

**Міністерство охорони здоров'я України
ДУ «ЗАПОРІЗЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ЛАБОРАТОРНИЙ ЦЕНТР
МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ»**

**Запорізький державний медичний університет
Запорізька медична академія післядипломної освіти
Департамент охорони здоров'я Запорізької облдержадміністрації**

Т Е З И



**Науково-практичних та наукових робіт на тему
«Моніторинг, аналіз та оцінки ризиків стану здоров'я населення
Запорізької області в умовах становлення служби
громадського здоров'я»**

*м. Запоріжжя
2018 рік*

Акустичне забруднення територій, що безпосередньо прилягають до будівель лікарень та шляхи його зниження

**ДУ «ЗАПОРІЗЬКИЙ ОЛЦ МОЗ УКРАЇНИ»
Гаврікова О.П., Нурієва О.Ф., Пантюхова В.Ю.,
Пчолкіна О.С., Дмитренко Р.Ю.**

Актуальність. Транспортний шум є одним із головних негативних наслідків впливу транспортних потоків на екосистеми та населення міст. Шум, що створюється транспортним потоком розповсюджується не лише на приміагістральні смуги, але й поширюється вглиб житлових забудов.

У зв'язку з тим, що території крупних лікарень обласних центрів розташовані у прив'язці до автотранспортних шляхів, стало питання вивчення рівня акустичного забруднення від транспортного шуму на територіях крупних обласних лікарень, що розташовані на території м. Запоріжжя.

Мета. Дослідження рівня шумового навантаження на території, що безпосередньо прилягають до будівель та на майданчиках відпочинку на території обласних лікарень в м. Запоріжжя.

Результати. Дослідження шумового навантаження були проведені на територіях, що безпосередньо прилягають до будівель обласних лікарень м. Запоріжжя. Інструментальні дослідження проводились у денний час з 9⁰⁰ до 16⁰⁰ згідно стандартизованих методик. Дослідження проводились на відстані 2-х метрів від будівель стаціонарних відділень та на майданчиках відпочинку на території лікарень у 4-х досліджуваних точках, що найближче розташовані до транспортних розв'язок та зупинок автотранспорту.

В результаті проведених досліджень встановлено, що перевищення граничнодопустимих рівнів звуку (максимального та еквівалентного звуку в дБА) на досліджених територіях, перевищують нормативні значення еквівалентного рівня шуму (45 дБА) від 4,6 до 23,4 дБА, та нормативні значення максимального рівня шуму (60 дБА) від 0,9 до 14,8 дБА (табл.).

Рівні акустичного забруднення територій, що безпосередньо прилягають до будівель та на майданчиках відпочинку обласних лікарень м. Запоріжжя

№ п/п	Назва медичного закладу	Адреса	Перевищення ГДР еквівалентного рівня шуму	Перевищення ГДР %	Перевищення ГДР максимального рівня шуму	Перевищення ГДР %
1.	КУ «Запорізька обласна клінічна лікарня»	м. Запоріжжя, Оріхівське шосе, 10	від 8,6 до 17,7 дБА	19,1-39,3%	від 3,1 до 13,7 дБА	5,1 - 22,8%
2.	КУ «Обласна клінічна психіатрична лікарня»	м. Запоріжжя, Оріхівське шосе, 10	від 6,4 до 14,6 дБА	14,2 - 41,7%	від 4,3 до 14,4 дБА	7,2 - 28%
3.	КУ «Обласна клінічна психіатрична лікарня»	м. Запоріжжя, вул. Седова, 6	від 7,5 до 16,9 дБА	16,6 - 48,3%	від 1,7 до 11,2 дБА	2,8 - 22,4%
4.	КУ «Запорізька обласна клінічна дитяча лікарня»	м. Запоріжжя, пр. Соборний, 70	від 10,3 до 23,4 дБА	22,9 - 52%	від 4,6 до 17,8 дБА	7,7 - 29,7%
5.	КУ «Запорізький обласний клінічний онкологічний диспансер»	м. Запоріжжя, вул. Культурна, 177-а	від 9,3 до 21,6 дБА	20,7 - 48%	від 5,2 до 14,8 дБА	8,7 - 24,7%
6.	КУ «Обласний медичний центр серцево-судинних захворювань»	м. Запоріжжя, вул. Перемоги, 78	від 5,6 до 11,8 дБА	12,4 - 19,7%	від 0,9 до 6,3 дБА	1,5 - 10,5%

7.	КУ «Запорізький обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом» (стаціонарне відділення)	м. Запоріжжя, вул. Добролюбова, 23	від 4,6 до 11,6 дБА	10,2 - 25,8%	від 2,4 до 5,2 дБА	4 - 8,7%
8.	КУ «Обласна інфекційна клінічна лікарня» Запорізької обласної ради	м. Запоріжжя, б-р Гвардійський, 142	-	-	від 0,3 до 1,2 дБА	0,05 - 2,0%

Висновки та рекомендації.

Отримані результати засвідчують, що зони акустичного навантаження переважно збільшуються в районі тих лікарняних дільниць, що знаходяться поруч або близько до автомагістралей та вулиць з інтенсивним рухом автотранспорту на території міста Запоріжжя (пр. Соборний, Оріхівське шосе, вул. Культурна, вул. Перемоги, вул. Седова), та найменший на тих територіях, де рух автотранспорту найменш інтенсивний.

Зменшення рівнів шумового навантаження досліджених територій лікарень транспортними потоками, потребує розробки заходів, що мають різноплановий характер: планувальний, технологічний, санітарно-гігієнічний, які сприяли би зниженню впливу шумності на території лікарень, території житлової забудови та його мешканців.

З метою запобігання акустичного забруднення та реалізації мети щодо зменшення рівня шуму, ДУ «ЗАПОРІЗЬКИЙ ОЛЦ МОЗ УКРАЇНИ» надав інформацію щодо вказаних відхилень від санітарно-епідеміологічних нормативів до Департаменту промисловості та розвитку інфраструктури Запорізької облдержадміністрації, а також до Головного управління Держпродспоживслужби в Запорізькій області, щодо розгляду та вжиття необхідних заходів до ситуації шумового навантаження на території, що безпосередньо прилягають до будівель лікарень та житлової забудови.

Виявлення туберкульозу легень при масових флюорографічних обстеженнях населення Запорізької області

ДУ «ЗАПОРІЗЬКИЙ ОЛЦ МОЗ УКРАЇНИ»

**Мащак О.І., к.м.н. Костенецький М.І., Лемешко Л.Т., Черненко С.В.,
Запорізький державний медичний університет к.м.н. Куцак А.В.**

Міністерство охорони здоров'я України вважає, що масове профілактичне флюорографічне обстеження здорового населення з метою виявлення туберкульозу легень є неефективним і його треба відмінити. Профілактичне флюорографічне обстеження слід замінити селективним відбором (анкетуванням), який виявить групу ризику. І вже після проведення селективного відбору направляти пацієнтів на флюорографічне обстеження, що значно підвищить ефективність діагностування туберкульозу легень.

Мета роботи: проаналізувати показники охоплення населення Запорізької області профілактичними флюорографічними обстеженнями та розрахувати показники виявлення хворих на туберкульоз цим методом за 2013 - 2017 роки.

Методи дослідження: аналітичний метод, медико-соціологічний, статистично-розрахунковий.

Результати. Згідно з чинним законодавством профілактичне флюорографічне обстеження населення з метою виявлення захворювання на туберкульоз має масовий характер. Показник охоплення флюорографічним обстеженням складає від 3461,49 до 4022,71 на 10 тисяч населення. При цьому щорічно хворих на туберкульоз легеневої форми виявляється від 138 до 290 осіб (показник на 10 тис. складає всього 0,79 - 1,61, тобто на 10 тисяч населення одній людині ставлять діагноз за допомогою флюорографії). Питома вага виявленої легеневої форми туберкульозу складає 0,02 - 0,04% від тих, що пройшли профілактичний флюорографічний огляд, що є достатньо низькою (табл.).

Крім того необхідно відмітити, що флюорографічні обстеження населення дають значний вклад в колективну дозу опромінення населення. Так в Запорізькій області в структурі рентгендіагностичних процедур (РДП) флюорографія складає 29 - 36%. За 2013 - 2017 роки річна індивідуальна ефективна доза за рахунок РДП збільшилася з 0,9 мЗв до 1,02 мЗв (колективна доза коливається в межах 1620,5 - 1759,0 люд.-Зв).

Ризик виникнення захворювань, асоційованих з впливом іонізуючого випромінювання – новоутворення, хвороби крові та кровотворних органів, вроджені аномалії (вади розвитку) – від усіх РДП складає 118 - 128 випадків на рік, з них на долю флюорографічних обстежень припадає 25 - 30 випадків (21 - 23%).

Кількість населення Запорізької області обстеженого флюорографічним методом та показники захворювання на туберкульоз за 2013 - 2017 роки

Роки	Кількість обстежених, абс. числ.	Показник обстежених, на 10000 нас.	Виявлено хворих на туберкульоз, абс. числ.		Показник захворюваності на туберкульоз на 10000 нас.		Питома вага туберкульозу виявленого флюорографічним методом, (%)
			всього	легенева форма	всього	легенева форма	
2013	724300	4022,71	532	290	2,95	1,61	0,04
2014	638726	3596,09	420	187	2,36	1,05	0,03
2015	642511	3574,19	367	166	2,04	0,92	0,03
2016	626456	3586,14	341	138	1,95	0,79	0,02
2017	596947	3461,49	363	166	2,1	0,96	0,03

Висновки. На основі проведеного аналізу встановлено, що виявлення легеневої форми туберкульозу методом профілактичної флюорографії становить 0,02 - 0,04%, що є дуже низьким показником. Крім того, показник виникнення негативних наслідків (захворювань) за рахунок опромінення складає 21 - 23% від усього медичного опромінення.

Аналіз епідемічного процесу кору за багаторічний період в Запорізькій області

**ДУ «ЗАПОРІЗЬКИЙ ОЛЦ МОЗ УКРАЇНИ»
Колерова М.Є., Акчуріна Л.С., Зеленухіна О.В.**

Мета:

Вивчення епідемічного процесу кору за багаторічний період, вивчення особливостей епіпроцесу кору в епідемічний підйом 2017 – 2018 років, визначити найбільш уразливі групи населення щодо захворюваності на кір.

Методи дослідження: аналітичний, статистично-розрахунковий.

Висновки:

1. Аналіз багаторічної динаміки захворюваності на кір у Запорізькій області дозволяє зробити висновки, що після введення вакцинації проти кору (початок вакцинації – 60-і роки 20 століття) окрім значного зниження захворюваності відмічається:

- зміна циклічності епідемічного процесу - інтервали між підйомами збільшились до 8 - 12 років;

- після введення другої дози вакцинації проти кору (кінець 80-х років 20 століття) в Запорізькій області захворюваність не перевищувала 63,7 на 100 тисяч;

- загальна тенденція захворюваності на кір в області співпадала із середніми по Україні, але з нижчими показниками захворюваності;

- в 2017 році в області, як і в цілому по Україні, почався черговий циклічний підйом захворюваності на кір;

- з початку епіпідйому (вересень 2017 року) по серпень 2018 року в області зареєстровано 511 випадків кору, показник за 2017 рік - 11,6 на 100 тисяч, за 8 місяців 2018 року - 17,9 на 100 тисяч. По Україні за 2017 рік - 11,2 на 100 тисяч, за 7 місяців 2018 року – 63,53 на 100 тисяч (26945 випадків);

- максимальне число захворілих зареєстровано у вікових групах 1 - 4, 5 - 9 років (163 випадки – 31% від загальної кількості захворілих, 74% від кількості захворілих дітей) та 30 - 50 років (174 випадки 54% від загальної кількості захворілих, 60% від кількості захворілих дорослих);

- висока захворюваність у цих вікових групах обумовлена недостатнім імунним прошарком: серед хворих від 1 до 9 років не щеплені склали 72% (118 осіб); низький колективний імунітет у віковій групі 30 - 50 років пов'язаний з тим, що ці особи в дитячому віці могли отримати не більш ніж 1 дозу проти коревої вакцини, після чого уже пройшло багато часу (від 30 до 45 років);

- в поточному епідемічному підйомі зареєстровано 2 крупних спалахи кору – серед населення Комунарського району м. Запоріжжя, в НВК «Інтелект» Запорізького району;

- розповсюдженню інфекції при обох спалахах сприяли відсутність імунітету проти кору та тісне спілкування;

- захворюваність на кір при спалаху в НВК «Інтелект» обумовила високий рівень захворюваності у віковій групі 5 - 9 років по області;

- лабораторне підтвердження випадків кору за 2017 рік склало 33%, за 8 місяців 2018 року - 25%.

Оцінка результатів моніторингових досліджень стану навколишнього середовища в м. Запоріжжя за останні 5 років

**відокремлений підрозділ «Запорізький міський відділ
ДУ «ЗАПОРІЗЬКИЙ ОЛЦ МОЗ УКРАЇНИ»**

Хомутов В.О., Губернік О.Г.

В роботі представлені результати лабораторних досліджень атмосферного повітря, питної води, води р. Дніпро, ґрунту, еквівалентного (транспортного) шуму. Динамічне спостереження за станом атмосферного повітря проводиться в 60-ти

умовно-фіксованих точках житлової забудови по 22-х інгредієнтах, в залежності від напрямку вітру по «факелу» викидів. Щорічно проводиться від 1300 до 1500 досліджень. Якщо порівняти перевищення ГДК забруднюючих речовин в атмосферному повітрі за останні 5 років, то ця цифра досить стабільна і становить від 17,9% у 2013 році до 17,86% у 2017 році, з незначним зниженням у 2015 - 2016 роках до 15,86% та 16,08% відповідно.

Перевищення гігієнічних нормативів в атмосферному повітрі визначали основні показники: пил, фенол, сірковуглець, сірководень, в рідкісних випадках - двоокис азоту та аміак. За вищевказаними інгредієнтами перевищення реєструвалися в межах від 1,1 до 2,9 ГДК.

При проведенні моніторингу якості води р. Дніпро на санітарно-мікробіологічні та санітарно-хімічні показники, щорічно відбирається від 230 до 250 проб в 19 точках. Слід зазначити, що за останні 5 років (2013 - 2017 роки) спостерігається стійка тенденція зростання відсотка відхилень. За санітарно-хімічними показниками - від 3,5% у 2013 році до 25% у 2017 році, в основному, за рахунок показників: запаху, кольоровості, рН, розчиненого кисню та БСК; за мікробіологічними показниками - від 10,6% у 2013 році до 25% у 2017 році за рахунок відхилень за індексом ЛПКП.

Невід'ємною частиною моніторингу р. Дніпро, є дослідження на контамінацію холерних вібріонів, як одного з найважливіших показників епідемічної безпеки. При цьому реєструються тільки нетоксигенні холерні вібріони НЕО 1 групи. Відзначається тенденція до зростання відхилень з 3,8% у 2013 році до 25,1% у 2017 році.

Для проведення лабораторного моніторингу якості питної води, за погодженням з КП «Водоканал», визначено 35 точок. Щорічно відбирається від 450 до 550 проб на санітарно-мікробіологічні та санітарно-хімічні показники. За санітарно-хімічними показниками відзначається зростання відсотка відхилень, з 6,3% у 2015 році до 9,1% у 2017 році (при 0,2% у 2013 - 2014 роках). Аналогічна ситуація склалася і з мікробіологічними показниками, де відсоток відхилень склав від 0,2% у 2013 році до 1,8% у 2017 році з підйомом до 4,7% у 2015 році.

Результати динамічного спостереження за рівнями еквівалентного (транспортного) шуму на основних магістралях м. Запоріжжя свідчать про тенденцію до його зниження з 52% перевищень у 2013 році до 11,6% у 2017 році.

З метою моніторингового лабораторного контролю за забрудненням ґрунту визначені 40 точок на межі санітарно-захисної зони промислових підприємств, парках, скверах, території житлової забудови, в тому числі і піску на громадських пляжах. За останні 5 років відзначається зниження забруднення ґрунту солями важких металів з 5% у 2013 році до 1,4% у 2014 році, а у 2015 - 2017 роках відхилень не реєструвалися взагалі. Інша ситуація з бактеріальним забрудненням ґрунту, де відсоток відхилень збільшився з 2,6% у 2013 році до 9,3% у 2017 році.

**Переваги використання автоматизованої інформаційної системи в
мікробіологічній лабораторії
відокремлений підрозділ «Запорізький міський відділ
ДУ «ЗАПОРІЗЬКИЙ ОЛЦ МОЗ УКРАЇНИ»
Аліменко Ю.Л.**

У наш час документообіг, кількість журналів, інших документів, підтверджуючих якість дослідження та компетенцію лабораторії в цілому, зростає в геометричній прогресії. Стає очевидною необхідність використання новітніх інформаційних технологій в лабораторній практиці, відмови від паперових носіїв та впровадження елементів автоматизованих систем управління. Робота присвячена аналізу можливостей практичного застосування в лабораторіях програмних продуктів з електронною базою даних.

Мета роботи: обґрунтування необхідності впровадження в лабораторіях автоматизованої інформаційної системи, що дозволяє повністю реалізувати концепцію електронних журналів та використовувати мобільні засоби для управління роботою лабораторії.

