

**Збірник наукових матеріалів**  
**XLI Міжнародної науково-практичної**  
**інтернет - конференції**  
*el-conf.com.ua*



**«ВЕСНЯНІ НАУКОВІ ЧИТАННЯ — 2020»**

**10 березня 2020 року**

**Частина 7**



**м. Вінниця**

Весняні наукові читання — 2020, XLI Міжнародна науково-практична інтернет-конференція. – м. Вінниця, 10 березня 2020 року. – Ч. 7, с. 60.

Збірник тез доповідей укладено за матеріалами доповідей XLI Міжнародної науково-практичної інтернет - конференції «Весняні наукові читання — 2020», 10 березня 2020 року, які оприлюднені на інтернет-сторінці [el-conf.com.ua](http://el-conf.com.ua)

Адреса оргкомітету:  
21018, Україна, м. Вінниця, а/с 5088  
e-mail: [el-conf@ukr.net](mailto:el-conf@ukr.net)

Оргкомітет інтернет-конференції не завжди поділяє думку учасників. У збірнику максимально точно збережена орфографія і пунктуація, які були запропоновані учасниками. Повну відповідальність за достовірну інформацію несуть учасники, наукові керівники.

Всі права захищені. При будь-якому використанні матеріалів конференції посилання на джерела є обов'язковим.

## ЗМІСТ

### Медичні науки

<i>Гбур З.В.</i> ФІНАНСОВИЙ ПЛАН КНП ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	5
<i>Євглевська І.О.</i> ШВИДКА МЕДИЧНА ДОПОМОГА – РЕАЛЬНІСТЬ І ПЕРСПЕКТИВИ.....	10
<i>Жигилій З.Г.</i> МОДЕЛЬ ФОРМУВАННЯ НАВИЧОК ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У СТУДЕНТІВ МЕДИЧНИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ В ПРОЦЕСІ НАВЧАННЯ ФІЗІОЛОГІЇ.....	12
<i>Журавель О.С., Романенко І.О.</i> СИНДРОМ «ЗАМКНЕНОЇ ЛЮДИНИ» ПІСЛЯ ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ АДЕНОМИ ГІПОФІЗА.....	16
<i>Иванов В.С.</i> ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ВНУТРИУТРОБНОЙ ГИПОКСИИ И КАРИЕСОГЕННОГО РАЦИОНА НА СОСТОЯНИЕ ЗУБО-ЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ КРЫС.....	18
<i>Ковалів М.О.</i> РІВЕНЬ ФІЗИЧНОГО ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ І ЙОГО ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ІЗ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯМ ОРГАНІЗМУ ЙОДОМ .....	23
<i>Коломоєць А.В.</i> ЗАСТОСУВАННЯ ЛОГІСТИКИ В МЕДИЦИНІ.....	26
<i>Кошель М.А.</i> ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ І ВАГІТНІСТЬ .....	31
<i>Крохмальна А.А.</i> ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНИМ ГЕЛІКОБАКТЕР-АСОЦІЙОВАНИМ ГАСТРИТОМ .....	34
<i>Левченко Н.П.</i> СЕЛЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ ОРГАНІЗАЦІЙНО-МЕДИЧНИХ ЗАХОДІВ ЩОДО ПРОФІЛАКТИКИ І РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ РАКУ ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ .....	38
<i>Макаренко Д.О., Чорнобай О.О.</i> ЕПІЛЕПТИЧНИЙ СТАТУС ПРИ АНСА-АСОЦІЙОВАНОМУ ВАСКУЛІТІ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК .....	41
<i>Мельник О.О., Серов П.О.</i> ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ПОРУШЕНЬ ФІЗІОЛОГІЇ З ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ У ДІТЕЙ.....	43
<i>Москвяк Н.В., Юрченко С.Т.</i> РЕГІОНАЛЬНА ОЦІНКА АНТРОПОМЕТРИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ДІТЕЙ.....	45
<i>Чорномидз Ю.А., Чорномидз А.В.</i> ПОЗИТИВНІ СТОРОНИ ПРОФЕСІЇ ЛІКАРЯ ОЧИМА АБІТУРІЄНТІВ .....	47

<i>Швід С.О., Колодяжна В.В., Тихонова Л.В. ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ГОСТРИХ ПОРУШЕНЬ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ.....</i>	<i>51</i>
<i>Щиріна К.В., Толстанов О.К. АНАЛІЗ ДЕЯКИХ ПОКАЗНИКІВ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ ЗА 2000 – 2017РР. ....</i>	<i>53</i>

## ФІНАНСОВИЙ ПЛАН КНП ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

*Гбур З.В.,*

*доктор наук з державного управління,  
професор кафедри управління охорони здоров'я  
Національної медичної академії  
післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика,  
головний спеціаліст Міністерства фінансів України,  
м. Київ, Україна*

*ORCID: 0000-0003-4536-2438*

У ринковій економіці діяльність закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) в значній мірі залежить від того, наскільки надійно вони можуть передбачити перспективи свого майбутнього розвитку. У зв'язку з цим формування фінансового плану є важливим елементом управління економічними і соціальними процесами. Він використовується в основному для визначення раціональних пропорцій в розвитку підприємства. Фінансовий план є одним з основних елементів фінансового механізму. Обґрунтування фінансових показників, планових фінансових операцій і ефективності багатьох бізнес-рішень досягається в процесі формування фінансового плану. Основним завданням реформування бюджетних закладів охорони здоров'я є надання їм статусу комунальних некомерційних підприємств (КНП). Переваги перетворення ЗОЗ із бюджетної установи у комунальне некомерційне підприємство зображені на рис. 1. Як видно з рис. 1, КНП ЗОЗ в результаті реформування можуть повноцінно господарювати.

Безумовно, в даний час, ефективна діяльність КНП сфери охорони здоров'я безпосередньо пов'язана з наявністю в них системи фінансового планування. Фінансове планування відіграє значну роль в реалізації фінансової політики, в силу того, що воно сприяє комплексній характеристиці всіх сфер діяльності вказаних підприємств, пов'язаних з планомірним формуванням, а також резонним використанням грошових надходжень [9, с. 131].

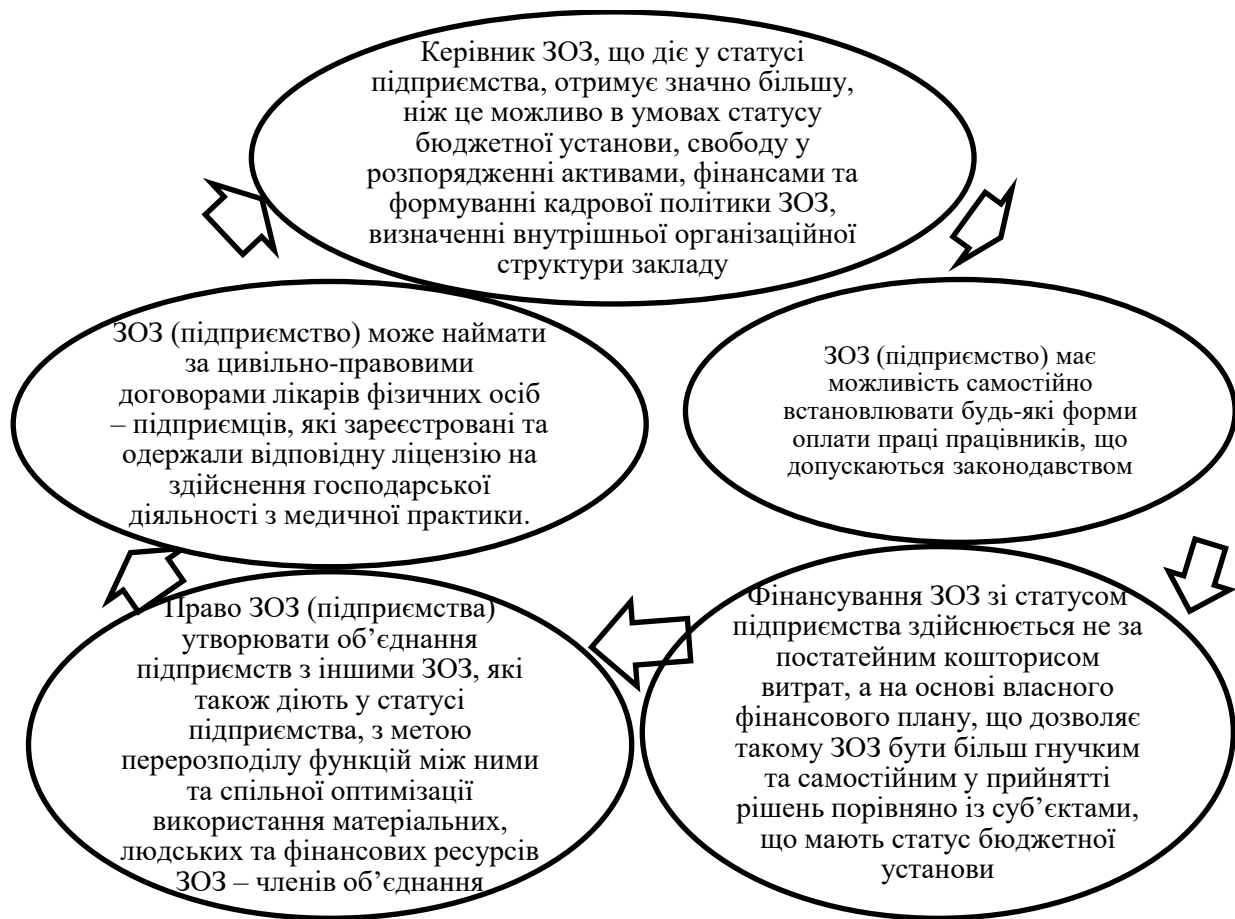


Рис. 1 - Переваги перетворення ЗОЗ із бюджетної установи у комунальне некомерційне підприємство

Джерело: складено автором на основі [6; 11]

Відповідно до Господарського кодексу (ГК) України фінансовий план є основним плановим документом, згідно з яким підприємство отримує доходи і здійснює видатки, визначає обсяг і спрямування коштів для виконання своїх функцій протягом року відповідно до установчих документів. Фінансові плани зобов'язані розробляти як державні комерційні підприємства (ст. 75 Господарського кодексу, далі - ГК), так і державні некомерційні (казенні) підприємства (ч. 8 ст. 77 ГК) [1]. Фінансовий план також забезпечує механізм узгодження витрат з керівником. З одного боку, фінансовий план є інструментом контролю, а з іншого - забезпечує легалізацію запланованих витрат підприємства за умови, що витрати враховані в цьому плані і узгоджені з власником. У питаннях оподаткування фінансовий план обґрунтовує відповідність витрат статутної діяльності і є запорукою збереження статусу неприбутковості [12, с. 16].

Найпоширеніша структура фінансового плану КНП охорони здоров'я складається з кількох розділів (рис.2). Період часу, на який складається фінансовий план КНП, має важливе значення. Найбільш точними, як правило, є короткострокові плани, найменш точними є довгострокові плани. Точний прогноз на місяць дати набагато складніше, ніж на один день. Чим довше запланований період, тим більше факторів можуть бути незначними або невідомими на даний момент, що може істотно вплинути на ситуацію в майбутньому. Жоден прогноз не може передбачити всі майбутні форс-мажорні обставини, для цього необхідне передбачення.

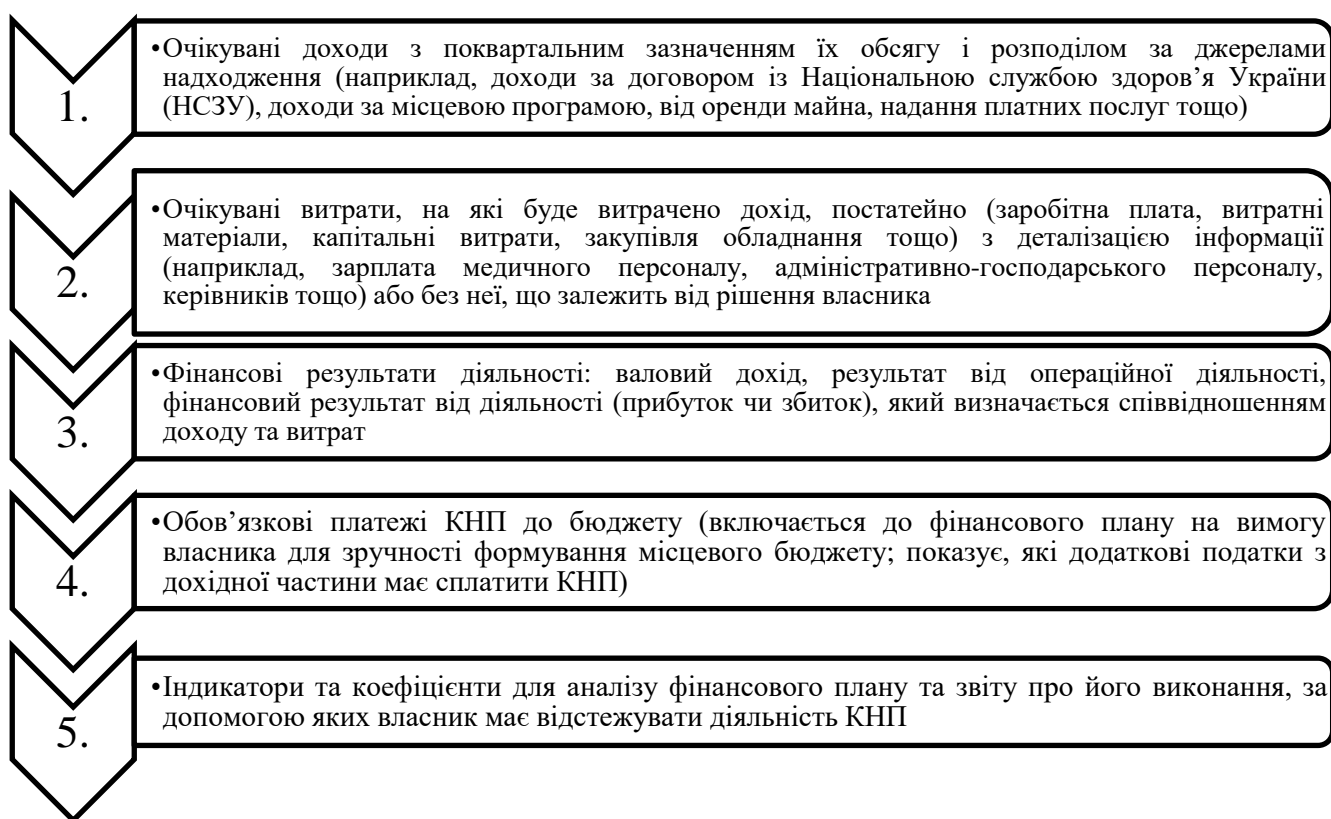


Рис. 2 – Структура фінансового плану КНП охорони здоров'я  
Джерело: складено автором на основі [5; 18]

Алгоритм розробки та затвердження фінансово плану КНП сфери охорони здоров'я можна побачити на рис.3. Після затвердження фінансовий план можна вважати погодженим і чинним. Законодавством заборонено вносити зміни до плану за минулі періоди. Важливо, що за розробку та виконання ФП відповідає керівник підприємства.

