK. One is in **Northampton**, but the other option is **Oxford**. This exam tests your nursing skills, patient assessment, med administration and documentation, basically in 6 different stations.

- This can be the most difficult of the steps so far due to the rules and time

limits. A wonderful company that helps to prepare for the test is **Health Skills Training**.

Receive your NMC PIN – After you have passed OSCE, you can sign up to receive your PIN to be registered to work as a nurse in the UK.

Work Visa – To come to the UK you need a job to sponsor you a visa before you move and start working.

Results and Conclusion

Nursing is a healthcare profession that involves years of training and continued specialized education to care for patients in a variety of settings. The situation is the same in all countries. But if you want to try yourself in working abroad it's better to start from the UK because finding and qualifying for nursing jobs in the UK is easier than you think. England is currently facing one of the worst nursing shortages. Official figures show that 1 in 11 nursing posts in the NHS is vacant, and there is a shortage of nearly 42,000 nurses in the UK, and the demand for nurses is increasing all over the country.

References

1. Brown, Thomas J. (1998). *Dorothea Dix: New England Reformer*. Harvard University Press. ISBN 9780674214880.
2. Nursing associate role offers new route into nursing – News stories – GOV.UK. www.gov.uk. Retrieved 3 February 2016.
3. How to Become a Certified Nursing Assistant. huffingtonpost.com. Huffington Post. Retrieved 30 June 2015.

РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ У ВІДДІЛЕННІ АНЕСТЕЗІОЛОГІЇ ТА ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ ДЛЯ НОВОНАРОДЖЕНИХ

Вербецька К.І.

*студентка 4 курсу, групи МС 41-21
ПВНЗ МПУ, м. Миколаїв*

Стан служби інтенсивної медичної допомоги є пріоритетним у соціальній політиці держави у системі охорони здоров'я населення і впливає на національну безпеку України. Надання інтенсивної медичної допомоги в Україні має багато невирішених проблем. Основними організаційними питаннями при наданні інтенсивної медичної допомоги є пролонгований фактор часу та недостатня її якість. Більшість дослідників вважає, що показник летальності можна зменшити на 20-50% за умови усунення перешкод організаційного характеру.

Смертність немовлят в Україні є визначальною у формуванні статистики смертності дітей до 5 років. Ймовірність померти різко зменшується після досягнення дитиною однорічного віку. Вважається, що рівень смертності дітей віком 1-4 роки є порівняно незалежним від ризиків у передпологовий, пологовий та післяпологовий період і відображає недостатність харчування або ж інших оптимальних умов життя протягом перших 1-1,5 років життя, а тому може бути чутливим індикатором соціально-економічного розвитку і рівня медичного обслуговування.

Питанням смертності немовлят і смертності дітей віком до 5 років у світі приділяється увага у доповідях та звітах міжнародних організацій: ЮНІСЕФ, Всесвітньої організації охорони здоров'я, Міжвідомчої групи з оцінки дитячої смертності ООН та спеціального агентства ООН в галузі охорони здоров'я. Серед вітчизняних науковців, які розглядають ці питання: Е. Лібанова, О. Рудницький, В. Таралло, В. Стешенко, І. Курило, І. Прибиткова, С. Пирожков, Н. Рингач, А. Хомра та ін.

За даними ВООЗ, максимальні значення показника смертності немовлят в Україні спостерігалися у 1993-1995 роки, коли ці показники сягали відповідно 14,9% – 14,5% – 14,7%. І хоча у 2010 р. в Україні рівень смертності дітей у віці до 1 року становив 9,3 на 1000 новонароджених, ця цифра залишається занадто високою порівняно з показниками у країнах ЄС, де він сягає 3,8 – 5,2.

Основними причинами смерті дітей віком до 1 року були: окремі стани, що виникають у перинатальному періоді; вроджені вади розвитку, асфіксії, деформації та хромосомні аномалії; зовнішні причини смерті; хвороби нервової системи; деякі інфекційні та паразитарні хвороби; хвороби органів дихання. Залишається значною частка немовлят, причина смерті яких медичними працівниками не була встановлена – 5%.

На позитивну динаміку, а саме зниження показника дитячої смертності, впливає цілий ряд таких заходів: з метою уніфікації вимог до обсягів і якості надання медичної допомоги дітям протягом останніх років розроблено близько 50-ти клінічних протоколів лікування найпоширеніших захворювань дітей, які

ґрунтуються на наукових доказах; протоколи догляду за здоровою новонародженою дитиною, здоровою дитиною від 0 до 3-х років; постійно впроваджуються сучасні медичні технології. Здоров'я майбутньої дитини формується ще в період її внутрішньоутробного розвитку і значною мірою залежить від стану здоров'я вагітної та особливостей взаємовідносин у сім'ї.

Відділення інтенсивної терапії для новонароджених займається діагностикою та лікуванням захворювань новонароджених та недоношених дітей: захворювання бронхолегеневої системи (вроджені пневмонії, респіраторний дистрес синдром I типу – ателектази легень, хвороба гіалінових мембран), шлунково-кишкового тракту (виразково-некротичні ентероколіти), захворювання дітей, народжених від матерів з цукровим та гестаційним діабетом (діабетична фетопатія, діабетична кардіоміопатія), ізоімунні та трансімунні конфлікти за АВО-системою та ШІ-фактором, патології гемостазу (трансімунні та ізоімунні тромбоцитопенії, геморагічна хвороба новонароджених, синдром дисемінованого внутрішньосудинного згортання крові), захворювання центральної та периферичної нервової систем різної етіології, внутрішньоутробні інфекції. При всіх патологіях періоду новонародженості проводиться цілодобовий моніторинг вітальних функцій, індивідуальна розробка програм парентерального харчування з урахуванням потреб в енергії та поживних речовинах, програм інфузійної терапії з метою корекції водно-електролітного обміну та метаболізму.

Відділення займається наданням реанімаційної та післяреанімаційної інтенсивної терапії дітям з низькою та екстремально низькою масою тіла при народженні, передопераційною діагностикою та наданням медичної допомоги дітям з вродженими вадами розвитку, що потребують транспортування для хірургічного втручання (вроджені вади серця, спинномозкові кіли, вади розвитку шлунково-кишкового тракту та ін.).

Особливістю роботи відділення анестезіології та інтенсивної терапії є надання медичної допомоги дітям з низькою та екстремально низькою масою тіла при народженні та новонародженим від матерів з різноманітними ускладненнями вагітності та пологів, що приїжджають з різних регіонів України.

Список використаних джерел

1. Авраменко Т.В. Стан надання перинатальної медичної допомоги в Україні. Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. Т. 11. № 1 (3). 2012.
2. Аряев М.Л. Неонатологія. Київ: «АДЕФ-Україна», 2006. 754 с
3. Безруков Л.О., Волосовець О.П., Шунько Є.Є., Кривоустов С.П., Годованець Ю.Д., Мигаль В.Г. Неонатологія. Чернівці, 2000. 235 с.

ПІДГОТОВКА МЕДИЧНИХ СЕСТЕР В УМОВАХ СУЧАСНОСТІ

Володка Н.А.

*доцент кафедри медсестринство
ПВНЗ МПУ, м. Миколаїв*

*«Виклики сучасного світу потребують нової
парадигми, орієнтованої на майбутнє»
Гордон Драйден, Джаннетт Вос*

У сучасному світі викликів та потреби швидкого реагування на зміни, є актуальною і визначеною необхідність підготовки фахівців, які можуть самостійно діяти відповідно до ситуації та приймати рішення, швидко опрацьовувати інформацію, пристосовуватись до будь-яких нових умов середовища, спроможності адаптуватися відповідно до вимог. Пандемія COVID-19 стала серйозним випробуванням не лише для українського суспільства, а й для всього людства, великою мірою зумовила суспільні перетворення. Під час карантину почалось життя в зовсім нових умовах, що спричинило цілу низку медичних, економічних і політичних проблем всесвітнього масштабу, карантин вніс свої корективи у часі і просторі. Введені карантинні заходи стали значним викликом для всієї системи професійної освіти України. Перехід на навчання в онлайн режимі спричинило значні труднощі з реалізації основних завдань закладів професійної освіти, з одного боку, стала стимулом для впровадження інноваційних технологій, а з іншого – індикатором її основних недоліків і проблем. В Україні дистанційна освіта в багатьох аспектах усе ще сприймається як нововведення, хоча ще в 2000 році була затверджена Концепція розвитку дистанційної освіти в Україні [1], в якій обґрунтовано доцільність, мету, основні завдання та очікувані наслідки створення і впровадження такої системи.

Після послаблення карантину у світі стало зрозуміло, що людство перейшло на нову стадію розвитку, де дистанційне навчання буде відігравати велику роль. Сучасний етап інформатизації суспільства не можна уявити без уведення інформаційно-комунікаційних технологій у всі ланки системи освітянського процесу. Важливим є також те, що дистанційна освіта розширює й оновлює роль викладача, підвищуючи творчу активність і кваліфікацію відповідно до нововведень й інновацій. Але перехід на навчання в онлайн режимі спричинило і значні труднощі з реалізації основних завдань підготовки медичних кадрів, а саме формування професійних компетентностей, які потребують відпрацювання практичних навичок через симуляційне навчання. У сучасному світі саме професійна компетентність майбутнього фахівця розглядається як показник якості освіти.

Для впровадження компетентнісного підходу у навчальний процес вищої медичної школи важливим є обізнаність та вміння педагогічних працівників ефективно застосовувати науково-педагогічні підходи до організації навчання, тобто бути професійно та педагогічно компетентними. Система вищої освіти

спроможна підготувати майбутніх фахівців з перерахованими компетенціями за умови дотримання усією університетською спільнотою принципів доброчесності. Компетенція, відповідно до європейського контексту, включає знання й розуміння, знання як діяти, знання як бути (цінності як невід'ємна частина способу сприйняття й життя з іншими в соціальному контексті). Компетентність – якість особистості, її певне надбання, що ґрунтується на знаннях, досвіді, моральних засадах і проявляється у критичний момент за рахунок вміння знаходити зв'язок між ситуацією та знаннями, у прийнятті адекватних рішень нагальної проблеми, здатності автономно вирішувати проблеми пацієнта з метою відновлення його життєвих сил.

Для набуття професійних компетентностей під час проведення практичних занять на онлайн-платформі дуже важливо впроваджувати інтерактивні методи навчання, за принципом рольової гри, кейс-методу, які сприяють формуванню у здобувачів вищої освіти критичного мислення, всебічного аналізу отриманої інформації, когнітивної гнучкості, креативного підходу у вирішенні самих нестандартних і складних ситуацій. Саме використання нових освітніх технологій та інтерактивних методів навчання передбачають тісну взаємодію між викладачем та студентами і дозволяють сумісно моделювати ситуації, здійснювати пошук ефективного прийняття рішень, оцінювати сумісні дії та дії кожного учасника навчального процесу в умовах реальної атмосфери та ділової співпраці. Крім того, є ефективним засобом формування у студентів м'яких навичок – «soft skills», які спрямовані на розвиток комунікації, розуміння професійної та етичної відповідальності за прийняття рішень. Це підвищує вмотивованість студентів на отримання професійних знань та формування нової освітньої парадигми, орієнтованої на майбутнє, підтримки відкритого, особистісно-орієнтованого і безперервного навчання людини протягом усього життя, що є важливим у підготовці висококваліфікованих та конкурентоздатних фахівців.

В наш час змін та реформувань єдине, що не змінюється, це визнання, що здоров'я і життя людини – найвища цінність для людини, необхідна передумова повноцінного життя, задоволення матеріальних і духовних потреб, участі в праці та соціальному житті, економічній, науковій, культурній та інших видах діяльності і в збереженні та відновленні здоров'я велика роль належить медичним працівникам. Структурною та найчисельнішою складовою системи охорони здоров'я є медсестринство, роль якого надзвичайно важлива. Проблемні питання медсестринської освіти та практики проаналізували та науково обґрунтували перспективні напрями їх реформування в Україні М.В. Банчук, Ю.Г. Віленський, О.А. Грандо, І.Я. Губенко, В.В. Лойко, І.А. Радзієвська, Ю.В. Поляченко, Т.І. Чернишенко, В.Й. Шатило, М.Б. Шегедин [3].

Трансформація охорони здоров'я потребує нових принципів у медичній освіті й підвищення суспільного запиту на прогресивні зміни, створює нові вимоги у формуванні спеціалістів нового типу, які повинні не тільки досконало володіти спеціальністю, а й мати навички комунікабельності, ділового

спілкування, вміти адаптуватись до нових змін. Всесвітня організація охорони здоров'я розглядає медсестринський персонал як реальний потенціал для задоволення проблем населення в наданні медичної допомоги. Раціональне використання сестринських кадрів сприяє значному покращенню якості, доступності та економічності надання медичної допомоги населенню, ефективному використанню ресурсів в охороні громадського здоров'я та профілактиці захворювань. Переважне число працівників охорони здоров'я представлені медичними сестрами. Саме вони перебувають з пацієнтом максимальну кількість часу, завдяки чому здатні краще зануритись у проблеми пацієнта, вивчити його хворобу, вчасно помітити найменші зміни в стані пацієнта та сприяти процесу одужання.

Зазначена ситуація ставить перед сучасною системою освіти та охорони здоров'я нові виклики, зокрема, створення і розвиток системи доступної, якісної і ефективної підготовки фахівців в умовах постійних викликів сучасності і не тільки через пандемію, а через погіршення громадського здоров'я, постаріння населення, а з цим і збільшенням проблем, які характерні для цього віку-із старечими деменціями, недосконалою хоспісно-паліативною допомогою, відсутністю спрямованості населення на ведення здорового способу життя та направленості на формування ціннісно-соціальної моделі здоров'я. Саме цій моделі найбільше відповідає визначення здоров'я, сформульоване ВООЗ.

Сьогодні, на підставі узагальнення численних досліджень в області епідеміології та етіології більшість захворювань людини, а саме: понад 80% можливість зберегти здоров'я залежить від власної волі і поведінки, 15% від навколишнього середовища і суспільства і тільки 5% від медицини. Методи профілактики здоров'я потребують впровадження нових програм, розробки концепції збереження громадського здоров'я має бути пріоритетною. Всі ці задачі в більшій мірі покладені на первинну ланку медичної допомоги, тому передбачається висока відповідальність на заклади освіти, які здійснюють підготовку медичних сестер першого бакалаврського рівня вищої освіти. Крім того, процеси глобалізації та євроінтеграції вимагають системно переглянути ціннісні орієнтири, досвід та практики їх формування. Запровадження практики дотримання принципів академічної доброчесності розглядається як важлива складова трансформації вищої освіти в Україні.

Список використаних джерел:

1. Концепція розвитку дистанційної освіти в Україні (затверджено Постановою МОН України В.Г. Кременем 20 грудня 2000 р.). URL: <https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=emFraW5wcG8ub3JnLnVhfGRvfGd4OjU0Nzg0OTc5ZmU3OWJlYzA>
2. Антонова О.Є., Шарлович З.П. Професійно-педагогічна компетентність медичних сестер сімейної медицини як складова їх професійної компетентності. Проблеми освіти: Наук-метод. зб. Інституту інноваційних технологій і змісту освіти МОН України. Київ, 2015. Вип. 85. С. 9-14.
3. Губенко І., Радзієвська І., Бразалій М. Методика формування професійної компетентності медичних сестер у процесі їх практичної підготовки FAMILY DOCTOR.

«Актуальні питання громадського здоров'я в умовах сучасності»

Режим доступу: <http://family-doctor.com.ua/metodikaformuvannya-profesiynoyi-kompetentnosti-medichnih-sester>

4. Коваль К.О. Розвиток «soft skills» у студентів – один з важливіших чинників працевлаштування. Вісник Вінницького політехнічного університету. 2015. No 2. С. 162-167.

РЕФОРМА ВОРИНКИ. ТАК БУДЕ ПАЦІЄНТ ПЛАТИТИ В ЛІКАРНІ ЧИ НІ?

*Доріна О.Г.
медична сестра ВРІТ
м. Миколаїв*

Законодавство каже: ні – щодо колосального списку послуг. А от медичні заклади з цим сперечаються. Реальну відповідь надасть лише практика.

З 1 квітня пацієнти мали отримувати безкоштовно і з новим рівнем якості амбулаторно-поліклінічну, стаціонарну, екстрену, паліативну медичні допомоги та реабілітацію, як це передбачає Програма медичних гарантій.

Це перелік та обсяг медпослуг та ліків, які гарантуються населенню та оплачуються з державного бюджету на основі єдиних національних тарифів. В ідеалі – майже за всі медичні послуги пацієнта має сплатити держава. Але, схоже, досягнути цього ідеалу поки що складно – на нас, очевидно, чекає достатньо тривалий період «притирання і підгонки» – нових тарифів і нових правил. Хто буде «гасити» різницю в сумі, яку виплатить держава медзакладу за лікування конкретного пацієнта, і реальною вартістю цього лікування? З урахуванням національного досвіду це питання треба віднести до розряду риторичні. І все ж фіксуємо очевидний позитив: «вічна» проблема «нібито безоплатної» медицини, нарешті, зрушиться з мертвої точки після десятиліть безплідних розмов. Уже одне це – добре.

Прийом у лікаря безкоштовний, як і було. Але тепер держава платить і за обстеження. На перший погляд, комусь побачиться, що істотних позитивних змін після реформи вторинки пацієнти не відчують. Натомість з'являться незручності, бо головною умовою того, щоб пацієнт отримав вторинну або третинну медичну допомогу безкоштовно, є клопіт з отриманням направлення від сімейного лікаря або вузького спеціаліста. На цю незручність часто нарікали, коли Укрінформ проводив власне невеличке опитування на одній зі сторінок Facebook, яка об'єднує лікарів і пацієнтів Києва. Але тут варто розуміти: направлення «придумане» для того, щоб пацієнти не ставили самі собі діагнози. А також, щоб НСЗУ могла відстежити і оплатити послуги, надані державою пацієнту. При цьому без направлення від сімейного лікаря можна буде потрапити до акушера-гінеколога, психіатра, нарколога, стоматолога, а також – до лікаря, у якого пацієнт перебуває під медичним наглядом.

За направленням лікаря, а також при самозверненні до названих вище фахівців, пацієнти зможуть отримати безкоштовно практично усі види медичної допомоги, окрім такої, що не вважається критично важливою – масаж, фізіотерапія, пластична хірургія, планова стоматологія (оплачуватиметься лише невідкладна). Тобто по суті, ми і далі обслуговуватимемося у гастроентерологів, кардіологів та інших лікарів безкоштовно. Але перевага у тому, що тепер пацієнт не буде прив'язаний до конкретної лікарні за місцем проживання. Він зможе

обрати – до якого фахівця в яку лікарню йому краще піти, і держава саме туди перерахує за нього кошти (головне, щоб заклад був долучений до реформи вторинки – незабаром це можна буде перевірити на сайті НСЗУ). Це частково вирішить проблему оплати послуг лікарів з кишени, адже пацієнт піде на прийом або на обстеження саме до того лікаря чи саме в той заклад, якому довіряє. Важливо, що безкоштовна амбулаторна допомога, окрім прийому у лікаря, включатиме лабораторні, функціональні та інструментальні обстеження – той же рентген, узд, аналізи тощо, малі хірургічні втручання, планову стоматологію дітям до 16 років, невідкладну стоматологічну допомогу, перебування у денному стаціонарі та медичну реабілітацію.

У межах амбулаторної допомоги діятимуть пріоритетні послуги – ті, які спрямовані на лікування станів і захворювань, що найбільше впливають на тривалість і якість життя людей в Україні. Це переважно дорогі обстеження. За надання таких послуг НСЗУ платитиме закладам за підвищеним тарифом, що сприятиме модернізації матеріально-технічного оснащення і підвищенню якості надання медичної допомоги. Йдеться про ранню діагностику онкологічних захворювань, адже Україна посідає друге місце в Європі за темпами поширення раку. Це гістероскопія (ендоскопічне гінекологічне обстеження), езофагогастроуденоскопія (дослідження стану слизової оболонки стравоходу, шлунку та дванадцятипалої кишки за допомогою ендоскопу), колоноскопія, цистоскопія, бронхоскопія, мамографія. Згідно з рекомендаціями ВООЗ такі процедури мають проводитись для тих пацієнтів, які мають підвищений ризик розвитку новоутворень, а це здебільшого люди від 40 або 50 років.

Важливо: медична допомога при невідкладних станах надаватиметься усім без винятку пацієнтам – незалежно від наявності декларації. Якщо пацієнт не має направлення і на нього не поширюються випадки щодо самозвернення, послуга може надаватися на платній основі – оплатою в касі закладу, що визначено Постановою №1138. Скільки це коштуватиме – кожен заклад визначатиме самостійно і підрахунок тарифів закладами ще триває, пояснюють в прес-службі НСЗУ.

Стаціонарна допомога для чверті населення обіцяє стати доступнішою. Держава оплачуватиме обслуговування не лише у вузьких фахівців, але і стаціонарну допомогу. Чому це важливо? Дослідження Індексу здоров'я за 2018 рік показало, що у разі хвороби не відвідали лікаря та/або не були госпіталізовані через брак коштів 24% пацієнтів.

Отож, безкоштовною буде:

хірургічна допомога, що передбачає проведення хірургічних операцій дорослим та дітям за лікарськими спеціальностями: гінекологія, комбустіологія (лікування опіків), нейрохірургія, онкогінекологія, онкологія, онкоотоларингологія, онкохірургія, ортопедія і травматологія, отоларингологія, офтальмологія, проктологія, судинна хірургія, торакальна хірургія, трансплантологія, урологія, хірургія серця та магістральних судин, щелепно-лицьова хірургія;

медична допомога пацієнтам із не хірургічними (соматичними) захворюваннями в стаціонарних умовах за напрямками: акушерство і гінекологія, алергологія, гастроентерологія, гематологія, гінекологія, дитяча дерматовенерологія, ендокринологія, імунологія, інфекційні хвороби, кардіологія, наркологія, неврологія, нефрологія, педіатрія, пульмонологія, ревматологія, терапія, токсикологія.