Переваги упровадження автоматизованої інформаційної системи:

- Зручність та швидкість внесення даних: вносяться один раз, не дублюються в реєстраційний журнал, робочий журнал, бланк результату тощо, автоматичне заповнення «типових» варіантів записів, виключення помилок, зв'язаних з нерозбірливим почерком.
- Зручність та швидкість при використанні даних та формування звітів: наприклад, пошук та формування будь-якої вибірки по заданим параметрам з електронної бази даних здійснюється за кілька секунд.
- Захист даних, конфіденційність, простежуваність змін: зберігання на захищених серверах, резервне копіювання, шифрування та логіювання (запис) всіх дій проведених з даними (хто, коли та навіщо) - роблять ці системи більш захищеними аніж паперові носії.
- Довготривале збереження даних за багато років (а не за три) на жорсткому диску або на сервері чи в хмарі не займає багато місця, що дає можливість більш глибокого ретроспективного аналізу.
- Економічна ефективність за рахунок повного виключення паперових журналів та носіїв, що зменшує собівартість випробувань.
- Зменшення витрат на підготовку лабораторії до акредитації та інспекційного нагляду.

Висновки.

В світі проаналізованих відомостей про переваги програмних продуктів з електронною базою даних, стає зрозуміло, що впровадження таких систем в роботу дійсно є великим кроком на шляху розвитку лабораторій та дозволить наблизитися до європейського рівня.

Аналіз показників стану здоров'я дитячого населення м. Запоріжжя та факторів середовища життєдіяльності, що його формують

**відокремлений підрозділ «Запорізький міський відділ
ДУ «ЗАПОРІЗЬКИЙ ОЛЦ МОЗ УКРАЇНИ»
Хомутов В.О., Харь О.М., Кирилова Н.М., Квочка Т.Г.,
ДУ «ЗАПОРІЗЬКИЙ ОЛЦ МОЗ УКРАЇНИ»
Черкасова В.В., Макаров Д.О., Ульяник Л.В.**

Актуальність теми.

Період дитинства – важливий віковий етап для всього наступного життя людини. Європейське бюро ВООЗ визначає охорону здоров'я дітей як один з найважливіших та пріоритетних напрямків збереження здоров'я людини протягом всього життя. Здоров'я підростаючого покоління передбачає майбутнє країни, здоров'я нації. Збереження та зміцнення здоров'я дітей сьогодні розглядається як фундаментальна основа для формування системи громадського здоров'я, що має високу соціальну значимість, пов'язану із забезпеченням трудового потенціалу та економічного розвитку країни, а також є одним з найважливіших факторів національної безпеки.

Здоров'я дітей необхідно розглядати як гармонію між організмом дитини та навколишнім середовищем. Одним з найбільш критичних вікових періодів, який характеризується особливостями морфологічних, функціональних та біологічних змін, що виникають в процесі росту дитини, є період навчання у школі. Стан психічного здоров'я дитини забезпечує її соціальну адаптацію в школі, впливає на фізичне, соматичне та репродуктивне здоров'я. Підвищена психічна ранимість дитини під час перебування, виховання та навчання в незадовільних умовах призводить до погіршення фізичного здоров'я. Саме тому збереження та зміцнення рівня фізичного, психічного, соціального та духовного здоров'я дітей є першочерговим завданням.

Мета роботи. Метою роботи було проаналізувати вплив гігієнічних факторів середовища життєдіяльності дітей, що формуються в навчально-виховних закладах міста, на стан їх здоров'я.

Матеріали та методи дослідження.

Для досягнення вказаної мети були реалізовані наступні задачі:

- Вивчити та проаналізувати стан здоров'я дитячого населення (0 - 17 років) м. Запоріжжя.
- Визначити особливості впливу факторів середовища, що формуються в організованих дитячих колективах, на стан здоров'я дітей.

Підставою для початку науково-практичної роботи стало погіршення стану здоров'я дитячого населення міста з тенденцією до подальшого зростання показників захворюваності.

Результати.

Стан здоров'я та демографічна ситуація у м. Запоріжжя залишається напруженою та носить нестабільний характер.

Загальна кількість населення м. Запоріжжя щороку зменшується, повторюючи динаміку та тенденції, що склалися в Запорізькій області та в Україні в цілому. Протягом останніх 5 років кількість населення міста зменшилася на понад 25 тисяч чоловік. Питома вага дитячого населення (віком від народження до 17 років - 116072) нині складає всього 15,7% від загальної кількості населення міста.

Показник народжуваності протягом останніх 5 років зменшився з 10,4 на 1000 населення (у 2013 році) до 7,6 на 1000 (у 2017 році). Натомість, рівень загальної смертності зріс з 13,8 до 14,8 на 1000 населення. Показник природного приросту населення міста залишається стабільно від'ємним з початку 1990-х років. За підсумками 2017 року він складає (-)7,2 на 1000 населення.

Показники поширеності захворювань дитячого населення (0 - 17 років) м. Запоріжжя у 2017 році перевищили обласні та Українські показники з таких

нозологій як інфекційні та паразитарні хвороби, новоутворення, розлади психіки та поведінки, хвороби органів дихання, захворювання шкіри та підшкірної клітковини, хвороби сечостатевої системи та вроджені вади розвитку.

У 2017 році в порівнянні з 2013 роком має місце зростання захворюваності дітей практично по всім нозологіям, а особливо від хвороб сечостатевої системи (в 3,25 рази), хвороб крові та кровотворних органів, психічних розладів та новоутворень (показники зросли у 2 рази), захворювань ендокринної системи (в 1,6 рази); більш ніж у 2 рази почастишали випадки реєстрації вроджених вад розвитку та травм і отруень у дітей.

Процес навчання у школі сприяє розвитку так званої «шкільної патології»: знижується гострота зору, розвиваються порушення постави у дітей. Показники ураженості учнів ЗНЗ «шкільною патологією» - зниження гостроти зору та порушення постави: в 5,4 та 4,2 рази вищі, ніж у дітей дошкільного віку, що свідчить про негативний вплив факторів внутрішньо-шкільного середовища на школярів в процесі здобуття освіти.

Питома вага школярів міста, що мали змогу оздоровитися влітку або організовано відпочити в пришкільних таборах міста протягом останніх 5 років коливалася в межах 3,5% - 5% від їх загальної кількості.

Значне місце серед факторів, що впливають на стан здоров'я дітей в організованих колективах, займають умови навчання та виховання, безпечність харчування, якість медичного обслуговування, виконання заходів щодо медико-санітарного забезпечення відпочинку і оздоровлення.

Для об'єктивної оцінки впливу факторів середовища життєдіяльності на стан здоров'я дітей в ході обстеження об'єктів проводились лабораторні та інструментальні дослідження. За результатами інструментальних досліджень рівнів освітлення учбових приміщень НВЗ міста питома вага відхилень порівняно з 2016 роком зросла з 3,6% до 4,5%. Питома вага відхилень в результаті дослідження параметрів мікроклімату приміщень закладів освіти збільшилася з 0,5% (у 2016 році) до 5,5% у 2017 році.

За результатами лабораторних досліджень калорійності готових страв у 2017 році встановлено, що 8,6% з них не відповідає вимогам меню-розкладки, 2,6% досліджених проб готових страв мали відхилення за бактеріологічними показниками.

Встановлені на харчоблоках закладів освіти автономні джерела гарячого водопостачання не забезпечують повною мірою потреб об'єктів у гарячій воді, це сприяє порушенням санітарно-гігієнічного режиму, що підтверджується результатами лабораторного контролю змивів з інвентарю, обладнання, спецодягу та рук персоналу харчоблоків НВЗ (1,2% позитивних змивів у 2017 році).

Висновки.

Проведений аналіз свідчить, що вирішальними у формуванні здоров'я дитячого населення м. Запоріжжя є наступні чинники:

- поліпшення матеріально-технічної бази закладів освіти;
- створення безпечних та нешкідливих умов навчання, виховання, організації харчування, відпочинку та оздоровлення дітей;
- попередження та усунення факторів, що негативно впливають на стан здоров'я дітей;

- поліпшення якості медичного обслуговування дитячого населення, налагодження взаємозв'язку в роботі педіатричної та підліткової служб;
- формування стереотипу здорового способу життя.

Про додаткові заходи профілактики туберкульозу серед медичних працівників

**відокремлений підрозділ «Запорізький міський відділ
ДУ «ЗАПОРІЗЬКИЙ ОЛЦ МОЗ УКРАЇНИ»
Журавльова О.М., Лещинин П.В.**

Епідемія туберкульозу в Україні була об'явлена у 1995 році, але до теперішнього часу вона не ліквідована.

Вагомою проблемою залишається стан захворюваності на туберкульоз медичних працівників. Не дивлячись на заходи, що здійснює держава, епідемія триває. У місті Запоріжжя щороку реєструється близько 337 випадків захворюваності на туберкульоз, із них 8,3% медичні працівники. Серед медичних працівників захворюваність на туберкульоз медпрацівників протитуберкульозних диспансерів складає 25%. Смертність від всіх форм туберкульозу за 2017 рік складає 13,1%.

Мета: визначення причин високої захворюваності на туберкульоз та заходів по попередженню цього захворювання.

Методи дослідження: аналітичний метод, медико-соціологічний, статистично-розрахунковий.

Висновки:

Починаючи з 1998 року в м. Запоріжжя виникла та продовжує поглиблюватись одна з проблем фтизіатрії, а саме: високий рівень захворюваності на туберкульоз серед медичних працівників, які обслуговують хворих у протитуберкульозних закладах та працюючих у стаціонарах терапевтичного профілю. За період з 2013 по 2017 рік всього захворіло 1750, із них 42 медичні працівники, переважно медсестри. Якщо у 2013 - 2017 роках щорічно реєструється по 2 - 3 випадки захворювання, то за 9 місяців 2018 року вже 4 випадки. Відмічається тенденція до збільшення захворюваності, що суперечить поліпшенню забезпеченості протитуберкульозних закладів дезінфекційними засобами та дотриманню в них дезінфекційного режиму.

Однією з причин високої захворюваності на туберкульоз серед медичних працівників протитуберкульозних закладів є недотримання ними правил особистої гігієни, недостатнє забезпечення цих закладів дезінфекційними засобами нового покоління, використання дезінфекційних розчинів з заниженою концентрацією активно діючого агента. Також, поширенню збудника туберкульозу серед медичних працівників сприяє недосконала нормативна база з питань організації та проведення первинних протиепідемічних заходів при виявленні хворих на туберкульоз, в якій не враховані наукові догми вчення про епідеміологічний процес.

Якщо при гострих кишкових інфекціях, вірусному гепатиті та інших інфекційних хворобах – первинні протиепідемічні заходи проводяться за первинним діагнозом, тобто при підозрі на захворювання, то при туберкульозі лише при його підтвердженні та діагностуванні бациловиділення, яке триває декілька місяців, протягом яких хворий перебуває в стаціонарах терапевтичного профілю. Дуже часто

такі хворі перебувають у пульмонологічних відділеннях, де їм роблять всілякі фізіопроцедури, різноманітні маніпуляції, при цьому потенційні туберкульозні хворі постійно контактують з лікарями, медсестрами та обслуговуючим персоналом і так проходить поширення туберкульозу та інфікування контактуючих.

Для вирішення існуючих проблем з профілактики та боротьби з туберкульозом необхідно розробити цільову програму із забезпеченням її фінансування на державному рівні, в основу якої покласти модернізацію протитуберкульозних закладів та розробку належної нормативної бази з даного розділу діяльності.

Вважаємо за необхідне запровадити використання медичним персоналом стаціонарів терапевтичного профілю індивідуальних засобів захисту органів дихання, дозволених для використання при туберкульозній інфекції. Також, необхідно відновити систематичний контроль якості поточної дезінфекції об'єктів зовнішнього середовища та деззасобів.

Щодо результату впровадження у роботу програмного забезпечення з оперативного аналізу інфекційної захворюваності

**Правобережне районне лабораторне відділення відокремленого підрозділу «Запорізький міський відділ ДУ «ЗАПОРІЗЬКИЙ ОЛЦ МОЗ УКРАЇНИ»
Мамонтов В.В., Чудіна Л.М.**

Мета роботи - створення програмного продукту з прискорення статистичної обробки первинного матеріалу (за екстремими повідомленнями по ф. 058/о), збереження методології проведення оперативного аналізу інфекційної захворюваності.

Завдання роботи - звільнення фахівців епідеміологічного профілю від «рутинної» статистичної обробки первинних даних («рутинного» епідеміологічного аналізу), поліпшення якості епідеміологічного моніторингу за інтенсивністю епідеміологічного процесу з інфекційних захворювань на конкретній території.

Результат роботи: у Правобережному лабораторному відділенні ВП «Запорізький ВП ДУ «ЗАПОРІЗЬКИЙ ОЛЦ МОЗ УКРАЇНИ» впроваджена у практичну діяльність комп'ютерна програма з оперативного аналізу інфекційної захворюваності до складу якої увійшло 2859 аналітичних таблиць, що надало змогу значно прискорити статистичну обробку первинного матеріалу по нозологічним одиницям за віковою групою та соціальною структурою проживаючого населення, етіологічною розшифровкою збудників інфекційних захворювань, своєчасністю встановлення діагнозу та госпіталізації у лікувально-профілактичних закладах. Програма дозволяє проводити епідеміологічний моніторинг за інтенсивністю епідеміологічного процесу з інфекційних та паразитарних захворювань серед населення на конкретній території, окремих дільницях, дитячих організованих колективах як в цілому, так і по їх окремим групам, формуванням вогнищ інфекційних захворювань, чинниками передачі збудників інфекційних захворювань.

Робота програми заснована на обробці первинних даних та отриманні кінцевого результату - статистичних звітів за місяць, квартал, рік.

Висновок: програма оперативного аналізу інфекційної захворюваності адаптована до умов конкретної території, дозволяє значно прискорити процес «рутинної» статистичної обробки первинних даних з інфекційних захворювань на конкретній території, готує статистичний матеріал для подальшого проведення ретроспективного аналізу.

Програма оперативного аналізу проста в експлуатації, пройшла випробування у практичній діяльності протягом 2015 – 2018 років, має позитивний відгук з боку фахівців епідеміологічного профілю, рекомендується для впровадження у роботу в установах ДУ «ЗАПОРІЗЬКИЙ ОЛЦ МОЗ УКРАЇНИ».

Особливості захворюваності на кір у м. Запоріжжі в 2017-2018 роках

**Лівобережне районне лабораторне відділення відокремленого підрозділу
«Запорізький міський відділ ДУ «ЗАПОРІЗЬКИЙ ОЛЦ МОЗ УКРАЇНИ»**

**Безверха О.О., Бучковська І.Ю., Дубовик В.В.,
«Запорізький міський відділ ДУ «ЗАПОРІЗЬКИЙ ОЛЦ МОЗ УКРАЇНИ»**

Хомутов В.О.

Мета: Проаналізувати та визначити характерні особливості захворюваності на кір серед мешканців м. Запоріжжя у 2017 - 2018 роках. Визначити ефективність проведених протиепідемічних заходів на окремих об'єктах, особливо тих, де мало місце розповсюдження кору та у вогнищах за місцем проживання хворих на кір.

Методи дослідження: аналітичний, статистично-розрахунковий.

Загальна тенденція захворюваності на кір в період 1995 - 2018 років в м. Запоріжжі, Запорізькій області співпадали з тенденцією захворюваності по Україні, але з нижчими показниками захворюваності. В 2012 році при черговому підйомі захворюваності на кір в Україні показник на 100 тисяч населення склав 28,0, при цьому в місті Запоріжжі показник на 100 тисяч дорівнював тільки 1,4.

Погіршення епідемічної ситуації з кору в м. Запоріжжі в 2017 - 2018 роках відбулося на фоні загального погіршення епідемічної ситуації з кору в Україні. Підйом захворюваності на кір почався в кінці вересня 2017 року серед дітей та дорослих в циганських сім'ях Шевченківського району м. Запоріжжя.

Захворюваність на кір в м. Запоріжжі у 2017 році мала спалаховий характер. Перший спалах був зареєстрований серед дітей та дорослих циганських сімей в Шевченківському районі (вересень-жовтень 2017 року). Причиною спалаху стало тісне спілкування перших захворілих з родичами, які приїхали з Київської області до них у вересні з ознаками бронхіту, наявністю висипу на тілі та за медичною допомогою не зверталися.

Надалі, внаслідок лікування циганських дітей з діагнозом «бронхіт» в дитячій лікарні № 1 та діагнозом «кір» в обласній інфекційній лікарні захворіли на кір контактні працівники дитячої лікарні № 1 та контактні пацієнти та працівники обласної інфекційної лікарні.

Також мало місце розповсюдження кору серед працівників ТОВ «Співдружність АВіабуд» Шевченківського району, медичних працівників МСЧ

«Мотор Січ», Запорізької обласної клінічної лікарні, Запорізької обласної дитячої лікарні, Запорізького медичного університету м. Запоріжжя.

В січні – лютому 2018 року розповсюдження кору реєструвалось серед дітей та дорослих в циганських сім'ях Заводського, Шевченківського, Комунарського, Вознесенівського районів.

Кір подорослішала - у 2017 - 2018 роках питома вага дорослого населення серед захворілих дорівнювала 51,7%.

Найбільш інтенсивно в епідемічний процес були залучені діти у віці до 1 року – 182,4 на 100 тисяч (не щеплені проти кору за віком); діти у віці 5 - 9 років – 83,3 на 100 тисяч (86,7% не щеплені проти кору); 10 - 15 років – 38,0 на 100 тисяч (100% не щеплені проти кору). Серед дорослого населення в групі 19 - 29 років – 38,9 на 100 тисяч населення (82,9% не щеплених, або прищеплювальний статус невідомий). Не хворіли тільки особи у віці старше 60 років.