## Алгоритм розробки та затвердження фінансово плану КНП сфери охорони здоров'я

### **Подача проекту фінансового плану підприємства**

Проект подається у паперовому та електронному вигляді органу, уповноваженому управляти комунальним майном до 01 червня року, що передує плановому. У разі необхідності органи управління можуть самостійно встановлювати диференційовані строки подання проектів, але бажано не пізніше 01 червня року.

### **Аналіз та прийняття рішення про затвердження**

Органи управління та відповідальні органи управління протягом двох тижнів здійснюють аналіз та приймають рішення щодо затвердження або повернення його на доопрацювання. До розгляду та аналізу фінансових планів підприємств можуть залучатися спеціалісти чи експерти за потребою.

У разі повернення проекту, підприємство подає допрацьований проект на повторне затвердження у термін, установлений органом управління або відповідальним органом управління, але у строк, що становить не більше як 10 робочих днів.

### **Внесення змін**

Зміни до фінансового плану підприємства можуть вноситись один раз на рік, у якому затверджувався такий фінансовий план, та не більше двох разів протягом планового року, якщо інше не передбачено Статутом підприємства або локальним порядком складання та затвердження фінансових планів.

Зміни до фінансового плану підприємства не можуть вноситись в періоди, за якими минув строк звітування.

Рис. 3 - Алгоритм розробки та затвердження фінансово плану КНП сфери охорони здоров'я  
Джерело: складено автором на основі [12; 16; 18]

Недотримання розмірів видаткової частини або порушення строків подання змін тягне за собою дисциплінарну та навіть кримінальну відповідальність за недбальство (наприклад, якщо видаткова частина суттєво змінилася і це не було погоджено з власником). Заклади ЗОЗ після реорганізації в КНП є СГ. Проте навіть після переходу на фінансування за договором із Національною службою охорони здоров'я вони залишаються у комунальній власності та мають погоджувати з власником свої витрати. Зміна надходження грошових коштів в бік збільшення є позитивним показником, але невиконання фінансового плану розцінюється як службова недбалість [12, с. 17]. Структура фінансового плану, запропонована для КНП закладу охорони здоров'я, є оптимальною, робить більш прозорим рух грошових коштів і дозволяє керівництву ефективно контролювати надходження, їх використання та боргові зобов'язання. Особливо, це стане можливим при дотриманні принципу узгодженості між операційним та капітальним фінансовими планами.



## Література:

1. Господарський кодекс України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/show/> (дата звернення: 30.01.2020).
2. Наказ Міністерства розвитку економіки, торгівлі та сільського господарства України «Про затвердження Порядку складання, затвердження та контролю виконання фінансового плану суб'єкта господарювання державного сектору економіки» від 02.03.2015 №205 URL: <https://pravo.uteka.ua/doc/Pro-zatverdzhennya-Poryadku-skladannya-zatverdzhennya-ta-vikonannya-finansovogo> (дата звернення: 02.02.2020).
3. Розпорядження КМУ «Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я» від 30.11.2016 №1013-р URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/%20> (дата звернення: 31.01.2020).
4. Болдырева М.Н. Финансовое планирование на предприятиях в современных условиях. *Проблемы современной экономики*. 2014. №21. С. 131.
5. Комунальне некомерційне підприємство: про головне для бухгалтера та економіста URL: <https://i.factor.ua/ukr/journals/2018/june/article-36989.html> (дата звернення: 31.01.2020).
6. Ляшенко А. Финансовый план КНП. *Сметы и нормы*. 2018. №47 (719). С.16-17.
7. Садовский В.А., Семенченко Г.В., Подхалюзин А.Ю. Концепции формирования стратегического плана развития медицинского учреждения. 2019 URL: [file:///C:/Users/WishMasterOk/Downloads/1-SM%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/WishMasterOk/Downloads/1-SM%20(1).pdf) (дата звернення: 31.01.2020).
8. Lessard L., Solomon J. Effects of a Patient-Friendly Medical Debt Financing Program on Access to Care and Social Outcomes. *Health Care Finance*. 2017. № 2. Available at : <http://www.healthfinancejournal.com>.

## ШВИДКА МЕДИЧНА ДОПОМОГА – РЕАЛЬНІСТЬ І ПЕРСПЕКТИВИ

*Євглевська Ірина Олексіївна*  
*студентка*  
*Донецький національний медичний*  
*університет(Лиман)*  
*Медичний факультет № 3*  
*м.Маріуполь*

**Актуальність.** Для забезпечення масової, доступної, безоплатної позалікарняної медичної допомоги при станах, що загрожують здоров'ю і життю людини, створена служба швидкої медичної допомоги (ШМД). Нинішня реформа медицини обіцяє реальні результати. Для підвищення якості системи невідкладної допомоги необхідно, щоб населення і медичні працівники розділяли виклики для бригад екстреної допомоги і для приїзду сімейного лікаря тощо.[1.]

**Мета дослідження :** вивчення реального процесу реформування системи 103 в наданні екстреної медичної допомоги.

**Результати.** Аналіз нововведень в м. Маріуполі проводився за напрямками: поліпшення матеріально-технічної бази; підготовка медичних кадрів; просвітницька робота серед населення. Місцева служба ШМД має свою виробничу базу й укомплектована медичним персоналом, який пройшов підготовку для подання допомоги при всіх невідкладних станах[2]. Станції розташовані так, що вони доступні для населення у будь-який час доби. На підстанціях ШМД у місті Маріуполі працюють два типи бригад "швидкої" - лікарські та фельдшерські. Перші складаються з лікаря, фельдшера та водія, другі працюють без лікаря [3.]. В окремих випадках на виклик приїждять спеціалізовані бригади. Своєчасність прибуття бригади до місця пригоди та якість подання медичної допомоги забезпечуються комплексом заходів:

1) створенням достатньої кількості введів телефонних ліній 103 і диспетчерських постів для приймання викликів від населення, наявністю радіозв'язку

санітарних автомобілів з диспетчерською і прямих телефонних ліній зв'язку з підстанціями, лікарнями, райвідділами міліції, Державтоінспекцією, поліклініками та іншими службами міста;

2) реєстрацією на магнітну плівку розмов чергового персоналу по всіх каналах зв'язку;

3) розподілом виїзних бригад по місту при єдиному оперативному керівництві і централізації диспетчерської служби;

4) формуванням оперативних напрямів за зонами обслуговування двох-трьох підстанцій і бригадами різного профілю;

5) постійною готовністю бригад до виконання викликів (оснащення бригади на весь період роботи, повна готовність до виїзду чергової бригади, наявність резервних автомобілів);

6) безвідмовним і швидким прийманням хворих і потерпілих, доставлених бригадами ШМД у приймальні відділення лікарень;

7) переважним правом проїзду для автомобілів ШМД;

8) чітким контролем діяльності персоналу бригад з урахуванням часу виконання кожного етапу виклику, організацією лінійно-контрольної служби;

9) знанням персоналом бригад району обслуговування. [4]

**Висновки.** Ніхто не забере у людей допомоги, не запропонувавши альтернативу. Ефективний розподіл функцій між екстреної та невідкладної допомогою навпаки зробить лікування більш доступним і швидким.

Аналіз змін у структурі медичної допомоги показує, що в Україні застосовується тільки найкраще з тих систем, які вже працюють в інших країнах.

#### Література:

1. Устінов О.В. «Український медичний часопис». URL:<https://www.u-mj.com.ua/article/112148/medichna-reforma-u-veresni-mozhliva-poyava-novogo-zakonoproektu> (дата звернення 7.04.2018)

2. Беднова Г. Made for minds. «Медична реформа в Україні: штучне дихання для швидкої» URL: <https://www.dw.com/uk/%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%87%D0%BD%D0%B0-%D1%80%D0%B5%D1%84%D0%B>

E%D1%80%D0%BC%D0%B0-%D0%B2-%D1%83%D0%BA%D1%80%D0%-  
B0%D1%97%D0%BD%D1%96-%D1%88%D1%82%D1%83%D1%87%D0%B-  
D%D0%B5-%D0%B4%D0%B8%D1%85%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F-  
%D0%B4%D0%BB%D1%8F-%D1%88%D0%B2%D0%B8%D0%B4%D0%BA-  
%D0%BE%D1%97/a-36708516 (дата звернення 13.04.2018.)

3. Про внесення змін до довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників: Наказ МОЗ від 31.10.2018 № 1977. URL: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-31102018--1977-pro-vnesennja-zmin-do-dovidnika-kvalifikacijnih-harakteristik-profesij-pracivnikiv-vipusk-78-ohorona-zdorovja> (дата звернення 1.12.2018)

4. Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 75: Наказ МОЗ України № 1422 від 29.12.2016. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0530-17> (дата звернення 1.12.2016)

---

УДК 378

Медичні науки

## МОДЕЛЬ ФОРМУВАННЯ НАВИЧОК ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У СТУДЕНТІВ МЕДИЧНИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ В ПРОЦЕСІ НАВЧАННЯ ФІЗІОЛОГІЇ

*Жигилій З.Г.,  
викладач фізіології  
КЗОЗ « Красноградський медичний фаховий коледж»  
м.Красноград , Україна*

Модель (від латинських слів *modus, modulus*) означає міра, образ, спосіб. Модель - це спрощене знання, що несе цілком певну обмежену інформацію про предмет (явище), відображає ті чи інші його властивості. В техніці під моделлю розуміють спрощене уявлення реального пристрою або процесів та явищ, що протікають в ньому. Модель - об'єкт-заступник об'єкту-оригіналу, що забезпечує вивчення деяких властивостей оригіналу. Під моделлю розуміють такий матеріальний або подумки уявлений об'єкт, який в процесі пізнання (вивчення) заміщає об'єкт-оригінал, зберігаючи деякі важливі для цього дослідження типові його риси.

В теорії моделювання оригінал – це об'єкт, певні властивості (аспекти) якого підлягають вивченню. У загальному випадку поняття оригіналу має широку інтерпретацію. Воно охоплює об'єкти (системи, підсистеми, елементи), як реально існуючі, так і такі, що проектуються, а також явища, режими і процеси, які в них відбуваються. В контексті такого розуміння оригіналу моделями стали вважати зображення систем, явищ або процесів, які вивчаються за допомогою систем, явищ або процесів іншої природи, іноді навіть уявних.

Модель може бути розглянута як реально існуюча або подумки уявлена система, яка заміщаючи і відображаючи оригінал з певною метою, знаходиться з ним в стосунках подібності. Поняття моделі в даному випадку значною мірою збігається з поняттям аналогії, причому навіть з'явилась тенденція вважати аналогію загальним випадком моделі, що не зовсім вірно, оскільки аналогія відображає умовні, часто поверхові співвідношення. Модель - це допоміжний об'єкт, який знаходиться у певній відповідності до об'єкта, що вивчається (оригіналу), і є більш зручним для дослідження оригіналу. Відображаючи окремі особливості поведінки об'єкта-оригіналу, модель має деякі риси, ідентичні з оригіналом, і використовується для одержання такої інформації про оригінал, яку складно або неможливо одержати шляхом безпосереднього дослідження оригіналу. Модель являє собою особистісне уявлення про досліджуваний об'єкт, своєрідну форму кодування інформації про об'єкт.

Таким чином, можна сказати, що модель - це об'єкт будь-якої природи, який при дослідженні здатний заміщати реально існуючий об'єкт з метою отримання нової інформації про останній. Моделі є формою абстракції особливого роду, в якій суттєві відношення об'єкта закріплені у зв'язках, які наочно сприймаються й уявляються. Це своєрідна єдність одиничного і загального, при якій на перший план висунуте загальне, суттєве.

Для педагогічного моделювання притаманні наступні процедури:

- входження в процес і вибір методологічних підстав для моделювання, якісний опис предмета дослідження;
- постановка задач моделювання;

- конструювання моделі з уточненням залежності між основними елементами досліджуваного об'єкта, визначенням параметрів об'єкта і критеріїв оцінки змін цих параметрів, вибір методик вимірювання;
- дослідження валідності моделі у вирішенні поставлених завдань;
- застосування моделі в педагогічному експерименті;
- змістовна інтерпретація результатів моделювання.

Таким чином, певне сполучення різних навчальних завдань сприяє активізації пізнавальної діяльності студентів на будь-якому етапі підготовки, а ктивне засвоєння навчального матеріалу забезпечує якість його засвоєння і робить підготовку ефективною.



Зумовленість типів завдань цілями підготовки, особливостями змісту навчальної дисципліни та умовами організації навчального процесу й

утворюють модель активного формування професійних умінь майбутніх студентів спеціальності «Медсестринство», спеціалізації «Сестра медична» під час вивчення ними навчальної дисципліни «Фізіологія»

Мал.№1. Модель формування навичок професійної діяльності у студентів медичних спеціальностей в процесі навчання фізіології.

#### Література:

1. Аткинсон Р. Человеческая память и процесс обучения: Пер. с англ. – М.: Прогресс, 1980. – 528 с.
2. Бабанский Ю.К. Избранные педагогические труды / Сост. М.Ю.Бабанский. – М.: Педагогика, 1989. – 560 с.
3. Бабанский Ю.К. Проблемы повышения эффективности педагогических исследований. – М.: Педагогика, 1982. – 192 с.
4. Якунин В.А. Педагогическая психология: Учеб. пособие / Европ. ин-т экспертов. – СПб.: Изд-во Михайлова В.А.: Изд-во «Полиус», 1998. – 639с.
5. Беспалько В.П. Слагаемые педагогической технологии. – М.: Педагогика, 1989. – 192 с.
6. Басова Н.С. Педагогика и практическая психология. – Ростов н/Д: Феникс, 1999. – 416с.
7. Басова Н.С. Педагогика и практическая психология. – Ростов н/Д: Феникс, 1999. – 416с.
8. Педагогика: Учебное пособие для студентов педагогических учебных заведений / В.А.Сластенин, И.Ф.Исаев, А.И.Мищенко, Е.Н.Шиянов. – М.: Школа-Пресс, 1998. – 512с.

