

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ
ДУ «ІНСТИТУТ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ІМ. О. М. МАРЗЄЄВА
НАМН УКРАЇНИ»

**БЕЗПЕКА ПАЦІЄНТІВ В УКРАЇНІ:
ЛІКИ БЕЗ ШКОДИ**

Матеріали

«Науково-практичної конференції з міжнародною участю
до Всесвітнього дня безпеки пацієнтів 2022 року», м. Київ
16 вересня 2022 року

За заг. ред. ректора Національного медичного університету
імені О. О. Богомольця, члена-кореспондента НАМН України, доктора
медичних наук, професора Ю.Л. Кучина

Київ – 2022

УДК 614.2:616-052(477):615.03:061.3

Б40

Науково-практична конференція з міжнародною участю до Всесвітнього дня безпеки пацієнтів 2022 року – Реєстраційний номер Державної наукової установи «Український інститут науково-технічної експертизи та інформації» № 804 від 30.09.2021 року у «Реєстрі конгресів, з'їздів, симпозіумів, науково-практичних конференцій, які проводимуться в Україні у 2022 році».

Редакційна колегія

Співголови: Яворовський О.П., Сердюк А.М., Омельчук С.Т.

Члени редколегії: Скалецький Ю.М., Михайленко П.М., Брухно Р.П., Паустовський Ю.О., Зенкіна В.І., Зінченко Т.О.

Рецензенти:

Сергета І.В. – доктор медичних наук, професор, кафедри загальної гігієни та екології Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова.

Завгородній І.В. – доктор медичних наук, професор, директор навчально-наукового інституту якості освіти Харківського національного медичного університету, завідувач кафедри гігієни та екології №2 Харківського національного медичного університету.

Матеріали «Науково-практичної конференції з міжнародною участю до Всесвітнього дня безпеки пацієнтів 2022 року»

Б40 **«БЕЗПЕКА ПАЦІЄНТІВ В УКРАЇНІ: ЛІКИ БЕЗ ШКОДИ»**, м. Київ, 16 вересня 2022 року / За загальною редакцією Кучина Ю.Л. – К.: МВЦ «Медінформ», 2022. – 144 с.

ISBN 978-966-409-239-2

Науково-практична конференція з міжнародною участю до Всесвітнього дня безпеки пацієнтів 2022 року «Безпека пацієнтів: ліки без шкоди» (м. Київ, 16 вересня 2022 року) розглядала два блоки питань: «Ліки без шкоди – наріжний камінь безпеки пацієнта», що відповідає темі Всесвітнього дня пацієнтів 2022, та «Епідеміологічні, гігієнічні, психологічні, правові та освітньо-наукові аспекти забезпечення безпеки пацієнтів».

Для України проблема безпечного застосування ліків є так само актуальною, як і для всього світу. Третій глобальний виклик ВООЗ у сфері безпеки пацієнтів «Ліки без шкоди» має ставити за мету знизити рівень серйозної шкоди, пов'язаної з ліками, якої можна уникнути, на 50% протягом 5 років. Завдання спрямоване на вдосконалення кожного етапу процесу лікування, включаючи призначення, відпуск, адміністрування, моніторинг і спосіб використання ліків. Саме ці питання склали предмет для обговорення матеріалів першої частини збірки.

В той же час організатори конференції вважають за необхідне продовжувати зусилля щодо реалізації в Україні рекомендацій плану дій «Глобальні дії по забезпеченню безпеки пацієнтів на 2021-2030 рр.», які містять пропозицію щодо створення національних планів дій з безпеки пацієнтів. Тому збірка включає у додатках окрім інформації «Ліки без шкоди» також Консенсусну заяву Форуму політиків, організованого ВООЗ 23-24 лютого 2022 року.

Започатковане у 2021 році формування інформаційно-комунікаційної мережі за участі усіх зацікавлених сторін «Безпека пацієнтів» реально сприяє формуванню суспільного консенсусу щодо проблеми безпеки пацієнтів та впровадженню культури безпеки у національній охороні здоров'я, про що свідчать матеріали представленого видання.