Заноси інфекції в організовані дитячі колективи (дитячі навчальні заклади, школи) розповсюдження не мали. Також не реєструвалися повторні випадки захворювань на кір серед контактних дітей, які щеплені проти кору, в домашніх вогнищах.

За 6 міс. 2018 року зареєстровано 117 випадків кору, за 2017 рік – 103 випадки. Але слід зазначити, що реєстрація кору в 2017 році розпочалась в липні (1 випадок), всі інші випадки почали реєструватись з кінця вересня.

Спалахам та розповсюдженню кору серед населення м. Запоріжжя сприяли наступні чинники:

- зниження колективного імунітету внаслідок недостатнього охоплення щепленнями проти кору дитячого населення міста в останні роки (починаючи з 2010 року), особливо у віці 6 - 10 років;
- активне розповсюдження кору серед не щеплених прошарків дитячого населення (особливо серед дітей із циганських сімей) та включення в епідемічний процес дорослого населення з невідомим імунним статусом або зі зниженою напругою імунітету через великий проміжок часу від останнього щеплення.

Введені протиепідемічні заходи сприяли зниженню та недопущенню подальшого розповсюдження захворюваності на кір в лікувальних закладах та на підприємствах, в домашніх вогнищах кору та в організованих дитячих колективах (ДНЗ, школи):

- контактним медичним та немедичним працівникам проводилася пасивна імунізація нормальним людським імуноглобуліном;
- тимчасово обмежувався прийом хворих, не щеплених проти кору, практикувалася прискорена виписка хворих із соматичних відділень;
- тимчасово припинялося функціонування окремих соматичних відділень;
- вводилися суворі обмеження переміщень хворих та працівників по відділеннях закладів, відвідування хворих родичами;
- медичними працівниками закладу, хворими відділень, де реєструвалися заноси кору, використовувалися засоби індивідуального захисту (маски) зі своєчасною їх заміною;
- вводився посилений контроль за проведенням поточних, генеральних прибирань, провітрюванням, дезінфекцією приміщень бактерицидними лампами;

- вводилися обмеження по проведенню масових заходів в закладах: оперативних нарад, загальних зборів, інших;
- проводилися щеплення дітей до 18 років, які раніш не були щеплені, що також сприяло припиненню розповсюдження інфекції.

Висновки:

1. Підйом захворюваності на кір в м. Запоріжжі в 2017 - 2018 роках пов'язаний із загальним підйомом захворюваності в Україні та завезенням кору родичами циганських сімей із Київської області у вересні 2017 року.

2. Спалахова захворюваність серед циганських сімей сприяла розповсюдженості кору серед іншого населення міста із залученням в епідпроцес найбільш уразливих прошарків населення – нещеплених проти кору дітей та дорослих, медичних працівників, інших.

3. Спостерігалось активне включення в епідпроцес дорослого населення з невідомим імунним статусом або зі зниженою напругою імунітету через великий проміжок часу від останнього щеплення.

4. З метою попередження епідускладнень з кору в майбутньому, необхідно вирішити питання щодо включення в Національний Календар щеплень вакцинацію проти кору дорослого населення як обов'язкову в плановому порядку до 35 років, а за епідемічними показаннями - без обмеження віку.

5. За неможливості проведення щеплень проти кору контактним дорослим у вогнищах кору проводити пасивну імунізацію нормальним людським імуноглобуліном.

6. Для збільшення ефективності екстреної профілактики кору у вогнищах націлити лікувальну мережу м. Запоріжжя на скорочення часу введення вакцини контактним з 72 годин до 12 годин з моменту появи висипу у хворого (при тривалому контакті з хворим).

7. Націлити лікувальну мережу міста на активізацію роботи по залученню до проведення імунопрофілактики осіб, які відмовляються від щеплень, звернувши увагу на дітей із циганських сімей.

8. З метою поліпшення якості діагностики кору, уникнення гіпердіагностики та своєчасного проведення протиепідемічних заходів, необхідно систематично проводити семінарські заняття з питань клініки, діагностики та профілактики кору з лікарями, фельдшерами лікувальних установ та закладів, швидкої медичної допомоги.

Зонування території м. Бердянська та Бердянського району за ступенем ризику інфікування переносників збудниками трансмісивних захворювань

**відокремлений підрозділ «Бердянський міський відділ
ДУ «ЗАПОРІЗЬКИЙ ОЛЦ МОЗ УКРАЇНИ»
Воскобойникова Г.В., Мироненко О.В.**

Протягом 2012 - 2016 років відмічається циркуляція на території м. Бердянська та Бердянського району збудників природно-вогнищевих інфекцій з трансмісивним механізмом передачі, які раніше не реєструвались.

За цей період на території м. Бердянська та Бердянського району зареєстровано 9 випадків дирофіляріозу, 2 випадки лихоманки Західного Нілу.

З'явилися нові види переносників трансмісивних захворювань. Змінилась екологія, чисельність реєструємих видів. Найбільш небезпечні членистоногі стали домінуючими, розширивши ареал свого заселення.

Виходячи з цього актуальним є:

- вивчення проблеми трансмісивних захворювань;
- систематизація накопичених даних;
- визначення та розробка пріоритетних заходів, які направлені на зниження ризику зараження людей трансмісивними природно-вогнищевими інфекціями в умовах геокліматичних особливостей м. Бердянська та Бердянського району.

Мета дослідження – вивчення біологічних, епізоотичних та абіотичних факторів, які впливають на формування природних вогнищ та їх активність; зонування території за ступенем ризику інфікування переносників збудниками трансмісивних захворювань.

Приналежність м. Бердянська та Бердянського району до зон за ступенем ризику інфікування переносників трансмісивними захворюваннями.

Інфекції	Арбовірусні інфекції	Малярія	Дирофіляріоз	Лихоманка Західного Нілу	Кліщовий енцефаліт	Хвороба Лайма	туляремія
м. Бердянськ	дуже високого ризику	високого ризику	високого ризику	високого ризику	середнього ризику	пoviщеного ризику	умовно ензоотична
Бердянський район	маловивчена зона	помірної небезпеки	маловивчена зона	маловивчена зона	маловивчена зона	маловивчена зона	маловивчена зона

Висновки:

1. На території м. Бердянська та Бердянського району сформувались вогнища лихоманки Західного Нілу, дирофіляріозу, можливо формування вогнищ хвороби Лайма.

2. Не виключена можливість укорінення на території збудників лихоманок Крим-Конго, Укуніємі, Тягиня.

3. Зміна видового складу переносників та домінування найбільш небезпечних видів членистоногих привело до формування сполучених природних вогнищ.

4. Рівень захворюваності населення дирофіляріозом залежить від наявності місць виплоду домінуючого переносника *Culex pipiens molestus* в закритих біотопах (підвалах, які підтоплюються водою).

5. На території м. Бердянська та Бердянського району визначені зони з високим ризиком зараження переносників збудниками трансмісивних захворювань, що потребує розробки заходів, які направлені на нівелювання ризику зараження людини.

Професійне вигорання» медичних працівників

відокремлений підрозділ «Василівський міжрайонний відділ ДУ «ЗАПОРІЗЬКИЙ ОЛЦ МОЗ УКРАЇНИ» Мостова Т.О.

Актуальність даної проблеми полягає в процесах соціально-економічної трансформації, що відбувається в нашій країні, сприяє змінам, які відображаються в усіх сферах життя, в тому числі й на ринку праці. Стає необхідним поглиблене

вивчення феномену синдрому вигорання, визначення етіології цього синдрому та профілактичних заходів щодо запобігання його виникнення.

Для медичних працівників почуття емпатії є перш за все необхідною професійною якістю. Та якщо проблеми пацієнтів сприймати як особисті, до того ж відчувати тиск власних проблем, яких у сучасному житті безліч, це виливається у надмірну втомлюваність та невдовзі проявляється у специфічному стані. Цей стан фізичного та емоційного виснаження внаслідок перевантаження та впливу стресів як у професійному, так і у повсякденному середовищі є синдромом вигорання. Останній виражається у підвищеній та хронічній втомлюваності, апатії, деструктивному реагуванні на стреси тощо.

Тому, на сьогоднішній день необхідно звертати увагу на психологічний та емоційний стан медичних працівників для поліпшення їх працездатності.

На психічне здоров'я медичного працівника впливають два фактори: соціальний та індивідуальний. Через зріле ставлення до себе, розуміння важливості психогігієнічних заходів людина може реально впливати на хід свого життя, розумно організовувати свою працю та відпочинок.

Якість питної води у Вільнянському районі в період відсутності наглядових функцій за санітарно-технічним станом сільських водогонів

**відокремлений підрозділ «Вільнянський міжрайонний відділ
ДУ «ЗАПОРІЗЬКИЙ ОЛЦ МОЗ УКРАЇНИ»
Сініцина Н.Ю., Мінаєва Л.І., Полякова Т.С.**

Мета: дослідити та оцінити якість питної води у Вільнянському районі в період відсутності наглядових функцій за санітарно-технічним станом сільських водогонів та ефективність здійснення соціально-гігієнічного моніторингу за якістю питної води, зв'язок з захворюваністю на гострі кишкові інфекції.

Матеріали та методи дослідження: вивчені показники якості питної води, які оцінювались за вимогами ДСанПіН 2.2.4-171-10 «Гігієнічні вимоги до води питної, призначеної до споживання людиною», показники захворюваності на гострі кишкові інфекції.

Результати дослідження: в період мораторію на здійснення наглядових функцій, ліквідації санепідслужби взагалі, контроль за санітарно-технічним станом водоводів був втрачений. Загальнонаціональні тенденції мають відображення на індикаторах якості питної води.

Найбільш високий показник відхилень за мікробіологічними показниками та санітарно-хімічними показниками реєструвався на території 3 сільських рад та Кам'яної селищної ради.

Незважаючи на відсутність прямого зв'язку захворюваності з водним фактором передачі в районі, опосередкованим показником впливу якості питної води на захворюваність є її загальні рівні, з урахуванням особливостей окремих територій.

Висновки:

1. У період здійснення санітарно-епідеміологічного нагляду до 2016 року, гігієнічна оцінка якості питної води, якість питної води щорічно покращувалася.

2. В період мораторію на здійснення наглядових функцій (з 2016 року) якість поступово погіршується, що має негативний вплив на загальну ситуацію з захворюваності на гострі кишкові інфекції на окремих територіях.

3. Необхідність формування активної громадської позиції щодо впливу на органи місцевого самоврядування з вирішення питання забезпечення питної води гарантованої якості.

Щорічний медичний моніторинг населення зон спостереження об'єктів атомної енергетики України як шлях до удосконалення сучасної системи захисту здоров'я

відокремлений підрозділ «Токмацький міжрайонний відділ ДУ «ЗАПОРІЗЬКИЙ ОЛЦ МОЗ УКРАЇНИ» Закладна Н.В.

Однією з актуальних проблем сьогодення в умовах стрімкого техногенного розвитку усього світу є об'єктивна оцінка всіх можливих ризиків для здоров'я населення територій навколо діючих об'єктів атомної індустрії.

Відповідно до Закону України «Про внесення змін до деяких законів України щодо соціального захисту населення, яке проживає в зонах спостереження» № 232-V від 02.10.2006, населення територій, на яких розміщуються підприємства з видобування уранових руд, ядерні установки, об'єкти, призначені для поводження з радіоактивними відходами, має право на встановлення особливого режиму енергоспоживання, створення спеціальної соціальної інфраструктури та щорічний медичний моніторинг, що здійснюватиметься у порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України (КМУ). Однак відомо, що з 2006 року розробка положення щодо медичного захисту мешканців зони спостереження (ЗС) КМУ так і залишилась не здійсненою, й досі не розроблений Порядок проведення медичних оглядів населення ЗС цих об'єктів.

Дослідження проводили на прикладі Запорізької атомної електростанції (АЕС), яка є найбільшою в Європі. В ході дослідження встановлено, що щорічний медичний моніторинг та, відповідно, диспансеризація населення ЗС Запорізької АЕС не здійснюється, а проводяться лише попередні та періодичні медичні огляди за наказами МОЗ України від 21.05.2007 № 246 (порядок проведення медичних оглядів працівників певних категорій) та наказом МОЗ України від 23.07.2002 № 280 (Щодо організації проведення обов'язкових профілактичних медичних оглядів працівників окремих професій, виробництв і організацій ...). Також виявлено, що в штаті медичних закладів відсутні фахівці з радіологічної медицини.

За даними проведеного автором соціологічного опитування населення ЗС Запорізької АЕС. Встановлено, що з 770 респондентів 97% ($\pm 0,042$) інформовані, що мешкають в ЗС об'єкту атомної енергетики. Переважна кількість респондентів – 72,7% ($\pm 0,33$) занепокоєні проживанням у цій зоні та негативним впливом підприємства на стан здоров'я. 39,7% ($\pm 0,54$) респондентів вважають, що продукти харчування, які вони вживають, забруднені радіонуклідами, а 51% ($\pm 0,50$) взагалі не може визначитись з цим питанням.

Наявність хронічних захворювань органів травлення відзначили 41,7% ($\pm 0,54$) опитаних, хронічних захворювань серцево-судинної системи – 34,4% ($\pm 0,55$) опитаних, захворювань ендокринної системи – 13,6% ($\pm 0,46$) опитаних. Майже половина респондентів відмічали наявність двох хронічних захворювань. Близько половини 48,1% ($\pm 0,51$) населення оцінюють стан захисту здоров'я мешканців ЗС при проживанні в зоні дії об'єкту атомної енергетики негативно, 45,6% ($\pm 0,51$) – не могли визначитися. Лише 5,3% ($\pm 0,31$) опитуваних оцінюють його позитивно. 56,7% опитаних отримує пільги (зниження вартості сплату за користування електроенергією) за проживання в ЗС діючої АЕС.

Висновок. Тож, на підставі виявленого, вважаємо на сьогодні вкрай необхідним є розробка положення щодо медичного захисту мешканців ЗС та Порядку здійснення щорічного медичного моніторингу стану здоров'я населення цих зон. Адже в економічно розвинутих країнах (наприклад, в Німеччині) від моменту початку експлуатації АЕС організовані дослідження стану здоров'я людей, що мешкають біля цих підприємств. Але в Україні поки про ЗС АЕС можна говорити лише з точки зору радіаційного моніторингу.

Дирофіляріоз, викликаний *Dirofilaria repens* в Запорізькій області за період 2003 - 2016 роки

**Запорізький державний медичний університет
Рябокоть О.В., Фурик О.О.,
ДУ «ЗАПОРІЗЬКИЙ ОЛЦ МОЗ УКРАЇНИ»
Зарудна О.В., Куташ О.О.**

На сьогодні в Україні у людей реєструється лише один трансмісивний гельмінтоз місцевого походження – дирофіляріоз. Захворюваність на підшкірний дирофіляріоз в сучасних умовах зростає в країнах Південної та Східної Європи, зокрема й в Україні, Центральної Азії, Шрі-Ланці. Однією з головних причин поширення хвороби, яка до недавнього часу вважалася тропічною, є ввезення із-за кордону собак, заражених личинками дирофілярій; погіршення ветеринарного контролю; поява великої кількості бродячих тварин; наявність переносників комарів. В Україні дирофіляріоз реєструється у 60% бродячих собак, в Запорізькій області - у 2,8% домашніх тварин, що сприяє підтримці інтенсивності епідемічного процесу серед людей. Зростання числа хворих людей в Україні почалося через два роки після різкого зростання захворюваності на дирофіляріоз собак, що обумовлено накопиченням протягом цього часу в популяції тварин штамів *Dirofilaria repens*, адаптованих до організму людини.

Мета роботи – проаналізувати випадки дирофіляріозу у людей, викликаного *Dirofilaria repens* у Запорізькій області за період 2003 - 2016 роки.

Матеріал та методи.

Проаналізовано 168 випадків дирофіляріозу, викликаного *Dirofilaria repens* у людей в Запорізькій області за період 2003 - 2016 роки. В роботі використані архівні епідеміологічні карти, надані паразитологічною лабораторією ДУ «ЗАПОРІЗЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ЛАБОРАТОРНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ».

Результати досліджень.

В результаті проведеного аналізу виявлено незначне переважання серед хворих жінок (66,1%), а у віковій структурі відзначено істотне переважання дорослих (95,2%). Найбільша кількість хворих на дирофіляріоз були молодого (50,0%) та середнього (20,2%) віку. Дирофіляріоз реєструвався практично у всіх районах області, проте найбільшу кількість пацієнтів було виявлено в містах Запоріжжя (53,0%), Бердянськ (15,5%), Мелітополь (10,1%). Місцеве походження було встановлено в 83,3% випадків. Третина хворих були власниками собак (36,3%), яким не проводилася дегельмінтизація, або проводилася нерегулярно. Практично всі пацієнти вказували на часте відвідування природних об'єктів області.