## СИНДРОМ «ЗАМКНЕНОЇ ЛЮДИНИ» ПІСЛЯ ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ АДЕНОМИ ГІПОФІЗА

**Журавель О. С., Романенко І. О.**

*студенти II та IV курсу III  
медичного факультету*

**Тихонова Л. В.**

*кандидат медичних наук,  
доцент кафедри неврології №1  
Харківський національний медичний університет  
м. Харків, Україна*

Синдром «замкненої людини» (синдром дееферентації, синдром ізоляції, псевдокома) – рідкісний неврологічний розлад, який характеризується збереженням свідомості та чутливості на фоні повного параліча скелетної мускулатури, крім м'язів, що контролюють рухи очей та повік. Патогенетичною основою даного стану є повне руйнування всіх моторних волокон, що ідуть від предцентральної звивини лобної частки до рухових ядер черепних нервів та мотонейронів спинного мозку внаслідок патологічного процесу (пухлина, нейроінфекція, демієлінізація, нейропатії, боковий аміотрофічний склероз, множинні інфаркти стовбура головного мозку, інсульти у вертебро-базиллярному басейні) [1, с.134].

Останнім часом частота пухлинних захворювань головного мозку значно збільшилась, що призвело до ширшого використання променевої терапії. Незважаючи на ефективність даного методу, суттєву роль грає розвиток радіонекрозу здорових гліальних клітин, а також радіаційне ушкодження ендотелію кровоносних судин, що приводить до некрозу тканини мозку в результаті ішемії. Існують докази, що олігодендроцити дуже чутливі до радіації та після їх руйнування відбувається демієлінізація. Радіонекроз зазвичай розвивається від декількох місяців до року після опромінення, але може спостерігатися і через декілька тижнів [2, с. 415].



Клінічний випадок:

Хвора М., 30 років надішла до неврологічного відділення 11.01.20 року в тяжкому сопорозному стані. В анамнезі пухлина гіпофіза, яка була оперативно видалена, потім було проведено 25 сеансів 5 разів на тиждень дистанційної променевої терапії (04.09.19-17.10.19). Негативних реакцій під час лікування не відмічала, променеві реакції не виражені. Випадіння волосся в проекції полів опромінення, тошноти, рвоти в період терапії не було. З 15.12.19 з'явилося прогресуюче наростання м'язової слабкості, тошнота, рвота.

Неврологічний статус: Рівень свідомості сопор. Зліва птоз, розхідна косоокість за рахунок лівого ока. Зіниці вузькі, рівні. Рухи правого очного яблука в горизонтальній площині відсутні, але збережені у вертикальній. Миготіння справа вільне. Зовнішня офтальмоплегія зліва. Анартрія. Парез м'якого піднебіння з підвищенням глоткового рефлексу. Тетрапарез з мінімальними рухами в дистальних відділах кінцівок. Сухожильні рефлекси кінцівок: верхніх D> S, жваві; нижніх D> S, жваві; черевні рефлекси торпідні. Симптом Бабінського позитивний з двох сторін, непостійний. Їжу ковтає самостійно, тазові функції не контролює.

Обстеження: На серії МРТ головного мозку отримані зображення суб- та супратенторіальних структур. Серединні структури не зміщені. Шлуночки звичайних форм та розмірів. Субарахноїдальні простори не розширені. В медіобазальних відділах скроневих часток, в острівках з обох сторін, в передніх відділах мозолистого тіла і перивентрикулярно, в стовбурі головного мозку візуалізуються множинні різнокаліберні вогнища і ділянки гіперінтенсивного МР-сигналу на T2 і T2 FLAIR ВИ. Заключення: МР-картина множинних вогнищ демієлінізації в поєднанні з вогнищами ішемічних змін (в довгастому мозку).

На ЕЕГ: нормальна активність кори, збережені цикли сну і бадьорості. Проведена електронейроміографія дала змогу виключити ураження м'язів та периферійних нервів. Для виключення демієлінізуючого захворювання ЦНС було проведено імунологічне дослідження крові та ліквора. Проведена консультація лікаря-ендокринолога.

Проведена терапія: Тималін, Мідокалм, Ноотропіл, Тренталом, гормональна терапія.

Стан хворої залишався без змін. В стані «замкнутої людини» вона залишалася 30 днів, після чого була виписана без регресу симптомів[3, с. 44].

Отже, дане спостереження показує необхідність поглибленого обстеження хворих перед проведенням променевої терапії для своєчасної діагностики та мінімізації ішемічних та демієлінізуючих процесів для попередження серйозних неврологічних ускладнень[4, с. 76].

#### Література:

1. Bruno MA, Pellas F, Schnakers C, et al. Blink and you live: the locked-in syndrome. Rev Neurol (Paris). 2008;164:322-3351.

2. Красильникова Л. А., Тютин Л. А. Ультразвуковая диагностика ангиопатий при противоопухолевой терапии // Вопр. онкол. - 2003. - Т. 49, №2 5. - С. 595-600.

3. Никифоров А. С., Коновалов А. Н., Гусев Е. М. Клиническая неврология: Учебник в 4-х томах.— М: Медицина, 2002.— 458 с.

4. Голубев В. Л., Вейн А. М. Неврологические синдромы: Руководство для врачей.— М.: Медпресс-информ, 2007.— 734 с

---

УДК 612.127.2:616.314-002.4+616.314.17-008.1(612.015.6)      Медицинские науки

## ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ВНУТРИУТРОБНОЙ ГИПОКСИИ И КАРИЕСОГЕННОГО РАЦИОНА НА СОСТОЯНИЕ ЗУБО-ЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ КРЫС

**Иванов В.С.**

*Главный врач Государственного учреждения  
«Институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии  
Национальной академии медицинских наук Украины»  
г. Одесса Украина*

Одним из важнейших условий существования человека является непрерывное снабжение организма кислородом. Молекулярный кислород

необходим для производства энергии, нормального роста и функционирования клеток. При дефиците кислорода развивается патологическое состояние, называемое гипоксией.

Гипоксия (Г) – типический патологический процесс, возникающий при недостаточном снабжении тканей кислородом или нарушении его утилизации. Гипоксия наблюдается при многих заболеваниях, являясь патологической основой различных процессов и функций, а также повреждения органов и тканей. В нормальных условиях эффективность энергетических окислительных процессов, являющихся основным источником макроэргических соединений, соответствует функциональной активности органов и тканей. При нарушении этого соответствия возникают разнообразные и морфологические нарушения, вплоть до гибели тканей.

В результате кислородного голодания в тканях возникает дисбаланс регуляторных и защитных систем организма, сопровождающийся интенсификацией свободно-радикальных (СРО) процессов, усилением перекисного окисления липидов (ПОЛ). На стадии декомпенсации защитных антиоксидантных систем резко активируется гликолиз, падает содержание АТФ в клетках, возникает лактат-ацидоз, что может быть причиной возникновения ряда самостоятельных заболеваний [1].

Гипоксия плода – это комплекс изменений в организме плода из-за недостаточного снабжения его кислородом. Гипоксия приводит к появлению аномалий развития, задержке роста плода, поражению ЦНС, снижаются адаптационные возможности новорожденного. У детей, перенесших в пренатальном периоде хроническую гипоксию, отмечается высокая частота задержки формирования двигательных навыков, простудных заболеваний в первый год его жизни.

Целью настоящего исследования явилось изучение влияния внутриутробной тканевой гипоксии и ее сочетание с кариесогенным рационом на состояние зубо-челюстной системы и тканей ротовой полости крыс.

Объектами исследования служили 41 белая крыса половозрелого возраста линии Вистар стадного разведения обоего пола: 33 самки и 8 самцов

из вивария ГУ «ИС ЧЛХ НАМН», которые содержались на стандартном рационе вивария.

Крысы, используемые в экспериментах, были здоровы, имели свободный доступ к воде и пище. Все воздействия на крысах проводились по утверждённым в ГУ «ИС ЧЛХ НАМН» стандартным операционным процедурам, разработанным в соответствии с Методическими указаниями Фармакологического Комитета МЗ Украины и Международным правилам работы с лабораторными животными [2].

У крыс половозрелого возраста было исследовано влияние внутриутробной тканевой гипоксии и кариесогенного рациона на состояние зубо-челюстной системы и органов ротовой полости крыс. Для воспроизведения потомства в 4-х группах крыс-самок было подсажено по 1-2 самца. Затем у крыс-самок половозрелого возраста предположительно с 10 по 19 дни беременности воспроизводили тканевую гипоксию введением в/брюшинно нитрита натрия ( $\text{NaNO}_2$ ) в дозе 10 мг/кг массы тела крыс [1].

После рождения крысят в 1-мес возрасте сажали на кариесогенный рацион (КГР) по Стефану [3].

Животных выводили из опыта путем тотального кровопускания из сердца, проводимого под наркозом (тиопентал натрия 40 мг/кг). Предварительно отделив слизистую оболочку полости рта, вычленяли челюсти.

На макропрепаратах выделенных челюстей крыс определяли количество кариозных полостей (на 1 крысу), а также глубину кариозных поражений зубов крыс кариесом (в баллах).

Выделенные челюсти крыс подвергали морфометрическому исследованию. Степень резорбции кости альвеолярных отростков челюстей крыс оценивали методом А. В. Николаевой [4]. Для этого при помощи бинокулярной лупы, в окуляр которой встроена линейка с ценой деления 0,05 мм, определяли степень обнажения каждого корня моляров и подсчитывали убыль костной ткани, которую выражали в процентах.

Содержание крыс на кариесогенном рационе в течение 30 дней способствовало достоверному увеличению на 32 % ( $p=0,05$ ) числа кариозных

полостей (в среднем на 1 крысу) (табл. 1). При этом глубина поражений зубов кариесом (в баллах) увеличивалась недостоверно (на 13 %;  $p > 0,05$ ).

Таблица 1 – Состояние зубо-челюстной системы крыс в условия воспроизведения гипоксии и кариесогенного рациона ( $M \pm m$ ;  $p$ )

Группы животных	Показатели резорбции костной ткани пародонта (в %)	Количество кариозных полостей на 1 крысу	Глубина поражений зубов кариесом (в баллах)
Интактная	16,3±0,9	2,5±0,3	3,2±0,4
КГР	22,9±0,5 $p < 0,001$	3,3±0,2 $p = 0,05$	3,6±0,2
Г+КГР	25,2±1,6 $p = 0,001$	3,2±0,2 $p = 0,08$	3,1±0,3

Примечание. В табл. 1 показатель достоверности  $p$  рассчитан по сравнению с интактной группой.

Кариесогенный рацион за 1 месяц опыта вызвал у крыс достоверное усиление степени атрофии костной ткани пародонта на 40,5 % (от 100 % в интактной группе;  $p < 0,001$ ; табл. 1).

Гипоксия в сочетании с кариесогенным рационом в большей степени усиливала показатели резорбции кости альвеолярного отростка крыс (на 54,6 %;  $p = 0,001$ ; табл. 1). Количество кариозных полостей на 1 крысу по сравнению с интактной группой имело тенденцию к увеличению (на 28 %;  $p = 0,08$ ; табл. 1).

Гипоксия и ее сочетание с кариесогенным рационом (КГР) вызывала значительные изменения в показателях сыворотки крови, зубо-челюстной системы и тканей пародонта крыс, что свидетельствовало о развитии в них воспалительных явлений, нарушений метаболизма МКМ, сдвигов уровней метаболических маркеров, резорбции костной ткани пародонта.

Результаты проведенного исследования демонстрируют усиление числа кариозных поражений зубов крыс в условиях внутриутробной тканевой гипоксии эмбрионов и кариесогенного рациона, на котором содержались новорожденные крысы в продолжении 30 дней. В этих условиях установлено усиление резорбтивных процессов в костной ткани пародонта животных.

Гипоксия в сочетании с кариесогенным рационом вызывала в тканях пародонта снижение содержания оксипролина и гликозаминогликанов. В организме крыс усиливались воспалительные процессы – в сыворотке крови увеличивалось содержание сиаловых кислот, в слизистой оболочке полости рта – активность КФ, в костной ткани пародонта – уровень МДА.

В организме и тканях пародонта крыс наблюдались метаболические сдвиги, связанные, очевидно, с недостатком кислорода и нарушениями энергетического обмена. Известно, что при анаэробном метаболизме в условиях нехватки кислорода пируват преобразуется в лактат при помощи фермента лактатдегидрогеназы. Накопление лактата в этих условиях приводит к развитию лактат-ацидоза с понижением рН крови, что, в свою очередь вызывает резкие нарушения в клеточном метаболизме.

#### Література:

1. Лукьянова Л.Д. Молекулярные механизмы тканевой гипоксии и адаптация организма / Л.Д. Лукьянова // Физиологический журнал. 2003. – Т.49. - №3. – С. 17-35.
2. Международные рекомендации по проведению медико-биологических исследований с использованием животных. / Ланималогия. – 1993. – №1. – С.29-31.
3. Stephan R.N., Harris N.R. Advances in experimental caries research / R.N. Stephan, N.R. Harris // Washington. – 1955. – P. 47-48.
4. Николаева А.В. Влияние некоторых нейротропных средств на состояние тканей при раздражении верхнего шейного симпатического узла: Автореф. дис. канд. мед. наук / А. Николаева – Харьков. – 1967. – 29с.

## РІВЕНЬ ФІЗИЧНОГО ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ І ЙОГО ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ІЗ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯМ ОРГАНІЗМУ ЙОДОМ

*Ковалів М.О.,*

*асистент кафедри загальної гігієни з екологією*

*Львівський національний медичний університет*

*імені Данила Галицького,*

*м. Львів, Україна*

Ефективна адаптація до навчального процесу не можлива без належного фізичного (соматичного) рівня здоров'я, для характеристики якого проводять бальну оцінку інтенсивності аеробного утворення енергії за показниками індекса Робінсона, «життєвого» і «силового» індексів, масо-зростовим показником. Застосування кореляційно-регресійного аналізу для встановлення залежностей показників захворюваності і рівня соматичного здоров'я дозволило встановити «безпечний рівень» здоров'я, тобто рівень, вище якого прогнозовані показники захворюваності є рівними нулю. Цей рівень знаходиться між 4 і 5 рівнями соматичного здоров'я. Використання феномену «безпечного здоров'я» дає можливість проведення первинної профілактики захворювань на строго науковій основі [1].