Тобто – практично все. Чи доведеться окремо докуповувати медикаменти, як це часто буває? У НСЗУ пояснюють, що до тарифів за медичні послуги не включено вартість ліків та витратних матеріалів. Але вони централізовано забезпечуються за рахунок інших програм державного бюджету. Тож в ідеалі пацієнти безкоштовно отримуватимуть і медичну послугу, і більшість супутніх витратних матеріалів та ліків. Але знову ж таки якщо людина виявить бажання пролікуватися у стаціонарі, без направлення сімейного або лікуючого лікаря чи перебування у невідкладному стані, то за таку госпіталізацію потрібно буде заплатити.

Окремо як пріоритетні напрями допомоги, які теж будуть оплачуватися державою, виділено допомогу жінкам при пологах і новонародженим, а також спеціалізовану медичну допомогу при гострому мозковому інсульті та гострому інфаркті міокарда.

У медичну допомогу при інсульті/інфаркті входить:

- діагностика (комп'ютерна томографія, МРТ, ангіографія, екстрені лабораторні дослідження);
- проведення тромболітичної терапії (інсульт) / стентування (інфаркт);
- цілодобовий моніторинг стану пацієнта у реанімації;
- медикаментозне забезпечення;
- реабілітаційна допомога у гострому періоді.

Також у закладах, що мають відповідну спеціалізацію, за державний кошт здійснюватиметься діагностика та хіміотерапевтичне і радіологічне лікування онкологічних захворювань, психіатрична допомога, лікування хворих на туберкульоз, лікування та супровід людей із вірусом імунодефіциту людини. Тобто у цілому, якщо реформа запрацює в ідеалі, то стаціонарна допомога має стати навіть доступнішою, оскільки за направлення лікаря за діагностичні обстеження, лікування в стаціонарі чи операцію людині не треба буде платити.

Постає питання чи включати в тариф усі без винятку складові процесу надання медичних послуг і яким він буде після цього? Адже в ціну медпослуги лікарня може нарахувати усі її складові – заробітну платню, комунальні послуги, вартість розхідних матеріалів, медикаментів, обладнання, логістику та інше. І в результаті може вийти доволі велика сума, яку місцева влада може не затвердити. З одного боку це добре, оскільки буде контроль за тим, щоб лікарні не завищували тарифи. Але може виникнути й інша ситуація – коли не кожному закладу дозволять встановити реальні тарифи. Адже НСЗУ оплачує послуги лікарень за власними тарифами, які часом нижчі реальної вартості послуги. Наприклад, за розрахунком НСЗУ тариф на пологи оплачується у розмірі 8,1

тисяч гривень, але по факту ця сума може сягати і 30 тисяч гривень незрозуміло, де тоді закладам добрати решту – 22 тисячі, якщо визначено, що пологи будуть безкоштовними.

У НСЗУ пояснюють, що у такий тариф заклали середню вартість пологів. Якщо пологи проходять без ускладнень (а це більшість випадків), то тоді це обходиться дешевше – близько 4 тисяч гривень. Водночас є частина складніших випадків, коли доводиться робити кесарів розтин (25%) або пологи проходять з ускладненнями, і тоді їхня вартість буде вищою – до 15 тисяч гривень, а подекуди і більше. Але усереднений тариф у 8 тисяч гривень має покрити ці витрати.

Так що, пацієнту все одно доведеться платити?

Власне, наразі у лікарському середовищі активно обговорюється те, що тарифи, за якими НСЗУ сплачує закладам вартість лікування, занижкі. Це означає одне: в наших умовах, можна спрогнозувати, що пацієнту у той чи той спосіб все одно доведеться доплачувати за послуги чи ліки – офіційно по співоплаті чи неофіційно з власної кишені.

Щодо занижких тарифів, які встановила закладам НСЗУ, у лікарському середовищі, як приклад, згадується вартість лікування складніших випадків інфаркту та інсульту, і це коштуватимете значно більше 16-19 тисяч гривень. Наприклад, якщо пацієнт з інфарктом потребує стентування або пацієнт з інсультом потребує тромболізу. У НСЗУ пояснюють, що для розрахунку оплати тромболізу при інсульті застосовувався такий же принцип усередненого тарифу, як і для складних випадків пологів. Тобто лікування ішемічного інсульту за допомогою тромболізу хоч і коштує дорожче, але трапляється нечасто і усереднений тариф покрий ці затрати. А щодо тарифу на стентування під час інфаркту, то закупівля стентів відбувається за окремою державною програмою, тож їхню вартість в тариф не заклали.

Окрему заяву зробили і в Асоціації приватних медичних закладів України, де розуміють, що держава не може встановити вищі тарифи на послуги, щоб охопити усе населення, тож пропонують ввести механізм доплати: «Основним обмеженням тарифів ми вважаємо не їхнє економічне обґрунтування, а відсутність механізму доплати, коли пацієнт може вільно обрати медичний заклад, а вартість медичної послуги частково оплачується за рахунок тарифу НСЗУ, а частково – за рахунок додаткових джерел. Це, як вважають в Асоціації, може бути медичне страхування (обов'язкове та добровільне); власні кошти пацієнта; благодійні та інші внески; інші шляхи доплати, не заборонені законодавством України».

У чому головна ціль реформи для пацієнта? Основне завдання медреформи в Україні – покращити якість медичних послуг для пацієнтів та забезпечити достойні умови оплати праці медикам. Ми всі підтримуємо це обома руками! Щоб реалізувати такі цілі в умовах обмеженого фінансування, часом, доводиться йти на непопулярні, на перший погляд, кроки. Основний – відмова від радянської моделі, за якою по суті фінансувалася спроможність медичного закладу обслуговувати певну кількість пацієнтів (ліжкомісця), незалежно від

того, скільки він в реальності приймає пацієнтів і надає послуг та якої якості ці послуги.

Тепер же лікарні стануть підприємствами, які фінансуватимуться за конкретні послуги, а оскільки пацієнти самі обиратимуть, куди звертатися, то має включитися ринок і боротьба за пацієнта – а з ним і якісніше обслуговування. Навіть більше – контракуючи лікарні, НСЗУ контролюватиме наявність у них необхідного обладнання для надання послуг – для ендоскопії, лікування інсульту, інфаркту тощо, а також і спеціалістів (приміром, у процесі підготовки до медреформи виявилось, що в хірургічному відділенні однієї з лікарень не було... анестезіолога). І що важливо – стане відомо реальні дані про обсяг наданих лікарнями послуг.

ПРОБЛЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В ЄВРОПІ ТА УКРАЇНІ

Зюзін В.О.

доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри гігієни, соціальної медицини, громадського здоров'я та медичної інформатики, ЧНУ імені Петра Могили, м. Миколаїв

Громадське здоров'я в Європі перебуває в стані постійного руху, оскільки як загрози, так і потенційні реакції на ці загрози змінюються. В зв'язку з цим, досліджуються зміни і можливості, з якими сьогодні стикається громадське здоров'я в Європі. Воно визначає тенденції у шести сферах:

- **Епідеміологічний:** зміна моделей захворювань, включаючи появу нових хвороб та повторне виникнення тих, які, здавалося, були викорінені, а також глобальна епідемія неінфекційних хвороб.
- **Інформаційний:** проявляється у значному збільшенні обчислювальної потужності та здатності отримувати та пов'язувати дані з безлічі різноманітних джерел, а також у диверсифікації джерел інформації, таких як соціальні медіа, які все частіше використовуються способами, що загрожують здоров'ю населення.
- **Професійний:** посилення прийняття мультидисциплінарного підходу до громадського здоров'я замість традиційної моделі з медичним домінуванням.
- **Концептуальний:** зростаюче визнання важливості факторів, що визначають стан здоров'я, так званих «причин причин», і ролі, яку відіграють сучасні переносники хвороб, такі як транснаціональні корпорації, що продають тютюн, алкоголь та енергозберігаючу їжу, яка є рушієм глобальної епідемії неінфекційних захворювань.
- **Політичний:** зміна переконань щодо стосунків між людиною та державою.
- **Розподільний:** збільшення розриву в здоров'ї населення Європи з 1960-х років, яке лише зараз починає скорочуватися, хоча і повільно, а також зростаюча економічна, пізнавальна та політична відстань між малими, але потужними глобальними елітами («один відсоток») і маси населення.

Епідеміологічний перехід

У 1971 р. Омран описав епідеміологічний перехід, завдяки чому успіх у боротьбі з традиційно високим рівнем інфекційних захворювань поступається зростаючому тягарю неінфекційних хвороб. Він розділив розвиток суспільств на три окремі фази: **епоха мору та голоду**, що характеризується високою смертністю та низьким приростом населення, **ера спадної пандемії**, під час якої спостерігається поступове зменшення смертності та збільшення тривалості життя, і нарешті, **епоха дегенеративних та техногенних захворювань**, коли смертність продовжує знижуватися і врешті-решт стабілізується на низькому рівні.

Хоча перемога у боротьбі з інфекційними хворобами здавалася неминучою на початку 1970-х, через чотири десятиліття очевидно, що реальність є більш складною, із появою нових та повторною появою «старих» інфекційних хвороб.

Безумовно, було досягнуто багато успіхів проти інфекційних захворювань, включаючи викорінення віспи та майже знищення поліомієліту. Однак люди продовжують вести еволюційну боротьбу з мікроорганізмами, не маючи явних ознак перемоги. Мікроорганізми та їх переносники пристосовуються до нових екологічних ніш, використовуючи, наприклад, те, як масове виробництво їжі стимулює появу стійкості до антибіотиків. Мікроорганізми також змогли скористатися посиленими темпами глобального руху, включаючи вірус грипу та Віл, хоча і рухаючись по-різному. Як видно з відродження туберкульозу в країнах колишнього СРСР та малярії в Греції після скорочення жорсткої боротьби з переносниками в 2010 році, будь-яке послаблення можливостей громадського здоров'я може призвести до поширення інфекційних захворювань. З метою запобігання цьому було здійснено багато заходів з громадського здоров'я. Наприклад, з'явилися нові організаційні структури, такі як UNAIDS, Глобальний фонд проти СНІДу, туберкульозу та малярії та GAVI – все на глобальному рівні та Європейський центр з профілактики та контролю захворювань на європейському рівні. Краще розуміння нових загроз, спричинених інфекційними хворобами, також стимулювало міжгалузеві дії, наприклад, у відповідь на епідемію COVID 19, коли сектор охорони здоров'я, поліція та система правосуддя повинні працювати разом.

Омран (1971) був більш точним у своєму прогнозуванні зростання того, що він назвав «дегенеративними та техногенними захворюваннями». Хоча в прогресивних індустріальних країнах були досягнуті значні успіхи у боротьбі з багатьма неінфекційними хворобами, прикладом чого є зменшення смертності від ішемічної хвороби серця на 50% у країнах північно-західної Європи у 1980-х і 1990-х роках, також було багато невдач. Сюди входить різке збільшення поширеності ожиріння у багатьох європейських країнах, зумовлене, головним чином, споживанням енергоємної їжі, що призводить до збільшення поширеності діабету та його ускладнення. У той же час зростає визнання тягара психічних захворювань, на який сьогодні припадає 40% усіх років, прожитих з інвалідністю в Європі.

Ці події вимагали нового підходу в галузі громадського здоров'я. Деякі з найбільших досягнень минулого були досягнуті за допомогою широкомасштабних програм поліпшення навколишнього середовища, таких як створення безпечного водопостачання та поліпшення санітарії, або масові компанії імунізації. Ці приклади вимагали впровадження та масштабування відносно простих і зрозумілих заходів. Сучасні загрози здоров'ю населення набагато складніші для вирішення. Історія СРСР це добре показує. Система мала успіх у нарощуванні основних заходів, таких як боротьба з інфекційними хворобами, але не змогла подолати зростаючу проблему неінфекційних хвороб, спадщину, яку і сьогодні відчувають багато країн колишнього СРСР.

Багато нових загроз здоров'ю населення називають «хворобами способу життя», що свідчить про те, що жертви набувають ці хвороби через свій вибір. Ця спрощена точка зору не враховує обмежень, накладених обставинами, в яких люди роблять свій вибір, і ігнорує сильну залежність від тих речовин, як алкоголь

або тютюн. Для того, щоб вона була ефективною, реакція на громадське здоров'я повинна враховувати ці фактори. Це означає, що він майже неминуче буде багатограним. Виклики можуть бути проілюстровані тютюном та алкоголем, який зростає в деяких європейських країнах. Традиційні реакції на громадське здоров'я, такі як просвітництво населення про шкідливий вплив алкоголю, є в основному неефективними.

Досягнення інформаційних технологій

Громадське здоров'я може отримати користь від значного збільшення доступності інформації про те, як люди живуть своїм повсякденним життям. Проте та сама інформація може також використовуватися на шкоду здоров'ю населення. Всі ці джерела інформації використовуються для оптимізації маркетингових зусиль, в деяких випадках просуваючи продукти, що можуть покращити життя, але занадто часто рекламуючи ті, що завдають шкоди здоров'ю.

Досягнення технологій також відкривають нові можливості для індивідуальних заходів з громадського здоров'я, призначених для зміни поведінки, таких як обмін текстовими повідомленнями як допомога для відмови від куріння. Однак ті, хто рекламує продукти, що підривають здоров'я, можуть використовувати ті самі досягнення. Зокрема, алкогольна індустрія інвестувала значні кошти в соціальні мережі, такі як Facebook та Twitter, націлюючи молодих людей на постійний потік рекламних повідомлень та використовуючи їх як учасників своєї маркетингової діяльності. Ці методи обходять традиційні обмеження щодо реклами, але до цих пір громадська спільнота громадського здоров'я не спромоглася надати відповідну відповідь, хоча такі заходи, як стандартизована упаковка сигарет, порушуючи зв'язок між цими новими формами збуту та кінцевим продуктом, дають значні перспективи.

Підвищення професійних навичок та кваліфікації

Традиційно громадським здоров'ям займалися лікарі та медсестри, часто в білих халатах та формі, стоячи перед шкільними класами, пропонуючи інформацію про наслідки для здоров'я різної поведінки. Цей підхід ніколи не був особливо ефективним, але в деяких країнах він продовжує широко використовуватися.

Сучасний підхід до громадського здоров'я вимагає людей, що мають набагато ширший спектр навичок у багатьох різних дисциплінах, а також здатність працювати з іншими в мультипрофесійних командах.

Громадське здоров'я також відіграє все більш важливу роль у керівництві діями сектору охорони здоров'я, наприклад, у забезпеченні того, щоб послуги були сконфігуровані таким чином, щоб відображати потреби в охороні здоров'я, забезпечувати ефективну та належну допомогу та відповідати законним очікуванням населення.

Проте навіть там, де зараз визнана потреба у широкому діапазоні навичок, особи з інших дисциплінарних дисциплін під керівництвом лікарів часто переходять на підпорядковане становище.

Хоча низька ефективність деяких країн може бути пов'язана частково із слабкими місцями в інфраструктурі громадського здоров'я, важливо визнати, що добре навчанні фахівці в галузі громадського здоров'я є лише однією з багатьох передумов для розробки та реалізації успішної політики в галузі охорони здоров'я.

Перегляд причин виникнення причин. Охорона здоров'я традиційно турбується про безпосередні причини хвороб. У дев'ятнадцятому столітті багато з цих причин були інфекційними, що стало дедалі більш визнаним після розвитку Пастером теорії зародків. Згодом Роберт Кох виклав свої постулати, щоб визначити, чи є збудником інфекції збудник чи ні. Однак ця основна модель причинного зв'язку була недостатньою для з'ясування причин зростання неінфекційних захворювань у ХХ столітті, що змусило Бредфорд Хілл викласти свої дев'ять критеріїв причинності (Hill 1965). Ці критерії визнавали, що за відсутності випадкового розподілу осіб, які піддаються дії потенційного фактора ризику, необхідно було б користуватися різними типами інформації, щоб судити про причини хвороби. Протягом другої половини ХХ століття критерії Бредфорд-Хілла застосовувались до швидко зростаючого обсягу епідеміології факторів ризику, визначаючи роль таких факторів, як харчовий жир і цукор, тютюн, небезпечне вживання алкоголю та широкий спектр екологічних експозицій.

Сфера громадського здоров'я також чітко визнала, що в суспільстві існують потужні сили, які підривають здоров'я. Наприклад, тютюнова промисловість виробляє продукт, який вб'є 50% споживачів при використанні за призначенням. Хоча нікому не потрібно палити, кожному потрібно їсти і пити. Тим не менше, глобальна харчова система все частіше знаходиться в руках невеликої кількості транснаціональних корпорацій, які мають владу визначати, що ми споживаємо. Наприклад, широке вживання кукурудзяного сиропу з високим вмістом фруктози у фаст-фудах є наслідком системи, призначеної для просування інтересів великих американських виробників зерна. Все частіше транснаціональні корпорації розглядаються як переносники епідемії неінфекційних захворювань так само, як комарі виступають переносниками малярії. Однак, на відміну від комарів, вони здатні змінити середовище для просування власних інтересів. Вони роблять це шляхом лобіювання, щоб правила, в яких вони діють, були сприятливими для них, а також виступали за лібералізацію торгівлі, щоб їх продукція могла проникнути на ринки країн, що розвиваються.

Зміна ролі держави. Пovoєнна європейська держава соціального забезпечення базувалася на принципі солідарності, згідно з яким ті, кому пощастило мати ресурси, підтримали б тих, хто їх не мав. Ця модель зазнає все більшої атаки з початку 1980-х років, коли політики деяких західноєвропейських країн почали дотримуватися неоліберального порядку, який значно зменшить масштаби соціальної держави. Ще однією зміною є перехід багатьох аспектів політики охорони здоров'я на наднаціональний рівень. Це найочевидніше для

держав-членів ЄС, де багато аспектів охорони здоров'я узгоджено із загальними стандартами якості повітря і води та безпеки продукції.

Збільшення розриву у здоров'ї. Зараз коливання середньої тривалості життя серед європейських країн ширші, ніж чотири десятиліття тому. Використовуючи набір з 27 показників «процесу» та «результату», а також підсумковий бал, що вказує на загальний успіх країни у реалізації ефективної політики охорони здоров'я у 10 різних сферах (тютюн, алкоголь, їжа та харчування, народжуваність, вагітність та пологи, здоров'я дитини, інфекційні захворювання, виявлення та лікування гіпертонії, скринінг на рак, безпека дорожнього руху та забруднення повітря), виникли основні відмінності між країнами. У Європі Швеція та Норвегія виділяються як лідери майже у всіх сферах здорової державної політики, тоді як інші, особливо ті, що вийшли з колишнього Радянського Союзу, значно відстають.

Висновок. Європа змінюється, а разом з цим і загроза здоров'ю населення, і можливості реагувати на них. Поки ще вона досягла лише обмеженого процесу в захисті здоров'я населення і нерівномірно. Європейське громадське здоров'я має взяти широку перспективу, застосовуючи на практиці своє давнє зобов'язання сприяти здоров'ю всього населення в Європі.

СЕСТРИНСЬКА ДІЯЛЬНІСТЬ ПРИ ВИХОДЖУВАННІ НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ У СУЧАСНОМУ ПІДХОДІ

Маркіна В.В.

*Студентка 3 курсу, групи МС-31-22
ПВНЗ МПУ, м. Миколаїв*

Актуальність теми. Сучасні технології та вдосконалений сестринський догляд зробили вагомий внесок у поліпшення здоров'я та загальне виживання немовлят з групи високого ризику. Однак дітки, які народилися значно раніше терміну і вижили, особливо чутливі до розвитку ускладнень, пов'язаних з їх передчасними пологами. Недоношені немовлята перебувають в групі високого ризику через недостатність відповідного резерву поживних речовин в організмі, наявність фізіологічних особливостей, що позначається на реакції лікування. Для вирішення цих проблем необхідне планування та адекватні заходи. Розуміючи фізіологічну основу цих відмінностей, медсестра може оцінити стан недоношеного немовляти, визначити потенційні проблеми.

Проблема недоношеності є однією із найактуальніших у сучасній педіатрії, адже досі не існує надійних засобів запобігання недоношуванню і його ефективному лікуванню. У зв'язку з цим єдиним заходом зниження захворюваності та смертності, поліпшення в подальшому якості життя недоношених дітей є вдосконалення методик догляду та виходжування їх медичними сестрами. Впровадження у клінічну практику сучасних рекомендацій, міжнародних та вітчизняних протоколів тривалий час було неможливим через недостатнє технічне оснащення. Проте впродовж останнього десятиліття в Україні істотно збільшилося забезпечення необхідною сучасною апаратурою закладів охорони здоров'я. Нині відділення для недоношених дітей лікарень достатньо оснащено сучасними апаратами для штучної вентиляції легень, інкубаторами для новонароджених, моніторами (пульсоксиметрами, капнографами, кардіомоніторами), інфузійними насосами та лампами фототерапії.

Об'єктом дослідження є недоношені діти.

Предметом дослідження є медсестринський догляд за недоношеними дітьми.

Мета дослідження виховувати відповідальне ставлення медичної сестри при організації та реалізації плану догляду за недоношеною новонародженою дитиною. Усвідомити, що до кожної недоношеної дитини під час виходжування потрібен індивідуальний підхід і високого рівня спеціалізована медична допомога. Виховувати уважне і чуйне ставлення до недоношених новонароджених дітей, поважне ставлення до їх батьків.