УДК 614.2:616-052(477):615.03:061.3

*У разі повного або часткового використання матеріалів збірника
посилання на публікацію обов'язкове*

ISBN 978-966-409-239-2

©Колектив авторів, 2022

Голова організаційного комітету

Кучин Ю.Л. – ректор НМУ імені О.О. Богомольця, член-кореспондент НАМН України, доктор медичних наук, професор.

Співголови оргкомітету:

Науменко О.М. – перший проректор з науково-педагогічної роботи та післядипломної освіти НМУ імені О.О. Богомольця, член-кореспондент НАМН України, доктор медичних наук, професор.

Земсков С.В. – проректор з наукової роботи та інновацій НМУ імені О.О. Богомольця, доктор медичних наук, професор.

Сердюк А.М. – директор ДУ «Інститут громадського здоров'я ім. О.М. Марзеєва НАМН України», академік НАМН України, доктор медичних наук, професор (за згодою).

Яворовський О.П. – завідувач кафедри гігієни та екології №2 НМУ імені О.О. Богомольця, академік НАМН України, доктор медичних наук, професор.

Члени оргкомітету:

Омельчук С.Т. – директор Інституту гігієни та екології НМУ імені О.О. Богомольця, член-кореспондент НАМН України, доктор медичних наук, професор.

Скалецький Ю.М. – завідувач лабораторії безпекових стратегій в охороні здоров'я ДУ «Інститут громадського здоров'я ім. О.М. Марзеєва НАМН України», доктор медичних наук, професор (за згодою).

Брухно Р.П. – доцент кафедри гігієни та екології №2 НМУ імені О.О. Богомольця, кандидат медичних наук.

Зінченко Т.О. – доцент кафедри гігієни та екології №2 НМУ імені О.О. Богомольця, кандидат медичних наук.

Михайленко П.М. – старший науковий співробітник лабораторії безпекових стратегій в охороні здоров'я ДУ «Інститут громадського здоров'я ім. О.М. Марзеєва НАМН України», кандидат біологічних наук (за згодою).

Звернення Міністра охорони здоров'я України



Шановні пані та панове! Мені дуже приємно, що започаткована минулого року ініціатива відзначення Всесвітнього дня безпеки пацієнтів в Україні отримала своє продовження у безперечно найважчому в нашій історії році – році широкомасштабного вторгнення РФ на територію України, яка нашарувалася на пандемію COVID-19. Війна внесла страшні корективи у функціонування вітчизняної системи охорони здоров'я, а потреба забезпечення здоров'я українських біженців спричинила додаткове навантаження на охорону здоров'я тих країн, які надали притулок нашим громадянам.

Неймовірно, але за таких обставин ми спроможні не лише утримувати нашу систему охорони здоров'я у дієздатному стані, а й розвиватися та вдосконалюватися. Ми йдемо в ногу з загальносвітовими тенденціями. Цього року «Науково-практична конференція з міжнародною участю до Всесвітнього дня безпеки пацієнтів» присвячена темі, якою переймається увесь світ – «Medication Without Harm» – «Ліки без шкоди».

Для вирішення цієї глобальної задачі, поставленої ВООЗ, маємо забезпечити системний підхід до впровадження безпечної медикаментозної терапії для уникнення лікарських помилок та зменшення шкоди, пов'язаної із застосуванням лікарських препаратів. Очікується, що особлива увага буде надана ситуаціям високого ризику та поліфармації, коли така шкода особливо значна.

Тому мене обнадіює та надихає програма конференції, яка охоплює практично усі пріоритетні напрямки проблеми забезпечення безпеки пацієнтів при застосуванні лікарських препаратів в Україні. Заявлені теми мають стати предметом систематизації наших проблем та дискусій щодо пошуку шляхів їх вирішення. Пацієнт залишається пацієнтом незалежно від ситуації на фронті. Борець ЗСУ, який потребує медичної допомоги, має отримати її у повному обсязі, якісну та безпечну.