Одним з найважливіших дефіцитарних мікронутрієнтних станів вважається дефіцит йоду, що може бути причиною широкого спектра розладів із ризиком формування патологічних йододефіцитних станів або захворювань. На тлі субклінічного гіпотиреозу виявлено гальмування фізичного розвитку, зміни у крові, погіршення пам'яті, уваги та настрою, зниження інтелекту та порог розвитку депресивних станів, відставання у навчанні, підвищення показників захворюваності [3,4].

З огляду на це метою даного дослідження стали вивчення та оцінка рівня фізичного (соматичного) здоров'я студентів-першокурсників, його зв'язок із забезпеченістю організму йодом.

Система оцінки рівня соматичного здоров'я проводилася шляхом ранжування показників найбільш лабільних систем організму - системи кровообігу і вегетативної нервової системи, особливостей фізичного розвитку студентів і функціональних можливостей їх організму. Кожному рангу присвоєно відповідний бал, загальна ж оцінка соматичного здоров'я визначалася сумою балів, що відповідає певному рівню аеробного потенціалу енергії і характеризує рівень соматичного здоров'я, як низький (3 бали), нижче середнього (4-6 балів), середній (7-11 балів), вище середнього (12-15 балів), високий (16-18 балів), і є інформативною щодо багатьох клініко-фізіологічних показників [1].

Забезпеченість студентів йодом оцінювали за показниками йодурії згідно рекомендацій ВООЗ: рівень йоду у сечі понад 100 мкг/л вважався нормальним, 50-100 мкг/л свідчив про слабкий ступінь дефіциту йоду, від 20 до 50 мкг/л – про помірний його дефіцит, менше 20 мкг/л – про значну йодну недостатність. У даному дослідженні, яке проводилось на початку першого року навчання, взяли участь 266 студентів (78 хлопців і 188 дівчат) віком 16-18 років. Для вивчення та оцінки показників фізичного здоров'я в обстежених студентів визначали зріст (ЗР), масу тіла (МТ), життєву ємність легень (ЖЄЛ), м'язову силу кистей рук (МС), частоту серцевих скорочень (ЧСС) й артеріальний тиск у спокої та після функціональної проби Мартінета, час відновлення ЧСС після цієї проби з подальшим розрахунком індекса маси тіла (ІМТ), життєвого індекса (ЖІ), силового індекса (СІ) й індекса Робінсона (ІР). Одержані результати за окремими індексами і часом відновлення ЧСС оцінювали в балах, за сумою яких студентів розподіляли на 5 рівнів здоров'я [2].

За індексом маси тіла, життєвим та силовим індексами суттєвих розбіжностей між хлопцями та дівчатами не спостерігалось. Більшість хлопців (55%) і дівчат (70%) характеризувалися середнім рівнем здоров'я за ІМТ, практично всі студенти – низьким рівнем здоров'я за СІ (96,3% дівчат і 90% хлопців). Близько половини студентів (51% хлопців і 55% дівчат) характеризувалися низьким рівнем здоров'я за ЖІ. Проте за ІР у хлопців переважав рівень нижче середнього (34,6%), у той час як у дівчат - вище



середнього (31%). За часом відновлення ЧСС у більшості хлопців спостерігався середній рівень здоров'я (51,3%), а у дівчат - вище середнього (44,1%) та середній (43,6%).

За загальною сумою балів, які характеризують рівень фізичного здоров'я студенти розподілялися наступним чином: 61,5% хлопців і 45% дівчат належали до низького рівня фізичного здоров'я, відповідно 21,8% і 23% - до нижче середнього, 16,7% і 28% - до середнього. Вище середнього та середній рівні фізичного здоров'я у хлопців на початку навчального року не спостерігались; у дівчат ці рівні складалі 3% і 0,5% відповідно.

За результатами йодурії йододефіцит різного ступеню встановлений у 85% обстежуваних студентів. При цьому кількість хлопців зі значним і помірним йододефіцитом складала 70,5% і виявилася меншою, а з нормальним йодозабезпеченням - 29,5%, що є більшою, ніж у дівчат, у яких відповідні показники складалі 91% і 9%.

Із врахуванням можливого сповільнення окисно-відновних реакцій тканинного дихання й окисного фосфорилування на тлі йододефіциту [5] проведено оцінку рівня фізичного здоров'я залежно від забезпеченості студентів йодом, і встановлено, що у дівчат з нормальними показниками йодозабезпечення та легким йододефіцитом високий, вище середнього, середній та нижче середнього рівні фізичного здоров'я складалі 55% і, переважали над низьким рівнем здоров'я (45%). Щодо хлопців така тенденція не спостерігалась, ймовірно через малочисельність вибірки, проте у тих, в кого встановлений помірний та важкий йододефіцитом реєструвалися лише нижче середнього та низький рівні фізичного здоров'я.

Таким чином, проведені дослідження свідчать про те, що приблизно 73% студентів-медиків на початку першого року навчання відзначаються низьким або нижче-середнього рівнями фізичного здоров'я, що свідчить про недостатній рівень аеробного енергетичного потенціалу і низьку тренуваність студентів; у 85% студентів реєструється йододефіцит, зазвичай слабкого ступеня; із посиленням йододефіциту рівень фізичного здоров'я погіршується, що вказує

на необхідність розроблення адекватних оздоровчих і профілактичних заходів щодо підвищення функціональних резервів організму студентів.

#### Література:

1. Король С.А. Оцінка стану соматичного здоров'я та фізичної підготовленості студентів I курсу технічних спеціальностей. *Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту*. 2014, 11, 23-29. doi:10.15561/18189172.2014.1105

2. Апанасенко, Р.Г. Науменко. Соматическое здоровье и максимальная аэробная способность индивида. Теория и практика физ. Культуры. 1988, 4, 29-31.

3. Awad A.G. The thyroid and the mind and emotions. *Thyrobulletin*. 2000, 7, 3. <http://www.thyroid.ca/e10f.php>.

4. Hetzel B.S. Iodine and neuropsychological developmen. *Journal of Nutrition*. 2000, 130(28), 4935.

5. Sun X., Shan Z., Teng W. Effects of increased iodine intake on thyroid disorders. *Endocrinol. Metab. (Seoul)*, 2014, 29 (3), 240-247.

---

Медичні науки

## ЗАСТОСУВАННЯ ЛОГІСТИКИ В МЕДИЦИНІ

**Коломоєць А.В.**

*Кандидат медичних наук,  
Директор «Медсервісгруп»,  
м.Київ, Україна*

Розширене тлумачення терміну «медична логістика» надається Міжнародним комітетом Червоного Хреста, згідно якого медичною логістикою прийнято називати планування, управління, контроль ефективності потоків, транспортування і зберігання фармацевтичних препаратів, медичного та хірургічного обладнання, медичних приладів та устаткування, необхідних для забезпечення роботи персоналу в медичних установах, а також санаторіях і аптеках. Кінцеві споживачі несуть відповідальність за життя і здоров'я своїх

пацієнтів, тому медична логістика унікальна тим, що головним її пріоритетом є оптимізація ефективності лікування, його якості і тільки потім мінімізація витрат.

Напрямки використання логістичних підходів у галузі охорони здоров'я наочно відобразимо за допомогою рис.1.

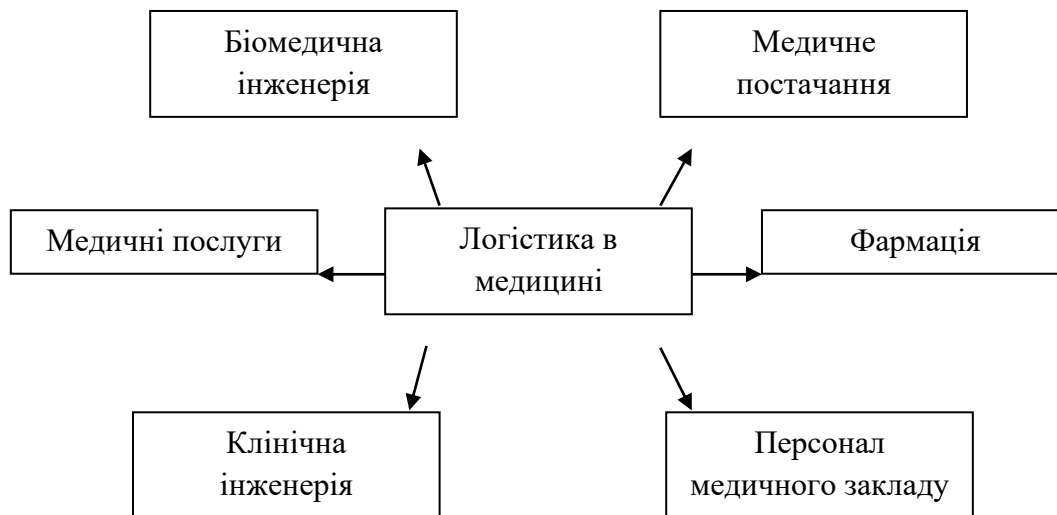


Рис. 1. Сфери застосування логістики в медицині  
*Джерело: власна розробка автора на основі[4]*

Таким чином, із наведеного рисунку можемо побачити, що напрямки застосування логістики в медичній галузі включають біометричну та клінічну інженерію, медичні послуги та постачання, фармацію та персонал медичного закладу.

Так, медичне постачання є надзвичайно місткою та складною схемою, яка має на меті забезпечити процес надання медичних послуг всіма необхідними засобами. При цьому, корисними виступають наступні можливості використання логістики: формування системи оптимальних співвідношень об'ємами складських резервів та мережею перевезень; зменшення витрат у випадку відмови або простою; створення найбільш доцільного рівня взаємозв'язків у процесі отримання, зберігання та транспортування; запровадження ефективної структури передачі управлінської інформації.

До складових елементів медичного постачання прийнято відносити: виробничі запаси (запаси лікарських засобів та медичних інструментів з метою швидкого задоволення потреб споживачів), транспорт (який доставляє продукцію від постачальника до складу і від складу до кінцевих споживачів), обслуговування, складське господарство, інформаційних зв'язок та контроль[4].

Ще однією характерною рисою логістики в сфері медичного постачання є те, що вона не тільки об'єднує керування різноманітними функціями постачання, а й сприяє підвищенню ефективності лікувально-діагностичного процесу, оскільки медичне майно в цьому разі постачають у належний час, у певне місце та в потрібних кількостях. Окрім того, поставки лікарських засобів і медичного обладнання різних видів мають на увазі високий ступінь відповідальності. Таку діяльність, як правило, супроводжують ризики значно вищі, ніж при стандарті званому ланцюгу постачання. Саме тому, сьогодні надзвичайно велика кількість підприємств медичної, фармацевтичної та біотехнологічної промисловості потребують значного вдосконалення логістичного процесу для мінімізації даних ризиків. В той же час, забезпечення безперешкодного постачання матеріалів для виготовлення виробів медичного призначення дозволить знизити або й повністю усунути простої на виробництві, а розвинена транспортно-логістична система гарантуватиме своєчасне виконання замовлень на всіх рівнях.

Проте, запровадження логістичних підходів у медичному постачанні супроводжується низкою вагомих проблем, зокрема: 1. Відсутність необхідної кваліфікації осіб, причетних до впровадження логістичних принципів, що також ускладнюється специфікою галузі її впровадження; 2. Немає напрацьованих схем оптимізації процесу медичного постачання, весь процес здійснюється методом спроб та помилок; 3. Недостатня підтримка держави на шляху до впровадження логістики у діяльність медичних установ, що значною мірою блокує процес, так як медичні заклади перебувають переважно у державній власності; 4. Присутність факторів нестабільності медичної галузі, через її постійне реформування, що впливає на зміну ключових учасників логістичного процесу.

Наступним складовим елементом медичної сфери, який значною мірою потребує застосування інструментів логістики є фармацевтична складова. Роль логістики у фармацевтичному напрямку є надзвичайно важливою, адже часто буває так, що для порятунку життя людини не вистачає декількох хвилин, або навіть секунд. У зв'язку із цим, в питаннях, де мова йде про життя та здоров'я людей рішення повинні прийматися швидко, професійно та без права на

помилку[3]. Так, перед перевезенням вантажу необхідно вивчити його хімічні та фізичні властивості, супутню документацію та інформацію на упаковці, в яких містяться дані про необхідні умови їх транспортування, а також провести маркування тари, в якій перевозиться вантаж, що в подальшому полегшить процес його прийому-передачі [1]. Поруч із цим, необхідно також враховувати вплив світла, вологи, пилу, уникати перевезення медикаментів поруч із іншими видами вантажу, забезпечувати певну температуру та вологість, тощо.

Напрямок використання логістики у фармації, має на меті усунути можливі затримки у постачанні лікарських засобів, з метою уникнення фактів їх псування, недотримання умов доставки, перегріву, охолодження, тощо. Адже, некоректно прокладений маршрут, неврахування фактів зміни температури, погодних умов, невикористання спеціалізованого транспорту все це може бути критичним для медикаментів, які перевозяться [2].

Наступний напрямок застосування логістики в медицині часто значною мірою нехтується, проте це не правильно. Мова іде про персонал медичного закладу та медичні послуги, адже використання логістичних підходів у даних сферах дозволило б оптимізувати процес надання послуг з метою усунення черг, зменшення кількості необхідного обслуговуючого персоналу, що дозволило б спрямувати вивільнені кошти на підвищення якості надання послуг. Деякі кроки по оптимізації медичної галузі вже здійснені в межах медичної реформи.

Використання інструментів логістики при формуванні мережі медичного персоналу та системи надання медичних послуг повинно усунути наявні диспропорції та недоліки проведення медичної реформи. В першу чергу це повинно здійснюватись шляхом залучення спеціалістів з логістики із-зовні для допомоги у створенні ефективної мережі медичних закладів. Адже вищеописана оптимізація нехтує цим фактором, рішення приймаються на найвищому рівні управління держави при цьому не враховуючи реальні потреби жителів місцевості. Окрім того одним із можливих напрямків застосування логістики у цій сфері є формування ланцюга взаємодії медичних закладів зі службою швидкої медичної допомоги в режимі реального часу що в свою чергу дасть змогу оптимізувати потік пацієнтів до

лікарень та усунути факти їх перенавантаження шляхом попередньої підготовки персоналу та обладнання для прийняття пацієнтів у важкому стані.