Знати: визначення недоношеності та її причини; ознаки незрілості, особливо центральної нервової системи, легень, серцево-судинної системи, травної системи, гемопоєзу, реактивності; особливості фізичного і психомоторного розвитку недоношених дітей залежно від маси тіла при

народженні; потреби в основних харчових інгредієнтах; особливості перебігу фізіологічних станів; принципи виходжування недоношених дітей, етапи виходжування; принципи диспансеризації недоношених дітей, профілактика анемії, рахіту, гіпотрофії; правила роботи з електричним устаткуванням; показання і протипоказання до щеплення вакциною БЦЖ-М;

Вміти: визначати ступінь недоношеності в залежності від маси тіла та віку; оцінити стан новонародженої дитини за шкалою Апгар; проводити профілактику вторинної асфіксії; проводити антропометрію; вимірювати температуру тіла; проводити ранковий туалет недоношеній новонародженій дитині; вигодовувати недоношених з урахуванням віку, маси тіла при народженні, ступені зрілості, загального стану; розраховувати добову та разову кількість молока для годування недоношених різного ступеня; годувати дітей з ложечки, пляшечки, зонда; зігрівати у кувезі, за допомогою грілок; обробляти кувез; сповивати недоношених дітей; складати план сестринського догляду залежно від ступеня недоношеності; проводити щеплення вакциною БЦЖ-М.

Методологічна основа дослідження проводилась із застосуванням таких методів пізнання як аналітичний, порівняльний, метод актуалізації, спостереження та деконструкції.

Протягом останнього часу досягнуто значних успіхів у зниженні перинатальної і ранньої неонатальної смертності, збільшилося виживання недоношених новонароджених. Це стало можливим завдяки впровадженню в практику складних технологій, найновішого обладнання, які дають змогу довго підтримувати життєво важливі функції хворого при складних станах: штучна вентиляція легень; моніторинг основних показників роботи органів і систем; підтримування спеціального температурного режиму; підтримування вологості повітря. В арсеналі засобів неонатології є також спеціальні розчини для повноцінного парентерального харчування, підтримування артеріального тиску, розчини імуноглобулінів, сурфактантзамінюючі препарати. Стрімкий розвиток неонатології протягом останніх десятиліть, як у всьому світі в цілому, так і в Україні зокрема, забезпечив істотне підвищення виживання важкохворих новонароджених, зокрема і недоношених (з масою до 1500 грамів) дітей. У 2007 році Україна перейшла на нові критерії реєстрації живонародження, відповідно до яких життєздатною є дитина з вагою понад 500 грамів зі строком гестації від 22 тижнів (відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Інструкції з визначення критеріїв перинатального періоду, живонародженості та мертвонародженості, Порядку реєстрації живонароджених і мертвонароджених» від 29.03.2006 № 179).

У зв'язку з цим у галузі перинатології і неонатології загострилася ціла низка проблем, які потребують негайного розв'язання. З одного боку, прогнозоване Всесвітньою організацією охорони здоров'я зростання показників перинатальної, неонатальної і малюкової смертності в Україні диктує нагальну потребу в продовженні удосконалення лікування новонароджених та здійсненні ретельного аналізу чинників, що впливають на ці процеси. З іншого боку, серед

дітей, що вижили, частішають випадки внутрішньочерепних крововиливів, уражень мозку, порушень зору і слуху, які призводять до інвалідності.

Враховуючи подальші істотні витрати суспільства на лікування і реабілітацію, економічну та соціальну адаптацію інвалідів з дитинства для всіх країн, надзвичайно актуальним слід вважати удосконалення перинатальної допомоги, підвищення якості виходжування дітей з дуже малою масою тіла тощо. На цьому етапі ключову роль відіграють саме медичні сестри. Звичайно, призначати лікування і режим, керувати діями середнього медичного персоналу має лікар, але безпосередньо виконавцем його призначень є саме медсестринський персонал. Спостерігаючи за дитиною протягом чергування, саме медичні сестри першими фіксують найменші зміни в поведінці і стані: поява зригування; поява ціанозу; відмова від смоктання; зміни в частоті випорожнень тощо. Звертаючи на це увагу лікаря, медичні сестри допомагають своєчасно виявити різну патологію.

Важливу роль у поліпшенні показників виживання недоношених новонароджених з екстремально малою масою тіла відіграє: своєчасне надання невідкладної допомоги; раннє призначення необхідної респіраторної підтримки; застосування сурфактантної терапії; введення внутрішньовенних імуноглобулінів; збалансоване ентеральне і парентеральне годування тощо. Формуючи методіку догляду за недоношеними дітьми варто: 1) застосовувати у пологових відділеннях стандарти сестринського догляду за недоношеними дітьми; 2) надавати рекомендації матерям щодо їх активної участі у догляді за своєю дитиною (метод «мати-кенгуру», методи збереження лактації); 2) посилити акушерське спостереження за матерями з обтяженим акушерським анамнезом (безпліддя, хронічний аднексит, поєднаний гестоз, прееклампсія тощо), за матерями молодше 19 і старше 35 років, особливо на 26–29 тижнях вагітності. Проблема недоношеності є однією із найактуальніших у сучасній педіатрії, адже досі не існує надійних засобів запобігання недоношуванню і його ефективному лікуванню. У зв'язку з цим єдиним заходом зниження захворюваності та смертності, поліпшення в подальшому якості життя недоношених дітей є вдосконалення методів виходжування їх медичними сестрами.

Список використаних джерел:

1. Ткаченко С.К. Дитячі хвороби. Київ «Вища школа», 1991. С. 30-39.
2. Капітан Т.В. Пропедевтика дитячих хвороб з доглядом за дітьми. Вінниця-Київ, 2002. С. 185-187.
3. Бура О.Н. Практикум з педіатрії. Київ «Здоров'я», 1995. С. 56-62.
4. Виноград Л.В. Алгоритми виконання практичних навичок з педіатрії. Київ «Здоров'я» 2006. С. 23-27.
5. Тарасюк В.С. Алгоритми виконання практичних навичок з педіатрії. Вінниця, 1997. С. 21-22.

РОЛЬ СЕРЕДНЬОГО МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ В ПРОЦЕСІ ДІАГНОСТИКИ, ОБЛІКУ, ДИСПАНСЕРИЗАЦІЇ ТА ЛІКУВАННЯ ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ

Кацук В.В.

студента 4 курсу, група МС 41-21

ПВНЗ МПУ, м. Миколаїв

Боротьба зі злякисними новоутвореннями – одна з найважливіших проблем охорони здоров'я України, актуальність якої визначається постійним зростанням ураження населення раком, важкістю своєчасної діагностики, високою вартістю і складністю лікування, рівнем інвалідизації та летальності хворих.

Разом з хворобами серцево-судинної системи злякисні новоутворення є причиною майже кожної шостої смерті. Кожний четвертий інвалід на сьогодні в анамнезі має перенесену онкологічну патологію. Щороку в Україні з'являється понад 160 тис. нових випадків раку, а помирає з цієї причини близько 100 тис. онкологічних хворих, на облік медичних онкологічних закладів перебувають понад 780 тис. хворих на злякисні новоутворення.

На сьогодні злякисні новоутворення продовжують бути серйозною проблемою людства, оскільки в ній сконцентрувалися медичні, соціальні, біологічні, демографічні, технічні, економічні та інші чинники, які пов'язані із зростанням показників захворюваності. Вирішення цієї глобальної проблеми вимагає об'єднання зусиль фахівців різних галузей.

Актуальність цієї теми обумовлюється тим, що забезпечення належного рівня онкологічної допомоги населенню України сьогодні є однією з тих проблем, розв'язання якої потребує системних дій зі зниження рівня онкологічної захворюваності.

Онкологічна допомога – це система заходів з організації діагностики, лікування та реабілітації онкологічних хворих, обліку ураження населення злякисними новоутвореннями. В основі організації онкологічної допомоги хворим лежить принцип диспансерного обслуговування, що передбачає активне динамічне спостереження за станом здоров'я хворих, надання їм необхідної лікувально-діагностичної допомоги.

Україна посідає друге місце в Європі за темпами поширення раку. За останні 10 років у нашій країні відзначають невпинну тенденцію до підвищення рівня захворюваності на злякисні новоутворення із щорічним збільшенням приблизно на 3%.

Зростання захворюваності та високий рівень смертності від раку в Україні вітчизняні фахівці пов'язують у першу чергу з несприятливою екологічною ситуацією, широким розповсюдженням шкідливих звичок (зокрема куріння) та високим відсотком демографічного старіння населення.

Експерти визнають, що багато видів раку є виліковними, хоча повністю одужують менше половини (41,4%) пацієнтів зі злякисними пухлинами.

Доведено прямий зв'язок: чим раніше встановлено діагноз, тим успішнішим є лікування і сприятливішим прогноз.

Результатом багаторічних фундаментальних і прикладних наукових досліджень стала розробка заходів первинної та вторинної профілактики злоякісних новоутворень. Зокрема, первинна профілактика раку полягає у створенні сприятливих умов життя, завдяки яким не реалізуються генетичні ризики виникнення захворювання. Передусім йдеться про відмову від куріння, надмірного вживання алкоголю, боротьбу із зайвою масою тіла та гіподинамією, запобігання інфекційним захворюванням, що передаються статевим шляхом. Перелічені чинники одногосно визнані вченими всіх країн основними у виникненні онкологічних захворювань.

Вторинна профілактика проводиться трьома етапами: профілактичний огляд і своєчасне обстеження, своєчасне лікування передракових станів та раннє лікування раку.

Проведення профілактичних оглядів населення з метою раннього виявлення передпухлинних та пухлинних захворювань започатковано ще в 1946 році.

Через їхню високу результативність, наказами МОЗ (СРСР від 26.05.1948 № 312 «Про проведення профілактичних онкологічних оглядів населення» та від 25.01.1956 № 19-М «Про заходи з поліпшення онкологічної допомоги населенню та посилення наукових досліджень у галузі онкології») на онкологічну службу була покладена відповідальність за організаційно-методичне управління системою заходів з проведення масових обстежень населення з метою виявлення пухлинних захворювань доракової патології.

Працюючи із людьми своєї ділянки, медична сестра розпізнає потенційного хворого на рак, людину з підозрілими ознаками чи симптомами злоякісних захворювань, пацієнта, якого лікують або завершили лікування, і хворого на рак у запущеній стадії. Кожна група становить інтерес для медсестри.

Освітні зусилля спрямовані на раннє виявлення потенційної групи та проведення профілактичних заходів (медичних оглядів). Надзвичайно важливим є мотивувати громадян прислухатися до небезпечних сигналів і заохочувати їх щорічно проходити профілактичні медичні огляди.

Медсестра може пояснити та допомогти жінкам у подоланні страху перед оглядом та виконанням деяких діагностичних процедур. Наприклад: інформувати, що цитологічне дослідження – метод отримання вагінального мазка, який використовується для раннього виявлення раку шийки матки – є процедурою безболісною, і що гінекологічний огляд важливий для ранньої діагностики раку.

Якщо медичне товариство схвалює – медична сестра може використовувати, як методи для переконання пацієнтів, медичні фільми, покази слайдів із різними клінічними випадками, які закінчились трагічно для пацієнтів завдяки їхньому нехтуванню профілактичними оглядами і самообстеженням. Деякі люди можуть не знати про підозрілі ознаки і симптоми раку, тож такі лекції

та бесіди є достатньо ефективними. Іноді недостатнє або незадовільне медичне обслуговування може бути причиною страху перед діагнозом раку.

Медсестра повинна розпізнавати симптоми, застосовуючи її базові знання з онкології. Налагоджуючи хороші відносини з пацієнтом і будучи хорошим слухачем, медична сестра може виявити інформацію про ознаки і симптоми, які можуть здатися неважливими для пацієнта.

Дослідження особливостей структури, захворюваності, поширеності онкологічної патології та сучасних підходів до надання медичної допомоги таким хворим не втрачають з роками своєї актуальності.

Боротьба зі злякисними новоутвореннями може стати ефективною в результаті комплексного підходу, що включає: ранню активну діагностику захворювань; первинну профілактику та заходи, спрямовані на зниження інтенсивності впливу екзогенних факторів канцерогенезу; високий рівень і якість надання первинної медичної, спеціалізованої онкологічної допомоги; усвідомлення відповідальності самих пацієнтів за стан свого здоров'я.

Система організації роботи середнього медичного персоналу в системі охорони здоров'я має самостійну галузь керування, представлену спеціальними управлінськими кадрами – старшими і головними медичними сестрами.

Конкретизація функціональних обов'язків дає можливість визначитися також у такому важливому питанні, як вимоги до підготовки і перепідготовки медичних кадрів середньої ланки. Специфіка медичної допомоги, як суспільне корисної діяльності, і умови виконання службових обов'язків вимагають формування властивостей менеджера-лідера сестринської справи.

Необхідний пошук нових форм оптимізації організаційної та кадрової структури системи охорони здоров'я. Серед запроваджених організаційних форм важливе місце мають загальнолікарняний персонал та Рада медичних сестер. Потребує подальшого вдосконалення система підбору керівних кадрів для середнього медичного персоналу, пошук нових методів та методик цього підбору.

Шляхи удосконалення управлінських кадрів середнього медичного персоналу лежать у своєчасній широкій спеціальній управлінській підготовці і атестації персоналу, навчання працівників психологи управління, правильному розумінні своєї ролі на дорученій ділянці роботи. Питання підготовки медичних кадрів є дуже важливим і складним, тому не може бути досконало вирішене в повному обсязі на рівні окремого медичного закладу. Відсутність на сьогодні професійно підготовлених медичних кадрів в галузі менеджменту унеможливорює не тільки процес удосконалення медичного обслуговування як такого, але є значною перешкодою на шляху удосконалення діяльності медичних сестер низового рівня, оволодіння навичками лідерства на робочому місці за рахунок передачі досвіду новим співробітникам.

Керування персоналом у середній ланці вимагає прозорості і зрозумілих для підлеглих дій і рішень керівника. Це може бути досягнуто шляхом запровадження стандартів, клінічних протоколів, формалізованих підходів та алгоритмічної логіки у прийнятті управлінських і клінічних рішень.

Список використаних джерел

1. Бугайцов С.Г., Радиш Я.Ф. Аналіз моніторингу сучасного стану онкологічної допомоги населенню України. Державне управління: теорія та практика. 2006. № 1.
2. Ковальчук Л. М. Медсестринство в онкології. К. : Медицина, 2011. С. 19-20, 95-99.
3. Лехан В.М., Зюков О.Л. Порівняльний аналіз думок організаторів охорони здоров'я і практикуючих лікарів щодо проблеми якості медичного обслуговування онкологічних хворих. Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я. 2008. №2. С. 22–27.
4. Медведовська Н.В., Кульчицька Н.О. Заходи профілактичного спрямування щодо зниження захворюваності, поширеності хвороб. Україна. Здоров'я нації. 2008. №1. С. 58–61.
5. Михайлович Ю. Й. Організація протиракової боротьби. Клінічна онкологія. 2011. № 2 (2). С. 47-48.
6. Пономаренко В.М., Медведовська Н.В., Курчатова В.Г. Результати оперативного моніторингу ефективності діагностики онкопатології в розрізі регіонів України. Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я. 2006. №2. С. 49–52.
7. Степула В.В., Бугайцов С.Г., Бондар С.В. та ін. Програма фізичної реабілітації – новий напрям у відновлювальному лікуванні жінок, хворих на рак грудної залози. Матер. наук.-практ. конф. «Сучасні проблеми організації онкологічної допомоги хворим на рак грудної залози», 8-10 вересня 2004 р., м. Черкаси.
8. Рак в Україні: захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби. (бюлетені Національного канцер-реєстру України, №№ 1 – 20).
9. Сайт Національного канцер-реєстру України (UCR Main Gate) <http://users.iptelecom.net.ua/~ucr/>
10. Сайт ВР України "Законодавство України" <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/main/a>
11. Сайт МОЗ України <http://www.moz.gov.ua/ua/portal/>
12. Сайт Національного інституту раку МОЗ України <http://www.unci.org.ua/>

ОСОБЛИВОСТІ ЗАРУБІЖНОГО ДОСВІДУ НАДАННЯ ПОСУГ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Кузьміна О.Г.,

в.о. головного лікаря КНП «МОКГВВ» МОР,

м. Миколаїв

Жодна система охорони здоров'я не є взірцевою. Виникає багато різних питань, що стосуються доступу до якісного медичного обслуговування та лікування. Створення ефективної системи охорони здоров'я є головною метою розвинутих країн світу.

Реалізація права на охорону здоров'я обумовлюється різними прийнятими нормативними актами, що є міжнародними, зокрема, у Загальній декларації прав людини (стаття 25), Міжнародному пакті про економічні, соціальні і культурні права (стаття 12), Хартії основних прав Європейського Союзу (стаття 35), Європейській соціальній хартії (стаття 11), Конвенції про права дитини (стаття 24), Міжнародній конвенції про ліквідацію всіх форм расової дискримінації (стаття 5), Конвенції Організації Об'єднаних Націй про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок (стаття 11), Конвенції про права осіб з інвалідністю (Конвенції про права інвалідів) (стаття 25), Африканській хартії прав людини і народів (стаття 16) тощо.

Так, у статті 25 Загальної декларації вказано, що особистість має право на достойний рівень життя, що містить в собі їжу, одяг, житло, медичний догляд та необхідне соціальне обслуговування, а також забезпечення в разі незапланованих ситуацій (хвороби, інвалідності, безробіття тощо).

У статті 12 Міжнародного пакту описано різні типи прав, які забезпечують досягнення фізичного та психічного здоров'я. Держава зобов'язана забезпечити реалізацію таких прав.

Відповідно до статті 35 Хартії основних прав Європейського Союзу громадянин має право на доступ до профілактичної медичної допомоги, що регулюється на законодавчому рівні.

Ратифікація описаних міжнародно-правових актів державою зобов'язує останню дотримуватися прав на охорону здоров'я, що досягається через створення стабільних систем охорони здоров'я і підвищувати національний потенціал.

Метою системи охорони здоров'я є збереження функціональної можливості особистостей у фізіологічному та психічному розрізі, профілактика та лікування хворих, в також забезпечення безпечного простору для надання медичних послуг, мається на увазі у випадку фінансової неможливості. Розвинені країни намагаються забезпечити сприйнятливі умови для організації та наданні медичних послуг, а також забезпечення доступу до лікарської допомоги, що включає надання якісних медичних послуг, безпечність та доступність лікарських препаратів та вакцин, введення профілактичних заходів,

що сприятимуть належному та економічно обґрунтованому доступу до здоров'я і медичних послуг.

Основними складовими права особи на охорону здоров'я є: доступність та своєчасність медичних послуг, запровадження засобів профілактики, організація догляду за пацієнтами, адміністративна ефективність, справедливість й результати охорони здоров'я, достатній рівень функціонування. Описані складові забезпечують якість надання медичних послуг та рівень функціонування системи охорони здоров'я [2].

Організація економічного співробітництва та розвитку представило звіт у 2019 році, в якому вказано, що кожна п'ята людина у світі зазначила, що не зверталася за консультацією до лікаря, не мали потребу. Тобто при неналежному рівні фінансування та ресурсів є неможливим реалізація надання якісної медичної допомоги. Крім того, значно знижується рівень здоров'я населення, поглиблює бідність, формує нерівність у сфері охорони здоров'я.

Досвід країн, що мають достатньо кількості ресурсів також доводить неефективність системи, оскільки не має ефективності витрат та оптимального підходу до їх використання. Складно визначити і найкращу систему охорони здоров'я, так, наприклад, за рейтингом процвітання визнано найкращою Сінгапурську модель охорони здоров'я, за нею – японська, потім – швейцарська. Україна, в даному рейтингу, займає 114 місце. Якщо враховувати Глобальний індекс безпеки здоров'я, то до країн, що мають хорошу систему охорони здоров'я відносяться: Великобританія, США, Австралія та Нідерланди. В даному рейтингу Україна посідає 94 місце [4]. Не має точно визначеної ідеальної моделі, оскільки різними є критерії визначення.

Розповсюдженою є практика медичного страхування, що є формою охорони і може реалізовуватися у формі: державного страхування, приватного страхування та змішаного. Японія є країною з найвищим показником забезпечення здоров'я, з 60-х років в Японії актуальною є універсальна система державного страхування. Особливість японської системи охорони здоров'я – це безкоштовний та необмежений (за частотою та географією) доступ до отримання медичних послуг вне залежності від страховки або важності захворювання. Обумовлені випадки надання оплатної допомоги у разі відсутності направлення від первинної або вторинної ланки. Такі випадки номінуються «системою вільного доступу».

На медичну допомогу в Японії можуть розраховувати всі особи, що проживають на території держави понад три місяці, але схема державного медичного страхування назначається не самою особистістю, а в залежності від віку, статусу, місця проживання та інше. Пацієнт оплачує 30% медичних витрат, а останні 70% – держава, але особи понад 75 років лікуються повністю за рахунок держави [1].

У США не сформована національна система охорони здоров'я, але розповсюджена медична страховка, яка покриває значну частину витрат. Для отримання медичного страхування необхідно обрати план медичного страхування, здійснити реєстрацію та платіж до страхової компанії. Перевагами

наявності медичного страхування є швидкий доступ до спеціалізованих лікарів, отримання необхідної допомоги з використанням найновітніших технологій, інновацій, передових сучасних технологій та методів лікування.

Лікування без медичного страхування є надзвичайно дорогим, лише екстрені випадки розглядаються без попереднього внеску. Більшість громадян США мають медичне страхування, яке, як правило, надається роботодавцем фізичної особи та поширюється на його найближчу родину. Деякі страхові плани надаються федеральними чи штатними урядами, профспілками або приватними особами. Після виходу на пенсію громадяни можуть отримати допомогу через державну страхову програму Medicare, сім'ї та особи з низьким рівнем доходу можуть отримати допомогу через державну страхову програму Medicaid [5].