У 40% пацієнтів клінічна маніфестація інвазії характеризувалася ознаками міграції *Dirofilaria immitis* в підшкірній клітковині різної локалізації. Найбільш поширена локалізація *D.immitis* - підшкірна клітковина повік та область очей - у 45,8%. У кожного четвертого хворого *D.immitis* локалізувалась в підшкірній клітковині обличчя (26,2%), рідше - в підшкірній клітковині верхніх кінцівок (6,0%), нижніх кінцівок (5,4%), області живота (4,2%), волосистої частини голови (3,4%), області мошонки (3,4%), промежини (2,4%), в області молочної залози (2,4%). У всіх зазначених випадках проведено хірургічне видалення гельмінту із обов'язковою ідентифікацією його в паразитологічних лабораторіях ДУ «ЗАПОРІЗЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ЛАБОРАТОРНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ» та ДЗ «Український центр з контролю та моніторингу захворювань МОЗ України».

Висновки.

Дирофіляріоз, викликаний *D.immitis*, реєструється серед населення Запорізької області щорічно, практично у всіх районах області. Захворювання реєструється переважно у дорослих. Домінують випадки місцевого походження. Третина хворих - власники собак. Найчастіше місце локалізації *Dirofilaria immitis* - у підшкірній клітковині повік та в області очей (45,8%), обличчя (26,2%). В 40% випадків відзначалася підшкірна міграція гельмінта.

Підтримці інтенсивності епідпроцесу з дирофіляріозу в області сприяє наявність хворих тварин та переносників.

Дирофіляріоз - це проблема, яка потребує активізації навчальної роботи серед фахівців лікувально-профілактичних закладів та роз'яснювальної роботи серед населення області.

Заходи щодо зниження вмісту дрібнодисперсних зважених твердих часток в атмосферному повітрі м. Запоріжжя

**Запорізький державний медичний університет
к.м.н., доцент Севальнев А.І., асистент Волкова Ю.В.**

Актуальність. Дрібні та тонкодисперсні тверді частки, що містяться в навколишньому повітрі, становлять найвищий екологічний ризик для здоров'я, тому розробка єдиної комплексної програми щодо зменшення їх вмісту, а відповідно, й зниження ризику впливу на здоров'я є вкрай необхідною.

Мета дослідження. Розробити комплекс заходів щодо зниження вмісту зважених твердих часток в атмосферному повітрі.

Матеріали та методи. Систематизовано результати нашого дослідження з оцінки стану забруднення атмосферного повітря міста дрібними фракціями зважених твердих часток (PM₁₀ та PM₄). Для обробки показників використовувалися аналітичні, математичні та статистичні методи.

Отримані результати. З урахуванням міжнародного досвіду, нами був розроблен алгоритм та проведено дослідження вмісту дрібнодисперсних фракцій зважених твердих часток в повітрі. В ході дослідження були встановлені основні закономірності вмісту та розподілу даних аерополітантів в атмосферному повітрі, території та групи ризику.

На основі отриманих даних ми наразі розробили проект програми щодо зниження вмісту дрібнодисперсних фракцій зважених твердих часток в повітрі. Програма спрямована на забезпечення екологічної безпеки, захист життя та здоров'я населення міста, досягнення гармонійної взаємодії суспільства та навколишнього середовища. Основні заходи в ній згруповані за розділами, призначеними для дій на рівні місцевих органів влади, в сфері транспорту, промисловому, енергетичному, науково-дослідницькому секторі та в медицині, насамперед, в наданні первинної медико-санітарної допомоги. Залучення засобів масової інформації та громадських організацій до роботи безперечно також є необхідною складовою.

Висновки.

Реалізація проекту безперечно потребує вирішення багатьох питань, в першу чергу, це фінансування, створення сучасних нормативів, повноцінної системи пересувних та автоматизованих постів спостереження, координуючої організації та єдиної системи інформування, а також підвищення рівня екологічної свідомості суспільства. Тому для успішного впровадження проекту необхідно створення багатосекторальних партнерських зв'язків для сприяння співробітництву на усіх рівнях.

Стан психічного здоров'я дітей та молоді в умовах екологічного пресингу

Запорізький державний медичний університет

д.м.н., професор Гребняк М.П., к.м.н., доцент Федорченко Р.А.

Актуальність. Здоров'я дітей та молоді є інтегральним показником загального благополуччя суспільства та індикатором соціальних та екологічних негараздів.

Матеріали та методи досліджень. Для реалізації поставлених цілей та завдань було використано бібліографічний, порівняльний, статистичні методи досліджень, а також проведено ауто-анкетування 266 респондентів (131 чоловік та 135 жінок) віком від 15 до 30 років за стандартом «WHOQOL-BREF».

Результати. За останні 5 років в Україні відбулося значне погіршення здоров'я школярів: поширеність усіх хвороб серед підлітків підвищилася на 15%, у тому числі на 7,5% зросла поширеність хвороб нервової системи та на 4,5% - розладів психіки та поведінки, 40% мають різноманітну хронічну патологію, у кожного другого учня виявлено поєднання декількох хронічних захворювань. За період навчання у школі кількість дітей з порушеннями нервової системи зростає у 2 рази. Особливо несприятлива ситуація спостерігається у школах нового типу (гімназії, коледжі, ліцеї, школи з поглибленим вивченням предметів), де навчальний процес

характеризується високою інтенсивністю. До кінця року поява підвищеної невротизації спостерігається серед 55% - 83% учнів шкіл нового типу. Показники захворюваності на психічні розлади були максимальними у дітей вікової групи до 6 років, а показники розповсюдженості - серед дітей шкільного віку. Максимальні рівні захворюваності на нервові хвороби зафіксовані у дітей до 6 років.

Істотний вплив на самопочуття та практичну діяльність людини в напрямку збереження та розвитку власного здоров'я має самооцінка власного здоров'я. За результатами анкетування школярів та молоді доведено, що 70% школярів та 67% молоді дають «позитивну» оцінку якості свого життя, по 27% - «нейтральну», та тільки 3% школярів та 6% молоді вказали на «негативну» оцінку. Стан фізичного здоров'я оцінюють як «високий» 85% школярів та 79% молоді, як «помірний» - 15% та 18% та лише 6% молоді дають «негативну» оцінку. Саме вони і потребують медичної допомоги.

Показник задоволення якістю свого життя серед молоді є стабільним та високим (80 - 90%), що свідчить про формування стійкої популяції населення віком 17 - 30 років, яка адаптована до умов проживання та навчання.

Висновки. В Україні серед дітей та підлітків відстежується зростання поширеності хвороб нервової системи, розладів психіки та поведінки. У шкільному віці під впливом зовнішніх факторів та «шкільних ризиків» на фоні психоемоційної нестабільності реєструється підвищення звернення до медичних закладів. Існує необхідність перегляду «шкільних технологій навчання» та переходу на сучасні технології «збереження здоров'я» у відповідності з вимогами Комітетів ООН (Програма FRESH) з оптимізацією раціонального шкільного харчування та фізичної активності (Глобальна стратегія ВООЗ з раціону харчування, руху та здоров'ю), доопрацювання державної програми навчання у школах нового типу, у складі якої повинні бути елементи розвантаження навчального процесу, використання більш ефективних методів навчання, підвищення долі та якості знань з фізичної культури, поліпшення харчування та ставлення до дітей у родинах та ін.

Небезпека ртуті у навколишньому середовищі

**Запорізький державний медичний університет
д.м.н., професор Гребняк М.П., к.м.н., доцент Федорченко Р.А.,
к.м.н., доцент Сушко Ю.Д.**

Ртуть не входить до складу есенціальних мікроелементів, проте визначається в живих організмах. Ртуть надходить в навколишнє середовище в результаті спалювання органічного палива; видобутку ртуті та переробки руди; витягу благородних металів з породи; при виробництві цементу та вінілхлориду. Значна частина ртуті потрапляє в атмосферу та потрапляє до Світового океану, накопичується у рослинах, організмі тварин. За останні 100 років кількість ртуті у верхніх шарах Світового океану та на глибині до 100 метрів збільшилася вдвічі, а на великих глибинах - майже на 25%.

Матеріали і методи дослідження. Проаналізовано обсяги викидів пріоритетних та специфічних забруднювачів в атмосферне повітря України від стаціонарних джерел забруднення. Вивчено гострі і хронічні отруєння ртуттю та її сполуками.

Результати. Ртуть, її органічні та особливо неорганічні сполуки відносяться до надзвичайно токсичних речовин першого класу небезпеки, але жоден інший елемент не має такого широкого застосування у виробничих процесах, речовинах, медицині. Відомо кілька великих родовищ ртуті: Альмаден в Іспанії, Монте-Амьята в Італії, Нью-Альмаден на кордоні Каліфорнії з Мексикою. Близько 90% світового видобутку ртуті припадає на частку Іспанії. Одне з найбільших родовищ ртуті на території України розташовано біля Артемівська. Середній вміст ртуті у вугіллі Донбасу становить близько 1 г/т, а у вугіллі Микитівського родовища більше 20 г/т.

Аналіз викидів забруднюючих речовин в атмосферне повітря від промислових підприємств України за період 2002 - 2015 роки показав, що викиди пріоритетних речовин складали: для діоксиду сірки - $1175,1 \pm 26,8$ тис. т; оксидів азоту - $311,6 \pm 5,0$ тис. т; неметанових летких органічних сполук - $69,8 \pm 2,6$ тис. т; аміаку - $19,2 \pm 0,9$ тис. т; оксиду вуглецю - $1125,9 \pm 31,7$ тис. т; твердих частинок (ТЧ загальний обсяг) - $592,7 \pm 17,6$ тис. т; ТЧ₁₀ - $131,4 \pm 4,9$ тис. т; ТЧ_{2,5} - $43,1 \pm 2,6$ тис. т.

Слід підкреслити, що обсяги зазначених речовин поступово зменшувалися з 1990 до 2015 року. Так, у порівнянні з 1990 року обсяги викидів діоксиду сірки зменшились у 3,4 рази (з 2782,3 тис. т до 830,3 тис. т); оксидів азоту - у 3,3 рази (760,8 тис. т до 233,8 тис. т); аміаку - у 1,2 рази (з 23,1 тис. т до 18,8 тис. т); оксиду вуглецю - у 4,3 рази (3273,7 тис. т до 764,1 тис. т); ТЧ (загальний обсяг) - у 5,8 рази (з 2018,8 тис. т до 349,6 тис. т); ТЧ₁₀ - у 2,3 рази (154,7 до 67,9 тис. т); ТЧ_{2,5} - у 3,8 рази (74,7 до 19,7 тис. т). Викиди ртуті в цей час залишалися стабільними, сягаючи максимальних значень 7,3 - 7,8 т у 2011 - 2012 роках. Щорічно тільки в атмосферне повітря міст України надходило в середньому $6,16 \pm 0,19$ т ртуті.

Висновки. Проблема забруднення навколишнього середовища ртуттю залишається актуальною на сьогоднішній день для всіх європейських країн, США, Японії та України. Незважаючи на введення обмежень щодо використання ртуті та препаратів на її основі у промисловості, сільському господарстві та медицині, щороку реєструються перевищення концентрацій ртуті, як у повітрі робочої зони промислових об'єктів, у житлових приміщеннях та біологічних середовищах організму (волосі, крові). Найбільшу небезпеку у світі набуває поширення отруєнь органічними сполуками ртуті внаслідок вживання в їжу морепродуктів. Відкритим залишається питання використання тіомерсалу в якості консерванту для виготовлення більшості вакцин, незважаючи на суворий контроль з боку групи незалежних експертів Глобального консультативного комітету з безпеки вакцин.

Система контролю та моніторингу стану навколишнього природного середовища в контексті впливу екологічної кризи на захворюваність населення псоріазом

Запорізький державний медичний університет
к.м.н. І.А. Соколовська І.А., д.м.н. доцент Макуріна Г.І.,
к.м.н. Васильчук Н.Г., к.м.н., доцент Сушко Ю.Д.,
к.м.н., доцент Торгун В.П.

Вступ. З метою забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя людини впроваджується та реалізується соціально-гігієнічний моніторинг. Його основу становить систематичний аналіз залежності здоров'я населення від чинників довкілля з метою визначення пріоритетів управління санітарно-епідеміологічним благополуччям через розробку науково обґрунтованих цільових програм та окремих заходів. Екологічна епідеміологія вивчає вплив різних несприятливих факторів зовнішнього середовища на здоров'я населення конкретних територій та обґрунтовує необхідність розробки і прийняття управлінських рішень для профілактики захворювань у населення, яке проживає на територіях з несприятливою екологічною ситуацією.

Мета. На основі соціально-гігієнічного моніторингу, визначити особливості захворюваності на псоріаз та його поширеності серед населення Запорізької області в умовах несприятливих чинників навколишнього середовища.

Матеріали та методи дослідження. Методи дослідження: гігієнічні, клініко-лабораторні, функціональні, епідеміологічні, статистичні.

Результати та їх обговорення. На основі проведених методів дослідження встановлено, що найбільшу поширеність захворюваності на псоріаз в Запорізькій області мають такі райони: Запорізький, Гуляйпільський, Веселівський, Більмацький, Приморський, Василівський, де вона становить близько 269,6 - 513,8 вип./100 тис. Число випадків захворюваності на псоріаз серед дітей Оріхівського району становило майже половину всіх звернень до лікувальних установ даного району ($38,9 \pm 1,1\%$ та $40,0 \pm 1,15\%$) (дані 2012 - 2013 років).

Висновки. На основі соціально-гігієнічного моніторингу поширеності псоріазу нами був зроблений висновок, що, серед районів-лідерів за показниками захворюваності населення, провідні місця займають населені пункти з високим рівнем забрудненості небезпеки. До них відносяться: м. Запоріжжя, Гуляйпільський, Приморський та Більмацький райони. В Оріхівському районі відзначений високий відсоток хворого на псоріаз населення дитячого віку. У цих населених пунктах активно розвинена легка та важка промисловість.

Аналіз професійної захворюваності серед працівників Запорізької області

Запорізький державний медичний університет

Шаравара Л.П., Тищенко М.П.

Актуальність. Професійна захворюваність (ПЗ) в Україні є складною соціально-економічною, медичною й гігієнічною проблемою. Вона є складовою загальної захворюваності населення, яка охоплює категорію хвороб, що виникають у результаті дії несприятливих факторів виробничого середовища й трудового процесу.

Мета роботи. Провести аналіз професійної захворюваності серед працівників Запорізької області за період з 2014 – 2017 роки.

Отримані результати. У результаті аналізу динаміки професійної ПЗ в Запорізькій області встановлено, що рівень ПЗ протягом цих років у середньому склав $2,1 \pm 0,4$. Основною галуззю, що формує ПЗ в області є металургійна промисловість, яка у структурі професійної патології за 4 роки склала 65,3 – 88% з рівнем ПЗ від 4,9 до 14,6 на 10 тис. працюючих.

У Запорізькій області основною причиною формування профпатології є дія на працівників пилу та хімічних речовин – 50,4%, дія виробничого шуму – 21,2%, дія загальної та локальної вібрації – 18,71%, дія тривалого фізичного напруження – 7,2%, дія інфрачервоного випромінювання – 2,2%, дія біологічних факторів – 0,4%.

Аналізуючи ПЗ за нозологічними формами встановлено, що найбільша питома вага припадає на захворювання органів дихання – 42,3% (107 випадків), на другому місці вібраційно-шумова патологія – 41,5% із них 22,1% (56 випадків) вібраційна хвороба та 19,4% (49 випадків) нейросенсорна приглухуватість, на третьому місці знаходяться захворювання опорно-рухового апарату та променева катаракта, які мають майже однакову питому вагу у структурі захворювання, відповідно 6,3% (16 випадків) та 5,1% (13 випадків).

В залежності від статі найбільша кількість ПЗ реєструвалася серед чоловіків – 70%, останні 30% випадків були зареєстровані у жінок.

Більша частина потерпілих мають стаж роботи понад 10 років – 94%, серед яких більшу кількість всі випадків ПЗ займають працівники зі стажем від 10 до 29 років: стаж 20 - 29 років – 42%, стаж 10 – 19 років – 28%. За 4 роки середній стаж виникнення ПЗ серед працівників у Запорізькій області склав $24,3 \pm 0,7$.

В залежності від віку найбільша кількість випадків ПЗ реєструється у віці 50 - 59 років та становить 43%, 40 - 49 років – 38,3%. У працівників віком понад 60 років було зареєстровано більше 11% випадків, серед працівників молодого віку до 29 років приходить близько 7,3%. Разом з тим середній вік захворілих в Запорізькій області складає $50,5 \pm 0,6$ років.

Висновки:

1. За період з 2014 по 2017 роки на підприємствах Запорізької області було зареєстровано 194 випадки ПЗ. Середній рівень ПЗ протягом цих років склав $2,1 \pm 0,4$.

2. Основною галуззю, яка формує професійну захворюваність у області, є металургійна галузь (87,1%), серед якої на підприємствах чорної металургії зареєстровано більше половини випадків – 77,8%.

3. Основною причиною формування профпатології у працюючих є запиленість та загазованість повітря робочої зони. Їх співвідношення показує, що на вплив від всіх видів пилу та хімічних речовин припадає половина випадків ПЗ, а саме 50,4%. Основними формами патології серед працівників є пилова патологія – 42,3% та вібраційно-шумова патологія – 41,4%.

4. Найбільша кількість захворювань спостерігається серед працівників зі стажем роботи 20 - 29 років (42%) та в залежності від віку – у осіб 50 - 59 років (43%).

5. У зв'язку з цим, вважаємо за необхідне подальше більш ретельне дослідження професійних ризиків у металургійній галузі, яка формує рівень ПЗ у Запорізькій області з вивченням захворюваності з тимчасовою втратою працездатності та розрахунком показників професійного ризику для визначення пріоритетних напрямків профілактики.