Ще одним із перспективних напрямків використання логістичних підходів у медицині є використання телеметричних засобів у керуванні процесом надання медичних послуг. Адже логістика потоків є вкрай необхідною для планування, реалізації, фінансування та визначення ефективності епідеміологічного нагляду, організаційно-технічного рівня послуг, тощо. Проте, теле-медицина – напрямок, який перебуває на стадії зародження в Україні, тому ще пройде певний період часу поки перевагами її застосування будуть користуватись повною мірою.

Поруч із цим, доведена ефективність застосування принципів логістики при організації роботи реєстратури лікарні. Актуальність цього зумовлюється використанням не повною мірою перевагою сервісу електронного запису на прийом, а також його недосконалістю, що формує потребу додаткової оптимізації процесу на місцях. Так, застосування логістики при роботі реєстратури дозволить вдосконалити процес запису та направлення хворих до лікарів різного профілю, оптимізувати потоки інформації, проводити контроль за створенням черг, для уникнення перевантаженості лікарів, тощо.

Загалом, кожна установа охорони здоров'я самостійно приймає рішення яким чином застосовувати логістичні підходи в своїй діяльності. Успішність цього процесу значною мірою залежить від підходу до проектування інформаційної підсистеми і правильністю постановки завдань.

#### Література:

1. Логістика для медицини: веб-сайт. URL: <https://neolit.ua/ua/articles/96> (дата звернення 13.02.2020).

2. Логистика для здравоохранения: быть или не быть: веб-сайт. URL: [https://new-retail.ru/business/logistika\\_dlya\\_zdravookhraneniya\\_byt\\_ili\\_ne\\_byt5582/](https://new-retail.ru/business/logistika_dlya_zdravookhraneniya_byt_ili_ne_byt5582/) (дата звернення 13.02.2020).

3. Посилкіна О.В., Сагайдак Р.В., Громовик Б.П. Фармацевтична енциклопедія. Фармацевтична Логістика: веб-сайт. URL: <https://www.pharmencyclopedia.com.ua/article/2106/logistika-farmaceutichna> (дата звернення 14.02.2020).

4. Філіпішин В.П. Застосування логістичних підходів у роботі лікувально-профілактичних закладів. 2015. №4. С. 16-23. URL: [file:///C:/Users/Inna/Downloads/prvoz\\_d\\_2015\\_43\\_4.pdf](file:///C:/Users/Inna/Downloads/prvoz_d_2015_43_4.pdf) (дата звернення 12.02.2020).

---

УДК61

Медичні науки

## ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ І ВАГІТНІСТЬ

*Кошель М.А.*

*Студентка V курсу*

*Медичного факультету ДВНЗ*

*«Ужгородський національний університет»*

*м. Ужгород, Україна*

Нині на нашій планеті нараховується біля 130 млн. хворих на цукровий діабет. Кожні 12-15 років їх кількість подвоюється. Тобто, до 2025 року загальна кількість хворих на діабет може досягти 300 млн. людей. В Україні відомо про 1 млн. хворих на цукровий діабет. Цукровий діабет — найбільш значуща не акушерська патологія. Це означає, що жодне інше хронічне захворювання не має настільки частого та вираженого негативного впливу на перебіг вагітності та стан плода, як цукровий діабет. Відповідно, перинатальна захворюваність та смертність при цукровому діабеті вища, ніж при інших, навіть найважчих захворюваннях — серцевій недостатності, артеріальній гіпертензії, хронічному гепатиті, гломерулонефриті та ін. Частота вад розвитку у дітей, народжених від матерів, хворих на цукровий діабет, коливається від 6 до 13%, тобто в 2-4 рази вища, ніж у дітей здорових матерів. Найчастіше зустрічаються наступні вади розвитку: кістковом'язової системи — в 37%, серця та судин — в 24%, аномалії ЦНС — в 14% випадків. Вади, несумісні з життям, зустрічаються в 2,6% випадків. Більшість вад розвитку формуються до 7 тижнів вагітності внаслідок декомпенсації основного захворювання. Необізнаність населення в питаннях планування сім'ї призводить до того, що в приголомшливій більшості випадків жінки з цукровим діабетом звертаються за кваліфікованою медичною допомогою з приводу вже

наявної вагітності. Частіше за все, жінка вагітніє на фоні декомпенсації цукрового діабету, а середній термін звернення складає 9-11 тижнів, тобто тоді, коли процес органогенезу та формування плаценти практично завершені. Планування вагітності у хворих на цукровий діабет — єдиний шлях зниження ризику ускладнень для матері та плода. В цій роботі приймають участь лікарі багатьох спеціальностей (ендокринологи, офтальмологи, генетики, терапевти, акушери-гінекологи, нефрологи та ін.). До вагітності проводиться ретельна санація жінок, які прагнуть до материнства, навчання їх в «школі діабету», лікування судинних ускладнень (лазерна коагуляція та ін.). Жінок з цукровим діабетом, що входять до групи ризику по урогенітальній інфекції (мають в анамнезі запальні захворювання геніталій, сечовідних шляхів, самовільні аборти, передчасні пологи, мертвонародження та ін.), необхідно обстежувати для виявлення збудника (неспецифічна та специфічна флора, в тому числі хламідії, мікоплазми, вірус простого герпесу, цитомегаловірус та ін.) з наступним лікуванням виявленої патології.

Навчання хворих принципам та методам самоконтролю за перебігом цукрового діабету є одним з найважливіших розділів роботи при плануванні вагітності у цього контингенту жінок. Навчання в «школі діабету» проводиться за спеціально розробленою програмою на базі принципів Сент-Вінсентської угоди. Якщо вагітна не буде навчена принципам дієтотерапії, не вмітиме змінювати дозу інсуліну у відповідності до потреб під час вагітності, це може призвести до розвитку декомпенсації діабету у формі кетоацидозу або гіпоглікемічного стану. При плануванні вагітності у хворих на цукровий діабет необхідно домагатися стабільної нормалізації обмінних процесів, щоб уберегти плід в період раннього ембріогенезу від пошкоджуючого впливу гіпер або гіпоглікемії. Необхідно намагатися досягти ідеальної компенсації за 3-4 місяці до вагітності:

- Глікемія натще 3,3-5,5 ммоль/л
- Глікемія через 2 години після їжі — 5,0-7,8 ммоль/л
- Концентрація глікозильованого гемоглобіну <6,5%
- Відсутність гіпоглікемічних станів та явищ кетозу.



Доцільно у жінок з цукровим діабетом другого типу, які отримують цукрознижуючі препарати та дієтотерапію, здійснити перехід на інсулінотерапію заздалегідь, тобто на етапі плануванні вагітності. Особливості перебігу цукрового діабету під час вагітності, пологів та в післяпологовому періоді.

В першій половині вагітності часто спостерігаються епізоди гіпоглікемії, які пов'язані зі зменшенням необхідності в інсуліні під впливом хоріонічного гонадотропіну, рівень секреції якого досягає максимальних величин в I триместрі вагітності. В цьому терміні нерідко виникає і кетоацидоз (так званий «голодний кетоз»), що вимагає зменшення дози інсуліну та підвищення кількості вуглеводів в добовому раціоні жінки.

З другої половини вагітності (22-24 тижні) зростає необхідність в інсуліні, що зумовлено високою гормональною активністю фетоплацентарного комплексу та гіпофізарно наднирникової системи вагітної. Кортизол, прогестерон та естрогени впливають як периферичні антагоністи інсуліну. Під впливом цих гормонів виникає інсулінорезистентність, знижується чутливість організму як до ендогенного, так і до екзогенного інсуліну, і, як результат, підвищується рівень глікемії та глюкозурії, нерідко виникає декомпенсація діабету.

Після 35 тижня вагітності потреба в інсуліні знову знижується. Це пов'язано із значним підвищенням функції інсулярного апарату плода і підвищенням утилізації глюкози з крові жінки. В кінці вагітності збільшується частота гіпоглікемічних епізодів, що може бути причиною розвитку дистресу плода.

В перші години після пологів, в результаті елімінації з крові породіллі контрінсулярних гормонів фетоплацентарного комплексу, рівень глікемії значно знижується. Протягом 2-3 днів післяпологового періоду потреба в інсуліні стає меншою, ніж під час вагітності, але з часом рівень глікемії починає зростати, а відповідно зростає і потреба в інсуліні. В кінці першого тижня післяпологового періоду потреба в інсуліні досягає рівня, який був у хворої до вагітності.

#### Література:

1. Авраменко Т.В., Жданович О.І., Коломійченко Т.В., Мединський Я.Т. Аналіз перебігу вагітності, пологів, стану плоду і новонародженого при

фетоплацентарній недостатності у матерів, хворих на цукровий діабет // Перинатология и педиатрия.2008. №2. С. 30-32.

2.Международная программа ALARM. Программа по снижению материнской и неонатальной смертности и заболеваемости / Под ред. И. Могилевкиной. К.: Издательство Аврора Принт,2006. 429 с.

3.Павлова М.Г. Обучение и самоконтроль в комплексном лечении сахарного диабета // Міжнародний ендокринологічний журнал. 2007.№5(11). С. 71-75.

4.Розина Н.В. Беременность с диабетом// Женское здоровье. 2004. №4. С.84-85.

5.Стандарти діагностики та лікування ендокринних захворювань / За редакцією член. кореспондента НАН та АМН України проф. М.Д. Тронька. К.: ТОВ «Доктор Медіа». 2007. 352 с.

---

УДК61

Медичні науки

## ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНИМ ГЕЛІКОБАКТЕРАСОЦІЙОВАНИМ ГАСТРИТОМ

***Крохмальна А.А.***

*студентка V курсу*

*ДВНЗ "Ужгородський національний університет"*

*Медичний факультет, кафедра факультетської терапії*

*м. Ужгород, Україна*

Оптимізація ведення хворих різної статі з гострим коронарним синдромом без елевації сегмента ST (ГКСбелST) із супутнім гелікобактерасоційованим гастритом в умовах кардіологічного стаціонару після усунення больового синдрому та стабілізації гемодинаміки.

Зв'язок інфікування *Helicobacter pylori* як можливого незалежного фактору обтяження перебігу ГКС із клініко-анамнестичними показниками і результатами лабораторних та інструментальних методів обстеження у хворих різної статі з ГКСбелST, а також вплив ерадикації збудника на перебіг ГКС вивчені недостатньо і потребують уточнення.

Мета дослідження: оптимізувати ведення хворих із ГКС без елевації сегмента ST та коморбідним гелікобактерасоційованим хронічним гастритом на основі вивчення гендерних особливостей, клінічно-анамнестичних даних і показників лабораторних та інструментальних методів дослідження.

Обстежено 363 хворих, госпіталізованих з діагнозом ГКСбелST та диспептичними скаргами. У дослідження включений 131 чоловік (середній вік  $64,7 \pm 6,2$  років) та 129 жінок (середній вік  $63,6 \pm 5,7$  років). Контрольну групу склали 60 практично здорових осіб (30 чоловіків, середній вік  $63,9 \pm 7,3$  років; 30 жінок, середній вік  $64,7 \pm 6,8$  років); дослідні та контрольні групи хворих різної статі були співставними за віком.

Окрім клінічно-лабораторного та інструментального обстеження, згідно рекомендованих протоколів, у тому числі проводилася електрокардіографія, ехокардіоскопія (ЕхоКС) та коронарографія; усім хворим імуноферментним аналізом визначали сумарні антитіла до *Helicobacter pylori* (HP); була проведена фіброезофагогастроуденоскопія із біопсією слизової оболонки шлунка та URE-HP тест для швидкої ідентифікації *Helicobacter pylori* в біоптаті, після цього пацієнти були проконсультовані гастроентерологом. Основні симптоми ГКС з'ясовували за допомогою контрольного списку симптомів ГКС, а симптоми диспепсії – за шкалою Likert.

Для виконання мети дослідження чоловіки та жінки були поділені на дві групи: інфікованих (HP+) та неінфікованих HP (HP-). Усі хворі отримували стандартну фармакотерапію згідно з чинними на даний час уніфікованими клінічними протоколами МОЗ України. Крім того, у HP+ групах виділено підгрупи хворих із хронічним гастритом та функціональною диспепсією, у яких додатково до стандартного лікування проводилася ерадикаційна терапія, у той час як у всіх інших підгрупах додатково призначався тільки інгібітор протонної помпи (ІПП) – пантопразол.

При дослідженні частоти інфікування HP та аналізі клініко-анамнестичних показників серед 103 хворих з ГКСбелST різного віку і статі з коморбідною есенціальною артеріальною гіпертензією, на етапі попереднього відбору

досліджуваного контингенту, інфікування НР достовірно частіше спостерігалось серед чоловіків порівняно з жінками (69,7% проти 30,3%,  $p < 0,05$ ). При цьому частота інфікування чоловіків усіх вікових груп була більш ніж удвічі вищою порівняно з жінками, чого не спостерігалось у хворих, не інфікованих *Helicobacter pylori*; серед яких відмічено рівномірний статевий розподіл пацієнтів.

Виявлено, також, достовірно вищу частоту інфаркту міокарда (ІМ) серед хворих, інфікованих НР, порівняно з неінфікованими, особливо в середньому та похилому віці, а також тенденцію до частішого розвитку ІМбелST у чоловіків середнього та похилого віку, інфікованих *Helicobacter pylori*, порівняно з жінками.

Під час проведення основного етапу дослідження, серед 260 пацієнтів, відмічено гірший клінічний профіль у НР+ пацієнтів, порівняно з НР-, особливо серед чоловіків. Зокрема, серед НР+ чоловіків із ГКС без елевації сегмента ST, інфікованих *Helicobacter pylori*, порівняно з НР-, а також порівняно із жінками, виявлено достовірно вищу інтенсивність болю у грудній клітці, плечі та у верхній частині спини, а також виражену задишку.

Разом із тим, серед обстежених НР+ жінок із ГКСбелST, порівняно з НР- особами, достовірно переважали відчуття дискомфорту в грудній клітці, пітливість, серцебиття і диспептичні симптоми, зокрема нудота.

Серед НР+ пацієнтів обох статей порівняно із НР- виявлено достовірно вищі рівні загального холестерину (ЗХ), ліпопротеїдів низької щільності, тригліцеридів, а також – коефіцієнта атерогенності (КА), що свідчить про значнішу дисліпідемію за умов гелікобактерної інфекції.