Отже, дякую організаторам конференції, які у такий важкий час змогли об'єднати для спільної роботи найкращих науковців, експертів та практикуючих лікарів. Бажаю усім учасникам реалізувати свій інтелектуальний потенціал для забезпечення належної безпеки та якості медичної допомоги.

Все буде Україна!

Віктор Ляшко

Міністр охорони здоров'я України

ПЕРЕДМОВА



Наша друга Науково-практична конференція з міжнародною участю до Всесвітнього дня безпеки пацієнтів відбувається у важкий для країни час. Екстремальні навантаження на систему охорони здоров'я, об'єктивні складнощі щодо забезпечення доступності та якості медичних послуг висувають перед нами особливі надзадачі. Ми повинні працювати і продовжувати наукові дослідження в умовах воєнного стану. Життєздатність нашої минулорічної ініціативи підтверджується кількістю учасників форуму та змістом наданих матеріалів.

Концепція «не зашкодь» сягає витоків часів Гіппократа. Проте у дослідженнях фахівців Johns Hopkins Medicine виявили вражаючі факти: 10 відсотків усіх смертей у США є наслідком лікарської помилки; третьою причиною смерті в США є медична помилка; медичні помилки є недостатньо визнаною причиною смерті. І хоча такі висновки спричинили бурхливу наукову дискусію щодо методології досліджень, їх оприлюднення привернуло до проблеми безпеки пацієнтів найширші зацікавлені кола як у США, так і у інших країнах. Для України ми не можемо реально оцінити проблему, оскільки масштабні системні дослідження у нас ще попереду.

Проте вже сьогодні ми маємо, узагальнюючи світовий досвід та спираючись на міжнародні стратегічні документи, формувати науковий фундамент подібних досліджень, освітніх програм і впровадження обґрунтованих управлінських рішень.

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця за підтримки МОЗ України у співпраці з Інститутом громадського здоров'я ім. М.О. Марєєва НАМН України, іншими закладами та установами із залученням пацієнтської громадськості досліджує проблему безпеки пацієнтів в Україні. Наша конференція є проміжним підсумковим заходом у цій роботі.

У Матеріалах «Науково-практичної конференції з міжнародною участю до Всесвітнього дня безпеки пацієнтів 2022 року» ми намагаємося бути послідовними і включати до збірки ті документи, які допоможуть учасникам у визначенні пріоритетних напрямків власних досліджень, а особам, що приймають рішення, отримати додаткову аргументацію для розгляду підсумкових документів нашої роботи.

Так, Матеріали-2021 містять Концепцію стратегії попередження дефектів надання медичної допомоги у вітчизняній охороні здоров'я, яка була схвалена Вченою радою університету і яка, могла б стати підґрунтям для розробки

Національного плану дій із забезпечення безпеки пацієнтів, до чого закликала країни-члени ВООЗ 74-та Всесвітня асамблея охорони здоров'я у глобальному плані дій «Глобальні дії по забезпеченню безпеки пацієнтів на 2021-2030 рр.».

На жаль, війна внесла свої корективи у наші плани та можливості. Але, продовжуючи започатковану традицію, ми включаємо до збірки Матеріалів-2022 Консensusну заяву ВООЗ до Всесвітнього дня безпеки пацієнтів «Роль політиків і керівників охорони здоров'я в реалізації Глобальної безпеки пацієнтів. План дій 2021–2030».

Ця консensusна заява ґрунтується на базових ідеях, викладених у численних глобальних і регіональних резолюціях і рішеннях щодо безпеки пацієнтів, прийнятих керівними органами Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) та інших міжнародних організацій. Вона заснована на матеріалах Форуму політиків ВООЗ, організованому 23–24 лютого 2022 року Флагманським підрозділом безпеки пацієнтів (штаб-квартира ВООЗ, Женева, Швейцарія). Зазначений документ має декларативний характер. Але втілення цієї декларації у життя є кінцевою метою наших зусиль у дослідницькій лабораторії, на університетській кафедрі, у модерній клініці і сільській амбулаторії.