Австралія є прикладом країни з керованою системою державних та медичних постачальників медичних послуг. У країні є діючою програма страхування Medicare, основним фінансовим джерелом наповнення якої є податки, які йдуть на оплату більшості медичних послуг, безкоштовне лікування в стаціонарних відділеннях державних лікарень або субсидійні виплати приватним медичним закладам, отримання ліків, що відпускаються за рецептом. Також є добровільне приватне медичне страхування, з метою отримання послуг, що не фінансуються державою.

Швейцарія визнана країною з найкращою системою охорони здоров'я в Європі, але вона є й найдорожчою. Охорона здоров'я цієї країни не базується на податках або фінансах роботодавців, але громадяни сплачують внески за базове медичне страхування та страхування від нещасних випадків, щоб отримати лікування. Крім того є можливість отримання додаткових приватних медичних послуг. Основними випадками що включені до базового медичного страхування є: психотерапія, аварії, реабілітація в післяопераційний період, обстеження на онко, екстрене лікування серйозних захворювань рота чи щелепи (стоматологічна допомога), загальні обстеження та лікування (стаціонарне, амбулаторне та невідкладне), лікування захворювань очей, гінекологічні обстеження та пологи, витрати на медичні вироби, ліки за рецептами, різні види щеплень [3].

У Нідерландах система медичного страхування побудована на взаємодії приватних медичних планів із суспільними особливостями, що враховують принцип солідарності, ефективності та значущості для пацієнта. Наявні два види страхування: обов'язкове основне й необов'язкове додаткове. Поліс медичного страхування включає медичне лікування, що ж безкоштовним, а також стандартні рецепти. Стоматологічна допомога та фізіотерапія не включено до основного пакету. Для реалізації свого права на охорону здоров'я в Нідерландах, особа має зареєструватися у своїй місцевій раді, щоб отримати номер служби обслуговування громадян (BSN), потім обрати і зареєструватися на медичне страхування та у місцевого лікаря. Якщо особа не має базового медичного страхування та перебуває в країні більше чотирьох місяців – уряд намагається виправити дану ситуацію, зокрема, спочатку надсилаємо лист з проханням зареєструватися на медичне страхування протягом трьох місяців. Після спливу

цього терміну накладається штраф. Якщо особа протягом 9 місяців не реєструється, дана процедура відбувається в примусовому порядку зі стягненням щомісячної компенсації із зарплати [6].

Публічне управління у сфері охорони здоров'я у різних країнах світу доводить, що не існує єдино правильної, уніфікованої системи, що забезпечуватиме задану сферу у повному обсязі. Фактор, що є впливовим – це культура суспільства та соціальна поведінка громадян конкретної країни. Вдосконалення системи охорони здоров'я можливе за рахунок або бюджетного фінансування або соціального медичного. В Україні для підвищення ефективності національної системи охорони здоров'я необхідно розробити та впровадити власну програму медичного страхування з урахуванням соціально-економічних особливостей розвитку держави, що стимулюватиме надання якісних медичних послуг.

Список використаних джерел:

1. About medical insurance in Japan Ministry of Health, Labour and Welfare. URL: https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuuohoken/iryuuohoken01/index.html (дата звернення 11.02.2021).
2. Charter of Fundamental Rights of the European Union 2012/C 326/02 URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:12012P/TXT> (дата звернення 11.01.2020).
3. Das Wichtigste in Kürze Bundesamt für Gesundheit BAG. Krankenversicherung. URL: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-das-wichtigste-in-kuerze.html> (дата звернення 11.02.2021).
4. GHS Index Map. URL: <https://www.ghsindex.org/#l-section--map> (дата звернення 10.02.2021).
5. Medicaid - basic Health Program/ URL: <https://www.medicaid.gov/> (дата звернення 11.02.2021).
6. Nederlandse Zorgautoriteit. Monitor Zorgverzekeringen 2019. URL: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_289640_22/1/ (дата звернення 11.02.2020).

ДЕОНТОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ В РОБОТІ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ ХІРУРГІЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ

Салуха М.А.

*студентка 4 курсу, групи 41-21
ПВНЗ МПУ, м. Миколаїв*

Медична деонтологія – це сукупність етичних норм і принципів поведінки медичного працівника при виконанні своїх професійних обов'язків. Моральне обличчя медичної сестри формувалися і удосконалювалися впродовж багатьох століть залежно від політичного ладу, рівня культури, національних та релігійних традицій, а також соціально-економічних і класових відношень у країні. Величезну роль у визначенні основних проблем медицини і як науки, і як моральної діяльності належить основоположнику наукової медицини Гіппократу.

Порушення правил деонтології може привести до виникнення такої патології як ятрогенія – психогенний розлад внаслідок неправильних, необережних висловлювань або дій медичного працівника. Тому важливим принципом є дотримання основного деонтологічного правила – не зашкодити при діагностиці або лікуванні.

Медична деонтологія тісно пов'язана з медичною етикою. Етика медичної сестри – це вчення про мораль, їх поведінку, взаємозв'язки з хворими, з колегами, із суспільством. Складовою частиною медсестринської етики є деонтологія – вчення про обов'язки медичної сестри.

Медична сестра – це особа, підготовлена за освітньою програмою сестринського навчання, яка має достатню кваліфікацію і право виконувати дуже відповідальну роботу із сестринського обслуговування з метою зміцнення здоров'я, запобігання хворобам і догляду за хворими.

Основною функцією медичної сестри є догляд за хворим та виконання призначень лікаря. Високий рівень фахових знань та точність у виконанні призначень, людяність, уважність, чуйність – ці якості необхідні медичній сестрі. Останніми роками роль середнього медичного персоналу зростає.

Медична сестра має усвідомлювати свою відповідальність за життя хворого. Проте надзвичайно важливим залишається спілкування з хворим.

Жоден комп'ютер не може замінити людського слова, щирого спілкування та вчасної допомоги.

Медична сестра своїми діями, поведінкою та словом повина зробити все, щоб у хворого був оптимістичний настрій, впевненість у швидкому одужанні. Неслід інформувати хворих про результати аналізів, висловлювати свої прогнози щодо термінів лікування, розповідати про об'єм оперативних втручань. Таке право має тільки лікар. Високі морально-етичні принципи, чітке дотримання деонтологічних норм медичними сестрами мають величезне значення для ефективного лікування хворих.

В своїй діяльності медсестра користується правилами та нормами медичної етики та деонтології. Медична деонтологія в хірургії визначає основні принципи поведінки медперсоналу, яка повина бути спрямована на адекватне та ефективне лікування та відновлення працездатності. Використання етичних стандартів та психологічних знань в процесі лікувальної діяльності дозволяє покращити її надійність та ефективність.

Огляд медичної етики і деонтології в історичному аспекті показує, що перші й основні етичні норми, що сформувались у процесі надання медичної допомоги хворим і постраждалим, були узагальнені та сформульовані лікарями різних історичних епох. Вони були адресовані лише лікарям, які тривалий час одні, без підготовлених помічників, виконували весь обсяг лікувальних і фармацевтичних робіт. Підготовка й залучення до занять медициною помічників лікарів (фельдшерів, медичних сестер, акушерок, фармацевтів та ін.) почались у більш пізній період.

З часів первісного устрою функції догляду за хворими виконували матері, сестри, дружини, жінки. Поступово їх піклування поширювалось на сусідів, друзів, згодом — на всю общину.

Вже на початку розвитку лікарської етики (VI ст. до н. е.) у вченнях стародавніх індійських лікарів містяться варті уваги думки про обов'язок лікаря, його поведінку, відношення до хворих. Згідно з цими стародавніми уявленнями лікар повинен бути високоморальною особистістю, проявляти до своїх пацієнтів співпереживання, бути терплячим і спокійним, ніколи не втрачати самовитримку.

У стародавній Індії існували також правила поведінки лікаря до хворих в передопераційний та післяопераційний періодах, до тих, що помирають, та їх рідних. Велику увагу приділяли добору майбутніх лікарів і методам їх психологічної та моральної підготовки. Важливим обов'язком учителя поряд із професійним навчанням було виховання в учнів почуття любові до істини, покірності (смирення) та справедливості. Бажаючи стати лікарем мав позбутися всіляких пристрастей: ненависті, хитрості, користоловства тощо. Важливим вважалось дотримання лікарської таємниці: лікар не повинен був розголошувати відомості про хворого, а також висловлювати сумнів щодо його одужання. Щоб завоювати повну довіру хворого, лікар був зобов'язаний свято шанувати сімейні таємниці.

Робота медсестри з хворим хірургічного профілю має свої особливості залежно від етапу лікувального процесу. Одним з найважливіших видів лікувальної діяльності є діагностичний етап, який важко переоцінити для хворих з хірургічною патологією. В даному випадку ми акцентуємо увагу на психологічній складовій. Медсестра, незалежно від індивідуальних особливостей особистості, має ставити інтереси та здоров'я своїх пацієнтів вище особистісних примх, вміти опановувати себе в будь-яких ситуаціях, регулювати свій психоемоційний стан і усвідомлювати, що їх професійна діяльність значно ширша, ніж територія діагностичного кабінету, операційної та перев'язочної.

Під час опитування від медсестри вимагається максимальна концентрація уваги, позитивне емоційне налаштування, вміння створити обстановку довіри, готовність до співчуття та надання максимальної допомоги. Більшість медсестер вміють інтуїтивно обрати потрібну тональність бесіди з хворим, залежно від його особливостей (вік, характер та темперамент, освіта, розуміння характеру і важкості хвороби). В процесі діагностичного пошуку суттєву допомогу медсестрі може надати медичний психолог. Він може сприяти налагоджуванню контакту з пацієнтом.

Допомога медичного психолога не завадить і самим медсестрам, коли їм потрібно у складних ситуаціях опанувати свої емоції, направити своє співчуття не на емоційні прояви, а на швидку та якісну професійну допомогу. Медичний психолог може надати медсестрі рекомендації з удосконалення і розвитку своєї особистості, що допомагає у виробленні гуманного підходу до хворого. Зокрема, медсестра повинен мати професійні і людські якості: усвідомлення обов'язку і відповідальності, доброзичливе і уважне ставлення до хворого, витримка, терпіння і наполегливість у досягненні результатів, обачність і рішучість в прийнятті рішень, лідерські позиції впродовж усього лікування, вміння керувати своєю поведінкою в інтересах хворого, привітність і бадьорість в спілкуванні незалежно від настрою, вміння розподілити свій час для виконання службових функцій залежно від їх значущості.

Список використаних джерел:

1. Грандо А. А. Врачебная этика и медицинская деонтология. К.: "Вища школа". 1988. 245 с.
2. Кундієва Ю. І. Етичний кодекс лікаря України. Антологія біоетики. Львів. 2003. С. 551-562.

СТАН ТА ШЛЯХИ ПОКРАЩЕННЯ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ МЕДСЕСТРИНСТВА В УКРАЇНІ

Ужва А.М.,
*доктор економічних наук,
доцент кафедри загальної підготовки,
ПВНЗ МПУ, м. Миколаїв*

Фінансування галузі охорони здоров'я є однією з ключових проблем державного управління цією сферою. Адже від обсягу та розподілу коштів на медичні потреби населення залежать доступність та якість медичної допомоги, а в кінцевому результаті – здоров'я громадян України. Очікування, пов'язані із системою охорони здоров'я, щорічно зростають. Тому забезпечення стійкої і стабільної системи фінансування залишається важливою проблемою державної політики у сфері охорони здоров'я населення України. Одним із завдань є підвищення ефективності державного фінансування з метою покращення здоров'я населення, забезпечення рівного і справедливого доступу усіх громадян до медичних послуг належної якості.

Реформа системи охорони здоров'я передбачає, насамперед, зміну механізмів фінансування медицини. Такі механізми відпрацьовуються у пілотних проектах Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві і мають сприяти подоланню недосконалості існуючих механізмів розподілу ресурсів, оплати медичних послуг. Зміни у фінансуванні системи охорони здоров'я полягатимуть у наступному. Проводиться розмежування видатків за видами медичної допомоги: первинна медична допомога фінансуватиметься з районного/міських бюджетів, а вторинна, третинна та екстрена – з обласних бюджетів. Виняток становить м. Київ, де всі види допомоги фінансуватимуться з міського бюджету. Якщо раніше первинна допомога фінансувалась за «залишковим» принципом (основні кошти йшли на фінансування закладів, що надають спеціалізовану допомогу), то в процесі реформування змінюються підходи до її фінансування, оскільки близько 75% пацієнтів потребують саме первинної медичної допомоги. Орієнтовно видатки на первинну медичну допомогу з районного/міських бюджетів мають становити близько 25–30% (сьогодні ці видатки становлять менше 10%).

На сучасному етапі вплив державних заходів на медико-демографічну ситуацію недостатній для досягнення результатів на рівні розвинутих країн світу. Необхідно розробити низку нових законодавчих актів щодо зростання народжуваності, підвищення рівня життя населення (аби припинити перевищення зовнішньої міграції над внутрішньою), а також щодо значного підвищення розвитку галузі охорони здоров'я: нарощування фінансування галузі, підвищення заробітної плати медичних працівників, розвиток інфраструктури галузі, поліпшення оснащення закладів охорони здоров'я. Демографічна криза в Україні є віддзеркаленням соціальних процесів, що відбуваються у світі, а відтак необхідною є концентрація дій, спрямованих на

збереження здоров'я населення. На особливу увагу заслуговують питання оцінки стану здоров'я дорослого населення як головного трудового потенціалу країни, від чого залежать показники економічного, соціально-культурного розвитку країни, її національної безпеки. Для зниження рівня смертності населення України слід передусім поліпшити соціально-економічне становище в державі. За підрахунками, кількість померлих залежить від структурно-вікових факторів на 55%, а від соціально-економічних – на 45%. З метою подальшого зменшення рівня смертності немовлят (до рівня розвинутих країн світу) потрібно продовжити створювати сучасні перинатальні центри в усіх регіонах України.

У роботі з підвищення рівня народжуваності та розвитку сім'ї пріоритетними напрямками є:

- формування сприятливого соціально-психологічного клімату в суспільстві для створення сім'ї та позитивного налаштування громадян на сімейні цінності;
- зміцнення шлюбу, запобігання його розірванню, зниження рівня розлучень;
- збереження традицій багатодітності там, де вони ще існують, і формування серед батьків настанов на дводітну родину;
- збільшення розміру одноразової допомоги при народженні кожної наступної дитини;
- удосконалення механізму надання адресної допомоги малозабезпеченим сім'ям із дітьми;
- запровадження нових форм і методів статевого виховання дітей та молоді, формування в них навичок ЗСЖ;
- проведення в навчальних закладах інформаційно-просвітницької роботи з батьками щодо питань виховання дітей;
 - упорядкування мережі дошкільних навчальних закладів, запровадження новітніх форм організації навчального процесу, підвищення якості освітніх послуг;
- посилення соціального захисту бездоглядних і безпритульних дітей, створення умов для повноцінного їх розвитку;
- розвиток сімейних форм виховання дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування;
- соціальна адаптація дітей, які перебувають у важкій життєвій ситуації;
- впровадження новітніх форм і методів профілактики дитячої інвалідності;
- удосконалення системи оздоровлення дітей на базі санаторіїв, профілакторіїв, дитячих оздоровчих закладів тощо;
- забезпечення дітей у навчальних закладах екологічно чистими продуктами харчування та якісною питною водою;
- соціальне супроводження і підтримка сімей, в яких виховуються ВІЛ-інфіковані діти.

Для поліпшення здоров'я, зниження рівня смертності та подовження середньої тривалості життя населення необхідно:

- створити умови для забезпечення доступу широких верств населення до засобів збереження та поліпшення здоров'я, якісного медичного та санаторно-курортного обслуговування;

- сформувати суспільне налаштування на ЗСЖ, особистісну мотивацію до збереження та поліпшення здоров'я;
- сформувати серед населення світоглядні принципи свідомого самозбереження як суспільно бажаної етичної норми;
- створити безпечне для життя і здоров'я довкілля;
- поліпшити якість платних медичних послуг;
- посилити боротьбу з наркоманією та проституцією;
- посприяти розвитку масової фізичної культури та спорту, зокрема, розширити доступ дітей і підлітків до фізкультурно-спортивних і оздоровчих закладів, підліткових клубів за місцем проживання з метою створення належних умов для зміцнення фізичного та психічного здоров'я цього контингенту;
- забезпечити належне гігієнічне виховання і навчання громадян;
- реформувати систему охорони здоров'я з метою підвищення її ефективності та поетапного збільшення обсягу фінансування;
- забезпечити розвиток профілактичного та реабілітаційного напрямку в системі охорони здоров'я, зокрема, розробити комплексні програми, спрямовані на профілактику найпоширеніших хронічних захворювань, тютюнокуріння і зловживання алкоголем;
- охопити більшість населення профілактичними медичними оглядами та підвищити їх якість;
- забезпечити заклади охорони здоров'я усіх рівнів сучасним діагностичним обладнанням;
- реформувати систему медичної допомоги на користь первинної лікувально-профілактичної допомоги, поліпшити якість стаціонарної та спеціалізованої медичної допомоги;
- створити оптимальну мережу закладів планування сім'ї, забезпечити доступність медичних послуг, спрямованих на збереження репродуктивного здоров'я;
- поліпшити якість надання медичної допомоги сільському населенню;
- підвищити рівень охоплення населення імунізацією та проведення лікувально-профілактичних і протиепідемічних заходів;
- створити умови праці, які сприяють творчому розвитку працівників, збереженню їхнього фізичного та психічного здоров'я;
- посилити державний та громадський контроль за безпекою продукції, забезпечити реалізацію права споживачів на її належну якість, зокрема, контроль за безпекою для життя і здоров'я людини продуктів харчування, непродовольчих товарів повсякденного вжитку, ліків тощо.

Для адаптації українського суспільства до процесу демографічного старіння населення, забезпечення гармонізації соціальних відносин між представниками різних поколінь необхідні: формування громадської усвідомленості невідворотності демографічного старіння населення та сприяння його адаптації до цього процесу; виховання дітей та молоді в дусі поваги до громадян похилого віку та їх заслуг перед суспільством; виховання почуття відповідальності в дітей за долю літніх батьків, підвищення престижу сім'ї, в

якій живе кілька поколінь; забезпечення економічного благополуччя осіб похилого віку; створення умов для реалізації творчого і трудового потенціалу осіб похилого віку; забезпечення рівного доступу осіб похилого віку до засобів збереження здоров'я та активного дозвілля; удосконалення системи соціального забезпечення осіб похилого віку; створення умов для реалізації економічної активності осіб похилого віку; розробка та проведення заходів, спрямованих на підвищення тривалості самостійного незалежного життя осіб похилого віку; поліпшення координації діяльності міністерств та інших центральних органів виконавчої влади у вирішенні проблем, пов'язаних із життєдіяльністю осіб похилого віку; розробка регіональних і галузевих програм поліпшення соціального захисту осіб похилого віку, насамперед ветеранів праці.

Список використаних джерел:

1. Білинська М. М. Державне управління галузевими стандартами в умовах реформування вищої медичної освіти в Україні : монографія. К. : Вид-во НАДУ, 2017. 246 с.
2. Богатирьова Р. В. Детермінанти здоров'я та національна безпека : монографія. К. : ВД «Авіцена», 2016. 448 с.
3. Гладун З. С. Державне управління в галузі охорони здоров'я : монографія. Тернопіль : Укрмедкнига, 2017. 312 с.
4. Западничук О. П. Інформаційно-комунікативні технології як інструмент проведення адміністративної реформи. Стратег. пріоритети. 2018. № 3 (20). С. 127–132.
5. Ларіна Р. Р., Владзимирський А. В., Балуєва О. В. Державний механізм інформатизації системи охорони здоров'я : монографія. Донецьк : Вебер, 2013. 252 с.

Інноваційний підхід до розвитку питань першої допомоги в регіоні

Ушкац С.Ю.

*к. ф.-м. н, викладач кафедри техногенної та цивільної безпеки
Національного університету кораблебудування імені адмірала Макарова*

Скороход А.О.

*Голова обласної організації Товариства Червоного Хреста України,
м. Миколаїв*

Донедавна в українському законодавстві було відсутнім саме поняття перша допомога. Лише з 2011 року почали формуватись відповідні передумови та новий етап створення нормативних актів, які регламентують цей вид допомоги, що не є медичною, але також впливає на зменшення смертності, інвалідності, строки тимчасової втрати працездатності та економічні збитки від травм.

Однак, не зважаючи на вдосконалення чинної нормативно-правової бази, за результатами досліджень, перша допомога в Україні надається менше, ніж у 2% випадків, в той час, коли необхідним є її надання у 65% випадків. За статистичними даними в Україні показник смертності вищий за європейський: успішність реанімації на догоспітальному етапі в європейських країнах становить 29,5%, а в Україні – лише 8,5%, що свідчить про відповідну проблему в нашому суспільстві.

Перша допомога є цілою системою та сполучною ланкою між травмою і медичною допомогою, основним завданням якої є підтримка життя постраждалого, недопущення й мінімізація розвитку важких ускладнень, але час надання такої допомоги обмежений, тому дуже важливим є швидке прибуття на місце події кваліфікованого персоналу, який зобов'язаний змінити рятівника та надати постраждалому вже медичну допомогу. Така допомога повинна складатися з відповідних елементів: нормативної бази, оснащення, освіти, мотивації тощо (Рис.1). Відсутність хоча б одного з них призводить до значного зниження очікуваних результатів.

Як будь-яка система, цей вид допомоги не може функціонувати без чіткої регламентації та зрозумілого нормативно-правового регулювання. В Україні робота щодо вдосконалення системи першої допомоги тільки розпочата, а враховуючи багатоаспектність її надання та різноманіття напрямів розвитку, потребує довгострокової та кропіткої праці щодо розробки та впровадження нових нормативних актів, а також вдосконалення чинних.