Виявлено достовірні ( $p < 0,05$ ) сильні кореляційні зв'язки між титром сумарних антитіл до НР із віком ( $r=0,7$ ), чоловічою статтю ( $r=0,89$ ), частотою ІМ у анамнезі ( $r=0,86$ ), наявністю набряків нижніх кінцівок ( $r=0,82$ ) і збільшенням печінки ( $r=0,88$ ), що може вказувати на зв'язок інфікування НР із прогресуванням СН у хворих з ГКС без елевації сегмента ST, ускладненої ХСН, особливо серед чоловіків старшого віку.

При аналізі динаміки досліджуваних показників у процесі лікування встановлено більшу інтенсивність і тривалість больового синдрому, а також

тривалість перебування у стаціонарі у групах НР+ пацієнтів обох статей порівняно з НР-. Відмічалось зменшення больового синдрому в групах хворих, що отримували ерадикаційну терапію (ЕТ), порівняно із пацієнтами, що отримували тільки ІПП.

Отримані дані свідчили про вплив інфікування НР на досліджувані показники та обтяження клінічного перебігу; активацію системного запалення, поглиблення дисліпідемії, перевантаження лівих відділів серця, а також прогресування серцевої недостатності, особливо серед чоловіків старшого віку. Більшість виявлених нами змін посилювалися з прогресуванням запального процесу слизової оболонки шлунка і були достовірно вираженішими у пацієнтів із супутнім хронічним гелікобактерасоційованим гастритом, ніж у хворих із функціональною диспепсією та неінфікованих НР. Відмічено хороший ефект ерадикаційної терапії на покращення клінічного профілю, скорочення терміну перебування пацієнтів у стаціонарі, зниження інтенсивності процесів системного запалення та дисліпідемії у хворих ГКСбелST, інфікованих НР, з більшою ефективністю лікування серед жінок порівняно з чоловіками.

#### Література:

1. Алексеева ОП, Пикулев ДВ, Долбин ИВ. Ишемическая болезнь сердца и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: синдром взаимного отягощения (Клиническая иллюстрация). Клинические перспективы в гастроэнтерологии, гепатологии. 2012; 3: 31-4.

2. Кобза П, Рудик ТБ, Кобза ТІ. Сучасна дезагрегантна терапія у пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями. Серце і судини. 2014; 1: 89-96.

3. Коваленко ВМ, Несукай ОГ, Долженко ММ, Горбась ІМ. Превентивна кардіологія: імплементація міжнародних рекомендацій в Україні. Київ: Моріон; 2015. 104 с.

4. Козирєва ТЄ. Вплив інфекції *Helicobacter pylori* на перебіг ішемічної хвороби серця в поєднанні з цукровим діабетом 2 типу. Сучас. гастроентерологія. 2016;5 (91): 28-33.

5. Наказ Міністерства охорони здоров'я України 24 травня 2012 року № 384. Уніфікований клінічний протокол первинної, екстреної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Артеріальна гіпертензія». Київ; 2012. 72 с.

---

УДК 657

Медичні науки

## СЕЛЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ ОРГАНІЗАЦІЙНО-МЕДИЧНИХ ЗАХОДІВ ЩОДО ПРОФІЛАКТИКИ І РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ РАКУ ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ

*Левченко Н.П*

*студент*

*Донецький національний медичний  
університет (Лиман)*

*Медичний факультет №3*

*м.Маріуполь*

**Актуальність:** Збереження репродуктивного здоров'я нації є невід'ємною частиною демографічної політики України, тому організація заходів, спрямованих на поліпшення профілактики, діагностики та лікування жінок, хворих на рак репродуктивних органів, залишається актуальною проблемою, яка потребує вирішення на державному рівні[4,с.46].

Розповсюдженість РГЗ в Україні має виражений територіальний характер з переважанням захворюваності населення південно-східного регіону, який відзначається найвищим рівнем забруднення довкілля канцерогенними речовинами розвиненої промисловості та сільського господарства[1,с.38].

**Метою дослідження** є дослідити ефективність профілактичних заходів і методів раннього виявлення раку грудної залози у мережі лікувально-профілактичних закладів м. Маріуполя. Вивчити динаміку захворюваності і занедбаності у хворих на рак грудної залози[РГЗ]у м. Маріуполь за 2016,2018роки.

**Матеріали та методи:** статистичні звіти і бесіди з пацієнтами міського міжрайонного онкологічного диспансеру м. Маріуполя.

Несприятлива екологічна обстановка в такому великому промисловому центрі України, як м. Маріуполь, де зосереджені десятки заводів, фірм, фабрик,

серед яких флагмани металургії (комбінати ім. Ілліча і «Азовсталь») і машинобудування (концерн «Азовмаш»), судноремонтний завод, Маріупольський морський порт, за останні роки призвела до зростання онкологічної захворюваності серед населення міста. Захворюваність на онкопатологію у місті Маріуполі в 2018 році склала 413,1 на 100тис. населення, у 2017 році ця цифра була 399,2 на 100 тис. населення, 2016 році склала 386,0 на100тис). Згідно з додатком до наказу департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації №1107 від 27.12.2018 р. за КЛПУ «Міський міжрайонний онкологічний диспансер м. Маріуполя» закріплене населення наступних регіонів (чисельність населення вказана станом на 01.01.2018 р.):

1. м.Маріуполь – 462 319
2. Великоновоселківський район – 38 423
3. Волноваський район– 98 248
4. м.Вугледар – 15 109
5. Мангушський район – 26 256
6. м.Мар'їнка та район– 80 495
- у т.ч. м.Курахово – 19511
7. Нікольський район – 28 210

з загальною кількістю населення, що обслуговується 656872 людей[розроблено автором за даними 2].

Високий відсоток запущеного раку молочної залози пояснюється тим, що жінки пізно звертаються до лікаря, лікуються нетрадиційними методами. Через психологічні та соціальні аспекти, що супроводжують проблему РГЗ, страх пацієнток втратити внаслідок лікування своє самовідчуття повноцінності, привабливості та соціальний статус особливе значення мають не тільки онкологічні, але й естетичні аспекти лікування.

«Забезпечення ефективного лікування при раку — це завдання системи охорони здоров'я, а відповідальне ставлення до свого здоров'я, профілактики та ранньої діагностики пухлинних захворювань — це обов'язок кожного громадянина», — підсумував свій виступ на XIII З'їзді онкологів та радіологів

України, професор Ю. Думанський[3,с.5]. Для правильного планування організаційних заходів з метою активного виявлення хворих на РГЗ проводиться скринінг, регулярні профілактичні огляди, диспансеризація, інформування населення. Результати: У 80–90% випадків захворювання виявляють самі хворі, у 15–18% — лікар при профілактичному огляді, під час мамографічного скринінгу — у 4–6% обстежених[4,с.46].

З усіх вперше виявлених у 2018 році хворих із злоякісними новоутвореннями з занедбаною формою захворювання виявлено 22,2%, що практично не змінилося у порівнянні з 2017 р. - 22,6%.

Перші місця по занедбаності серед злоякісних захворювань у 2018 р. займають, як завжди, злоякісні новоутворення ротової порожнини – 58,8%, новоутворення шлунку – 48,8%, молочної залози - 39,4%, прямої кишки 33,6%, легенів – 33,1% [2].

Насторожує той факт, що перші місця по занедбаності з року у рік займають пухлини візуальних локалізацій, для діагностики яких не потрібно додаткових, дорогих методів обстеження, а досить звичайного рутинного огляду лікарем на прийомі, а також флюорографічного обстеження легенів - методу, доступного у всіх первинних центрах міста. У 2018-19 роках співробітниками диспансеру організовано і проведено: 9 телепередач по міських телевізійних каналах з питань профілактики, діагностики і лікування передпухлинних і злоякісних захворювань; 6 передач по міському радіо; опубліковано 3 статті в міських газетах.

Виявлення онкопатології при проведенні профілактичних оглядів у Маріуполі у 2015 році ця цифра складала 12,8%, у 2016 році збільшилася і склала 16,6%, у 2017 році - 14,8 %, у 2018 році зменшилось і склала 12,8 % Показники, як виявлення, так і занедбаності онкопатології знаходяться в прямій залежності, як від повноти і якості обстеження хворих, так і від повноти і якості проведення профілактичних оглядів та диспансеризації населення.

Рак - глобальна проблема, котра має вплив на всі верстви населення, незалежно від матеріального стану, расової приналежності, віросповідання,



статі, віку. Тому важливо пам'ятати, що своєчасна діагностика - одна із головних складових успішного лікування[1, с.1].

**Висновки:** Оскільки інвестування у профілактику і раннє виявлення раку дешевше, ніж боротьба з його наслідками, у рамках партнерського проекту Добродійного фонду Ріната Ахметова "Розвиток України" спільно із Національним інститутом раку почав працювати пересувний медичний комплекс "Мобільна жіноча консультація" –спеціалізований трейлер для проведення скринінгу РГЗ та раку шийки матки за європейським зразком. Жінки можуть безкоштовно пройти обстеження ,і при виявленні предракових станів або пухлин на ранніх стадіях зростуть шанси пацієнок на одуження.

#### Література:

- 1.Щепотин І.Б.,РГЗ.Сучасні аспекти хірургічного лікування(за даними Національного інституту раку).Київ,Клиническая онкология№1(9)2013с.1;с.38.
2. в роботі використані статистичні звіти міського міжрайонного онкологічного диспансеру м.Маріуполя,2016,2018рр.
3. XIII З'їзді онкологів та радіологів України:Сучасний стан і перспективи галузі. Київ,Клиническая онкология№2(22)2016-с.4.
4. Смолянка І.І.,Скринінг,профілактика та рання діагностика раку грудної залози.Київ,Клиническая онкология№4(12)2013-с.46.

---

Медичні науки

## ЕПІЛЕПТИЧНИЙ СТАТУС ПРИ ANCA-АСОЦІЙОВАНОМУ ВАСКУЛІТІ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

**Макаренко Д. О., Чорнобай О. О.**

*студентки*

*Харківського національного*

*медичного університету*

*м. Харків, Україна*

Актуальність. У наш час наука досягла великих успіхів в пошуках причин деяких захворювань, але на жаль зустрічається ще багато хвороб, які

мають неясний генез, особливо гостро стоїть питання з патологічними станами, які загрожують життю пацієнта, наприклад, епілептичний статус.

Епілептичний статус може виникати через неврологічні або інші соматичні захворювання. Антинейтрофільні цитоплазматичні антитіла (ANCA) представляють собою групу імуноглобулінів, яка може спостерігатися в пацієнтів з різними аутоіммунними порушеннями, але особливо пов'язана з системним васкулітом. ANCA-асоційований васкуліт (AAV) - це рідкісні системні аутоіммунні захворювання, що вражають дрібні і середні кровоносні судини.

Для розгляду пропонується клінічний випадок: пацієнт 48 років мав гострий розвиток захворювання і помер через 5 місяців після його початку. У 48-річного чоловіка було діагностовано AAV з екстракапілярним некротичним гломерулонефритом, що було підтверджено лабораторними дослідженнями і біопсією нирки. Його лікували однократними внутрішньовенним введенням циклофосфаміда 5 мг і метилпреднізолону 250 мг / день протягом 3 днів з наступним пероральним введенням преднізолону 1 мг / кг / день. Через два місяці він був госпіталізований через генералізовані судоми, отримував внутрішньовенно-боліусну терапію лоразепамом 4 мг. Постіктальні неврологічні обстеження не виявили неврологічного дефіциту, ні пошкодження шкіри, ні ураження суглобів. МРТ головного мозку показало невеликі гіперінтенсивні зважені порушення в перивентрикулярній і підкіркових структурах без контрастного посилення. Гематологічний скринінг був в нормі. Патологічні зміни мали результати таких показників: креатинін сироватки 7,82 мг / дл, ШОЕ 57мм / год, С-реактивний білок 102 мг / л, позитивність до р-ANCA (як виявлено за допомогою непрямой імуофлюоресценції і ІФА), мікротематурія. Аналіз спинномозкової рідини на культури був негативним. Хворого лікували внутрішньовенним введенням метилпреднізолону 1 г / сут протягом 5 днів, після виписки хворий продовжував сприймати карбамазепін 400 мг / день і преднізолон 1 мг / кг / день. Через місяць він був знову госпіталізований через раптове погіршення стану з втратою свідомості, кривавою блювотою, кровохаркання, кровотечею з носа і макроскопічною гематурією. Артеріальний тиск був в нормі. Гематологічної дослідження показало важку анемію і поліорганну недостатність (нирки, підшлункова залоза,

печінка). Аналіз спинномозкової рідини показав високий рівень білка. Поліграфічний запис виявив астериксис, повільну фонову активність і двосторонні трифазні хвилі. МРТ головного мозку показала множинне порушення кортикально-підкіркових структур. Пацієнт помер від геморагічного шоку через 3 дні після надходження, через 5 місяців після початку захворювання.

**Висновок.** У даній публікації наголошується на важливості проведення аналізів для виявлення антинейтрофільних цитоплазматичних антитіл (ANCA) в пацієнтів з епілептичним статусом, за для щонайшвидшого вибору раціональної терапії.

#### Література:

1. Григорова І.А., Соколова О.А. «Неврологія»// Учебник. – ВСВ «Медицина», 2014р. - 640с. + 32 коль. вкл.
2. Триумфов А. В. Топическая диагностика заболеваний нервной системы // Клиническое руководство. – Л: Медгиз. – 1959. – 170 с.

---

Медичні науки

### ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ПОРУШЕНЬ ФІЗІОЛОГІЇ З ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ У ДІТЕЙ

**Мельник О.О.**

*асистент кафедри педіатрії,  
неонатології та дитячих інфекцій*

**Серов П.О.**

*студент 3 курсу медичного факультету  
Донецький національний медичний університет  
м. Маріуполь, Україна*

**Актуальність:** Проблематика взаємодії соматичного і психічного початку у формуванні цілісного розвитку індивіда (формування «психосоматичного стану») - одна з головних прогалин медицини і, зокрема, педіатрії в цілому. Найчастіше, крім, неврології та ендокринології, що впливають на виникнення та зміну психічного стану пацієнта, не враховуються взаємозв'язок і причини виникнення деяких порушень, психічних станів і захворювань у дітей.

**Мета:** Показова і статистична кореляція фізіології і психічних порушень у дітей різних вікових груп.

**Метод дослідження:** статистичний аналіз, опитування, дослідження, опрацювання і аналіз відповідної літератури.

**Тези:** Загальна характеристика психічних розладів, проблематика діагностики у дітей. Зв'язок рубежів розвитку, особливостей дитячого організму, зі специфічним сприйняттям дитини.