Наш фронт – наше робоче місце, сфера нашої особистої відповідальності. Наш внесок у перемогу – нові знання, використання і впровадження найпередовіших надбань світової спільноти і, врешті решт, якісна і безпечна медична допомога громадянам України, нашим захисникам.

Юрій КУЧИН

***ректор НМУ імені О.О.Богомольця,
член-кореспондент НАМН України,
д.мед.н., професор***

ЗМІСТ

ЧАСТИНА I

ЛІКИ БЕЗ ШКОДИ – НАРІЖНИЙ КАМІНЬ БЕЗПЕКИ ПАЦІЄНТА

ДО ПИТАННЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ БЕЗПЕЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ 16

Кучин Ю.Л.¹, Науменко О.М.¹, Яворовський О.П.¹, Скалецький Ю.М.², Брухно Р.П.¹, Зінченко Т.О.¹, Брухно О.М.¹

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

² ДУ Інститут громадського здоров'я імені О.М. Марзєєва НАМН України, м. Київ, Україна

ФАРМАКОНАГЛЯД В ПРОГРАМАХ МЕДИЧНОЇ І ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ОСВІТИ 23

Зайченко Г.В., Козак Д.О., Матвєєва О.В., Савченко Н.В.

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

АНТИБАКТЕРІАЛЬНА ТЕРАПІЯ ПРИ ВАГІТНОСТІ - ДОЦІЛЬНІСТЬ ТА БЕЗПЕКА 24

Венцківська І.Б.¹, Загородня О.С.¹, Семенченко Т.О.²

¹Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, кафедра акушерства та гінекології №1, м. Київ, Україна

²Перинатальний центр м. Києва, Україна

ПІДВИЩЕННЯ БЕЗПЕКИ ПРИЙОМУ ДИКЛОФЕНАКУ НАТРІЮ В УМОВАХ КОМБІНУВАННЯ ІЗ ГЛЮКОЗАМІНУ ГІДРОХЛОРИДОМ 34

В. О. Туляков, Ф. С. Леонтєєва

Державна установа «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф.

М. І. Ситенка Національної академії медичних наук України, м. Харків,

Україна

ЛАБОРАТОРНІ КРИТЕРІЇ ВИБОРУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ БЕЗПЕЧНОЇ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ КОРЕКЦІЇ ОСТЕОАРТРОЗУ ВЕЛИКИХ СУГЛОБІВ II СТАДІЇ 33

М. О. Корж, Ф. С. Леонтєєва, В. О. Туляков

Державна установа «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф.