На сьогодні в Україні систему першої допомоги регулюють: Наказ МОЗ України № 346 від 29.03.2017 «Про удосконалення підготовки з надання домедичної допомоги осіб, які не мають медичної освіти», де затверджено навчально-тренувальні програми трьох рівнів з підготовки осіб, які не мають медичної освіти, але за своїми службовими обов'язками повинні надавати першу допомогу BLS : «Основи підтримки життя», «Перший на місці події – First responder», «Професійна підтримка життя» [1,2], Наказ МОЗ України № 918 від

09.08.2017 року яким затверджено нові спеціальності: «Парамедик», «Екстрений медичний технік», «Інструктор з надання догоспітальної допомоги», «Інструктор з надання першої допомоги», Проект Закону України «Про внесення змін до деяких законів України щодо удосконалення надання першої допомоги» та інші.

Інші складові даної системи повинні бути націлені на створення відповідної матеріально-технічної бази з відпрацювання й закріплення практичних навичок під час симуляційного навчання [3] та підвищення якості навчання населення, забезпечення й мотивування надання першої допомоги, а також трансформації її значення в українському суспільстві, щоб кожний громадянин нашої країни володів навичками надання першої допомоги та у випадку невідкладного стану, мав змогу ефективно її надати, тому що значущість людського життя та створення необхідних умов для його порятунку – це першорядні ознаки розвитку та еволюції суспільства.



Рисунок 1. Складові системи першої допомоги

Зокрема, для забезпечення освітнього процесу та створення умов щодо забезпечення ефективної діяльності системи першої допомоги в місті Миколаєві, в тісному альянсі працюють Миколаївська обласна та міська організації Товариства Червоного Хреста України та Національний університет кораблебудування імені адмірала Макарова (НУК).

У 2021 році на базі університету був створений навчально-науковий тренінговий центр «Перша допомога». Метою діяльності якого є використання інноваційних технологій навчання студентів, аспірантів, викладачів для відпрацювання навичок надавати першу допомогу у невідкладних станах та екстремальних ситуаціях, а також формування валеологічного світогляду та заохочення до здорового способу життя.

На нашу думку, вирішення проблеми якісного опанування відповідними навичками та вміння працювати в команді при навчанні першій допомозі дає змогу саме симуляційне навчання, тобто така сучасна технологія набуття практичних умінь та знань, яка заснована на реалістичному моделюванні та

імітації екстремальної ситуації з використанням різноманітного сучасного навчального обладнання [3].

У підсумку, злагоджена робота подібної системи навчання дає певні позитивні результати, а саме:

- можливість пройти симуляційний модуль необхідну кількість підходів,
 - контролювати психологічну напругу студентів,
 - ймовірність моделювати різні за складністю ситуації,
 - оцінювати роботу в команді та наодинці.
- Програма симуляційних тренінгів розроблена відповідно до теми модулів. Спочатку слухачі отримують необхідну теоретичну складову модуля, яку потім закріплюють на тренінгових практиках.
- матеріально-технічна база тренінгового центру складається з необхідних витратних матеріалів, манекенів та симуляторів для відпрацювання навичок першої допомоги. Якість засвоєння матеріалу, як на лекціях, так і на практиках також залежить від професійного рівня викладача. Саме в плідній співпраці між студентом та викладачем формуються необхідні навички, розвивається критичне мислення, розширюються отримані знання, а також якість командної роботи, рівень довіри та згуртованості.

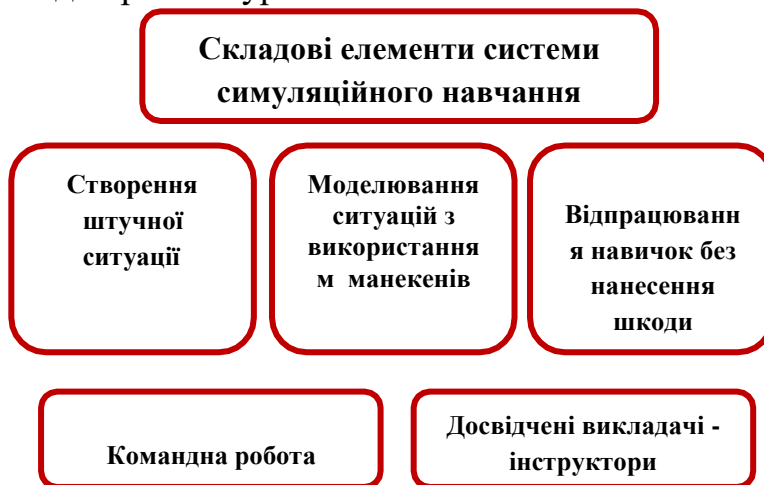


Рисунок 2. Складові елементи системи симуляційного навчання.

Таким чином, навчально-науковий тренінговий центр Національного університету кораблебудування імені адмірала Макарова став одним із тих інноваційних освітніх складових, що дозволяє рухатись в напрямку єдиного європейського освітнього та наукового простору, а також важливим елементом в сучасній системі першої допомоги міста Миколаєва.

Список використаних джерел

1. Закон України від 05.07.2012 р. № 5081-VI «Про екстрену медичну допомогу».
2. Наказ МОЗ України від 29.03.2017 р. № 346 «Про удосконалення підготовки з надання домедичної допомоги осіб, які не мають медичної освіти».
3. Перцов В.І., Льовкін О.А. Симуляційне навчання з надання екстреної медичної допомоги. Медицина неотложных состояний. 2018. 2 (89). С. 73-78.

*ПРОФІЛАКТИКА ЗАХВОРЮВАНЬ ТА ПРОМОЦІЯ ЗДОРОВ'Я, РОЛЬ
МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ У ЗБЕРЕЖЕННІ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ*

**ВПЛИВ ОСВІТЛЕННЯ НА ПРООКСИДАНТНО-
АНТИОКСИДАНТНИЙ БАЛАНС У СЕРЦІ ЩУРІВ З РІЗНОЮ
ПОВЕДІНКОВОЮ АКТИВНІСТЮ**

Алексашина І.В.

*старший викладач кафедри медсестринства
ПВНЗ МПУ, м. Миколаїв*

Обґрунтування та мета. Відомо, що світло регулює біоритми в організмі. Одним з основних пейсмеркерів виступає епіфіз, який опосередковано через гормон мелатонін (МТ) передає інформацію до всіх органів та систем про настання темряви, забезпечуючи таким чином нічний сон. Дефіцит МТ в організмі призводить до прискореного старіння, а перебування за умов тривалого освітлення викликає розвиток вікових патологій. Встановлено, що нестача МТ призводить до контрактурних та міофібрилізисних змін кардіоміоцитів. Ці данні цілком підтверджують результати біохімічних та електрокардіографічних досліджень і вказують на те, що на тлі гіпопінеалізму, індукованого тривалим цілодобовим освітленням, розвивається комплекс морфо-функціональних змін, які лежать в основі прискореного старіння серцево-судинної системи.

Метою дослідження було вивчення впливу гіпофункції епіфіза на процеси вільнорадикального пероксидного окиснення та антиоксидантного захисту у серці щурів з різною поведінковою активністю.

Методи. Дослідження проводили на 32 щурах-самцях лінії *Wistar* віком 4-6 місяців.

Тварин утримували за умов цілодобового освітлення лампами денного світла інтенсивністю 1000-1500 Лк впродовж 30 діб. На основі характеристик поведінки тварин у «відкритому полі» щури були поділені на групи активних та пасивних. Таким чином, всіх тварин було розподілено на чотири групи: 1 група – контрольна група інтактних тварин (активні); 2 група – контрольна група інтактних тварин (пасивні); 3 група – експериментальна група тварин (активні), які знаходились за умов цілодобового освітлення; 4 група – експериментальна група тварин (пасивні), яку утримували за умов цілодобового освітлення.

Для оцінки інтенсивності процесів пероксидації в гомогенатах органів визначали вміст дієнових кон'югатів (ДК), оксидієнів, триєнів та ТБК-активних продуктів (ТБК-АП). Ефективність АОЗ оцінювали за активністю супероксиддисмутази (СОД, КФ 1.15.1.1), каталази (КТ, КФ 1.11.1.6) та концентрацією вітаміну А, α -токоферолу та β -каротину.

Результати. За умов тривалого освітлення вміст ТБК-АП в серці активних щурів збільшився у 2,9 раза ($p < 0,001$) відносно контрольної групи (рис. 1).

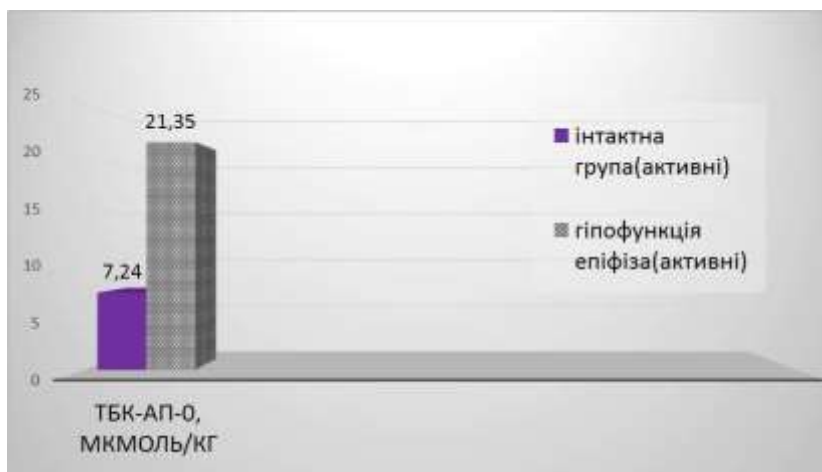


Рис. 1. Вміст ТБК-АП-0 в серці активних щурів

В дослідній групі пасивних щурів також встановлено зростання даного показника у 2 рази ($p < 0,05$) відносно контрольної групи (рис. 2).

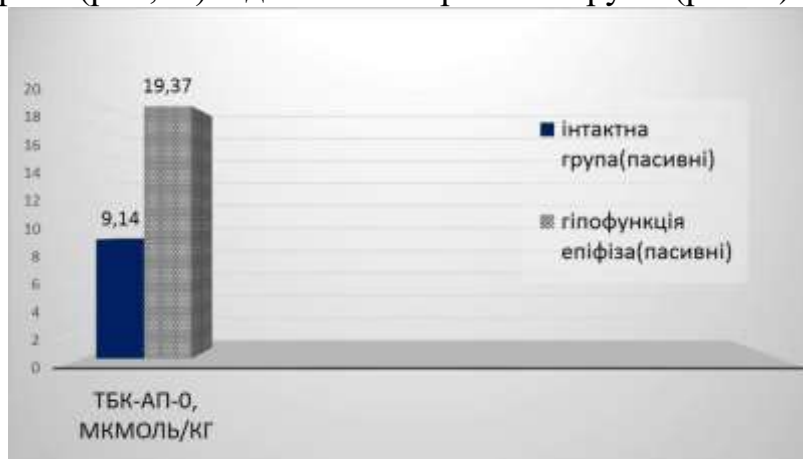


Рис. 2. Вміст ТБК-АП-1,5 в серці пасивних щурів

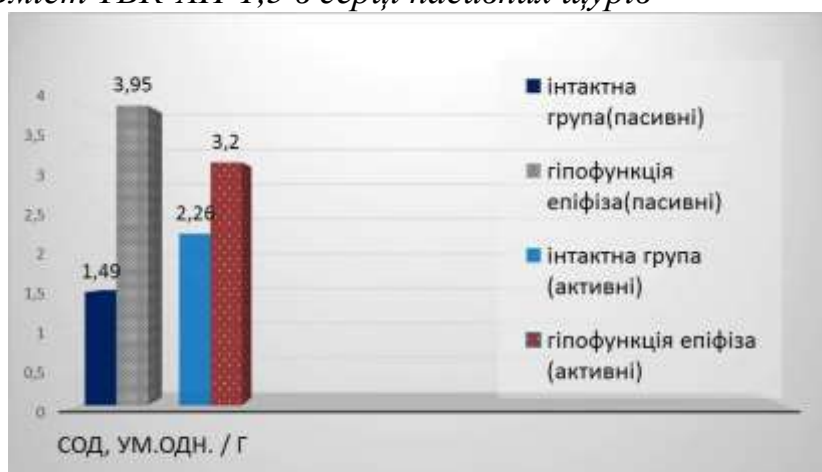


Рис. 3. Активність СОД у серці щурів з різною поведінковою активністю

Після півторагодинної інкубації гомогенату серця у прооксидантному залізоаскорбатному буферному розчині вміст ТБК-АП в серці активних щурів у порівнянні з контрольними тваринами підвищився у 2 рази ($p < 0,05$). В дослідній групі пасивних щурів виявили також зростання цього показника в 1,5 раза ($p < 0,05$). За даних умов також спостерігалось зростання вмісту дієнових кон'югатів у 1,5 раза ($p < 0,05$) в групі активних щурів та у 2 рази ($p < 0,05$) – в

експериментальній групі з пасивними щурами. При цьому відбулося незначне зменшення вмісту триєнів та оксидієнів в обох експериментальних групах.

При порівнянні показників АОЗ серця щурів встановлено, що активність СОД відносно контролю підвищилася на 42% ($p < 0,01$) у групі з активними щурами та на 165% ($p < 0,01$) – у щурів пасивної групи (рис. 3). При цьому спостерігалася також збільшення каталазної активності в обох дослідних групах на 31% і 39% ($p < 0,001$), що може бути пов'язано із зростанням вмісту супероксидного радикалу та гідроген пероксиду як субстратів вище зазначених ферментів внаслідок активації процесів пероксидації.

Стосовно концентрації антиоксидантних вітамінів у серці експериментальних груп тварин, то нами встановлені різноспрямовані зміни вмісту даних вітамінів у щурів з різною поведінковою активністю. Так, концентрація вітаміну А, α -токоферолу і β -каротину в групі з активними щурами відносно контрольної групи зменшилася на 68% ($p < 0,01$), 59% ($p < 0,01$) і 50% ($p < 0,01$) відповідно (рис. 4).

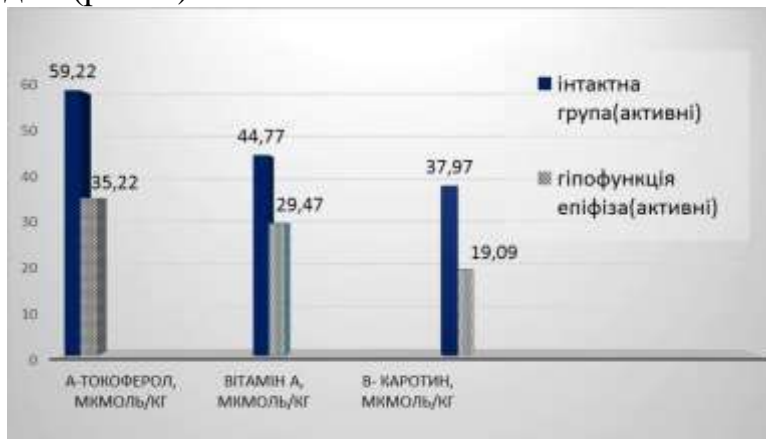


Рис. 4. Концентрації антиоксидантних вітамінів у серці активних щурів А в експериментальній групі з пасивними щурами відбулося збільшення цих показників на 62% ($p < 0,01$), 18% ($p < 0,01$) і 8% ($p < 0,01$) відповідно (рис. 5).



Рис. 5. Концентрації антиоксидантних вітамінів у серці пасивних щурів
Зміна вмісту цих чотирьох форм низькомолекулярних антиоксидантів вказує на порушення АОЗ у тварин з високим рівнем поведінкової активності.

Висновки. Таким чином, вплив нестачі МТ на процеси вільнорадикального пероксидного окиснення та ефективність антиоксидантного захисту у серці щурів свідчить про прояви специфіки у активних та пасивних щурів, і

підтверджує, що зміни, які відбуваються, обумовлені певною мірою розвитком адаптаційного стрес-синдрому.

Список використаних джерел

1. Арушанян Э.Б., Бейер Э.В. Гормон мозговой железы эпифиза мелатонин – универсальный естественный адаптоген. Успехи физиологических наук. 2012. Т. 43, № 3. С. 82-100.
2. Бондаренко Л.А., Сергиенко Л.Ю., Геворкян А.Р. Длительное круглосуточное освещение как фактор ускоренного старения и преждевременной смерти. Световой режим, старение и рак. Сборник научных трудов II Российского симпозиума с международным участием (Петрозаводск, 17-19 октября 2013 года). Киров : МЦНИП, 2013. С. 23-31.
3. Melatonin: biological basis of its function in health and disease / [edited by] S.R. Pandi-Perumal, Daniel P. Cardinali. Georgetown (TX) : Landes Bioscience; Austin : Eureka.com, 2006. 283 p.
4. Melatonin: biosynthesis, physiological effects, and clinical applications / [edited by] Hing-Sing Yu, Russel J. Reiter. Boca Raton : CRC Press, 1993. 550 p.
5. Night-shift work and risk of breast cancer: a systematic review and meta-analysis / B.B. Kamdar, A.I. Tergas, F.J. Mateen [et al.] // Breast Cancer Res Treat. 2013. Vol. 138, № 1. P. 291-301.
6. Nighttime light level co-distributes with breast cancer incidence worldwide / I. Kloog, R.G. Stevens, A. Haim, B.A. Portnov // Cancer Causes Control. 2010. Vol. 21. P. 2059–2968.

ПРОФІЛАКТИКА ПРОСТАТИТУ

Белєвят О.О.
Лікар-спеціаліст
М. Миколаїв

Простатит – запалення передміхурової залози – відноситься до числа найбільш розповсюджених хвороб статевих органів чоловіків. Хронічний простатит становить до 35% всіх звернень до лікаря чоловічого населення України працездатного віку з приводу урологічних проблем. Багато авторів відзначають збільшення частоти виявлення простатиту за останні роки, що пов'язують як із застосуванням більш досконалих і ефективних методів його розпізнавання, так і з фактичним зростанням захворюваності через вплив на організм шкідливих факторів (малорухливий спосіб життя, недотримання правил статевого життя, імунодефіцит і ін.).

Етіологія і патогенез. Простатит – поліетіологічне захворювання, в розвитку якого беруть участь різні патогенетичні механізми. В даний час визнається існування бактеріального і абактеріального простатиту. Тільки деякі автори розглядають абактеріальний простатит як початкову стадію розвитку хвороби, тоді як більшість інших вважають його самостійним захворюванням. Одним з основних факторів, що призводять до пошкодження передміхурової залози і розвитку простатиту, є порушення органної гемодинаміки у вигляді венозного застою. Венозний стаз призводить до порушення мікроциркуляції в передміхуровій залозі і розвитку запальної реакції.

Застій секрету в ацинусах, що виникає при дизритмії і дискомфорту статевого життя, а також на тлі рубцевого процесу в вивідних протоках залоз передміхурової залози після перенесеного уретриту, може сприяти виникненню простатиту. Важливу роль у розвитку та підтримці запалення в передміхуровій залозі відіграють аутоімунні процеси. Антитіла проти тканини передміхурової залози виникають при порушенні відтоку секрету з фолікулів. Пояснюється це тим, що застоюється секрет всмоктується в судинне русло і забезпечує антигенне роздратування. Дистрофічні зміни в передміхуровій залозі при гормональних порушеннях можуть призводити до виникнення простатиту.

Відомо, що секрет передміхурової залози має бактерицидні властивості, а здорова передміхурова залоза вільна від мікроорганізмів. Інфекційний процес виникає вдруге на тлі морфологічних змін або порушення функції передміхурової залози. Бактеріальний простатит може починатися внаслідок проникнення збудників уретриту в залозу (висхідний каналікулярний шлях). Цей шлях інфікування передміхурової залози відзначається і при катетеризації сечового міхура. Бактерії можуть потрапити в передміхурову залозу гематогенно з різних запальних вогнищ (ангіна, гайморит, пневмонія, карієс та ін.) або лімфогенно при запаленні сусідніх з передміхурової залозою органів (проктит, цистит, епідидиміт, орхіт, тромбофлебіт гемороїдальних вен).

Бактеріальний простатит найчастіше викликають грамнегативні бактерії (*Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella*, *Proteus mirabilis*), а також ентерококи (*Streptococcus fecalis*), коринебактерії і коагулазонегативні стафілококи. Іноді збудниками простатиту є хламідії, мікоплазми та трихомонади.

Класифікація. Існує багато класифікацій простатиту. Наведемо найбільш сучасну і поширену.

1. Гострий бактеріальний простатит.
2. Хронічний бактеріальний простатит (5-10%).
3. Хронічний простатит абактеріальний (90-95%).
 - 3.1. Зі збільшенням кількості лейкоцитів в секреті передміхурової залози.
 - 3.2. Без збільшення кількості лейкоцитів в секреті передміхурової залози.
4. Безсимптомний простатит (частота невідома). Багато авторів не визнають виділення цієї форми, бо найчастіше даний стан пов'язаний не з передміхуровою залозою і має розглядатися як розлад нейром'язового генезу (біль у м'язах), а не захворювання передміхурової залози.

Розподіл на гострий і хронічний простатит залежить від активності запалення, а на бактеріальний та абактеріальний – від присутності бактерій в аналізах секрету передміхурової залози.

Гострий простатит: *симптоматика і клінічний перебіг.* Розрізняють декілька клінічних форм гострого простатиту: катаральний, фолікулярний і паренхіматозний, а також абсцес передміхурової залози. Абсцес передміхурової залози може ускладнювати гострий паренхіматозний простатит або виникати первинно, минаючи стадії розвитку гострого простатиту. Парапростатична флегмона і гострий тромбофлебіт тазових вен – ускладнення абсцесу передміхурової залози або гострого паренхіматозного простатиту.