Взаємодія специфічного (неповноцінного) соціуму, відсутність достатнього контакту з однолітками, тотальна «гаджіталізація», повністю ізолює молодий і психологічно нестійкий організм дитини від навколишнього світу, нестабільне положення в різних шарах суспільства різних вікових груп.

Зростання чисельності аутизму, роль для суспільства, соціальна адаптація «аутистів».

Нестабільне гормональний стан дитини, особливо у підлітка, нервозність, депресивний стан, схильність до суїциду.

Нестійкий психічний стан, фізіологічний дисбаланс структури і функціонування дитячого організму, бурхливе зростання, гормональні скачки і спади, емоційна лабільність.

Культурна стигматизація помилково вказує, що пацієнти зі змінами психіки агресивні і соціально небезпечні для оточуючих.

Порівняльна характеристика перенесених захворювань, взаємозв'язок з фізіологічними особливостями організму і порушеннями, прийом різних препаратів, в тому числі ранне куріння і прийом наркотичних препаратів типу «Екстазі» та інших стимуляторів амфетамінового ряду.

Левову частку на психіку зростаючого організму відкладають перенесені захворювання: менінгіт, бронхіальна астма, прийом аспірину, кишкові розлади, наявність інвалідності в анамнезі, вакцинація, «посилене» лікування-відсутність соціалізації хворих на туберкульоз дітей.

Необхідно також враховувати, що формування психіки відбувається ще до народження дитини. Умови протікання вагітності, екстрагенітальна патологія

майбутньої матері, психологічний стан вагітної, перебіг вагітності, соціальні фактори (збалансованість і характер харчування під час вагітності, освітній ценз батьків, наявність професійних і шкідливих умов роботи в анамнезі (в т.ч. і у батька), умови і якість життя, проживання в промисловому регіоні або психологічно неспокійних регіонах, зонах бойових дій), наявність психічних розладів у інших членів сім'ї з обох сторін, також відкладають відбиток на майбутню дитину і формування її психічного здоров'я.

**Висновок:** Необхідність подальшого вивчення змін дитячої психіки і психології, підвищення кількості фахівців даної галузі, обов'язкова психіатрична оцінка кожної дитини перед прийомом до школи і в підлітковому періоді. Спільна робота фахівців різних областей (батьків, педіатрів, педагогів, психологів та ін.) Це дозволяє усунути багато проблем і виявити відхилення на ранніх етапах їх формування.

---

УДК 616-053.2

Медичні науки

## РЕГІОНАЛЬНА ОЦІНКА АНТРОПОМЕТРИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ДІТЕЙ

*Москвяк Н.В., Юрченко С.Т.,  
доценти кафедри загальної гігієни з екологією  
Львівський національний медичний університет  
імені Данила Галицького,  
м. Львів, Україна*

У багатьох країнах світу виявлено посилення антропогенного навантаження на організм, зокрема доведено суттєвий вплив урбоекологічних факторів на морфофункціональний розвиток дітей та підлітків [2-4]. З огляду на різні умови середовища проживання людини, їх територіальну своєрідність актуальним залишається вивчення регіональних особливостей формування фізичного розвитку (ФР) дітей.

Мета роботи полягала в оцінці антропометричних показників фізичного розвитку школярів 12-ти років м. Львова й порівнянні їх величин з дитячими колективами інших міст України.

У ході дослідження визначали зріст (ЗР), масу тіла (МТ), обвід грудної клітки (ОГК) школярів 12-ти років, які навчаються у загальноосвітніх навчальних закладах м. Львова згідно стандартних антропометричних методів дослідження. Було обстежено 214 дітей, з них хлопчиків - 113, дівчаток - 101. Отримані результати зіставляли із контрольними значеннями відповідно до Критеріїв оцінки ФР дітей шкільного віку України (2013) [1] та порівнювали із аналогічними параметрами їх однолітків, які проживають у інших обласних центрах України.

Встановлено, що 12-ти річні дівчатка м. Львова є вищими, ніж хлопчики на 1,05 см, їх МТ та ОГК перевищують показники осіб чоловічої статі на 1,48 кг та 1,70 см відповідно. Отримані показники вказують на статевий диморфізм поміж школярів, що відповідає фізіологічним закономірностям формування дитячого організму у пубертатному періоді. ОГК киянок того ж віку є більшим на 3,10 см від параметра хлопців ( $p < 0,05$ ). Поряд з тим, серед мешканців Харківщини спостерігається протилежна тенденція, оскільки МТ та ОГК хлопчиків є дещо вищими (1,32 кг і 2,14 см) у порівнянні із відповідними показниками дівчаток. Виявлена особливість є нетиповою, оскільки у хлопців впродовж цього періоду, як правило, спостерігається уповільнення ростових процесів.

Порівняння параметрів ФР з контрольними значеннями Критеріїв ФР для дітей відповідної вікової групи дозволило констатувати, що існує істотна різниця між показниками МТ хлопчиків та ОГК дівчаток 12-ти років. МТ хлопчиків м. Львова є більшою на 3,26 кг, а ОГК дівчаток на 3,27 см ( $p < 0,05$ ). Результати замірів школярок м. Києва засвідчують вірогідно нижчі ( $p < 0,05$ ) значення ЗР (2,23 см) та ОГК (2,26 см) у порівнянні із загальноукраїнськими нормативами. У однолітків м. Харкова обох статевих груп зафіксовано найбільші середні значення ЗР і МТ, які вірогідно відрізняються від Критеріїв 2013 р.

Таким чином, виявлено і підтверджено регіональні особливості фізичного розвитку дітей 12-ти років на підставі соматометричних показників, що вказує на необхідність застосування диференційованих підходів для вивчення стану здоров'я дітей.

## Література:

1. Критерії оцінки фізичного розвитку дітей шкільного віку. Наказ МОЗ України від 13.09.2013 р. № 802.
2. Польша Н.С., Платонова А.Г. Физическое развитие школьников Украины. Пространственно-временные и морфофункциональные особенности: монография. Київ : Генеза, 2015. 272 с.
3. Федотова Т.К. Влияние экологии современного мегаполиса на ростовые процессы дошкольников. *Педиатрия*. 2006, 6, 41-45.
4. Andrea L. Deierlein, Susan L. Teitelbaum, Gayle C. Windham, et. al. Lead exposure during childhood and subsequent anthropometry through adolescence in girls. *Environment International*. 2019, 122, 310-315.

---

УДК: 614.23

Медичні науки

## ПОЗИТИВНІ СТОРОНИ ПРОФЕСІЇ ЛІКАРЯ ОЧИМА АБИТУРІЄНТІВ

**Чорномидз Ю.А.,**  
*студент медичного факультету*  
**Чорномидз А.В.,**  
*керівник відділу*  
*внутрішнього забезпечення якості*  
*вищої освіти*  
*Тернопільський національний*  
*медичний університет*  
*ім. І.Я.Горбачевського МОЗ України*

В Україні професія лікаря незмінно входить до першої десятки найпрестижніших (5 місце) [1]. На противагу даним України, у більшості європейських країн та США престиж медиків, так само як і університетських викладачів та працівників ІТ-сфери є найбільшим серед усіх занять [2,3,4,5].

Престижність професії лікаря з кожним роком все знижується. Це пов'язано із кількома факторами. По-перше престижність тієї чи іншої

спеціалізації оцінюється більшістю дорослого населення України виключно за можливими доходами. В Україні заробітна плата медичного персоналу залишається на сьогоднішній день найнижчою у Європі. Окрім цього на престиж професії лікаря в останні роки негативно вплинули засоби масової інформації, створюючи образ лікаря, як бездарного, корумпованого та емоційно черствого індивідуума, який орієнтований виключно на фінансову винагороду та невідданий своєму фаху. Таким чином, у більшості громадян, зокрема у людей без вищої освіти, лікарі асоціюються із корупцією та некомпетентністю.

Затребуваність професії лікаря також змінюється. В Україні найвища кількість лікарів на одиницю населення в Європі. Знайти місце роботи після закінчення медичного ВНЗ надзвичайно важко.

Таким чином, альтруїстичні мотиви у теперішній час часто поступаються матеріальним вигодам, хоча це відбувається переважно на старших курсах навчання в медичних освітніх закладах. Потрапивши в медичний ВУЗ студент стикається під час навчання із реаліями стану медицини в державі, все більше оцінює і співставляє переваги та недоліки обраної професії та мотивація до навчання з часом у нього змінюється.

**Метою нашої роботи** було встановити позитивні сторони професії лікаря у абітурієнтів медичного університету, як елементу мотивації подальшого навчання в вищому медичному навчальному закладі.

Для досягнення поставленої мети нами опитано 185 абітурієнтів в період вступної компанії при подачі ними документів у приймальну комісію Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського МОЗ України. Серед них 123 дівчини та 62 хлопців. 106 опитаних абітурієнтів жителі міст, 79 – мешканці сіл.

Встановлено, що основними позитивними сторонами професії лікаря опитані абітурієнти називають:

1 місце – можливість допомагати людям, рятувати життя (45,4%);

2 місце – постійний інтелектуальний розвиток, можливість подальшого самоудосконалення (11,8%);



3 місце – можливість працевлаштування (10,3%);

4 місце – престижність професії (9,2%);

5 місце – висока заробітна плата (5,9%).

При подальшому аналізі встановлено, що у абітурієнтів із сільської місцевості та із міст п'ятірка основних позитивних сторін професії лікаря залишається попередньою, лише змінюються місця. Так, у жителів міст третє місце посідає престижність професії (10,4%), а четверте місце – можливість працевлаштування (6,6%). Також у відповідях цих абітурієнтів виявлено вищий відсоток таких позитивних сторін професії, як «можливість допомагати людям» (48,1%), та «постійний інтелектуальний розвиток (12,3%)».

У жителів сільської місцевості перше місце серед позитивних сторін професії лікаря також займає можливість допомагати людям, хоча і відсоток таких відповідей нижчий (41,8%). Друге місце займає можливість працевлаштування (15,2%), третє – інтелектуальний розвиток (8,9%), четверте – престиж професії (7,6%), п'яте – висока заробітна плата (6,3%).

Досить відрізняються позитивні сторони професії лікаря в залежності від статі опитаних абітурієнтів. Перше місце в обох групах займає можливість допомагати людям, але у дівчат відсоток таких відповідей вищий (47,1%) у порівнянні із хлопцями (41,9%). Окрім цього, у дівчат друге місце займає можливість працевлаштуватись (13,0%), третє – інтелектуальний розвиток (10,6%), четверте місце – престиж професії (8,1%), п'яте – повага оточуючих (4,9%). У хлопців на друге, третє та четверте місця серед переваг професії лікаря ділять висока заробітна плата (11,3%), престиж професії (11,3%) та інтелектуальний розвиток (11,3%). На п'ятому місці – можливість спілкування, нових знайомств (9,7%).

Отже, проведений аналіз показує, що незважаючи на негативне ставлення частини суспільства до професії лікаря, все ж перше місце серед переваг роботи лікаря в усіх групах опитаних абітурієнтів займає можливість допомагати людям, особливо у дівчат та мешканців міст. Окрім цього у мешканців сільської місцевості на другому місці все ж можливість працевлаштування, на відміну від постійного інтелектуального розвитку, що підкреслює більш практичний підхід до вибору професії.

Особливо помітна різниця при порівнянні відповідей чоловіків та жінок, що вносить деякі нотки «гендерної нерівності». Так, для дівчат обрана професія лікаря на їх думку дасть по перше можливість більш швидкого працевлаштування, інтелектуального розвитку, отримання поваги оточуючих та престижу. У хлопців обрана професія на їх думку дасть можливість заробляти достатні суми грошей, дасть можливість інтелектуально розвиватись, спілкуватись та знаходити нові знайомства, буде сприяти піднесенню їх статусу (престижу).

**Висновок.** Незважаючи на зниження рейтингу професії лікаря в українському суспільстві, все ж серед молоді ця професія перш за все асоціюється із можливістю лікувати та допомагати людям, рятувати життя. Звичайно зі сторони практичного лікаря досить незвично бачити в першій п'ятірці переваг професії такі пункти, як висока заробітна плата, можливість працевлаштування, інтелектуальний розвиток, престиж та повага. На думку практичних лікарів це скоріш за все ідеал, який повинен бути державі. І на нашу думку потрібно не зруйнувати у головах молодих вступників, зберегти за час навчання у вищому медичному навчальному закладі та реалізувати державі завдяки добре продуманих реформ, щоб вже випускник дійсно побачив, що його професія потрібна суспільству і високо ціниться.

#### Література:

1. Які професії в Україні найпопулярніші? Урядовий кур'єр. 23 листопада 2015. Електронний ресурс: <https://ukurier.gov.ua/uk/news/yaki-profesiyi-v-ukrayini-najpopulyarnishi/>
2. Prokopovič K. In Pursuit of a Prestigious Profession? 2018-08-03 <https://aviationvoice.com/in-pursuit-of-a-prestigious-profession-2-201808031659/>
3. Széll K. The External Conditions of Teachers' Career in Hungary. Hungarian Educational Research Journal, 4(2), 89-102
4. Mekouar D. What Most Prestigious US Jobs Have in Common and It's Not Money. 1 april 2016. <https://blogs.voanews.com/all-about-america/2016/04/01/what-most-prestigious-us-jobs-have-in-common-and-its-not-money/>

5. McCarthy N. America's Most Prestigious Professions [Infographic]. Nov 7, 2014. <https://www.forbes.com/sites/niallmccarthy/2014/11/07/americas-most-prestigious-professions-infographic/#132e21d865ee>

---

УДК 657

Медичні науки

## ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ГОСТРИХ ПОРУШЕНЬ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТИ

**Швід С.О., Колодяжна В.В.**

*студенти 4 курсу*

*З медичного факультету 22 групи*

**Тихонова Л.В.**

*кандидат медичних наук,*

*доцент кафедри неврології №1*

*Харківський національний медичний університет*

*м. Харків, Україна*

Актуальність. Високий рівень цереброваскулярної патології в наш час є медико-соціальною проблемою в силу значного рівня смертності та ранньої інвалідизації. Однією з причин виникнення гострих порушень мозкового кровообігу (ГПМК) є цукровий діабет (ЦД), який займає лідируючі позиції серед хвороб ХХІ століття, бо призводить до виникнення багатьох ускладнень та знижую рівень якості життя.

Наразі встановлено, що у людей старше 40 років гострі порушення мозкового кровообігу виникають на тлі ЦД в півтора-два рази частіше, ніж у осіб, які не страждають на дане захворювання, а у віці до 40 років - в три-чотири рази частіше, причому серед хворих із значною перевагою переважають жінки [2, ст.34].