Технологічний та організаційний розвиток новітньої екстреної маркерної лабораторної діагностики серед постраждалих при надзвичайних ситуаціях

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

**д.м.н. Кочін І.В., д.м.н. Мірошніченко В.П., к.м.н. Трошин Д.О.,
к.ф.н. Остапенко А.О.,
ВП «Василівський міжрайонний відділ ДУ «ЗАПОРІЗЬКИЙ ОЛЦ МОЗ
УКРАЇНИ»
Хандога Е.В.**

В останні десятиліття суттєво збільшилась кількість та тяжкість надзвичайних ситуацій (НС), тому в багатьох країнах світу після Другої світової війни створення служб, організація та надання екстреної медичної допомоги (ЕМД) почало оформлюватися в концептуальну та організовану систему, яка в кінцевому рахунку розвинулась в особливу наукову, практичну та навчальну дисципліну - медицину катастроф. Щорічно за медичною допомогою у зв'язку з виникненням невідкладних станів звертається до 30% громадян України. Кожен десятий шпиталізується за екстреними показаннями. Кожен п'ятий виклик бригади швидкої медичної допомоги закінчується доставкою хворого до стаціонару. Спостерігається різноманітність нозологічних форм із хибною діагностикою їх наявності. Тому, особливу актуальність набув подальший технологічний та організаційний розвиток новітньої екстреної маркерної лабораторної діагностики серед постраждалих (цивільного населення та військовослужбовців) в зонах НС мирного та воєнного часу, з пораненнями, захворюваннями та станами, які вимагають надання ЕМД. В зв'язку з чим виникла нагальна необхідність використання особливих засобів «point of care» технологій - невідкладних та екстрених маркерних лабораторних досліджень санітарями-інструкторами, парамедиками та медичним персоналом в зонах НС в проведенні науково обґрунтованого комплексу заходів експрес-діагностики в системі лікувально-евакуаційного забезпечення, а звідси збереження життя, запобігання ускладнень ушкоджень та захворювань, попередження інвалідизації.

**Сучасна державна концепція розвитку екстреної медичної допомоги
постраждалим при надзвичайних ситуаціях на основі маркерної лабораторної
діагностики**

**ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»
д.м.н. Кочін І.В., д.м.н. Мірошніченко В.П., к.м.н. Трошин Д.О.,
к.ф.н. Остапенко А.О.,
ВП «Василівський міжрайонний відділ ДУ «ЗАПОРІЗЬКИЙ ОЛЦ МОЗ
УКРАЇНИ»
Хандога Е.В.**

Необхідність застосування сучасних технологій маркерної лабораторної діагностики при ліквідації наслідків техногенних, природних та соціальних надзвичайних ситуаціях, терористичних актів та бойових дій є вимогою часу.

Поняття РОСТ (Point-of-Care-Testing), тобто лабораторний аналіз «безпосередньо біля ліжка хворого» на сьогодні прийнято як державну концепцію розвитку екстреної медичної допомоги в багатьох країнах світу. В 2014 році міністр

медицини США на засіданні ВООЗ доповів, що в країні 70% від усіх методів діагностики займають методи РОСТ.

Вивчення вітчизняних та іноземних наукових джерел, наукових літературних оглядів з особливостей організації та надання ЕМД, законодавчо-правових та нормативних державних актів з питань ЕМД при НС у Франції, США, Бельгії, Великобританії, Німеччині, Польщі та Росії виявило широке використання експрес-тестів маркерної лабораторної діагностики (ЕТМЛД) в системі лікувально-евакуаційного забезпечення постраждалих при техногенних, природних, соціальних та воєнних НС. Згідно даних ВООЗ, до третини постраждалих при НС мирного часу потребують надання ЕМД за життєвими показаннями. Кожен п'ятий з загиблих міг бути врятований на місці НС, якби своєчасно були проведені ЕТМЛД та з врахуванням їх результатів більш якісно і адекватно було б надано необхідні види медичної допомоги: першу медичну, долікарську, першу лікарську, передбачені у дошпитальному періоді.

Особливості організації та законодавчо-правового забезпечення екстреної медичної допомоги у країнах Західної Європи та США

**ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»
д.м.н. Кочін І.В., д.м.н. Мірошніченко В.П., к.м.н. Трошин Д.О.,
к.ф.н. Остапенко А.О.,
ВП «Василівський міжрайонний відділ ДУ «ЗАПОРІЗЬКИЙ ОЛЦ МОЗ
УКРАЇНИ»
Хандога Е.В.**

Звертають на себе увагу важливі особливості сучасної організації та законодавчо-правового забезпечення ЕМД при НС у країнах Західної Європи та США, які змістовно торкаються наступних питань: концептуальних положень організації та надання ЕМД, які закріплені у багатьох законодавчо-правових та нормативних державних актах, що неухильно виконуються в царині організації, логістики та надання ЕМД, професійної підготовки кадрів медичних бригад, стану та укомплектування транспорту, стану медичної техніки, підготовки рухомого складу, виконання стандартів та протоколів ЕМД, прав постраждалого; використання експрес-тестів маркерної лабораторної діагностики (ЕТМЛД) в системі лікувально-евакуаційного забезпечення постраждалих при техногенних, природних, соціальних та воєнних НС; контингент усіх медичних бригад ЕМД складають парамедики та медичні техніки з ЕМД; нормативи ЕМД НС у країнах Західної Європи та США передбачають більшу інтенсивність праці особового складу в порівнянні з Україною: відносна кількість медичних бригад у 4 рази менша, а їх навантаження у 3 рази більше.

До особового складу системи ЕМД у країнах Західної Європи та США відносяться: лікарі ЕМД, які не входять в рухомий склад медичних бригад ЕМД та керують діями рухомого складу за допомогою сучасного зв'язку. Вони працюють в шпиталях та організують роботу системи ЕМД; середні медичні працівники ЕМД, які працюють в шпиталях ЕМД; рухомий склад санітарних автомашин ЕМД: «Emergency Medical Technicians» (EMT) - медичні техніки з ЕМД та «paramedics» - парамедики. Це спеціально підготовані фахівці, які не мають вищої чи середньої

спеціальної медичної освіти, технічно виконують передбачені медичними протоколами відповідні стану організму постраждалого медичні процедури.

В більшості країн Західної Європи та США функціонує три рівні невідкладної медичної спеціальної підготовки медичних техніків з ЕМД. Перший рівень (ЕМТ-Ш) - початковий рівень підготовки, на якому навчають вилучати постраждалого з аварійного транспортного засобу, зруйнованої будівлі тощо, правильно його іммобілізувати та транспортувати до шпиталів ЕМД, практичним навичкам першої медичної допомоги та здійсненню серцево-легеневої реанімації. Другий рівень (ЕМТ-П) - рівень проміжної підготовки з надання медичної допомоги. Крім програми першого рівня, тут оволодівають технікою пункції та катетеризації вен, використання пневматичних протишокових костюмів, введення зонда в шлунок та методикою ендотрахеальної інтубації. Третій рівень (ЕМТ-Р) - найвищий рівень медичної підготовки парамедика, додатково включає медикаментозну терапію невідкладних станів, розшифровку ЕКГ, проведення дефібриляції. Термін підготовки парамедика - близько 1200 годин. Результати практичної діяльності медичних техніків та парамедиків довели свою ефективність та суттєво вплинули на зменшення летальності постраждалих у дошпитальному періоді. Сучасна організація та законодавчо-правове забезпечення ЕМД, використання ЕТМЛД у поєднанні з клінічним досвідом дозволять приймати оптимальні медичні рішення в системі ЛЕЗ при НС постраждалих.

Оснащення структурних підрозділів системи екстреної медичної допомоги

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

д.м.н. Кочін І.В., д.м.н. Мірошніченко В.П., к.м.н. Трошин Д.О.,

к.ф.н. Остапенко А.О.,

**ВП «Василівський міжрайонний відділ ДУ «ЗАПОРІЗЬКИЙ ОЛЦ МОЗ
УКРАЇНИ»**

Хандога Е.В.

Для поліпшення надання ЕМД населенню України розроблено таблиць оснащення структурних підрозділів Служби медицини катастроф (СМК) України з метою приведення забезпечення структурних підрозділів системи ЕМД до сучасних світових вимог та стандартів. Поряд з необхідністю впровадження великого комплексу організаційних питань, оснащення структурних підрозділів системи ЕМД, для поліпшення надання медичної допомоги при НС населенню України важливого значення набуває застосування експрес-тестів маркерної лабораторної діагностики (ЕТМЛД), виконання яких потребує залучення широкого комплексу апаратури, підготовлених кадрів фахівців, що забезпечить медичну ефективність діяльності Служби швидкої медичної допомоги, СМК та військової медицини при НС мирного та воєнного часу.

Медицина - це контрверсійна наука, яка постійно змінюється в Україні і світі, та відповідно в діяльності системи ЕМД - Служби швидкої медичної допомоги, СМК та військової медицини при НС мирного та воєнного часу. Таким чином, в осередку НС та на полі бою, може з'явитися нове медичне обладнання, в тому числі

для проведення маркерної лабораторної експрес-діагностики «POINT OF CARE» технології. Якщо медичні працівники володіють медико-лікарняними технологіями та розуміють, що треба робити та чому, при наданні ЕМД, то вони здатні адаптуватися до багатьох клінічних ситуацій та нового медичного обладнання, та врятувати життя постраждалих. Основа усієї медичної практики в осередках НС та на полі бою при наданні ЕМД (особливо під час реанімаційних заходів) - це добре володіння професійними знаннями, вміннями та навичками підтримки життєдіяльності, що багато в чому визначається оснащенням структурних підрозділів та оптимальним використанням можливостей ЕТМЛД при наданні першої медичної, долікарської, першої лікарської, передбачених у дошпитального періоді. Для військової медицини необхідно, щоб всі військовослужбовці для надання ЕМД на полі бою попередньо пройшли курс навчання «Боець-рятівник» (Combat Life Saver, CLS)/«Тактична допомога пораненим на полі бою» (Tactical Combat Casualty Care, TCCC) та навчили цьому особовий склад частин та підрозділів ЗСУ. На сучасній війні військовий медик - це наставник з організації, логістики та надання ЕМД, медичних маніпуляцій та лікування на полі бою.

**Ресурсне забезпечення та використання
екстреної маркерної лабораторної діагностики серед постраждалих при
надзвичайних ситуаціях**

**ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»
д.м.н. Кочін І.В., д.м.н. Мірошніченко В.П., к.м.н. Трошин Д.О.,
к.ф.н. Остапенко А.О.,
ВП «Василівський міжрайонний відділ ДУ «ЗАПОРІЗЬКИЙ ОЛЦ МОЗ
УКРАЇНИ»
Хандога Е.В.**

При організації та наданні ЕМД при НС мирного та воєнного часу треба враховувати численні особливості та недоліки медичної інфраструктури в Україні та реалії, з якими стикається цивільна та військова медицина. Кожний регіон має різні наявні ресурси, які з часом змінюються. Різноманітні ресурси (кадрові, матеріально-технічні, інформаційні, забезпечення ліками та перев'язувальним матеріалом, можливості лабораторної служби тощо) постійно змінюються, і те, що ви маєте одного дня, може стати відсутнім наступного. Встановлені стандарти, доступ до лікарських засобів та діагностичного обладнання також не залишаються постійними.

Медико-тактичні характеристики НС, методи ведення війни та інтенсивність бойових дій призводять до динамічних змін кількісних та якісних показників медико-санітарних втрат серед цивільного населення та військовослужбовців, що суттєво впливає на процеси організації та надання ЕМД та потребує постійного оновлення ресурсного забезпечення. Фахова медична підготовка дозволяє краще розуміти патологію та рівень ургентності ЕМД, яку це ураження потребує. Треба зазначити, що для навчання основам медичного сортування необхідно мати клінічний досвід та, як суттєву допомогу, в діагностиці використовувати можливості експрес-тестів маркерної лабораторної діагностики (ЕТМЛД).

В польових умовах осередків НС, особливо при бойових діях, багато що не вдасться своєчасно та правильно діагностувати та лікувати, проте глибокі знання клінічної медицини дозволяють санітарам-інструкторам, рятувальникам, парамедикам, фельдшерам та лікарям, які першими опинилися в осередку НС мирного та воєнного часу використовувати наявні матеріальні ресурси, можливості клінічних та біохімічних лабораторій, в тому числі проведені ЕТМЛД для діагностики та надання ЕМД цивільному населенню та військовослужбовцям та забезпечення логістики всього ланцюга системи лікувально-евакуаційного забезпечення (ЛЕЗ).

Особливості визначення місця застосування екстреної маркерної лабораторної діагностики в системі лікувально-евакуаційного забезпечення

**ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»
д.м.н. Кочін І.В., д.м.н. Мірошніченко В.П., к.м.н. Трошин Д.О.,
к.ф.н. Остапенко А.О.,
ВП «Василівський міжрайонний відділ ДУ «ЗАПОРІЗЬКИЙ ОЛЦ МОЗ
УКРАЇНИ»
Хандога Е.В.**

Важливим питанням щодо використання експрес-тестів маркерної лабораторної діагностики (ЕТМЛД) є науково обґрунтоване визначення місця їх застосування в системі ЛЕЗ. При НС мирного часу використання ЕТМЛД можливе вже поза осередком катастрофи в безпечній для постраждалих, парамедиків та медичних працівників зоні. Стосовно надання ЕМД військовослужбовцям під час бойових дій (Зона допомоги під вогнем – Care under Fire (червона зона) використання ЕТМЛД неможливе. Необхідно пам'ятати, що медична допомога під час бойових дій без урахування ситуації може призвести до додаткових людських втрат. Саме тому методи та засоби медичної допомоги та евакуації поранених відрізняються в залежності від зони надання допомоги.

Медична допомога під вогнем є дуже обмеженою та не передбачає проведення ЕТМЛД. В цій зоні треба максимально швидко та безпечно (для осіб, які надають медичну допомогу і здійснюють евакуацію) перемістити пораненого в більш безпечне місце. В зоні тактичної допомоги (Tactical field care (жовта зона), після первинного огляду та надання первинної медичної допомоги, для уточнення стану організму вперше виникає потенційна можливість для проведення ЕТМЛД та на основі отриманих результатів розширення обсягу медичної допомоги, а при неможливості – одразу передання інформації на наступний етап ЛЕЗ та вирішення питання про переміщення пораненого в зону для тактичної евакуації. Під час евакуаційного процесу треба контролювати життєві показники постраждалого: частоту дихання, пульс, тиск, температуру тіла, інтенсивність болю, а при необхідності – повторно виконати ЕТМЛД. В зоні тактичної евакуації – (Tactical evacuation (зелена зона), після того як був проведений повторний медичний огляд та медична допомога була надана у повному обсязі, здійснюється підготовка пораненого до транспортування у шпиталь. Таким чином, використання ЕТМЛД

диктується ситуацією на полі бою, потребами визначення стану організму пораненого та умовами евакуаційного процесу.

Застосування експрес-тестів маркерної лабораторної діагностики при наданні екстреної медичної допомоги постраждалим у надзвичайних ситуаціях

**ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»
д.м.н. Кочін І.В., д.м.н. Мірошниченко В.П., к.м.н. Трошин Д.О.,
к.ф.н. Остапенко А.О.,
ВП «Василівський міжрайонний відділ ДУ «ЗАПОРІЗЬКИЙ ОЛЦ МОЗ
УКРАЇНИ»
Хандога Е.В.**

Отримані при НС ушкодження характеризуються значною кількістю множинних та сполучених травм, комбінованих уражень, що супроводжуються травматичним та опіковим шоком, гострою крововтратою, асфіксією, синдромом тривалого здавлювання. Такі пошкодження нерідко призводять до розвитку синдрому взаємного обтяження та часто супроводжуються психогенними реакціями, що ускладнює надання екстреної медичної допомоги (ЕМД). З вищезазначеного стає зрозумілим важливість надання ЕМД, передбаченої в дошпитальний період, яка ґрунтується на результатах медичного огляду при сортуванні та експрес-тестів маркерної лабораторної діагностики (ЕТМЛД) та ефективної професійної діяльності санітарів-інструкторів, рятувальників, парамедиків та медичного персоналу, які першими опинилися в осередку НС мирного та воєнного часу.

В останні роки в багатьох країнах світу та Україні з'явилося близько 20 різних діагностичних експрес-тестів: на вагітність, гепатити, ВІЛ-інфекцію, наркотики, туберкульоз, сифіліс, вміст глюкози (цукру) та холестерину в крові тощо. Слід зазначити, що за уявною простотою, ці медичні тести - результат самих передових досягнень фундаментальної та прикладної науки, які можуть використовуватись як в домашніх умовах самими людьми, так і для екстреної діагностики невідкладних станів самими постраждалими, санітарами-інструкторами, парамедиками та медичним персоналом в екстремальних умовах різноманітних НС мирного та воєнного часу для маркерної лабораторної експрес-діагностики. Сучасні ЕТМЛД поділяють на дві групи: біохімічні та імунологічні. Біохімічні експрес-тести реалізовані на ефекті зміни свого кольору багатошарових паперових носіїв з сухими реагентами, наклеєних на полімерні смужки, під дією відповідних речовин, що містяться в крові, слині, сечі або калі. В основі більшості імунологічних тестів покладено принцип імунохроматографії, тобто зв'язування діагностичних молекул зі спеціальними антитілами та комплексами забарвлених наночастинок в товщі мікропористих мембран.