Гострий катаральний простатит – запалення слизової і підслизової оболонки вивідних проток ацинусів. Симптоми захворювання можуть бути вираженими несуттєво. Больові відчуття іноді відсутні. Хворий відчуває почуття тяжкості в промежині, особливо коли сидить. Відзначається незначне почастішання сечовипускання. Температура тіла субфебрильна або нормальна. Загальний стан задовільний. Через два тижні при катаральному простатиті може настати одужання. При несприятливому перебігу катаральний простатит переходить в фолікулярний.

При фолікулярному простатиті відбувається ураження окремих ацинусів передміхурової залози. Загальні симптоми проявляються гостро. Температура тіла 38 ° С і вище, спостерігаються озноби. Хворі скаржаться на виражені ниючі болі в промежині з поширенням на головку статевого члена і задній прохід. Можливі больові відчуття під час акту дефекації. Сечовипускання прискорене і хворобливе, іноді стає утрудненим. Якщо лікування розпочато вчасно і проводиться правильно, а пацієнт дотримується всіх розпоряджень лікаря, то до 7-10-ї доби захворювання температура тіла нормалізується, болі стихають, сечовипускання повністю відновлюється. При пізно початому лікуванні і

недотриманні рекомендованого лікарем режиму можливий перехід в наступну стадію захворювання – паренхіматозну.

Паренхіматозний простатит – важке захворювання, при якому запальний процес поширюється дифузно майже на всі ацинуси передміхурової залози і носить тотальний, гнійний характер. Клітини вивідних проток набрякають, просвіт проток закупорений гноєм і слизом, гнійний секрет ацинусів майже не спорожняється по вивідним протоках в задній відділ сечівника. Поразка не обмежується тільки ацинусами і вивідними протоками, а поширюється на проміжну тканину. Передміхурова залоза через різкий набряк збільшується, стає напруженою, що викликає значний біль. Загальний стан хворого важкий. Температура тіла 38-40 ° С, а іноді і вище, виникає озноб, різко виражені слабкість, спрага, відсутній апетит. Виражені болі в промежині посилюються при сечовипусканні і дефекації.

Біль може локалізуватися в прямій кишці, у деяких чоловіків з'являється відчуття там стороннього тіла. Швидко настає утруднення при сечовипусканні, у деяких пацієнтів – гостра затримка сечовипускання. Одночасно може наступити затримка стулу і відходження газів, так як через запальний набряк передміхурова залоза значно збільшується і вдається в просвіт прямої кишки. Якщо дефекація зберігається, то вона стає вкрай важкою і різко болючою. З'являються болі в животі.

Запальний процес при паренхиматозному простатиті може поширитися на жирову клітковину в малому тазу. При цьому загальний стан хворого погіршується, виникають тянучі болі внизу живота і в прямій кишці, іноді носять пульсуючий характер.

Абсцес передміхурової залози протікає як важке септичне захворювання. Різко виражена слабкість. Свідомість порушено, іноді спостерігається марення. Температура тіла підвищена до 40° С. Всі симптоми, характерні для паренхиматозного простатиту, при абсцесі передміхурової залози більш виражені. Однак на тлі вже наявних симптомів, відзначається посилення болю з односторонньою іррадіацією. Частіше, ніж при паренхиматозном простатиті, спостерігається затримка сечі. Виділяють дві стадії цієї форми захворювання: перша – активне формування абсцесу з вираженими болями в промежині, іррадіюючими в крижі, внутрішній поверхню стегон, прямій кишку, з високою температурою тіла; в другій стадії настає відмежування гнійного вогнища, стан поліпшується, стихають болі, пацієнт відчуває себе як би одужує. Однак, гнійник залишається, і він може прорватися в навколишню клітковину, з поширенням на всі органи таза і розвитком парапростатично флегмони. Якщо при абсцесі передміхурової залози своєчасно не виконати оперативне втручання, то можливі бактеріємічний шок і уросепсис.

Діагностика гострого простатиту ґрунтується, насамперед, на даних анамнезу, скаргах хворого, пальцевому ректальному і ультразвуковому дослідженнях передміхурової залози.

Пальцеве дослідження передміхурової залози слід проводити обережно. Передміхурова залоза збільшена, різко болюча при пальпації. У початковій стадії

абсцесу в напруженій частці можливо визначити пальцем хворобливість, пізніше – флюктуацію. При залученні в запальний процес пара простатично клітковини кордон передміхурової залози не визначається, контури згладжені.

Велику роль в діагностиці абсцесу передміхурової залози відіграє трансректальне УЗД. Абсцес при УЗД визначається у вигляді розташованого в передміхуровій залозі ехонегативного неоднорідного утворення овальної форми.

Диференціювати гострий простатит необхідно, перш за все, від гострих запальних захворювань сечівника і сечового міхура.

Лікування. Хворим з гострим простатитом рекомендуються постільний режим, рясне пиття, виключають гостру їжу. Призначають антибактеріальні препарати широкого спектра дії (цефалоспорины, аміноглікозиди) або синтетичні антибактеріальні засоби (фторхінолони). Анальгетики, спазмолітики, протизапальні і десенсибілізуючі засоби вводять внутрішньом'язово, перорально, а також у вигляді свічок. Проводять імуностимулюючу терапію. При важких формах простатиту застосовують інфузійну і дезінтоксикаційну терапію.

Лікування абсцесу передміхурової залози тільки оперативне. Абсцес повинен бути розкритий якомога раніше. Є два шляхи доступу до передміхурової залози – через пряму кишку і через промежину. Існують і інші способи спорожнення гнійника, які полягають в промежній пункції і аспірації гною, а також трансуретральному розтині абсцесу.

Хронічний простатит: симптоматика і клінічний перебіг. Симптоми хронічного простатиту різноманітні. Їх можна розділити на чотири групи: біль, порушення акту сечовипускання, погіршення статевої функції, психовегетативні розлади.

Біль відноситься до числа найбільш частих симптомів хронічного простатиту. Залежно від обставин виникнення вона може бути пов'язана з сечовипусканням, еякуляцією або виникати в спокої. Найбільш часто, приблизно у 80% хворих на хронічний простатит, виникає біль в спокої, що може бути пояснено механічним (внаслідок набряку передміхурової залози і застою секрету в ацинусах) і хімічним (внаслідок впливу продуктів запалення) впливом на нервові структури передміхурової залози.

Інтенсивність болю в спокої може бути різною – від відчуття тяжкості до вельми сильною, що вимагає прийому анальгетиків. Біль у спокої при хронічному простатиті має різноманітну локалізацію, в тому числі у одного і того ж пацієнта. Вона може віддавати в область промежини, крижів, яєчка, статевого члена, прямої кишки.

Хворобливість при сечовипусканні обумовлена наявністю запального процесу в насінневному горбку, задньому відділі уретри або шийки сечового міхура. Залежно від цього хворобливі відчуття можуть бути зосереджені у зовнішнього отворі сечовипускального каналу, в промежині. Біль при сечовипусканні може віддавати в яєчка.

Поява болю під час ерекції пов'язано з активним кровонаповненням передміхурової залози, хвороблива еякуляція відзначається при вираженому запаленні насінневого горбка і поширенні запального процесу на гирла

сім'явикидуючих проток. Біль після еякуляції може бути пояснена впливом на слизову оболонку сім'яного горбика секрету передміхурової залози, що містить продукти запалення.

Розлади сечовипускання при хронічному простатиті у одних хворих виявляються прискореним сечовипусканням, у інших відзначаються утруднене сечовипускання і млявий струмінь сечі. Буває, що почастищення сечовипускання виникають тільки вночі. Деякі пацієнти скаржаться на раптово виникають неприборкані позиви на сечовипускання.

Хворобливість під час сечовипускання з'являється при наявності супутнього хронічного запалення сечовипускального каналу. Ці симптоми можуть бути виражені в різному ступені. Пацієнти з хронічним простатитом скаржаться на різні порушення статевої функції. У частини хворих порушення статевої функції можуть супроводжувати іншими симптомами хронічного простатиту, у інших статеві розлади виникають через кілька років після початку захворювання.

Хворі починають відзначати передчасне сім'явиверження при нормальній ерекції. Найбільше занепокоєння багатьох пацієнтів викликає ослаблення або хворобливість ерекції.

Нейровегетативні розлади у пацієнтів з хронічним простатитом проявляється посиленням потовиділення, порушенням нічного сну, швидкою втомлюваністю і сонливістю вдень, дратівливістю, зниженням працездатності.

Останнім часом збільшується кількість хворих, які страждають склерозом передміхурової залози як результатом хронічного простатиту. На тлі запального процесу в передміхуровій залозі відбувається спочатку часткове, а потім і повне заміщення паренхіми органу колагеновими волокнами. Клінічні прояви склерозу передміхурової залози різноманітні і складаються з ряду симптомів.

Практично всі хворі скаржаться на зміни акту сечовипускання, такі як витончення струменя сечі, подовження акта сечовипускання, відчуття неповного випорожнення сечового міхура. Третина хворих склерозом передміхурової залози турбують болі тупого характеру з локалізацією, характерною для хронічного простатиту (над лоном, в промежині, в яєчках, в прямій кишці).

Для оцінки активності запального процесу в передміхуровій залозі виділяють три фази активності хронічного простатиту: активну, латентну і ремісії. Для стадії ремісії характерна відсутність будь-яких клінічних ознак захворювання.

При активній фазі хронічного простатиту відзначається посилення всіх симптомів захворювання, в передміхуровій залозі можуть розвиватися зміни, характерні для фолікулярного або паренхіматозного простатиту.

Діагностика. Обстеження при підозрі на хронічний простатит має здійснюватися комплексно. Починати обстеження необхідно зі збору скарг, анамнезу хвороби і життя, дослідження зовнішніх статевих органів. Правильно зібраний анамнез і правильна інтерпретація скарг хворого надають істотну допомогу в діагностиці хронічного простатиту. Для об'єктивізації і кількісної оцінки симптомів хронічного простатиту використовують різні шкали оцінки

проявів захворювання. На можливі зміни психоемоційного статусу хворого з хронічним простатитом лікар повинен звертати особливу увагу. Потім виконується пальцеве дослідження передміхурової залози і насінних бульбашок через пряму кишку. Цей метод досить інформативний і не викликає ускладнень; крім того, одночасно можна отримати секрет залози для досліджень і виконати лікувальний масаж.

При пальпації передміхурової залози у пацієнтів з хронічним простатитом можна виявити характерні для цієї хвороби ознаки: збільшення або зменшення розмірів однієї або обох часток залози, тотальну або локальну болючість, тестовату консистенцію, зниження тонуусу або навіть в'ялість, ущільнення всієї залози або окремих її ділянок. Не можна не звернути увагу на поліморфність відчутних пальцем змін розмірів, форми, консистенції окремих ділянок і загального тонуусу передміхурової залози, що вважається характерною для хронічного простатиту. При тривалому перебігу захворювання передміхурова залоза набуває майже хрящевидної консистенції, що характерно і для її склерозу.

І. Юнда в 1987 р описав «симптом серпа», що виявляються у хворих з хронічним простатитом і пов'язаний, головним чином, зі зміною консистенції залози в результаті її атонії. При цьому симптом заліза у її меж видається більш ущільненою в порівнянні з центральною частиною.

Одним з основних лабораторних тестів для діагностики хронічного простатиту є дослідження секрету передміхурової залози. Рекомендуються одночасні мікроскопічні і бактеріологічні дослідження секрету передміхурової залози і трьох порцій сечі, отриманих при трьохстаканній пробі. Діагноз хронічного простатиту ставиться при збільшенні кількості лейкоцитів в секреті передміхурової залози або збільшенні кількості лейкоцитів у третій порції при їх відсутності в першій і в другій порціях сечі.

Для розпізнавання хронічного простатиту враховують і інші зміни секрету передміхурової залози, що виникають при запаленні в ній: зсув рН в лужну сторону, зміна біохімічного складу і білкового спектру, збільшення кількості активних лейкоцитів, макрофагів і зменшення вмісту лецитинових зерен, поява макрофагів, що містять жирові включення.

Бактеріологічне дослідження секрету передміхурової залози дозволяє диференціювати бактеріальний і абактеріальний простатит. Для виявлення мікоплазменної, хламідійної, вірусної інфекції у хворих з хронічним простатитом використовують бактеріологічні, бактеріоскопічні і серологічні методи.

Важливий і вельми інформативний метод обстеження пацієнтів з хронічним простатитом – дослідження еякулята. В еякуляті цих хворих підвищений вміст лейкоцитів, еритроцитів і бактерій. Одночасно можна визначити кількість сперматозоїдів і їх рухливість, кількість лимонної кислоти і фруктози.

Останнім часом для діагностики хронічного простатиту широко використовується УЗД передміхурової залози в зв'язку з тим, що при її запаленні

спостерігаються характерні зміни ехограми. УЗД дозволяє оцінити розміри і обсяг передміхурової залози, її ехогенність, а в поєднанні з колірною доплерографією – і стан мікроциркуляції цього органу. В даний час застосовують чотири методики УЗД передміхурової залози: трансабдомінальна, трансперінеальна, трансректальна і трансуретральна, при цьому найбільш інформативним визнано трансректальне дослідження передміхурової залози. Один з найбільш частіше ультразвукових ознак хронічного простатиту є неоднорідність ехоструктури передміхурової залози; інша ознака – наявність на ехограма чітких гіперехогенних ділянок, що значно відрізняються за акустичними властивостями від паренхіми органу. Ці ділянки є порожнини, заповнені амілоїдоподібним вмістом. Крім гіперехогенних утворень, в передміхуровій залозі при хронічному простатиті є дифузні ущільнення, які характеризуються ехопозитивною зоною без чітких меж на тлі однорідної ехоструктури залози. Ці дифузні ущільнення різної інтенсивності є розростанням сполучної тканини (склероз) з ділянками проліферації. Гіпоехогенні ділянки виявляються в тканині передміхурової залози при активізації запального процесу.

У деяких хворих на хронічний простатит передміхурова залоза може бути збільшеною, зміненої форми, асиметричною, з нерівними або змазаними контурами.

Біопсія передміхурової залози під контролем трансректального УЗД є найбільш точним методом діагностики хронічного простатиту, що підтверджує наявність запалення в тканині залози. Однак використання її в широкій практиці важко.

Проведені у хворих з хронічним простатитом дослідження системи гемостазу, ендокринної системи, функції нирок і печінки, реографічні, рентгенологічні та уродинамічні дослідження носять допоміжний характер.

Диференціальна діагностика проводиться з туберкульозом і раком цього органу, з ДГПЗ, з патологічними змінами прямої кишки. Істотну допомогу в диференціальній діагностиці можуть надати визначення концентрації ПСА в плазмі крові, біопсія передміхурової залози, ультразвукове сканування, КТ.

Лікування повинно бути комплексним і обов'язково передбачати вплив на всі ланки етіології і патогенезу хвороби. Воно має свої особливості в залежності від віку пацієнта, характеру клінічних проявів, фази активності запального процесу в передміхуровій залозі і ступеня залучення в нього прилеглих органів, а також від стану імунітету та інших органів.

Необхідно проводити антибактеріальну терапію (тільки у випадках хронічного інфекційного простатиту); симптоматичне лікування для усунення провідних симптомів, відновлення мікроциркуляції в передміхуровій залозі, відновлення дренажу простатичних залоз по вивідним протоках, стабілізацію імунної та гормональної систем. Слід застосовувати як призначення лікарських засобів, так і місцевий вплив на передміхурову залозу.

У комплексному лікуванні хворих з хронічним інфекційним простатитом одне з провідних місць займають антибактеріальні препарати, застосування яких

спрямовано на ліквідацію збудника захворювання. При проведенні антимікробного лікування необхідно дотримуватися загальних принципів раціональної антибіотикотерапії і враховувати чутливість збудника до певного антибактеріального препарату.

Сьогодні застосовують антибактеріальні препарати не тільки широкого спектру дії, але і ті, що добре проникають в тканину передміхурової залози. Цим умовам відповідають синтетичні антибактеріальні засоби (фторхінолони), а також тетрациклін і макроліди.

В останні роки для симптоматичного лікування пацієнтів з хронічним простатитом і вираженим розладом акту сечовипускання призначають б-адреноблокатори.

У хворих на хронічний простатит патогенетично обґрунтовано відновлення кровообігу в передміхуровій залозі. Для цього в останні роки широко використовують препарати біологічного походження, виділені з передміхурової залози великої рогатої худоби простатилен (вітапрост), а також інші лікарські засоби (трентал, ескузан, венорутон, троксевазін і ін.), масаж передміхурової залози, гірудотерапію, фізіотерапевтичні процедури (ультразвук, ампліпульс, ректальний електрофорез, низькоенергетичну лазерну терапію та ін.), голкорексфлексотерапії та інші методи лікування.

При хронічному простатиті призначають ферментні препарати (стрептокиназу, трипсин і хімотрипсин), а також засоби, що підвищують активність фібринолітичної системи крові.

Хороший терапевтичний ефект дають санаторно-курортне лікування (особливо із застосуванням грязьових тампонів), а також заняття лікувальною фізкультурою.

Хворим на хронічний простатит показано імунокоригуючі лікування. Особистості, які страждають на хронічний простатит пацієнтів при зміні метаболізму андрогенів і появі ознак естрогенізації слід проводити гормонозаместительную терапію.

У лікуванні пацієнтів з хронічним простатитом використовують і оперативні втручання, найчастіше необхідні при склерозі передміхурової залози.

Прогноз. Хронічний простатит має впертий перебіг і часто рецидивує.

ВІЛ-ІНФІКОВАНІ ПАЦІЄНТИ СУЧАСНОСТІ. ДОПОМОГА МЕДИКІВ У БОРОТБІ З НЕДУГОЮ

Єременко І. В.,

подолог

м. Київ

Актуальність проблеми. Всесвітній день боротьби зі СНІДом відзначається щороку 1 грудня та покликаний підвищити глобальну поінформованість щодо ВІЛ/СНІДу, продемонструвати міжнародну солідарність у зусиллях по зниженню тягаря цієї хвороби.

У жовтні 2020 року в Україні офіційно зареєстровано 1 244 нових випадки ВІЛ-інфекції. Загальна кількість хворих набагато перевищує статистичні дані з причин відсутності обстеження свого здоров'я. Захворюваність населення щороку зростає не залежно від статі, віку та соціального положення.

Україна залишається регіоном з високим рівнем поширення ВІЛ. За оновленими оцінками щодо ВІЛ/СНІДу, на початок 2017 року в Україні мешкало 238 тисяч людей з ВІЛ усіх вікових категорій, у віковій групі старше 15 років рівень поширеності ВІЛ становив 0,61%.

Щороку серед обстежених на ВІЛ осіб в Україні виявляється близько 1% осіб з підтвердженими позитивними результатами. За весь період спостереження під нагляд узято 59,1% таких осіб. Під медичним наглядом з приводу ВІЛ-інфекції перебуває 0,31% населення країни. Протягом десяти місяців 2017 року в країні щодня реєстрували 48 випадків захворювання на ВІЛ-інфекцію, 24 захворювання на СНІД та 8 випадків смерті від СНІДу.

Статистика. За офіційними даними ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України»:

- за період 1987 – 10 місяців 2017 (без урахування статистичних даних АР Крим з 2014 року та частини території проведення антитерористичної операції з 2015 року) в країні офіційно зареєстровано 312 091 випадок ВІЛ-інфекції серед громадян України, у тому числі 100 363 випадки захворювання на СНІД та 44 221 випадок смерті від захворювань, зумовлених СНІДом;
- станом на 01.11.2017, у закладах охорони здоров'я під медичним наглядом знаходилось 139 394 ВІЛ-інфікованих громадян України (показник 329,6 на 100 тис. населення), з них 42 666 хворих з діагнозом СНІД (100,9). Найвищі рівні поширеності ВІЛ-інфекції реєструвались у Одеській, Дніпропетровській, Миколаївській, Херсонській, Київській, Чернігівській областях та м. Києві.

У попередні роки в Україні захворюваність на ВІЛ-інфекцію мала тенденцію до поступового зростання, крім 2012 року, коли зареєстровано деяке зменшення кількості осіб з уперше в житті встановленим діагнозом (на 1,6%). У 2013 р. в країні зареєстровано найбільшу кількість ВІЛ-інфікованих осіб (21 631 особа). Подальше значне зниження захворюваності на ВІЛ-інфекцію у 2014 (темп зниження – 5%) та 2015 (темп зниження – 17,7%) роках пов'язане у першу

чергу з відсутністю статистичних даних АР Крим та частини території проведення антитерористичної операції.

Шляхи передачі. У жовтні 2020 року в Україні офіційно зареєстровано 1 244 нових випадки ВІЛ-інфекції, у 268 пацієнтів діагностовано СНІД, а 160 людей померли від СНІДу.

Шляхи інфікування ВІЛ в Україні у жовтні 2020 року:

- гетеросексуальний — 660;
- гомосексуальний — 37;
- парентеральний — 540;
- вертикальний — 130**;
- невідомий — 5.

* Без урахування даних АР Крим із 2014 р. і частин територій Донецької та Луганської областей із 2015 року.

** Більшість із них (близько 98%) після 18 місяців не матиме ВІЛ-інфекції.

У світі з ВІЛ-інфекцією живе близько 37 мільйонів людей, серед яких 19,5 мільйонів отримують антиретровірусне лікування (за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я та ЮНЕЙДС).

У структурі шляхів передачі ВІЛ все більш суттєве епідемічне значення набуває статевий шлях (61,6%, 2016 р.), актуальність парентерального шляху передачі при введенні наркотичних препаратів залишається високою, незважаючи на тенденцію до зниження (21,8%, 2016 р.).