В даний час гіперглікемія є маркером важкого інсульту. При цукровому діабеті частіше розвиваються ішемічні інсульти. Рівень глікозильованого гемоглобіну впливає на клінічний перебіг інсульту, в тому числі на відновлення порушених неврологічних функцій [1, ст56]. Гіперглікемія, за допомогою стимуляції процесу глікозилування білкових молекул і стимуляції катаболізму

білків, порушень водно-електролітного гомеостазу, підсилює ступінь органної дисфункції і сприяє збільшенню площі вогнища ураження в гострих станах.

Істотну роль в розвитку цереброваскулярних порушень грає патологія магістральних артерій голови: сонних і хребетних артерій, які при ЦД часто вражаються атеросклерозом. Важливість вивчення впливу глюкози і інсуліну на товщину м'язового шару артерій (індекс ІМТ) підтверджена роботами, що проводилися в рамках міжнародної програми IRAS. Так, збільшення цього показника виявлене в спостереженнях з використанням ультразвукової сонографії, не тільки свідчить про наявність атеросклерозу, а й дозволяє судити про вплив різних чинників ризику у хворих на ЦД.

Наявна певна клінічна картина при настанні інсульту, так при ішемічному характері він частіше виникає вдень, в період активності, нерідко розвивається на тлі підвищеного артеріального тиску, супроводжується більш високою летальністю, відзначається більш виражений набряк головного мозку. При крововиливах в мозок відзначається дуже висока смертність, виражена декомпенсація діабетичних порушень, у половини хворих спостерігаються тривалі коматозні стани. При геморагічних інсультах початок гострий, що супроводжується різко вираженими менінгеальними симптомами (при субарахноїдальних крововиливах) і помірним психомоторним збудженням[1, ст71].

Слід зазначити певні труднощі при веденні хворих з інсультом при ЦД. Це визначається насамперед складнощами диференціального діагнозу з діабетичними метаболічними та іншими розладами (нерідко має місце розлади свідомості, явища декомпенсації вуглеводного обміну, застійні пневмонії, цереброкардіальна симптоматика), необхідність постійного контролю рівня глікемії та глікозильованого гемоглобіну, так як гіперглікемія в гострому періоді ГПМК відіграє визначальну роль у виборі лікувальної тактики ведення пацієнта (гіперглікемія сприяє збільшенню площі вогнища некрозу) [3, ст85].

Висновок. Розвиток ГПМК при цукровому діабеті обумовлений впливом гіперглікемії, наявністю артеріальної гіпертензії, церебрального атеросклерозу, які при ЦД мають ранній початок та швидше наростають. Тому хворим на

цукровий діабет необхідно обов'язково слідкувати за рівнем цукру в крові та дотримуватися чітких установ лікаря, щоб запобігти розвитку ГПМК.

Література:

1. Гусев Е.И. Национальное руководство по неврологии / Е.И. Гусев, А.Н. Коновалов. —М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009.
2. Кононенко И.В. Воздействие на факторы риска — реальный путь профилактики сосудистых осложнений сахарного диабета 2 типа/ И.В. Кононенко, О.М.Смирнова // Сахарный диабет. —2012. —№4. —С. 103–106.
3. Древаль А.В. Риски общей и сердечно-сосудистой смертности, а также инфаркта миокарда и острого нарушения мозгового кровообращения у больных сахарным диабетом 2 типа в зависимости от вида стартовой сахароснижающей терапии/ А.В. Древаль, Ю.А.Ковалева, И.В. Мисникова // Сахарный диабет. — 2009. —№4. —С. 72–75.

---

Медичні науки

АНАЛІЗ ДЕЯКИХ ПОКАЗНИКІВ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я  
УКРАЇНИ ЗА 2000 – 2017РР.

*Щиріна К. В.,  
аспірантка кафедри  
Толстанов О.К.,  
доктор медичних наук, професор,  
професор кафедри  
управління охороною здоров'я  
Національної медичної академії  
післядипломної освіти імені П. Л. Шупика,  
м. Київ, Україна*

Сучасна галузь охорони здоров'я України знаходиться зараз в стані реформи. Головною метою цього реформування - створення такої системи охорони здоров'я, що забезпечила б можливість рівного та справедливого доступу всього населення до необхідного медичного обслуговування, його високий

якісний показник та економічність при зберіганні соціально прийнятних обсягів державної гарантії та сприяла забезпеченню ефективний розвиток цієї сфери.

Це пов'язано з тим, що стан системи охорони здоров'я України характеризується високими показниками захворюваності, смертності та інвалідності. Фінансова та економічна ситуація в медичній галузі не сприяє отриманню доступної та якісної медичної допомоги для широких верств населення. Переважну більшість лікарських засобів і товарів медичного призначення, необхідних на лікування, пацієнти змушені купувати власним коштом. Витрати домогосподарств становлять понад 94% коштів приватного сектору [5.]. Відповідно на рис. 1 наведено динаміку видатків зведеного бюджету на охорону здоров'я у 2000-2017 рр.

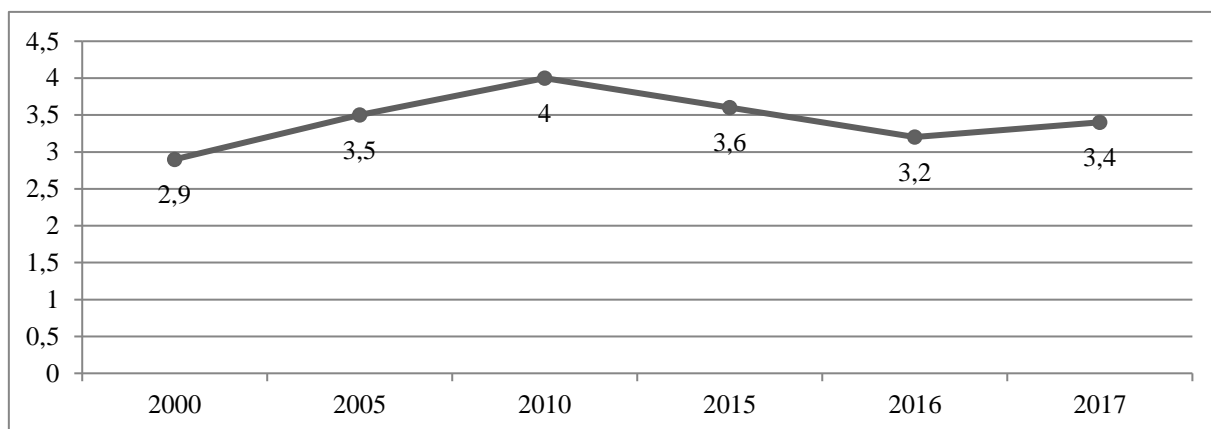


Рис. 1 Видатки зведеного бюджету на охорону здоров'я, % до ВВП  
Джерело: складено автором на основі [2]

За результатами розрахунків можемо зробити висновок, що частка видатків з державного бюджету на охорону здоров'я зменшується з кожним роком. Недостатні обсяги державного фінансування національної системи охорони здоров'я компенсуються альтернативними джерелами, серед яких значну роль відіграють грошові кошти населення. Питома вага витрат населення, за найбільш обережними оцінками, становить до 40% загального фінансування медичної галузі. Діяльність на ринку медичних послуг недержавних структур, таких як добровільні страхові організації і лікарняні каси, обмежена і не відіграє істотної ролі у фінансуванні охорони здоров'я [6.]. У табл. 1 наведено основні показники рівня обслуговування населення України протягом 2000-2017 рр.

Таблиця 1

Основні показники рівня обслуговування населення України  
протягом 2000-2017 рр.

Показник	Рік						Відхилення 2017 від 2000, +/-
	2000	2005	2010	2015	2016	2017	
Кількість відвідувань лікарів на амбулаторному прийомі і відвідувань лікарями хворих удома включно з екстреною та планово-консультативною допомогою (МОЗ), млн.	491,9	499,0	494,5	397,5	393,8	382,4	-109,5
Кількість осіб, що були госпіталізовані у лікарняні заклади (МОЗ) млн. осіб	9,6	10,1	10,5	8,6	8,6	8,3	-1,3
Із загальної кількості госпіталізованих – діти млн. осіб	1,5	1,6	1,9	1,6	1,6	1,5	0
Середня тривалість перебування хворого у стаціонарі (МОЗ), дн.	14,9	13,5	12,5	11,4	11,2	11,0	-3,9

Джерело: складено автором на основі [2]

Здійснивши необхідні розрахунки, можемо зробити висновок про погіршення основних показників рівня обслуговування населення України на період 2000-2017 рр. Як бачимо, що стосується кількості відвідувань лікарів на амбулаторному прийомі і відвідувань лікарями хворих удома включно з екстреною та планово-консультативною допомогою у 2017 році становила 382,4 млн., що на 109,5 млн. менше, ніж у 2000 році. При цьому у 2017 році було госпіталізовано на 1,3 млн. осіб менше, ніж у 2000 році. Крім того зменшилася і середня тривалість перебування хворих у стаціонарі, а саме на 3,9 дн. порівняно з 2000 роком. Залишився без змін лише показник загальної госпіталізації дітей, що у 2017 році фактично становив 1,5 млн. ос.

Зважаючи на різноманіття медичних установ, слід визначити перелік критеріїв класифікації їх роботи, основними з яких треба назвати форму власності, методи господарювання, профіль діяльності, обсяг ліжкового фонду (табл. 2).

Таблиця 2

Критерії класифікації діяльності лікувальних закладів

Групування лікарняних закладів			
Група	Вид закладу	Профіль діяльності	Обсяг ліжкового фонду
I	Державні та комунальні ЛПЗ	багатопрофільні; монопрофільні (терапевтичні, хірургічні тощо)	від 100 до 1000 та більше ліжок
		б) монопрофільні (терапевтичні, хірургічні, офтальмологічні, ендокринологічні тощо)	від 50 до 250 ліжок
II	ЛПЗ науково-дослідних інститутів	Монопрофільні (терапевтичні, хірургічні, ендокринологічні тощо)	від 100 до 250 ліжок
III	Госпрозрахункові ЛПЗ	Монопрофільні (терапевтичні, хірургічні, офтальмологічні, ендокринологічні, косметологічні тощо)	від 30 до 250 ліжок

Джерело: за матеріалами [4]

Досвід країн Європи свідчить, що найбільш ефективною є така система охорони здоров'я, в якій гармонійно функціонують державний та приватний сектори [1]. Держава сьогодні не може реалізувати повноцінну діяльність організації надання медичної допомоги, тому необхідно до запровадження загальнообов'язкового медичного страхування переглянути роль приватного сектору медицини з наданням йому більшого соціального статусу та розширення можливостей для функціонування [7]. Розвинутий приватний сектор зробить легшим навантаження на систему охорони здоров'я держави, адже ним обслуговується частина населення, що спроможна самотужки оплачувати медичних послуг.

Глобалізаційні процеси соціально-економічної сфери і прогрес мережі Інтернет сприяли відкриттю медичному бізнесу ряд ринків нових медичних засобів. Доступна комерційна, управлінська і маркетингова інформація дозволила приватному медичному персоналу отримувати інформація про закордонний медичний бізнес, отримати дані про ціну медичного обслуговування, про доходи медичних працівників, систему управління сферою охорони здоров'я. Сьогодні в охороні здоров'я функціонує понад 22 тис. приватних медичних закладів. Переважно це аптеки, кабінети приватних лікарів і вузькопрофільні медичні заклади. Серед останніх переважають стоматологічні клініки (54% до 75% приватного медичного сектору) [3].

До головних переваг, що сприяють конкуренції приватних лікарських установ відносять: доступний характер, зручні часові межі закладів, наявність відповідального і організованого ставлення до лікування, якісної діагностики і лікування, що забезпечує штат, що забезпечено фактично усіма необхідними лікарями, консультантами, які вміють співпрацювати, ввічливо і уважно ставитися до пацієнтів, зручного і приємного інтер'єру закладу.

Проведений аналіз вказує на основні проблеми в галузі охорони здоров'я, зокрема: відсутній зв'язок якості і доступності медичного обслуговування і видатків на його фінансове забезпечення, та недостатня мотивація медичного персоналу для якісного результату праці; низька профілактика та питома вага медичного обслуговування, що надається як первинна медико-санітарна допомога; наявність нераціональної структури галузі медицини; недосконалість



структури, пов'язаної з видатками на медичну галузь (86% виділеного бюджету, утримує медичні заклади та оплачує працю персоналу); повторення видів медичного обслуговування на різних його щаблях, відсутній механізм керування потоком пацієнтів на різних щаблях медичного обслуговування.

#### Література:

1. Биртанов Е. А. Пути развития частного здравоохранения (мировой опыт) [Электронный ресурс] / Е. А. Биртанов. - Режим доступа : [http://www.rus-nauka.com/5\\_PNW\\_2010/Economics/58673.doc.htm](http://www.rus-nauka.com/5_PNW_2010/Economics/58673.doc.htm).

2. Державна служба статистики України. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.ukrstat.gov.ua>.

3. Куренкова Д. Ценные лекари: есть ли будущее у рынка частной медицины Украины / Д. Куренкова [Электронный ресурс]. - Деловой информационно-новостной сайт «Дело». - 12 мая 2015. - Режим доступа : [http://delo.ua/business/cennye-lekari-est-li-buduschee-v-rynka-chastnoj-mediciny-ukrainy296354/?supdated\\_new=1445966974.23](http://delo.ua/business/cennye-lekari-est-li-buduschee-v-rynka-chastnoj-mediciny-ukrainy296354/?supdated_new=1445966974.23).

4. Музика Т. Ф. Розробка методичних засад з удосконалення організаційно-економічних схем фармацевтичного забезпечення лікувально-профілактичних закладів / Т. Ф. Музика // Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики. - 2013. - № 3. - С. 129-131.

5. Національна стратегія побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2025 рр., м. Київ, листопад 2014 р. [Електронний ресурс]. - Режим доступу : <http://healthsag.org.ua/wp-content/uploads/2014/11>.

6. Новіков В. Соціальні наслідки Євроінтеграції України. Система охорони здоров'я. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/ukraine/09542.pdf>.

7. Урсол Г. М. Приватний сектор системи охорони здоров'я - активний резерв підвищення доступності та якості надання медичної допомоги: досвід Кіровоградської області / Г. М. Урсол, О. А. Скрипник, О. М. Василенко // Буковинський медичний вісник. - 2014. - Т. 18, № 4 (72). - С. 177-181.