ЕТМЛД мають велику перевагу в тому, що не вимагають наявності в зоні НС спеціального обладнання та підготовки пацієнтів, санітарів-інструкторів, парамедиків та медичного персоналу. Користуватися ними можливо в різноманітних умовах - як у побуті (вдома, в подорожі, у відпустці), так і в екстремальних умовах осередків та зон різноманітних НС мирного та воєнного часу. Запропоновані ЕТМЛД використовувалися тривалий час та виявили свою діагностичну надійність

та ефективність, в зв'язку з чим були сертифіковані в багатьох країнах світу. Оцінка результатів аналізу проводиться візуально, без використання будь-яких інструментальних засобів, а отримання результатів займає не більше 5 - 15 хвилин. Для набуття навиків вміння користуватися різноманітними ЕТМЛД та отримання надійних результатів достатньо уважно прочитати інструкцію до тестів та ретельно виконати алгоритм дій.

За останні десятиліття медичні діагностичні тести маркерної лабораторної діагностики набули широкого застосування в повсякденній життєдіяльності населення для проведення експрес-діагностики, виявили свою клінічну ефективність, що дає вагомі підстави для використання їх діагностичних можливостей в екстремальних умовах різноманітних НС мирного та воєнного часу, як провідний засіб екстреної діагностики в системі заходів лікувально-евакуаційного забезпечення (ЛЕЗ), що не вимагає складного апаратного забезпечення та може використовуватися як самим населенням, так і особами, які мають мінімальну медичну підготовку (наприклад, санінструктори, санітари, парамедики, рятувальники).

**Різновиди алгоритмів лікувально-евакуаційного
забезпечення при ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій мирного та
воєнного часу**

**ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»
д.м.н. Кочін І.В., д.м.н. Мірошніченко В.П., к.м.н. Трошин Д.О.,
к.ф.н. Остапенко А.О.,
ВП «Василівський міжрайонний відділ ДУ «ЗАПОРІЗЬКИЙ ОЛЦ МОЗ
УКРАЇНИ»
Хандога Е.В.**

При наданні екстреної медичної допомоги (ЕМД) постраждалим в екстремальних умовах різноманітних НС мирного та воєнного часу неможливо користуватися однією раз та назавжди розробленою схемою лікувально-евакуаційного забезпечення (ЛЕЗ), оскільки медичним працівникам (МП) доводиться стикатися з великим різноманіттям видів НС, уражаючих факторів та їх комбінацій, місцевих умов, що є саме тим комплексним генеруючим механізмом, який формує склад, тяжкість та відмінність медико-санітарних втрат серед цивільного населення та військовослужбовців. Спільним в цьому є те, що в зоні НС неможливо надати вичерпну ЕМД постраждалим, в наслідок чого організація ЛЕЗ передбачає надання медичної допомоги в дошпитальному та шпитальному періодах. При цьому постраждалі як цивільне населення, так і військовослужбовці за класичною схемою ЛЕЗ забезпечуються строго регламентованими видами ЕМД. Доктрина ЕМД в дошпитальний період передбачає надання наступних видів медичної допомоги: першу медичну, долікарську, першу лікарську, а у шпитальний період - кваліфіковану та спеціалізовану. Сукупність лікувально-профілактичних заходів, які повинні бути проведені для визначеної кількості уражених при певних пошкодженнях у дошпитальний та шпитальний періоди з врахуванням видів ЕМД,

складає сутність обсягу медичної допомоги, яка в певному ступені визначається результатами експрес-тестів маркерної лабораторної діагностики (ЕТМЛД).

Для кожного періоду (дошпитального та шпитального) з врахуванням видів медичної допомоги заздалегідь визначається обсяг ЕМД з урахуванням не тільки медичних показань й результатів ЕТМЛД, але і можливостей його динамічних змін в залежності від реальних умов обстановки: кількості постраждалих, наявності та кваліфікації МП, забезпеченості санітарно-транспортними засобами та медичним майном, а також метеорологічних умов тощо. При масовому надходженні, коли кількість уражених перевищує можливості медичного формування, доводиться вимушено скорочувати обсяг видів медичної допомоги, переносячи проведення деяких заходів на наступний етап.

Велика роль відводиться організаторам аварійно-рятувальних робіт, які повинні забезпечити швидкість їх початку. Чим раніше почнуться аварійно-рятувальні роботи та надання першої ЕМД, тим краще будуть подальші результати лікування. Перша медична допомога надається паралельно з проведенням аварійно-рятувальних заходів безпосередньо на місці (осередку, зоні) НС спеціально навченими рятувальниками з використанням комплекту першої медичної допомоги, а також в порядку само- та взаємодопомоги підручними засобами. Остаточний діагноз при цьому не ставиться, допомога надається на основі явних ознак ушкоджень (наявність ран, зовнішньої кровотечі, опіків, асфіксії), визначення яких потребує певних медичних знань та досвіду. Основні цілі першої медичної допомоги полягають в заходах, спрямованих на порятунок життя ушкодженого, попередження важких ускладнень, а також на зменшення або повне припинення дії вражаючих факторів.

Можливості використання маркерної лабораторної експрес-діагностики за концепцією «POINT OF CARE» технології при наданні екстреної медичної допомоги постраждалим у надзвичайних ситуаціях

**ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»
д.м.н. Кочін І.В., д.м.н. Мірошниченко В.П., к.м.н. Трошин Д.О.,**

к.ф.н. Остапенко А.О.,

**ВП «Василівський міжрайонний відділ ДУ «ЗАПОРІЗЬКИЙ ОЛЦ МОЗ
УКРАЇНИ»
Хандога Е.В.**

В теперішній час у зв'язку з зміною підходів до надання екстреної медичної допомоги (ЕМД) в зоні надзвичайних ситуацій (НС), наявності достатньої кількості медичного транспорту для евакуації постраждалих до шпиталів, можливістю використання маркерної лабораторної експрес-діагностики за концепцією «POINT OF CARE» технології, потрібно внести суттєві зміни та удосконалення в класичну схему лікувально-евакуаційного забезпечення (ЛЕЗ) постраждалих при НС мирного та воєнного часу серед цивільного населення та військовослужбовців за рахунок розвитку технологічного та організаційного чинників маркерної лабораторної діагностики при НС мирного та воєнного часу в Україні.

В Україні має місце відсутність єдиної структури та чіткої системи виконання невідкладних та екстрених лабораторних досліджень в практиці діяльності закладів охорони здоров'я (ЗОЗ), регламентованих нормативно-правовими документами, що є серйозним недоліком в організації єдиної системи надання пацієнту якісної ЕМД та особливо актуалізується при ліквідації медико-санітарних наслідків НС техногенного, природного, соціального та воєнного характеру. Заслуговує на особливу увагу вкрай незадовільна забезпеченість ЗОЗ України сучасним діагностичним лабораторним обладнанням взагалі та для експрес-діагностики зокрема, що заважає використанню персоналом клінічних і біохімічних лабораторій та медичними працівниками (МП) новітніх розробок в області лабораторно-діагностичних технологій експрес-діагностики, впровадження яких кардинально змінить професійну діяльність самих лабораторій та діагностично-лікувальний процес в системі ЛЕЗ постраждалих при НС.

Від рівня організації та якості надання ЕМД цивільному населенню та військовослужбовцям залежить запобігання ускладнень ушкоджень та захворювань, попередження інвалідизації та збереження життя. Світова медична практика свідчить, що найбільшого ефекту при наданні ЕМД в дошпитальному періоді можливо досягти, використовуючи медико-лікарняні алгоритми. Без комплексів показників маркерної лабораторної експрес-діагностики стану організму постраждалих серед цивільного населення та військовослужбовців сучасна служба швидкої медичної допомоги (СШМД), Служба медицини катастроф (СМК) та її мобільні бригади та шпиталі; підрозділи медичної служби Збройних Сил України (МС ЗСУ), в яких здійснюється парамедиками, фельдшерами та лікарями надання долікарської, першої лікарської та невідкладних заходів кваліфікованої ЕМД, діяльність військових польових пересувних шпиталів (ВППШ), неможливо організувати надання всіх видів ЕМД на принципах «доказової медицини».

Впровадження принципів доказової медицини – стратегічний напрямок підвищення якості екстреної медичної допомоги постраждалим при надзвичайних ситуаціях мирного та воєнного часу

**ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»
д.м.н. Кочін І.В., д.м.н. Мірошніченко В.П., к.м.н. Трошин Д.О.,
к.ф.н. Остапенко А.О.,
ВП «Василівський міжрайонний відділ ДУ «ЗАПОРІЗЬКИЙ ОЛЦ МОЗ
УКРАЇНИ»
Хандога Е.В.**

Доказова медицина - це стратегічний напрямок сучасної медичної науки та практики, який ґрунтується на бездоганній науковій інформації та зорієнтований на підвищення рівня наукових досліджень, суттєве поліпшення екстреної діагностики, профілактики, лікування та прогнозу захворювань людей, оптимізацію діяльності органів державної системи охорони здоров'я, особливо організації та надання постраждалим екстреної медичної допомоги (ЕМД) при надзвичайних ситуаціях (НС) мирного та воєнного часу. Використання принципів доказової медицини в системі лікувально-евакуаційного забезпечення (ЛЕЗ), в тому числі організації та

наданні ЕМД постраждалим при НС мирного та воєнного часу виконують подвійну позитивну роль. З одного боку, вони сприяють скороченню часу між появою останніх наукових досягнень в сфері експрес-тестів маркерної лабораторної діагностики (ЕТМЛД) та їх втіленням в медичну практику організації, логістики та наданні ЕМД постраждалим при НС мирного та воєнного часу, з іншого - становлять надійну перепону на шляху впровадження в практику недоведених, тим більш неефективних методів екстреної маркерної лабораторної діагностики та лікування та лікарських препаратів.

Слід зазначити, що за уявною простотою ЕТМЛД - результат самих передових досягнень фундаментальної та прикладної науки, які можуть широко використовуватись для екстреної діагностики невідкладних станів самими постраждалими, санітарами-інструкторами, парамедиками та медичним персоналом в екстремальних умовах різноманітних НС для маркерної лабораторної експрес-діагностики. Таким чином, доказова медицина виконує функцію забезпечення стратегічного напрямку в медичній науці та практиці, який суттєво впливає на подальший розвиток як медичної науки, так і запровадження самих передових досягнень фундаментальної та прикладної науки в сфері маркерної лабораторної експрес-діагностики «POINT OF CARE» технології, що в лікувальній справі, особливо ЕМД, призвело до революційних змін в уяві про саму суть лікування, ЛЕЗ, до значного підвищення ефективності та безпечності фармакотерапії.

**Забезпечення якості екстреної медичної допомоги
постраждалим при надзвичайних ситуаціях використанням маркерної
лабораторної діагностики**

**ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»
д.м.н. Кочін І.В., д.м.н. Мірошніченко В.П., к.м.н. Трошин Д.О.,
к.ф.н. Остапенко А.О.,
ВП «Василівський міжрайонний відділ ДУ «ЗАПОРІЗЬКИЙ ОЛЦ МОЗ
УКРАЇНИ»
Хандога Е.В.**

Найважливішою вимогою сучасної системи лікувально-евакуаційного забезпечення (ЛЕЗ) є своєчасність надання екстреної медичної допомоги (ЕМД), яка повинна надаватися в осередку ураження та під час медичної евакуації (дошпитальний та шпитальний періоди) в строки, які сприяють збереженню життя постраждалих, попередженню розвитку важких ускладнень та тим самим скороченню строків лікування, реабілітації та якнайшвидшого повернення до звичайної діяльності. Оптимальний строк надання першої медичної допомоги після отримання ураження 30 хвилин – 1 година («Золота» година медицини катастроф).

Найбільш яскраво це проявляється в обов'язковому використанні результатів маркерної лабораторної експрес-діагностики в сучасних прогностичних шкалах (наприклад, шкала APACHE II, шкала оцінки ризику розвитку поліорганної недостатності при сепсисі SOFA тощо). Для впровадження наукових досягнень в сферу експрес-діагностики було видано наказ МОЗ України «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Медицина невідкладних

станів»» від 17.01.2005 № 24. З метою поліпшення організаційних питань з надання ЕМД було запроваджено наказ МОЗ України «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації екстреної медичної допомоги» від 15.01.2014 № 34. В подальшому організаційним процесом для удосконалення організації та наданні ЕМД було запроваджено Закон України «Про екстрену медичну допомогу» від 5 липня 2012 року № 5081-VI.

У розвинених країнах точна діагностика складних клінічних станів постраждалих при надзвичайних ситуаціях (НС) мирного та воєнного часу у мінімально стислі строки та, виходячи з передбачуваного діагнозу, визначення лікувальної тактики, можливі із застосуванням новітніх експрес-тестів маркерної лабораторної діагностики (ЕТМЛД), використання яких передбачено державними програмами. Так, проблема коматозних станів є однією з найскладніших у сучасній медицині. Поліетиологічність коми, перебіг без специфічної симптоматики, обмеженість часу у лікаря вкрай ускладнюють клінічне ведення постраждалих, особливо в дошпитальному періоді. Кома та суміжні з нею стани – унікальний вид патології, для аналізу якого необхідне залучення даних із різних галузей клінічної медицини та ЕТМЛД. Під час надання ЕМД та під час медичної евакуації постраждалих з зони НС у медичних працівників (МП) часто немає можливостей параклінічної діагностики. Тому найважливішого значення набуває лабораторне експрес-обстеження хворого, яке спрямоване на виявлення запальних симптомів ураження мозку з використанням ЕТМЛД.

Сучасна концепція лабораторної експрес-діагностики невідкладних станів Point-of-Care-Testing (POCT)

**ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»
д.м.н. Кочін І.В., д.м.н. Мірошніченко В.П., к.м.н. Трошин Д.О.,
к.ф.н. Остапенко А.О.,
ВП «Василівський міжрайонний відділ ДУ «ЗАПОРІЗЬКИЙ ОЛЦ МОЗ
УКРАЇНИ»
Хандога Е.В.**

В теперішній час збільшилася кількість складних стратегій організації та надання екстреної медичної допомоги (ЕМД) постраждалим з гострими розладами діяльності внутрішніх органів. Науково обґрунтованим засобом вибору альтернативних методів лікування, що базується на засадах доказової медицини та допомагає персоніфікувати терапевтичні підходи надання ЕМД, на основі глибокого розуміння патофізіологічних процесів, є біомаркери.

Близько 70% об'єктивної інформації про ураженого при НС лікар отримує на основі лабораторних аналізів. Обсяг та швидкість отримання цієї інформації істотно впливає на ефективність ЕМД. Для успішного надання реанімаційної допомоги під час медичної евакуації термін виконання екстрених лабораторних досліджень не повинен перевищувати 3 - 5 хвилин.

Сучасна концепція лабораторної експрес-діагностики невідкладних станів заснована на понятті РОСТ (Point-of-Care-Testing), тобто на аналізі «безпосередньо біля ліжка хворого». «Аналіз за місцем надання медичної допомоги» (АМЛ) все

більш широко використовується в практичній медицині розвинених країн світу при організації та наданні ЕМД постраждалим при НС мирного та воєнного часу. Прикладом цього може бути перший пульсоксиметр з технологією Rainbow SET, що має функцію визначення карбоксигемоглобіну, яка знижує ризик помилкової діагностики станів, які пов'язані з отруєнням монооксидом вуглецю (CO) та полегшує швидку і ефективну діагностику отруєнь чадним газом у постраждалих при НС, а також сучасні стріпові глюкометри та коагулометри для експрес-діагностики коагулологічних досліджень, що запобігають розвитку діабетичних ком та тромбозів. Величезний інтерес представляє також ІХА-тест для діагностики крові в калі, який дозволяє неінвазивне виявлення кровотеч шлунково-кишкового тракту та диференціювання кровотеч – верхніх або нижніх відділів шлунково-кишкового тракту серед постраждалих при НС.

Для швидкого визначення змін при кисневому насиченні організму постраждалого, особливо при станах слабого кровотоку, створено та використовується сенсор MASIMO E1. Кілька додаткових параметрів MASIMO RAINBOW SET, (наприклад, загальний гемоглобін) визначені в якості найважливіших для моніторингу наступного покоління приладів.

Сучасні досягнення військової медицини в удосконаленні лікувально-евакуаційного забезпечення постраждалих при надзвичайних ситуаціях мирного та воєнного часу

**ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»
д.м.н. Кочін І.В., д.м.н. Мірошніченко В.П., к.м.н. Трошин Д.О.,
к.ф.н. Остапенко А.О.,
ВП «Василівський міжрайонний відділ ДУ «ЗАПОРІЗЬКИЙ ОЛЦ МОЗ
УКРАЇНИ»
Хандога Е.В.**

Проведений аналіз наукових джерел в світовому масштабі показав, що розвиток та удосконалення лікувально-евакуаційного забезпечення (ЛЕЗ) військовослужбовців та постраждалих при надзвичайних ситуаціях (НС) мирного та воєнного часу відбувається на базі широкого спектра наукових досягнень в сфері біології, медицини, техніки та нанотехнологій.

Англійські вчені розробили «розумний» перев'язувальний матеріал, який за допомогою спеціального чіпу може міряти базові параметри стану здоров'я та виявляти присутність бактеріальної інфекції в рані. Можливість очистити рану перш ніж інфекція пошириться далі, може фактично революціонізувати сферу терапії ран. Новий матеріал починає світитися зеленим кольором при контакті з бактеріальною біоплівкою – інкапсульованою масою бактерій, захищених плівкою, через яку важко проникають ліки.