Протягом останніх 5 років значення показників захворюваності на СНІД становило близько 20-22 на 100 тис. нас., смертності від СНІДу – близько 7-8 на 100 тис. нас. У 2016 р. в Україні захворюваність на СНІД зросла (8 852 випадки проти 8 468 у 2015 р.), показник захворюваності становив 20,7 на 100 тис. нас. та був вище показника попереднього року (19,8 на 100 тис. нас.) на 5%. Кількість випадків смерті від СНІДу зросла (3 253 проти 3 032 у 2015 р.), показник смертності від СНІДу склав 7,6 на 100 тис. нас. та на 7,7% був вище показника попереднього року (7,1 на 100 тис. нас.).

Впродовж 10 місяців 2017 року в країні під нагляд вперше взято 14 667 ВІЛ-інфікованих осіб (показник захворюваності становив 34,2 на 100 тис. нас.,

темپ приросту показника, у порівнянні з відповідним періодом 2016 р., склав +10,1%), 7 466 хворим встановлено діагноз СНІД (показник захворюваності – 17,6, темп приросту – +10,5%) та 2 511 осіб померли від СНІДу (показник смертності – 5,9, темп приросту – +6,9%). Туберкульоз став причиною смерті для половини померлих від СНІДу (51,1%).

Серед ВІЛ-інфікованих осіб, які зареєстровані за 10 місяців 2017 року, 63,8% склали інфіковані статевим шляхом, 21,5% – парентеральним шляхом при введенні наркотичних речовин ін'єкційно.

В Україні активність епідемічного процесу ВІЛ-інфекції продовжує підтримуватись за рахунок прихованого компоненту. Майже половина оціночної кількості людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ), не знає про свій ВІЛ-позитивний статус (за даними медичного обліку). Щорічно близько третини ВІЛ-позитивних осіб залишаються поза медичним обліком (26,4 % – 2016 р.). До того ж, четверта п'ята частина ВІЛ-інфікованих, які перебувають на обліку, залишається поза медичним наглядом з різних причин кожного року. Більше 50-ти % (55,6 % – 2016 р.) осіб віком 15 років та старше виявляються вперше на 3 та 4 клінічних стадіях ВІЛ-інфекції.

Супровід. Пріоритетними кроками у боротьбі з епідемією ВІЛ-інфекції в країні залишаються: забезпечення рівного доступу до консультивання і тестування, вчасне охоплення ВІЛ-інфікованих осіб послугами догляду та підтримки, антиретровірусним лікуванням, попередження нових випадків інфікування ВІЛ. Зокрема, розширення обсягів антиретровірусної терапії дозволяє ЛЖВ отримати шанс на якісне та продуктивне життя та розширює можливості попередження подальшої передачі ВІЛ. Саме спільні дії служать справі зміцнення організованих зусиль по боротьбі з ВІЛ/СНІДом.

Висновок. В боротьбі з захворюваністю застосовуються конкретні та необхідні заходи та психологічні методи впливу, що дає змогу ефективно побудувати систему психологічної підтримки ВІЛ-інфікованих та стимулює пацієнта до систематичного лікування.

Боротьба з епідемією ВІЛ / СНІДу вимагає від фахівців, які працюють у цій галузі та мають такий контингент, володіти певними навичками саморегуляції та самовідновлення. В свою чергу для медичного працівника важливо подбати про своє здоров'я та загальний психологічний тонус.

Список використаних джерел:

1. Роль сестринського персоналу в реализации инновационного направления противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции «Антиретровирусная терапия как профилактика». А. Б. Шемшур, В. Н. Городин, С. В. Зотов [и др.]. Международный журнал экспериментального образования. 2015. № 11-6. С. 1004-1008.

2. Закон України «Основи українського законодавства про охорону здоров'я» № 2801-ХІІ від 19.11.1992

3. «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України», 2021

4. Конституція України.

РОЛЬ СУЧАСНОЇ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ У ЗБЕРЕЖЕННІ ЗДОРОВ'Я ЖІНКИ В АСПЕКТІ ПРОФІЛАКТИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

Магденко Г. К.

*Кандидат медичних наук,
асистент кафедри медсестринства МПУ,
лікар-акушер-гінеколог ЦПМСД № 5, м. Миколаїв*

В Україні на протязі останніх десятиліть рак молочної залози (РМЗ) посідає перше місце в структурі онкологічної захворюваності жінок. Щорічно у кожній четвертій-п'ятій жінки РМЗ діагностують на III-IV стадії. Через несвоєчасне звернення жінок до онкологів-маммологів ефективність спеціалізованого (онкологічного) лікування значно знижується. У зв'язку з цим щорічна смертність від РМЗ становить майже половину від щорічної захворюваності жінок в Україні. Як показує світовий досвід, виявлений на ранніх стадіях РМЗ (0-I-II) у приблизно 90% жінок є виліковним.

Рання діагностика РМЗ можлива за умов виконання самообстеження, профілактичних оглядів, спостереження і лікування передпухлинної патології та скринінгових обстежень (УЗД, мамографічних досліджень).

Роль медичної сестри є дуже важливою під час усіх етапів ранньої діагностики. Саме медична сестра, враховуючи специфіку своєї роботи, може надати повну інформацію про сучасні методи діагностики та навчити кожну жінку правил самообстеження молочної залози. В цьому складному процесі велике значення мають знання медсестри з цієї проблеми та вміння ефективно їх використовувати на практиці.

Згідно з Уніфікованим клінічним протоколом первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Рак молочної залози» до основних завдань медичної сестри серед іншого відноситься наступне:

- **Заповнення анамнестичної анкети** усіма жінками, які отримують допомогу сімейного лікаря, з метою виявлення сімейного РМЗ.
- **Роз'яснення жіночому населенню** доцільності участі у скринінгу на РМЗ та залучення якомога більшої кількості жінок віком 50-69 років без скарг з боку МЗ та без генетичного ризику РМЗ до мамографії. Саме вік є найбільш важливим фактором ризику для більшості жінок.
- **Надання інформації усім жінкам** щодо методики самообстеження МЗ, яке проводиться щомісяця, починаючи з 20 років (на 7-14-й день циклу).

Під час опитування медична сестра проводить оцінку скарг та анамнезу жінки з точки зору наявності факторів ризику РМЗ.

Виділяють наступні фактори ризику розвитку РМЗ:

1. Мутація в генах BRCA1 або BRCA2.
2. Онкологічне захворювання в сімейному анамнезі (без відомих мутацій).

3. Застосування променевої терапії в ділянці грудної клітки у віці до 30 років.
4. Пізні (у віці після 30 років) народження першої дитини або нездатність до дитинонародження.
5. Раннє менархе (у віці до 12 років).
6. Пізня менопауза (у віці після 55 років).
7. Комбінована гормонозамісна терапія (наприклад, протягом 10 років чи тривалішого періоду).
8. Постменопаузальне ожиріння.
9. Вживання алкоголю.
10. Паління перед народженням першої дитини.
11. Малорухомий спосіб життя.
12. Приналежність до європеїдної раси.
13. Щільність грудної залози (дуже щільна порівняно з грудною залозою переважно з жировою тканиною).
14. Атипова протокова або лобулярна гіперплазія чи лобулярна карцинома *in situ* за результатами попередньої біопсії тканини грудної залози.

Після проведення опитування та заповнення анамнестичної анкети медична сестра пояснює жінці важливість проведення скринінгу на РМЗ, не зважаючи на відсутність скарг з боку молочної залози. Проведення мамографії, згідно з протоколом, рекомендується наступним чином:

- до 35 років не призначати жінкам мамографію, якщо для цього немає переконливих підстав (використовувати УЗД);
- за наявності сімейного анамнезу РМЗ мамографію рекомендують проводити 1 раз на 1-2 роки (регулярно обстежуючи груди самостійно та у кабінеті лікаря), починаючи з 35-річного віку;
- у віковому діапазоні 35-40 років усім жінкам одноразово проводиться первинна мамографія для визначення структури тканини МЗ;
- у 40-49 років пропонується проводити мамографію в залежності від показань (клінічних обстежень та самообстежень МЗ);
- у 50-69-річному віці мамографію проводять 1 раз на 2 роки, враховуючи результати попередніх обстежень, самообстежень та клінічних обстежень МЗ.

Також важливим завданням медичної сестри є надання інформації щодо важливості методики самообстеження молочних залоз та навчання самій методиці. Ця методика включає два основні прийоми: огляд та пальпацію молочних залоз, сосків, навколососкової ділянки, ділянки периферичних лімфатичних вузлів.

Огляд необхідно проводити у теплій кімнаті, достатньо освітленій, перед дзеркалом, у вертикальному положенні в прямій і боковій проекції, з піднятими вгору та опущеними донизу руками. Спочатку треба оглянути білизну в проєкції молочних залоз. Забруднення (кров'янистого, коричневого чи жовтого кольору) можуть свідчити про виділення з сосків. Під час огляду молочних залоз потрібно звертати увагу на розташування, симетрію, розміри, форму, деформації та шкіру, особливо у вигляді «лимонно кірки». При обстеженні сосків зауважується їх форма, забарвлення, виділення, наявність дефектів (ерозій, травм),

пухлиноподібних утворів. Збільшені периферичні вузли можуть виявлятися навіть при огляді ділянок типового їх розташування. Інколи під час огляду діагностуються додаткові молочні часточки.

Пальпацію молочних залоз потрібно проводити в вертикальному і горизонтальному положенні. Для полегшення обстеження під лопатку можна покласти подушку, щоб грудна клітка з розпластанною на ній молочною залозою була піднята. При цьому необхідно дотримуватися послідовності (за ходом чи проти годинниково стрілки) та обстежувати всі ділянки молочної залози. Пальпація розпочинається з ділянки соска круговими рухами з центру до периферії і плавно переходить у пахвинну ділянку цієї ж сторони для визначення стану периферичних лімфатичних вузлів.

При обстеженні молочної залози звертається увага на наявність ущільнень, тяжів, вузлів, болючих і малорухомих ділянок. Пацієнтка повинна пам'ятати, що при виявленні відхилень від норми й необхідно негайно звернутися до лікаря на консультацію.

Таким чином, ефективна профілактика раку молочної залози шляхом ранньої діагностики стає можливою завдяки високому рівню освіти сучасної медичної сестри та її постійному самовдосконаленню.

Список використаних джерел:

1. Платовська С. О., Маланчук Л. М. Медсестринський фактор у засвоєнні алгоритму самообстеження молочної залози. Медсестринство. 2015. № 2. С. 58–60.
2. Смоланка І. І., Скляр С. Ю., Головка Т. С., Ганіч О. В. Скринінг, профілактика та рання діагностика раку грудної залози. Клиническая онкология. 2013. № 4(12). С. 1–5.
3. Наказ МОЗ України від 30 червня 2015 р. № 396.

ГЛУХОТА ТА ТУГОВУХІСТЬ У ДІТЕЙ: ПРИЧИНИ, ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА, ПОПЕРЕДЖЕННЯ ПСИХОТРАВМУЮЧИХ ФАКТОРІВ

Макєєва Г.В.

*студентки 3 курсу, групи 31-22
ПВНЗ МПУ, м. Миколаїв*

Дитина зі світу тиші...

Проблема туговухості і глухоти була та залишається актуальною як у медичному, так і соціальному відношенні. Особливо гострою є проблема дитячої глухоти, оскільки зниження слуху у віці до 2–3 років часто призводить до затримки мовного розвитку, а також несприятливо впливає на інтелектуальний та психомоторний розвиток дитини. Це ускладнює спілкування з оточуючими та ізолює її від суспільства. Слабочуюча дитина часто відстає від однолітків у розумовому розвитку, неминуче виникають труднощі у спілкуванні, виборі фаху, що вимагає від батьків значних психологічних і матеріальних зусиль. Проблема глухоти і туговухості набуває великого значення у зв'язку з її широкою поширеністю. На сучасному етапі більше ніж у 6% населення є виражені порушення слуху

Залежно від ступеня ушкодження слуху і від часу втрати (або різкого зниження) його дітей з дефектами слухової функції поділяють на глухих, пізнооглухлих і слабочуючих (туговухих).

Глухота або туговухість у дитини виникає з різних причин. Батьки, дізнавшись про діагноз або бачачи, як малюк поступово втрачає слух, відчують розгубленість, страх, спустошеність.

У всьому світі мільйони людей різного віку страждають від проблем, пов'язаних з утратою слуху. Це – фізична вада здоров'я, яка може виникнути й розвиватися в будь-який час. У більшості випадків утрата слуху відбувається поступово та переважно завжди безболісно. Люди протягом декількох років можуть не помічати існування цієї вади в їхньому житті, адже хвороба розвивається настільки вільно, що спочатку може бути навіть непомітною.

Поняття «порушення слуху» застосовується для всіх видів патології органа слуху, які умовно можна розділити на дві категорії – туговухість і глухота.

Життя перевертається з ніг на голову. Змиритися з проблемою важко, але якщо знати способи лікування і профілактики, постійно займатися з малюком, вплив зниження слуху на життя дитини можна значно зменшити.

Втрата слуху у дитини може початися раптово: при раптовій втраті слуху патологія розвивається протягом декількох годин.

При гострій втраті слуху слух дитини погіршується протягом місяця. Гостра втрата слуху відбувається протягом одного-трьох місяців. При хронічному перебігу втрати слуху спостерігаються вже більше трьох місяців. Патології органів слуху у дітей можуть мати вроджений або набутий характер.

Основною причиною вродженої приглухуватості у дітей є патологічний вплив на слуховий апарат під час вагітності матері. Саме інфекційні захворювання в першому триместрі становлять найбільшу небезпеку.

Вроджена туговухість розвивається під впливом наступних факторів:

- Спадковість. Якщо обоє батьків слабчуючі або глухі, ризик народження дитини з приглухуватістю підвищується.
- Патологічні впливи на слухову систему у внутрішньоутробному періоді – це можуть бути краснуха, туберкульоз, кір, грип, герпес.
- Хронічні захворювання матері, прийом деяких лікарських препаратів, інтоксикації.
- Асфіксії плода, родова травма.
- Недоношеність.

Найчастіше ознаки глухоти батьки виявляють у дітей до року. У нормі немовля у віці 3-4 місяців вже починає реагувати на гучні звуки і голос матері. У старших дітей після деяких перенесених захворювань можуть з'явитися і наростати такі симптоми: дитина перестає чути шепіт; не реагує на розмовну мову ззаду; чи не відгукується на ім'я; чи не розрізняє звуки; каже голосно.

На сьогоднішній день основним методом реабілітації слуху у дітей є операція – кохлеарна імплантація. Кохлеарна імплантація показана при двосторонній сенсоневральній глухоті, коли пороги на мовні частоти перевищують 90-95 дБ або розбірливість мови менша 30%, при неефективності слухових апаратів за умови відсутності органічних психологічних і соматичних захворювань.

Глухота на одне вухо практично завжди є набутою. Виникає через негативний вплив деяких факторів, зокрема, високий рівень гучності. Така патологія не провокує погіршення слуху на другому вусі і дозволяє зберегти мову.

Під туговухістю розуміють утруднення мовного спілкування і сприйняття звуків. Розрізняють такі види туговухості: нейросенсорну, кондуктивну і змішану. Основними причинами цієї патології є інфекції, травми, хронічна недостатність мозкового кровообігу, шумовібраційний фактор. Сенсоневральна туговухість може відбуватися при хронічному гнійному середньому отиті, адгезивному отиті, отосклерозі. При кондуктивній туговухості патологія виникає на рівні зовнішнього вуха (вади розвитку, сірчані пробки, пухлини, зовнішній отит), середнього вуха

Для того, щоб лікування було ефективним важливо правильно діагностувати проблему. Діагностику починають з аудіометрії. Процедуру здійснює оториноларинголог.

Глухота (первинний дефект), будучи пов'язаною причинним зв'язком із німотою (вторинне порушення розвитку), призводить до ряду інших відхилень у психічному розвитку. Так, серйозні порушення словесного мовлення, а тим більше його повна відсутність, негативно впливають на зорове сприймання, на

розвиток не тільки словесно-логічного, а й наочного мислення, а також на інші пізнавальні процеси.

Профілактика. Згідно з даними ВООЗ, половині всіх випадків втрати слуху можна запобігти. Так, 60% випадків втрати слуху серед дітей у віці до 15 років викликані причинами, які піддаються профілактиці. Це, наприклад, інфекційні захворювання, такі як свинка, кір, краснуха, менінгіт, хронічний отит середнього вуха. Майже третина усіх випадків погіршення слуху у дітей (31%) викликані саме цими захворюваннями. Дуже часто причиною втрати слуху у дітей є ускладнення при пологах: асфіксія при народженні, низька маса тіла дитини, ранні або передчасні пологи, неонатальна жовтяниця (17%). До проблем зі слухом можуть призвести і ліки: якщо вагітна жінка приймає ототоксичні лікарські засоби чи такі ліки дають дітям грудного віку.

Профілактика вад слуху та глухоти: вакцинація дітей згідно з календарем профілактичних щеплень (зокрема – щеплення від кору, менінгіту, краснухи та свинки); вакцинація дівчат підліткового віку та жінок репродуктивного віку проти краснухи; запобігання розвитку цитомегаловірусної інфекції у вагітних жінок, що передбачає дотримання правил гігієни, ранню діагностику та лікування інфекційних захворювань; вчасне виявлення середнього отиту у дітей, надання необхідної медичної допомоги або хірургічне втручання; відмова від застосування лікарських засобів, які можуть мати негативний вплив на слух, а при необхідності, застосування цих засобів тільки за призначенням та під контролем лікаря; рання діагностика вад слуху у новонароджених дітей, які належать до групи високого ризику (якщо у когось із членів сім'ї є вади слуху або дитина народилась з низькою масою тіла, асфіксією, жовтяницею або менінгітом), в разі потреби – призначення належного лікування; зменшення негативного впливу гучних звуків та шуму.

На завершення, слід сказати, що основним методом діагностики стану слухової функції у дітей на сьогоднішній день є реєстрація викликаної ОАЕ (отоакустичної емісії). Метод не інвазивний, швидкий і на 100% об'єктивний та дозволяє встановити наявність чи відсутність слуху у немовлят (у перші дні життя). Це основний метод скринінгу глухоти у дітей, тому відповідна апаратура повинна бути у кожному пологовому будинку.

Враховуючи зростаючу тенденцію розвитку туговухості у дітей, медичним працівникам, а також батькам важливо своєчасно реагувати на найменші прояви втрати слуху. Своєчасний медичний огляд дозволяє виявити захворювання на ранній стадії і запобігти розвитку ускладнень захворювань слухового апарату та втраті слуху

Список використаних джерел:

1. Банникова Л. По обе стороны стеклянной стены. К., 2009.
2. Волкова Н.П. Основні напрямки естетичного виховання. Педагогіка: Посібник. К., 2001.

ПСИХОСОМАТИЧНІ АСПЕКТИ ЗАХВОРЮВАНЬ ЕНДОКРИННОЇ СИСТЕМИ

Преображенська Д.О.

студентка 4 курсу, групи МС 41-21

ПВНЗ МПУ, м. Миколаїв

У багатьох видатних роботах по медицині та методикам лікування дуже часто залишається у стороні одне дуже важливе питання, а саме – зв'язок між душею та тілом – фактор, від якого безпосередньо залежить стан нашого здоров'я та здатність зцілюватися [36].

З поглибленням знань в галузі психофізіології, фізіології людини та в розумінні особливостей психічного функціонування, вчені намагаються дослідити феномени взаємозв'язку соматичних функцій та психічних процесів. Дана проблематика завжди цікавила дослідників, і на сьогоднішній день вона перебуває на піку популярності. Проблема природи психіки, свідомості та їх зв'язку з діяльністю мозку цікавила Арістотеля, Платона, Демокріта. Пізніше даною тематикою займалися Ф. Гегель, І. Сеченов, Г. Фехнер, В. Бехтерев, Є. Хомська. Погляди на взаємозв'язки психічного та фізичного повторювалися в роботах багатьох вчених, та не викликає сумнівів, що порушення гармонії між психічними та соматичними процесами призводить до розладів тієї чи іншої сфери людського організму.

Щоб зрозуміти цей зв'язок між тілом та душею, потрібно впершу чергу визнати, що душа є, та що вона та тіло дійсно складають одне ціле. Тому є багато медичних підтверджень: добре відомо, що при будь-яких душевних хвилюваннях відбувається різке підвищення секреції адреналіну, внаслідок чого змінюється частота пульсу, артеріальний тиск, частота та обсяг дихання, швидкість кровотоку, інтенсивність потовиділення та виникають різноманітні вегетативні реакції, порушується обмін речовин. З давніх пір існує думка, що у виникненні цукрового діабету та базедової хвороби значну роль відіграють психічні травми.

У результаті сучасних досліджень був встановлен зв'язок між особливостями характеру людини, типами особистісного реагування з одного боку, та метаболізмом біологічно активних речовин — з іншого. Іншими словами, існує тісний зв'язок між явищами психічними, соматичними, соціальними, біологічними. У ситуаціях психічного напруження виникає у людини порушення метаболізму нейромедіаторів, саме тому багато хвороб сьогодні прийнято називати психосоматичними, визначаючи в самій назві послідовність виникнення та розвитку тілесної недуги (*психо* в перекладі з грецького означає – «душа», а *сома* – «тіло»). Цілий напрямок у сучасній медицині також називають психосоматичним. Психосоматика – це напрям у медицині (психосоматична медицина) та психології, що займається вивченням впливу психологічних (переважно психогенних) факторів на виникнення і подальшу динаміку соматичних (тілесних) захворювань. Згідно основному постулату цієї науки, в

основі лежить реакція на емоційне переживання, що супроводжується функціональними змінами і патологічними порушеннями в органах. Відповідна схильність може впливати на вибір органу або системи, що вражаються. Згідно даних експертів ВООЗ, майже 50% стаціонарних лікарняних ліжок у світі займають пацієнти з психосоматичною патологією. Серед дітей, що відвідували поліклініки 40-68% страждають психосоматичними розладами. На перший погляд різні такі хвороби, як бронхіальна астма, гіпертонічна хвороба, виразкова хвороба шлунку та дванадцятипалої кишки, неспецифічний поліартрит, виразковий коліт, різноманітні захворювання шкіри, алергічні реакції, – складають перелік психосоматичних захворювань та розладів, тобто мають психологічну природу.