Китайською військовою промисловістю створена нова броньована медична машина на базі укороченого на один каток шасі БМП WZ502G. Броньована медична машина оснащена обладнанням для аналізу при переливанні крові, кисневим обладнанням, системою лабораторного контролю знезараження води, ємностями для

ліків. Її оснащення дозволяє здійснювати найпростіші лабораторні дослідження, хірургічні операції, а також здійснювати перев'язку ран.

Для армії США розроблені датчики, які можуть відстежувати фізичний стан військовослужбовців та попереджати неочікувані підйоми кров'яного тиску, зневоднення та порушення сприйняття через нестачу сну. Постійний моніторинг біомолекулярних та психологічних показників військовослужбовців може істотно підвищити ефективність їх дій в бою. Пентагон замовив розробку портативного апарату для аналізу крові військовослужбовців. Фахівці Північно-східного університету в США розробили систему у вигляді «татуювання» з вбудованими наносенсорами, які призначені для контролю рівня кисню в крові у постраждалих з анемією при НС. Ця ж система може використовуватися серед постраждалих при НС для моніторингу рівня натрію для запобігання зневоднювання.

Огляд наукових джерел світової літератури з питань організації та надання ЕМД дає підстави вважати, що у ЛЕЗ постраждалих при НС в перспективі будуть залучені сучасні технології та досягнення медичної науки, які суттєво змінять та удосконалять медико-лікарняні технології ЕМД на полі бою, в осередках і зонах НС та під час медичної евакуації до шпиталів.

Забезпечення та впровадження системи менеджменту якості в медичних лабораторіях України

**ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»
к.б.н. Єфіменко Н.Ф., к.ф.н. Остапенко А.О.,
д.м.н. Кочін І.В., д.м.н. Мірошніченко В.П., к.м.н. Трошин Д.О.,
ВП «Василівський міжрайонний відділ ДУ «ЗАПОРІЗЬКИЙ ОЛЦ МОЗ
УКРАЇНИ»
Хандога Е.В.**

Міжнародними експертами доведено, що на 85% якість будь-якого технологічного процесу обумовлена організацією роботи. Визначено також, що провідну роль в належній організації роботи грає система управління якістю. Питання якості клінічних лабораторних досліджень є одним з найбільш актуальних не тільки в галузі лабораторної медицини, а й в системі охорони здоров'я України в цілому. Якісне обслуговування пацієнта може бути здійснено тільки за умови впровадження в роботу клініко-діагностичних лабораторій системи управління (менеджменту) якості - скоординованих дій у напрямку та контролю діяльності за якістю, яка є невід'ємною складовою загального управління роботою клініко-діагностичних лабораторій. Документальною базою з регулювання діяльності медичних лабораторій є сучасне уявлення про шляхи досягнення, змісту та постійного поліпшення якості роботи медичних лабораторій, які викладені в міжнародному стандарті ISO 15189 «Медичні лабораторії. Вимоги до якості і компетентності».

Цей міжнародний нормативний документ втілює майже столітній досвід розвитку наукових уявлень щодо забезпечення якості від перших уявлень про досягнення якості шляхом контролю до досягнення якості за рахунок комплексного управління якістю та об'єднанням системи управління якістю та загального

управління організацією в системі загального (тотального менеджменту якості) відповідно до вимог системи ISO 9000:2000.

В основу системи менеджменту якості в медичних лабораторіях покладена модель безперервного поліпшення процесів Шухарта-Демінга, у відповідності до якої система менеджменту якості (СМЯ) передбачає планування, забезпечення, контроль та постійне поліпшення. Планування якості клінічних лабораторних досліджень передбачає встановлення національних норм точності досліджень та планування заходів щодо забезпечення безперервного підвищення якості. Норми точності для різних видів лабораторних досліджень мають встановлюватись нормативними документами МОЗ України та виконувати функцію галузевих стандартів.

Впровадження системи менеджменту якості в медичних лабораторіях України, у відповідності до вимог міжнародних стандартів, потребує: стандартизації всіх етапів та складових лабораторного процесу; створення нормативно-правової бази лабораторної медицини з урахуванням вимог міжнародних та європейських стандартів; удосконалення системи метрологічного забезпечення медичних лабораторій у відповідності до вимог міжнародних стандартів; гармонізації лабораторних процедур; створення системи підготовки фахівців лабораторної медицини в сфері менеджменту якості клінічних лабораторних досліджень; розробки та впровадження сучасного інформаційного забезпечення системи менеджменту якості; забезпечення законодавчої підтримки політики якості клінічних лабораторних досліджень як складової системи медичної допомоги.

Актуальність проблеми сальмонельозу в Україні

**ВП «Василівський міжрайонний відділ ДУ «ЗАПОРІЗЬКИЙ ОЛЦ МОЗ
УКРАЇНИ»**

Хандога Е.В.,

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

д.м.н. Кочін І.В., д.м.н. Мірошніченко В.П., к.м.н. Трошин Д.О.,

к.ф.н. Остапенко А.О.

В останні десятиліття, за інформацією Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), статистика захворюваності на сальмонельоз швидко зростає в усьому світі. Набувають поширення серотипи сальмонел, що відрізняються резистентністю до багатьох сучасних поширених антибіотиків та дезінфікуючих засобів, а також підвищеною термостійкістю. Не обминув цей процес й Україну, де за останні десять років захворюваність на сальмонельоз зросла та намітилась тенденція до її підвищення. Фахівці відзначають, що сальмонельозу притаманна літня сезонність з максимумом захворюваності у червні-серпні, що пов'язано з активізацією у цей період механізму передачі збудника та кращими умовами його розмноження. У деяких регіонах країни спостерігається підйом захворюваності восени, що пов'язано з масовим забоєм худоби. Чинні проблеми, пов'язані зі захворюваністю сальмонельозом, свідчать про те, що існуюча система епідеміологічного нагляду за цією інфекцією в Україні не є оптимальною.

По-перше, важливою особливістю сальмонельозу є спорадичність, яка підтримується постійним надходженням у торговельну мережу забруднених сальмонелами м'ясопродуктів, що не були виявлені у процесі переробки. Сальмонела може проходити крізь увесь харчовий ланцюг - від корму для тварин, первинного виробництва та до дому або підприємств громадського харчування. По-друге, значна кількість спалахів сальмонельозу пов'язана із зараженням в побутових умовах під час проведення різних традиційних заходів (весілля, святкування ювілеїв, проводи до армії, поминки тощо), що пов'язано з виготовленням великої кількості страв з порушеннями санітарно-гігієнічного режиму їх приготування та зберігання. По-третє, в останні роки значно збільшилася кількість внутрішньолікарняних спалахів, особливо серед немовлят у пологових будинках та відділеннях. Причиною виникнення таких спалахів переважно були грубі порушення санітарно-гігієнічного режиму при приготуванні дитячого харчування, догляді за немовлятами та наявність джерел інфекції серед обслуговуючого персоналу або матерів. Більш того, викликає занепокоєння те, що тактичні прийоми протиепідемічних заходів у процесі встановлення осередків інфекції в таких закладах в ряді випадків не сприяли локалізації спалахів.

Усе вищевикладене дозволяє стверджувати, що сальмонельоз залишається надзвичайно актуальною, невирішеною проблемою, яка вимагає зміцнення заходів профілактики та пильного епідеміологічного нагляду з боку фахівців. Для профілактики сальмонельозу потрібні контрольні заходи у всіх ланках харчового ланцюгу - від сільськогосподарського виробництва до обробки, виробництва та приготування харчових продуктів як у комерційних організаціях, так і в домашніх умовах. Національні та регіональні системи епідеміологічного нагляду за хворобами харчового походження, взагалі та сальмонельозу зокрема, є важливими засобами для вивчення та відстеження ситуації, виявлення захворювання на ранніх стадіях та запровадження відповідних заходів.

Проблеми інфекційних хвороб в Україні

**ВП «Василівський міжрайонний відділ ДУ «ЗАПОРІЗЬКИЙ ОЛЦ МОЗ
УКРАЇНИ»**

Хандога Е.В.,

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

д.м.н. Кочін І.В., д.м.н. Мірошніченко В.П., к.м.н. Трошин Д.О.,

к.ф.н. Остапенко А.О.

У комплексі медичних показників здоров'я інфекційні захворювання займають особливе місце. Їх медико-соціальне значення визначається тим, що ці захворювання є причиною тимчасової та стійкої втрати працездатності, що, у свою чергу, призводить до великих економічних втрат суспільства. На сьогодні інфекційні хвороби, у тому числі й нові, становлять загрозу розвитку людства, оскільки є причиною третини загальної щорічної кількості смертей у світі. Більш того, за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, понад мільйон летальних випадків зумовлено вже перенесеними інфекційними захворюваннями.

Інфекційні хвороби спричиняють значні соціальні та економічні збитки державі. Підраховано, що економічні витрати, пов'язані з інфекційними хворобами, щорічно в Україні (за неповними даними) становлять понад 2 млрд. гривень. Інфекційні хвороби викликають занепокоєність медичної громадськості України не лише своєю поширеністю, але й через загрозу, яку вони спричиняють здоров'ю нації, її економіці та міжнародному іміджу держави. В Україні щорічно за медичною допомогою звертаються мільйони українців, реєструється 8 - 9 млн. випадків інфекційних хвороб (більше 50 нозологій). Із них найбільший вплив на стан здоров'я мають грип та гострі респіраторні інфекції, вірусні гепатити, туберкульоз, ВІЛ/СНІД, інфекції, керовані засобами специфічної профілактики, паразитози. Кожного року в Україні також реєструють випадки захворювань на такі небезпечні інфекції, як туляремія, сибірка, бруцельоз, правець, лептоспіроз, сказ, малярія, бореліоз тощо.

Слід зазначити, що фактична інфекційна захворюваність сягає більш широкого розповсюдження серед населення, враховуючи недостатність та неточність офіційної реєстрації внаслідок великої кількості хворих, які хворіють «на ногах», та осіб, які не звертаються за медичною допомогою через вимушені відпустки, скорочення робочих місць, перебування матерів з дітьми вдома тощо. Іншою причиною також є введення платних послуг за діагностичні дослідження в комерційних структурах. Крім того, статистична звітність не враховує значну кількість хвороб, що виникають як ускладнення раніше перенесених інфекцій та реєструються як «соматичні» хронічні хвороби та відносяться до інших нозологічних форм, таких як серцево-судинні, легеневі, хронічні шлунково-кишкові, нервові, онкологічні, внутрішньолікарняні хвороби.

Серед тривожних тенденцій інфекційної захворюваності в Україні фахівці відзначають глобальне поширення інфекцій, повернення старих та появу нових інфекцій, реєстрацію екзотичних збудників, зменшення обсягу планових щеплень населення. Крім того, ситуацію ускладнює незадовільна оснащеність інфекційних закладів: багато з них потребує капітального ремонту, реконструкції та поліпшення матеріально-технічного стану (сучасне устаткування, лікувальна діагностична апаратура, медикаментозне забезпечення). Отже, на сьогодні в Україні склалася загрозлива ситуація з інфекційною захворюваністю, яка вимагає термінового рішення шляхом запровадження адміністративно-правових та санітарно-протиепідемічних заходів.

Сучасні діагностичні можливості у виявленні кампілобактеріозу у дітей

**КУ «Обласна інфекційна клінічна лікарня» ЗОР
к.б.н. Гінзбург Р.М., Пругло В.В.**

Прагнення до більш раннього виявлення кампілобактеріозу обумовлює введення нових методологічних підходів до його лабораторної діагностики, серед яких є молекулярно-генетичний та імуноферментний методи.

Мета роботи. Вивчення значущості кампілобактеріозу в структурі бактеріальних діарей у дітей та вдосконалення клініко-лабораторної діагностики цього захворювання.

Матеріал і методи дослідження. Для дослідження використовували випорожнення від хворих різного віку з діагнозами ГКІ, ПТІ, дисфункції кишківника, взяті в першу добу надходження в стаціонар, для виявлення наступних діареєгенних мікроорганізмів: *E.coli* (5398 осіб), *Campylobacter* (4614 осіб), *Salmonella* (5398 осіб). Для визначення найбільш ефективного методу виявлення кампілобактеру використовували випорожнення 180 хворих. З огляду на чутливість збудника до дії атмосферного кисню та продуктів метаболізму супутньої фекальної флори, що знижують ефективність культурального методу, транспортували проби фекалій з використанням транспортного середовища (тіогліколевий бульйон) в співвідношенні 1/3 - 1/5 протягом перших трьох діб від моменту відбору матеріалу. Діагностика кампілобактеріоза у цих хворих проводилася на основі двох паралельних методів: мікробіологічного методу з використанням селективного середовища для виділення кампілобактерій з відповідними умовами культивування (атмосфера 5% кисню та 10% вуглекислого газу при 42° С протягом 48 годин) та імуноферментного, використовуючи діагностичну тест-систему RIDASCREEN *Campylobacter* (виробництво Німеччина), що представляє собою ферментний імуноаналіз для якісної ідентифікації *Campylobacter jejuni* та *Campylobacter coli* в зразках фекалій в багат шаровому методі «сендвіч» із іммобілізованих антитіл, антигенів кампілобактерій та кон'югованих антитіл.

Результати дослідження. За 2017 рік в структурі виділених ентеропатогенів частка кампілобактеріозу склала 4%, діареєгенних ешеріхіозів – 3%, сальмонельозу – 2,4%. У тому числі питома вага виділених ентеропатогенів у дітей становить: *Campylobacter* – 64%, *E.coli* – 25%, *Salmonella* – 11%. На підставі позитивних результатів одного або двох методів діагностики у цілому кампілобактерії були виявлені у 12 дітей, таким чином, частка кампілобактеріозу серед інвазивних діарей у дітей склала 7%. Наші дослідження показали, що отримані штами стійкі до цефепіму та цефотаксиму, але зберігається чутливість до цефтазидиму, амікацину, левофлоксацину та офлоксацину.

Аналіз послуг з профілактики ВІЛ-інфекції та лікування ВІЛ-інфікованих осіб в Запорізькій області станом на 01.01.2018

**КУ «Запорізький обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом»
Запорізької обласної ради, м. Запоріжжя
Петровська О.Д., Велигодська О.В., Тарасова Т.О.**

Каскади з профілактики та лікування ВІЛ-інфікованих в Запорізькій області визначають як прогалини, так і цілі, які відповідають завданням UNAIDS «90-90-90». ЮНЕЙДС – Об'єднана Програма ООН з ВІЛ/СНІДу затвердила стратегію, виконання якої, на думку експертів, зможе зупинити поширення ВІЛ-інфекції у світі. Назва цієї стратегії «90-90-90». Це означає, що 90 відсотків ВІЛ-позитивних мають знати про свій ВІЛ-статус, 90 відсотків ВІЛ-позитивних мають отримати антиретровірусне лікування і у 90 відсотків з них лікування має бути ефективним.

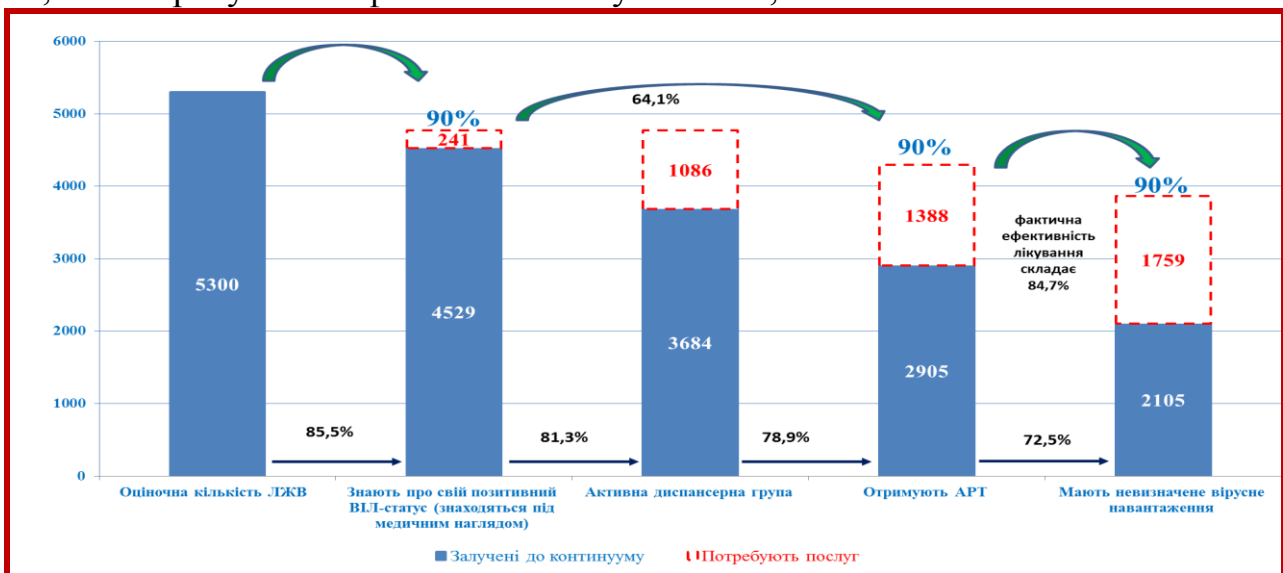
Крос-секційний каскад лікування станом на 01.01.2018.

Оціночна чисельність ЛЖВ в області станом на 01.01.2018 становила 5300 «Знають свій ВІЛ-позитивний статус» - особи, які пройшли тестування та

знаходились на медичному обліку на початок 2018 року 4529 осіб, 770 осіб проживає в області з ВІЛ, але не знають про свій ВІЛ-позитивний статус, не отримують лікування.

Активна диспансерна група – кількість пацієнтів, які пройшли медичне обстеження принаймні раз на рік складає 81,3% від фактичної диспансерної групи та 69,5% від оціночної кількості ЛЖВ. **Кількість ЛЖВ, які знаходяться під медичним наглядом у зв'язку з ВІЛ-інфекцією та отримують АРТ станом на 01.01.2018** 2905 осіб, що складає 54,8% від оціночної кількості ЛЖВ та 64,1% від офіційно зареєстрованої кількості ВІЛ-позитивних пацієнтів.

Мають невизначальне вірусне навантаження (ВН): розрахована чисельність зареєстрованих пацієнтів з ВІЛ на АРТ з невизначальним ВН (<40 РНК-копій/мл). У 2017 році кількість обстежених осіб, які приймають АРТ більше 6 місяців – 2484 особи, з них мають невизначальне ВН (менше 40 копій/мл) – 2105, що становить 84,7%. Розрахункова ефективність лікування 72,5%.



Висновки. В області не завершена діяльність щодо децентралізації послуг з АРТ. Потребує подальше відкриття повноцінно працюючих кабінетів «Довіра», якісне ведення електронної системи обліку МІС-ВІЛ, впровадження алгоритму ведення пацієнтів «Тестуй – виявляй – лікуй». Також невідкладною проблемою є введення в штат кабінетів «Довіра» ЦРЛ соціальних працівників та, або психологів, які повинні взяти на себе відповідальність за формування та підтримку прихильності до медичного нагляду та лікування у пацієнтів.

Зміст

<p>Акустичне забруднення територій, що безпосередньо прилягають до будівель лікарень та шляхи його зниження. <i>ДУ «ЗАПОРІЗЬКИЙ ОЛЦ МОЗ УКРАЇНИ» Гаврікова О.П., Нурієва О.Ф., Пантюхова В.Ю., Пчолкіна О.С., Дмитренко Р.Ю.</i></p>	2-3
<p>Виявлення туберкульозу легень при масових флюорографічних обстеженнях населення Запорізької області. <i>ДУ «ЗАПОРІЗЬКИЙ ОЛЦ МОЗ УКРАЇНИ» Мащак О.І., к.м.н. Костенецький М.І., Лемешко Л.Т., Черненко С.В., Запорізький державний медичний університет к.м.н. Куцак А.В.</i></p>	3-4
<p>Аналіз епідемічного процесу кору за багаторічний період в Запорізькій області <i>ДУ «ЗАПОРІЗЬКИЙ ОЛЦ МОЗ УКРАЇНИ» Колерова М.Є., Акчуріна Л.С., Зеленухіна О.В.</i></p>	4-5
<p>Оцінка результатів моніторингових досліджень стану навколишнього середовища в м. Запоріжжя за останні 5 років. <i>відокремлений підрозділ «Запорізький міський відділ ДУ «ЗАПОРІЗЬКИЙ ОЛЦ МОЗ УКРАЇНИ» Хомутов В.О., Губернік О.Г.</i></p>	5-6
<p>Переваги використання автоматизованої інформаційної системи в мікробіологічній лабораторії. <i>відокремлений підрозділ «Запорізький міський відділ ДУ «ЗАПОРІЗЬКИЙ ОЛЦ МОЗ УКРАЇНИ» Аліменко Ю.Л.</i></p>	6 - 7
<p>Аналіз показників стану здоров'я дитячого населення м. Запоріжжя та факторів середовища життєдіяльності, що його формують. <i>відокремлений підрозділ «Запорізький міський відділ ДУ «ЗАПОРІЗЬКИЙ ОЛЦ МОЗ УКРАЇНИ» Хомутов В.О., Харь О.М., Кирилова Н. М., Квочка Т.Г., ДУ «ЗАПОРІЗЬКИЙ ОЛЦ МОЗ УКРАЇНИ» Черкасова В.В., Макаров Д.О., Ульяник Л.В.</i></p>	7-10
<p>Про додаткові заходи профілактики туберкульозу серед медичних працівників <i>відокремлений підрозділ «Запорізький міський відділ ДУ «ЗАПОРІЗЬКИЙ ОЛЦ МОЗ УКРАЇНИ» Журавльова О.М., Лецишин П.В.</i></p>	10-11
<p>Щодо результату впровадження у роботу програмного забезпечення з оперативного аналізу інфекційної захворюваності. <i>Правобережне районне лабораторне відділення відокремленого підрозділу «Запорізький міський відділ ДУ «ЗАПОРІЗЬКИЙ ОЛЦ МОЗ УКРАЇНИ» Мамонтов В.В., Чудіна Л.М.</i></p>	11-12
<p>Особливості захворюваності на кір у м. Запоріжжі в 2017-2018 роках. <i>Лівобережне районне лабораторне відділення відокремленого підрозділу «Запорізький міський відділ ДУ «ЗАПОРІЗЬКИЙ ОЛЦ МОЗ УКРАЇНИ» Безверха О.О., Бучковська І.Ю., Дубовик В.В., «Запорізький міський відділ ДУ «ЗАПОРІЗЬКИЙ ОЛЦ МОЗ УКРАЇНИ» Хомутов В.О.</i></p>	12-14
<p>Зонування території м. Бердянська та Бердянського району за ступенем ризику інфікування переносників збудниками трансмісивних захворювань. <i>відокремлений підрозділ «Бердянський міський відділ ДУ «ЗАПОРІЗЬКИЙ ОЛЦ МОЗ УКРАЇНИ» Воскобойникова Г.В., Мироненко О.В.</i></p>	14-15
<p>«Професійне вигорання» медичних працівників. <i>відокремлений підрозділ «Василівський міжрайонний відділ ДУ «ЗАПОРІЗЬКИЙ ОЛЦ МОЗ УКРАЇНИ» Мостова Т.О.</i></p>	15-16

<p>Якість питної води у Вільнянському районі в період відсутності наглядових функцій за санітарно-технічним станом сільських водогонів. <i>відокремлений підрозділ «Вільнянський міжрайонний відділ ДУ «ЗАПОРІЗЬКИЙ ОЛЦ МОЗ УКРАЇНИ» Сініцина Н.Ю., Мінаєва Л.І., Полякова Т.С.</i></p>	16-17
<p>Щорічний медичний моніторинг населення зон спостереження об'єктів атомної енергетики України як шлях до удосконалення сучасної системи захисту здоров'я. <i>відокремлений підрозділ «Токмацький міжрайонний відділ ДУ «ЗАПОРІЗЬКИЙ ОЛЦ МОЗ УКРАЇНИ» Закладна Н.В.</i></p>	17-18
<p>Дирофіляріоз, викликаний <i>Dirofilaria repens</i> в Запорізькій області за період 2003 - 2016 роки. <i>Запорізький державний медичний університет Рябокони О.В., Фурик О.О., ДУ «ЗАПОРІЗЬКИЙ ОЛЦ МОЗ УКРАЇНИ» Зарудна О.В., Куташ О.О.</i></p>	18-19
<p>Заходи щодо зниження вмісту дрібнодисперсних зважених твердих часток в атмосферному повітрі м. Запоріжжя. <i>Запорізький державний медичний університет к.м.н., доцент Севальнев А.І., асистент Волкова Ю.В.</i></p>	19-20
<p>Стан психічного здоров'я дітей та молоді в умовах екологічного пресингу. <i>Запорізький державний медичний університет д.м.н., професор Гребняк М.П., к.м.н., доцент Федорченко Р.А.</i></p>	20-21
<p>Небезпека ртуті у навколишньому середовищі. <i>Запорізький державний медичний університет д.мед.н., професор Гребняк М.П., к.м.н., доцент Федорченко Р.А., к.м.н., доцент Сушко Ю.Д.</i></p>	21-22
<p>Система контролю та моніторингу стану навколишнього природного середовища в контексті впливу екологічної кризи на захворюваність населення псоріазом. <i>Запорізький державний медичний університет к.м.н. І.А. Соколовська І.А., д.м.н. доцент Макуріна Г.І., к.м.н. Васильчук Н.Г., к.м.н., доцент Сушко Ю.Д., к.м.н., доцент Торгун В.П.</i></p>	22-23
<p>Аналіз професійної захворюваності серед працівників Запорізької області. <i>Запорізький державний медичний університет Шаравара Л.П., Тищенко М.П.</i></p>	23-24
<p>Технологічний та організаційний розвиток новітньої екстреної маркерної лабораторної діагностики серед постраждалих при надзвичайних ситуаціях. <i>ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України» д.м.н. Кочін І.В., д.м.н. Мірошніченко В.П., к.м.н. Трошин Д.О., к.ф.н. Остапенко А.О., ВП «Василівський міжрайонний відділ ДУ «ЗАПОРІЗЬКИЙ ОЛЦ МОЗ УКРАЇНИ» Хандога Е.В.</i></p>	24-25
<p>Сучасна державна концепція розвитку екстреної медичної допомоги постраждалим при надзвичайних ситуаціях на основі маркерної лабораторної діагностики. <i>ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України» д.м.н. Кочін І.В., д.м.н. Мірошніченко В.П., к.м.н. Трошин Д.О., к.ф.н. Остапенко А.О., ВП «Василівський міжрайонний відділ ДУ «ЗАПОРІЗЬКИЙ ОЛЦ МОЗ УКРАЇНИ» Хандога Е.В.</i></p>	25-26
<p>Особливості організації та законодавчо-правового забезпечення екстреної медичної допомоги у країнах Західної Європи та США. <i>ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»</i></p>	26-27

<p>д.м.н. Кочін І.В., д.м.н. Мірошніченко В.П., к.м.н. Трошин Д.О., к.ф.н. Остапенко А.О., ВП «Василівський міжрайонний відділ ДУ «ЗАПОРІЗЬКИЙ ОЛЦ МОЗ УКРАЇНИ» Хандога Е.В.</p>	
<p>Оснащення структурних підрозділів системи екстреної медичної допомоги. ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України» д.м.н. Кочін І.В., д.м.н. Мірошніченко В.П., к.м.н. Трошин Д.О., к.ф.н. Остапенко А.О., ВП «Василівський міжрайонний відділ ДУ «ЗАПОРІЗЬКИЙ ОЛЦ МОЗ УКРАЇНИ» Хандога Е.В.</p>	27-28
<p>Ресурсне забезпечення та використання екстреної маркерної лабораторної діагностики серед постраждалих при надзвичайних ситуаціях. ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України» д.м.н. Кочін І.В., д.м.н. Мірошніченко В.П., к.м.н. Трошин Д.О., к.ф.н. Остапенко А.О., ВП «Василівський міжрайонний відділ ДУ «ЗАПОРІЗЬКИЙ ОЛЦ МОЗ УКРАЇНИ» Хандога Е.В.</p>	28-29
<p>Особливості визначення місця застосування екстреної маркерної лабораторної діагностики в системі лікувально-евакуаційного забезпечення. ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України» д.м.н. Кочін І.В., д.м.н. Мірошніченко В.П., к.м.н. Трошин Д.О., к.ф.н. Остапенко А.О., ВП «Василівський міжрайонний відділ ДУ «ЗАПОРІЗЬКИЙ ОЛЦ МОЗ УКРАЇНИ» Хандога Е.В.</p>	29
<p>Застосування експрес-тестів маркерної лабораторної діагностики при наданні екстреної медичної допомоги постраждалим у надзвичайних ситуаціях. ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України» д.м.н. Кочін І.В., д.м.н. Мірошніченко В.П., к.м.н. Трошин Д.О., к.ф.н. Остапенко А.О., ВП «Василівський міжрайонний відділ ДУ «ЗАПОРІЗЬКИЙ ОЛЦ МОЗ УКРАЇНИ» Хандога Е.В.</p>	30-31
<p>Різновиди алгоритмів лікувально-евакуаційного забезпечення при ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій мирного та воєнного часу. ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України» д.м.н. Кочін І.В., д.м.н. Мірошніченко В.П., к.м.н. Трошин Д.О., к.ф.н. Остапенко А.О., ВП «Василівський міжрайонний відділ ДУ «ЗАПОРІЗЬКИЙ ОЛЦ МОЗ УКРАЇНИ» Хандога Е.В.</p>	31-32
<p>Можливості використання маркерної лабораторної експрес-діагностики за концепцією «POINT OF CARE» технології при наданні екстреної медичної допомоги постраждалим у надзвичайних ситуаціях. ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України» д.м.н. Кочін І.В., д.м.н. Мірошніченко В.П., к.м.н. Трошин Д.О., к.ф.н. Остапенко А.О., ВП «Василівський міжрайонний відділ ДУ «ЗАПОРІЗЬКИЙ ОЛЦ МОЗ УКРАЇНИ» Хандога Е.В.</p>	32-33
<p>Впровадження принципів доказової медицини – стратегічний напрямок підвищення якості екстреної медичної допомоги постраждалим при надзвичайних ситуаціях мирного та воєнного часу.</p>	33-34

<p><i>ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»</i> <i>д.м.н. Кочін І.В., д.м.н. Мірошніченко В.П., к.м.н. Трошин Д.О.,</i> <i>к.ф.н. Остапенко А.О.,</i> <i>ВП «Василівський міжрайонний відділ ДУ «ЗАПОРІЗЬКИЙ ОЛЦ МОЗ УКРАЇНИ»</i> <i>Хандога Е.В.</i></p>	
<p>Забезпечення якості екстреної медичної допомоги постраждалим при надзвичайних ситуаціях використанням маркерної лабораторної діагностики. <i>ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»</i> <i>д.м.н. Кочін І.В., д.м.н. Мірошніченко В.П., к.м.н. Трошин Д.О.,</i> <i>к.ф.н. Остапенко А.О.,</i> <i>ВП «Василівський міжрайонний відділ ДУ «ЗАПОРІЗЬКИЙ ОЛЦ МОЗ УКРАЇНИ»</i> <i>Хандога Е.В.</i></p>	34-35
<p>Сучасна концепція лабораторної експрес-діагностики невідкладних станів Point-of-Care-Testing (POCT). <i>ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»</i> <i>д.м.н. Кочін І.В., д.м.н. Мірошніченко В.П., к.м.н. Трошин Д.О.,</i> <i>к.ф.н. Остапенко А.О.,</i> <i>ВП «Василівський міжрайонний відділ ДУ «ЗАПОРІЗЬКИЙ ОЛЦ МОЗ УКРАЇНИ»</i> <i>Хандога Е.В.</i></p>	35-36
<p>Сучасні досягнення військової медицини в удосконаленні лікувально-евакуаційного забезпечення постраждалих при надзвичайних ситуаціях мирного та воєнного часу. <i>ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»</i> <i>д.м.н. Кочін І.В., д.м.н. Мірошніченко В.П., к.м.н. Трошин Д.О.,</i> <i>к.ф.н. Остапенко А.О.,</i> <i>ВП «Василівський міжрайонний відділ ДУ «ЗАПОРІЗЬКИЙ ОЛЦ МОЗ УКРАЇНИ»</i> <i>Хандога Е.В.</i></p>	36-37
<p>Забезпечення та впровадження системи менеджменту якості в медичних лабораторіях України <i>ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»</i> <i>к.б.н. Єфіменко Н.Ф., к.ф.н. Остапенко А.О., д.м.н. Кочін І.В., д.м.н. Мірошніченко В.П., к.м.н. Трошин Д.О.,</i> <i>ВП «Василівський міжрайонний відділ ДУ «ЗАПОРІЗЬКИЙ ОЛЦ МОЗ УКРАЇНИ»</i> <i>Хандога Е.В.</i></p>	37-39
<p>Актуальність проблеми сальмонельозу в Україні. <i>ВП «Василівський міжрайонний відділ ДУ «ЗАПОРІЗЬКИЙ ОЛЦ МОЗ УКРАЇНИ»</i> <i>Хандога Е.В.,</i> <i>ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України» д.м.н. Кочін І.В., д.м.н. Мірошніченко В.П., к.м.н. Трошин Д.О., к.ф.н. Остапенко А.О.</i></p>	38-39
<p>Проблеми інфекційних хвороб в Україні. <i>ВП «Василівський міжрайонний відділ ДУ «ЗАПОРІЗЬКИЙ ОЛЦ МОЗ УКРАЇНИ»</i> <i>Хандога Е.В.,</i> <i>ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України» д.м.н. Кочін І.В., д.м.н. Мірошніченко В.П., к.м.н. Трошин Д.О., к.ф.н. Остапенко А.О.</i></p>	39-40
<p>Сучасні діагностичні можливості у виявленні кампілобактеріозу у дітей. <i>КУ «Обласна інфекційна клінічна лікарня» ЗОР к.б.н. Гінзбург Р.М., Пругло В.В.</i></p>	40-41
<p>Аналіз послуг з профілактики ВІЛ-інфекції та лікування ВІЛ-інфікованих осіб в Запорізькій області станом на 01.01.2018. <i>КУ «Запорізький обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом»</i></p>	41-42

<i>Запорізької обласної ради, м. Запоріжжя Петровська О.Д., Велигодська О.В., Тарасова Т.О.</i>	
---	--