Термін «психосоматика» вперше запропонував у 1818 р. J. Heinroth. Він дав пояснення багатьом соматичним хворобам як психогенним, особливо в етичному аспекті.

Психосоматична медицина починається тоді, коли пацієнт перестає бути тільки носієм хворого органу та розглядається цілісно.

За сучасної класифікації до соматичних захворювань відносяться [29]:

1. Психосоматичні реакції (сильні психічні переживання, супроводжуються соматичною відповіддю, наприклад закоханність)
2. Конверсійні симптоми (невротичний конфлікт соматично переробляється і перетворюється у тілесний симптом, який сам по собі символічний: психогенна сліпота, глухота, больові феномени)
3. Функціональні синдроми (ком у горлі – внутрішнє забеспокоєння, утруднення дихання – депресія, біль у області серця – страх)
4. Органічні психоматози – до них віднесені: бронхіальна астма, есенціальна гіпертонія, виразка 12-палої кишки, ревматоїдний артрит, виразковий коліт, нейродерміт, гіпертиреоз.

Питання про механізми виникнення психосоматичних захворювань та їх причини є складний. Тут грають роль специфічність стрессора (фактор, що викликає стрес) та особиста історія людини, особливості його характеру, тощо.

В основі будь якого психосоматичного захворювання може лежати недозволений внутрішній конфлікт або протиріччя, яке перестало розумітися чи вирішуватися людиною. Він зникає зі сфери усвідомленого сприйняття, але зберігає свою присутність в несвідомому. Витіснення проблеми відбувається по різним причинам, а саме страх взглянути на проблему прямо, знайти в собі сили діяти, а іноді відсутність можливості внутрішнього ресурсу, як це буває у дітей. Зіткнувшись з якоюсь проблемою, яку, заощаджуючи енергію свідомості, не бажано обговорювати, ми закриваємо на неї очі. Проблема приходиться в психічну сферу, потім ще нижче — в сферу фізичну.

Інформацію, яку нам здається, можна просто ігнорувати і тим самим усунути проблему, фактично закріплюється, зберігаючи своє початкове значення «тіні».

«Тінь» – це все те, що для нас не прийнятно, все те, що ми не хочемо у собі визнавати і помічати.

«Тінь» – діаметрально протилежна «Я», що складається з особистих якостей, які нам подобаються та з якими ми себе ідентифікуємо. Тому наше «Я» ніколи не прагне зустрітися з накопиченими проблемами.

Розуміння ролі емоційного фактора у виникненні та прогресуванні соматичних розладів, а також протилежний процес – виникнення розладів психоемоційної сфери як відповідь на гостре чи хронічне захворювання внутрішніх органів, набуває особливої важливості на сучасному етапі, коли відбувається збільшення частоти межових нервово-психічних розладів у всьому світі. Це пов'язано з рядом факторів: урбанізацією, зміною темпу та способу життя людей, зростанням соціального напруження, воєнними конфліктами тощо. Все це, значною мірою, стосується і України, яка переживає протягом тривалого часу соціальну кризу, що призводить до погіршення рівня життя людей, вимушеної міграції, безробіття або зміни роботи зі зниженням професійного статусу. Особливо від цього страждають хворі на хронічні захворювання, які потребують тривалої кваліфікованої медичної допомоги та медикаментозної терапії.

Кожному з нас дано одне тіло з одним набором органів, які повинні прослужити нам все життя. Людський організм сильний і міцний. Він здатний винести багато і навіть знайти необхідні ресурси для відновлення. Не завжди можна уникнути того чи іншого нещастя, але якщо ми дозволимо стресу, що викликаний цими нещастями, впливати на нас тривалий час і не зробимо розумних кроків, щоб пом'якшити його, то нам буде завдано непоправної шкоди. При багатьох станах – в тому числі і які вимагають постійної кваліфікованої медичної допомоги – ми повинні самі докласти зусиль до того, щоб впоратися з хворобою. Зміна способу життя, свого ставлення до себе і до навколишнього світу можуть творити дива. Традиційна медицина на сучасному етапі, цілком усвідомлює, що лікує не людину, а хворобу. Іншими словами, не причини прибирає, а усуває наслідки. Тому злегка «підліковані» хвороби повертаються, загострюються, прогресують, немов є в організмі у нас вічно діюче джерело, ще раз по раз підкидає паливо в «топку» хвороб. Є джерело, що дає силу нашим хворобам – це наша ворожнеча з самим собою, відкидання себе, роз'єднаність з собою. Хвороба черпає силу з нашого неприйняття будь-якої істини про нас самих, з наших помилкових про себе уявлень та помилкових установок щодо себе. Простіше кажучи, хвороби «годуються» нашими поганими думками про себе самих.

Ще одне джерело «харчування» хвороб – старі, часом вже забуті, душевні травми і стреси. У нас завжди є вільний вибір: ми можемо поміняти свої відносини, змінити звичні способи реагування на нові і більш конструктивні. Тоді стануть іншими і результати наших дій. Ніхто не може посміхатися і дихати за нас, тому ніхто інший не зможе і вилікувати нас.

Здатність до зцілення закладена всередині нас для нашої ж користі, ми не можемо отримати її ззовні. Вона проявляється в регенерації клітин після порізу, в знищенні імунною системою проникаючих в організм антигенів або у відновленні роботи серця після сильного горя. Насправді хірургічні операції,

ліки, масаж, голковколювання, трави, мінерали та інше не лікують, а створюють середовище, сприятливе для встановлення контакту з нашої цілющої енергією. Різні методи лікування допомагають усунути бар'єри, що заважають нам зцілити самих себе, вони можуть стимулювати наше бажання зцілитися, але самі вони зцілення не приносять. Зцілення приходить зсередини. Треба задіяти будь-які засоби: як медичні, так і додаткові, для того, щоб зцілення було повним. Дуже часто буває необхідне лікарське або хірургічне втручання для порятунку життя або полегшення страждань. Однак усунення симптомів ще не означає зцілення.

Зцілитися – значить стати цілим, возз'єднатися з тим, що було відокремлено від нас, досягти єдності тіла, розуму, емоцій і духу, в той час яквилікувати – значить просто усунути миттєву проблему, лікування спрямоване не на все тіло, а лише на хвору його частину. Якщо ми працюємо тільки на поверхні, борючись з симптомами, це не призводить до змін на більш глибокому рівні, і тоді ці або подібні до них симптоми можуть з'явитися знову. Важливо розуміти, що наші хвороби не виникають ні з того ні з сього, а народжуються з нашого «дозволу». Ми дозволяємо погане ставлення до себе, боїмося себе, не поважаємо себе, не цікавимося собою, воюємо з собою, вічно щось в собі «викорінюємо», та при цьому хочемо бути здоровими. Так ми хочемо неможливого. Істина в тому, що хвороба якраз і є наслідок нашого неправильного до себе ставлення. Людина створена за законами гармонії, і тіло – це саме очевидне свідчення тонкощів і розвиненості розуму.

ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПОСТКОВІДНИХ ХВОРИХ

Токарев О.П.

*старший викладач кафедри медсестринства
ПВНЗ МПУ, м. Миколаїв*

Спалах коронавірусної хвороби (COVID-19) швидко переріс в пандемію світового масштабу та продовжує залишатися однією з найсерйозніших проблем людства.

Але з огляду на зменшення кількості нових випадків, не менш важливим напрямом є реабілітація пацієнтів, які перенесли COVID-19 та успішно повернулися до нормального життя.

Виявлено, що на 30-й або 60-й день після появи симптомів COVID-19 у хворих, які перенесли некритичну форму захворювання, зберігалися такі симптоми:

- втрата маси тіла;
- сильна задишка чи астения;
- біль у грудях, серцебиття;
- аносмія/агевзія;
- головний біль;
- артралгія, міалгія;
- розлади травлення;
- підвищення температури тіла.

За повідомленням Всесвітньої організації охорони здоров'я в лютому 2020 р. (на основі попередніх даних), час від початку до клінічного одужання при легких випадках COVID-19 становить приблизно 2 тижнів, у разі тяжких або критичних – від 3 до 6 тижнів. Однак у багатьох пацієнтів певні симптоми зберігаються протягом тижнів або навіть місяців [2].

Post-COVID пацієнт – будь-яка людина, в якій діагностовано – COVID-19, спричинений – SARS-CoV-2, та яка не повернулася до свого рівня здоров'я й функціонування через 6 місяців після перенесеного захворювання.

За різними даними, такими пацієнтами стають від 10 до 50% осіб, які перенесли COVID-19.

Виокремлюють дві групи таких хворих:

- особи, котрі мають незворотні ушкодження легень, серця, нирок або мозку, що впливають на їхню здатність функціонувати;
- ті, в кого продовжують спостерігати виснажливі симптоми, незважаючи на відсутність помітних ушкоджень органів.

Найбільш часті ускладнення:

Ендотеліт – один із ключових синдромів при COVID-19, а надалі й пусковий механізм постковідного синдрому. На сьогодні наявні докази прямого інфікування вірусом SARS-CoV-2 ендотеліальних клітин і спричиненого цим дифузного запалення ендотелію. Добре відомо, що вірус використовує для проникнення в клітину рецептор ангіотензинперетворювального ферменту-2

(АПФ), експресований на пневмоцитах альвеол, зумовлюючи тим самим пошкодження легень. Необхідність застосування лікувальних методів для стабілізації ендотелію під час боротьби з реплікацією вірусів, особливо терапії протизапальними протицитокіновими препаратами (ГКС), інгібіторами АПФ (каптоприл, лізиноприл) і статинами (ловастатин, сімвастатин, аторвастатин).

Така стратегія особливо актуальна для пацієнтів, які мають фактори ризику ендотеліальної дисфункції, (артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, ожиріння та діагностовані серцево-судинні захворювання, куріння).

Ендотеліальна дисфункція та хронічне запалення супроводжуються гіперкоагуляцією, підвищенням рівня фібриногену, зниженням процесів фібринолізу й антикоагуляції, що, своєю чергою, зумовлює тромбоутворення.

Після перенесеної COVID-19 у пацієнтів унаслідок ураження ендотелію судин:

- на 25% підвищується ризик тромбоемболії;
- на 22% зростає ризик інфарктів [3].

SARS-CoV-2 може впливати на **серцево-судинну систему** багатьма шляхами, але наразі не зовсім зрозуміло: вірус ускладнює вже наявні серцево-судинні захворювання (ССЗ) чи зумовлює розвиток нових. У пацієнтів із COVID-19 описано багато випадків захворювань серця, включаючи серцеву недостатність і кардіоміопатію. Припускають, що кардіо-міопатія розвивається внаслідок прямих ефектів вірусу та/або токсичних ефектів цитокінів, які утворюються під час інфекції.

У багатьох хворих під час гострої фази COVID-19 розвивається **протромботичний стан**, який може спричинити тромбоемболію легеневої артерії, утворення внутрішньосерцевих тромбів і загострення ішемічної хвороби серця. На найбільший ризик негативних наслідків наражаються пацієнти із серцево-судинними факторами ризику – чоловіча стать, цукровий діабет, гіпертензія й ожиріння, наявні ССЗ.

Системне запалення й ураження нервової системи.

В осіб, які перенесли COVID-19, через 2 тижні після одужання концентрація цитокінів у сироватці крові (включаючи інтерлейкіни (ІЛ) 2, 4, 6, 17) була вищою порівняно з групою контролю, що вказує на продовження запального процесу після одужання [4].

Цитокіни, що виділяються при периферичному запаленні, можуть збільшувати проникність ГЕБ, забезпечуючи шлях вірусу до проникнення в мозок. Потрапляючи до ЦНС, SARS-CoV-2 може інфікувати астроцити й мікроглію, активуючи каскад нейрозапалення та нейродегенерації за рахунок вивільнення фактора некрозу пухлини (ФНП), цитокінів та інших медіаторів запалення.

У багатьох пацієнтів розвивається виражений **астенічний синдром**, який значно погіршує їхню якість життя й істотно знижує працездатність. У таких осіб може тривалий час зберігатися запалення низької інтенсивності в головному мозку, зниження припливу крові до мозку, автоімунне ушкодження мозку чи поєднання цих аномалій. Накопичення прозапальних цитокінів, які долають ГЕБ,

у ЦНС може зумовити дисрегуляцію центральних структур і спричинити вегетативну дисфункцію (підвищена температура тіла, порушення циклу сну/неспанья, когнітивні порушення, швидка втомлюваність).

Найчастіше постковідний астеничний синдром проявляється **психічними проблемами** та загальним виснаженням пацієнта (**астенія**):

- швидка втомлюваність;
- дратівлива слабкість (підвищена збудливість, яка швидко змінюється виснаженістю);
- афективна лабільність із рисами примхливості та невдоволення;
- сльозливість;
- розлади пам'яті.

Пневмонія (ураження дихальної системи) [1].

Рекомендації по реабілітації.

Пульмонологічна реабілітація, тобто відновлення життєвого об'єму легень, що досягається за допомогою:

- ходьба, швидка ходьба;
- плавання, починаючи з низької інтенсивності, поступово збільшуючи інтенсивність і тривалість;
- силові тренування (прогресивні тренування з ваговими навантаженнями);
- тренування дихання: за наявності задишки, хрипів, труднощів із відходженням мокротиння слід застосовувати тренувальні техніки дихання для покращення відходження мокротиння, режим дихання, включаючи регулювання ритму дихання, тренування активності грудної клітки та мобілізацію певних груп м'язів.

Загальна реабілітація, що полягає в турботі про організм. Вам потрібен час, не може людина після важкого захворювання на COVID-19 почати знову виконувати активні навантаження, вийти на роботу, займатися домашнім господарством і таке інше. Потрібно відновити функції легень та інших життєвоважливих органів, які беруть участь в зниженні рівня інтоксикації, наприклад, відновлення функції нирок і печінки [3].

Що входить в програму реабілітації?

- консультація лікаря загальної практики і фізичного терапевта. Якщо потрібно, залучаються вузькопрофільні фахівці: невролог, кардіолог, ендокринолог;
- аналіз загальних показників здоров'я – лабораторні та інструментальні дослідження, включаючи КТ, МРТ, УЗД (за показаннями);
- проведення проб толерантності до фізичного навантаження;
- розширене обстеження функції дихання (комп'ютерна спірометрія);
- індивідуальні фізіотерапевтичні та ЛФК програми (мінімум 12 занять, які можна проводити як в амбулаторно-поліклінічних умовах так і вдома). До них входить дихальна гімнастика, вправи для зміцнення легень, серцево-судинної системи;
- розробка індивідуального раціону харчування;

«Актуальні питання громадського здоров'я в умовах сучасності»

- лікувальний масаж (вплив в області грудної клітини покращує кровообіг, лімфовідтік, харчування тканин);
- консультації психолога.

Список використаних джерел:

1. Коронавірусна хвороба 2019 [COVID-19]: стандарти медичної допомоги : Наказ МОЗ України від 25.02.2020 №552. Здоров'я України. Пульмонологія. Алергологія. Риноларингологія. 2020. №1(50). С. 17-20.
2. Демецька О. У зоні особливої уваги: коронавірус «2019 нКоВ». Фармацевт практик. 2020. №2. С.18-19.
3. Грищенко О. Коронавірусна інфекція – 2019: як підготувати заклад за рекомендаціями ВООЗ. Довідник головної медичної сестри. 2020. №3. С.13-18.
4. Chen Y., Qianyun, D. Новий коронавірус: структура геному, реплікація та патогенез. Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. 2020. №1(122). С. 19-21.
5. Про затвердження змін до Стандартів медичної допомоги «Коронавірусна хвороба (COVID-19)»: Наказ МОЗ України від 12.05.2020 № 1109. Режим доступу : <https://moz.gov.ua/article/ministrymandates/nakaz-moz-ukraini-vid-12052020--1109-pro-zatverdzhennja-zmin-dostandartiv-medichnoi-dopomogi-koronavirusna-hvoroba-covid-19>

ВПЛИВ БІОФІЗИЧНИХ ЯВИЩ НА ФІЛОГЕНЕЗ СТРУКТУРНОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ ПАЗУХ ТВЕРДОЇ ОБОЛОНИ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ЛЮДИНИ

*Черно В.С.
Гаврилюк І.М.
Берега І.В.*

*Чорноморський національний університет ім. Петра Могили
м. Миколаїв*

Вступ. Пазухи твердої оболони головного мозку, які є основним шляхом відтоку венозної крові від головного мозку, завжди були предметом пильної уваги та об'єктом ретельного вивчення. Поява значної кількості наукових праць, у яких переконливо доводиться важлива роль венозних пазух у регуляції мозкового кровообігу. За даними офіційних щорічних звітів обласних департаментів охорони здоров'я відмічається поступове зростання показників захворюваності та поширеності серед вікових груп гострих порушень мозкового кровообігу. Наступною негативною тенденцією, що спостерігається – є достовірне збільшення показників смертності дорослого населення України по даній патології у всіх регіонах України. Про актуальність цього питання свідчить прийнята програма та затверджений протокол надання невідкладної медичної допомоги при порушеннях кровообігу головного мозку на рівні держави, яка фінансується з держбюджету, а суми витрат рахуються десятками мільйонів гривень.

Основні напрямки вивчення ТОГМ спрямовані на дослідження в галузі цитології, гістології, ембріології, нормальної та патологічної анатомії, фізіології, неврології, хірургії, нейрохірургії. Останнім часом з'являються намагання розкрити деякі феномени з використанням фізичних методів, тому з'являються публікації про біофізичні механізми, що захищають головний мозок, фізичні фактори, що приймають участь у механізмах гомеостазу, з'ясування фізичних характеристик, таких як та еластичність та пластичність при реконструктивних операцій, а в останні десятиліття – ТОГМ та її компоненти розглядаються ще як компоненти гемо- та ліквороциркуляції.

Вивчення, спостереження, рекомендації, іноді супротивні результати існування факту градієнтів тисків міжоболонових просторів не зупиняють використання дренажів суб- та епідурального просторів при оперативних втручаннях на головному мозку. Оперативна тактика включає вплив на лікворну систему з метою збільшення мозку та полегшує оперативний доступ до нього. Ряд клініцистів висувають нові поняття, враховуючи фізичні властивості: церебральна система з іншими еластичними властивостями, тести для оцінки ліквородинаміки, індекс протидії відтоку ліквору, градієнт пружності та ін.

На основі всього переліченого зрозуміло, що біофізичні явища лікворо- та гемодинаміки в структурах головного мозку у філогенезі сформували особливу будову люменальної поверхні пазух ТОГМ, а вивчення впливу фізичних

факторів на морфологічні структури можуть удосконалити прогнози на перебіг хвороб та особливості лікування. На наш погляд саме в цьому полягає практичність морфо-функціональних досліджень, тобто той місток між теорією та практичною медициною. Наша роботи являється фрагментом комплексних наукових досліджень кафедри анатомії, клінічної анатомії і оперативної хірургії, патоморфології та судовою медицини медичного інституту Чорноморського національного університету імені Петра Могили «Просторова та структурна організація пазух твердої оболонки головного мозку людини та лабораторних тварин в пренатальному та постнатальному онтогенезі» реєстраційний № 0120U002027 від 20.12.2019 року.

Мета дослідження: провести морфологічний аналіз різновидів внутрішньопазушних утворень (ВПУ) верхньої стрілової пазухи (ВСП) твердої оболони головного мозку (ТОГМ) у дорослих людей.

Матеріал та методи дослідження. Матеріалом служили 11 препаратів пазушно-оболонкових комплексів дорослих людей, які отримували під час патолого-анатомічного дослідження обласного бюро судово-медичної експертизи. Причина смерті померлих не була пов'язана з патологією судинної системи мозку.

Об'єктом дослідження були стінки синусів твердої оболонки головного мозку людини. У дослідженні використано макро–мікроскопічний та мікроскопічний методи дослідження.

Для вивчення люменальної поверхні ендотелію та ВПУ використали матеріал, який фіксували у 12% розчині формаліну. Після фіксації пазухи ТОГМ розкривали і досліджували за допомогою бінокулярної лупи МБС-10. Фотографування здійснювали цифровою камерою. Освітлення об'єкту проводили з чотирьох сторін. Для мікроскопічного дослідження матеріал ущільнювали у епоксидну смолу «Епон-812». Напівтонкі зрізи, забарвлені у 0,1% розчині толуїдинового синього вивчали за допомогою тринокулярного мікроскопа.

Результати дослідження та їх обговорення. Рельєф внутрішньої (люменальної) поверхні пазух ТОГМ, на відміну від аналогічної поверхні у вен, має неоднорідний характер. У просвіт пазух виступають похідні павутинної оболонки – ворсинки. Внутрішня поверхня ВСП представлена досить нерівномірним рельєфом. Він містить складний комплекс різноманітних морфологічних елементів. Так пахіонові грануляції представлені у вигляді бородавчастих утворень. Вони являють собою утворення овальної або округлої форми і є похідними павутинної оболонки. Обов'язковим атрибутом наявності грануляцій є розміщення в цій ділянці сполучнотканинних перегородок між внутрішніми стінками пазухи. Вони виконують дві функції. Це – опорна функція, та регуляторна – перерозподіл кров'яних потоків. У місцях переходу однієї стінки пазухи в іншу виявлялись сполучнотканинні хорди. Останні мають вигляд утворень округлої або овальної форми довжиною близько одного сантиметра з широкими основами з обох кінців. Поряд із сполучнотканинною хордою може розміщуватись гирло однієї або декількох вен.