М. І. Ситенка Національної академії медичних наук України, м. Харків,

Україна

РОЛЬ ФАРМАКОНАГЛЯДУ У БЕЗПЕЧНОМУ ЗАСТОСУВАННІ ВАКЦИН ПРОТИ COVID-19 В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ	36
<i>Ткаченко Є.В., Башкатова Т.І., Васильєва В.А. Державне підприємство «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна</i>	
АНАЛІЗ ПОВІДОМЛЕНЬ ПРО ВИПАДКИ ПОБІЧНИХ РЕАКЦІЙ ПІСЛЯ ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ, ЩО ЗАСТОСОВУВАЛИСЯ НЕ ЗА ПРИЗНАЧЕННЯМ ЛІКАРЯ	38
<i>Ткаченко Є.В., Башкатова Т.І., Понятовська Н.П. Державне підприємство «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна</i>	
УЧАСТЬ ПАЦІЄНТІВ У ЗДІЙСНЕННІ ФАРМАКОНАГЛЯДУ В УКРАЇНІ	40
<i>Ткаченко Є.В., Башкатова Т.І., Понятовська Н.П. Державне підприємство «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна</i>	
ПОЛІФАРМАЦІЯ ЯК ФАКТОР РИЗИКУ ПОЯВИ НЕГАТИВНИХ ПОБІЧНИХ ЕФЕКТІВ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ВНАСЛІДОК МІЖЛІКАРСЬКИХ ВЗАЄМОДІЙ	41
<i>Хайтович М.В., Савчук М.С., Потаскалова В.С. Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця, м. Київ, Україна</i>	
ФАРМАЦЕВТИЧНА ОПІКА ПРИ ВАГІТНОСТІ ТА ЛАКТАЦІЇ: РАЦІОНАЛЬНИЙ ВИБІР ТА ЗАСТОСУВАННЯ ВІТАМІННО- МІНЕРАЛЬНИХ КОМПЛЕКСІВ	42
<i>Темірова О.А., Хайтович М.В., Афанасьєва І.О., Бондаренко А.О. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна</i>	
РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ ПРЕАВТОРИЗАЦІЇ АНТИМІКРОБНИХ ПРЕПАРАТІВ У ХІРУРГІЧНОМУ ВІДДІЛЕННІ	44
<i>Хайтович М.В.¹, Темірова О.А.¹, Кисіль Н.П.¹, Половинка В.О.², Турчак Д.В.², Головня О.М.² ¹Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна ²Національна дитяча спеціалізована лікарня «ОХМАТДИТ», м. Київ, Україна</i>	

ПЕКТИНОВА ТЕРАПІЯ НА ЗАХІСТІ ВАГІТНОСТІ	45
<i>Живецька-Денисова А. А., Воробйова І. І., Скрипченко Н. Я., Толкач С. М., Ткаченко В. Б., Рудакова Н. В., Бондаренко Ю. М., Шамаєва О. В., Стрижак С. К.</i>	
<i>ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О. М. Лук'янової НАМН України», м. Київ, Україна</i>	
СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО АУДИТУ ПРИЗНАЧЕННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В ЛІКУВАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ ЖИТОМИРСЬКОЇ ОБЛАСТІ	48
<i>Парій В.Д.¹, Гришук С.М.²</i>	
<i>¹Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ</i>	
<i>²Житомирський державний університет імені І. Франка, Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради, м. Житомир, Україна</i>	
ПРИЗНАЧЕННЯ НЕБЕЗПЕЧНИХ КОМБІНАЦІЙ ЛІКІВ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЖИТОМИРЩИНИ	50
<i>Гришук С.М.¹, Парій В.Д.²</i>	
<i>¹Житомирський державний університет імені І. Франка, Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради, м. Житомир, Україна</i>	
<i>²Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна</i>	
ЕТИЧНО-ПРАВОВІ АСПЕКТИ БЕЗПЕКИ ПАЦІЄНТІВ ПРИ ВЖИВАННІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В СУЧАСНИХ УМОВАХ	52
<i>Литвинова Л.О., Гречишкіна Н.В., Артемчук Л.І., Донік О.М.</i>	
<i>Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна</i>	
МЕНЕДЖМЕНТ РИЗИКІВ ПОЛІФАРМАЦІЇ У ЛІКУВАННІ ДІТЕЙ ІЗ ГЕПАТОБІЛІАРНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ	54
<i>Турчин Я.М.¹, Ситник І.М.¹, Диба М.Б.², Хайтович М.В.¹, Березенко В.С.^{1,2}</i>	
<i>¹Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна</i>	
<i>²ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України», м. Київ, Україна</i>	
ОЦІНКА РИЗИКІВ ПОЛІФАРМАЦІЇ У ДІТЕЙ З МЕДИКАМЕНТОЗНИМ ГЕПАТИТОМ	55
<i>Вінницька Д.І.¹, Ситник І.М.¹, Диба М.Б.², Хайтович М.В.¹, Березенко В.С.^{1,2}</i>	
<i>¹Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна</i>	
<i>²ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України», м. Київ, Україна</i>	

- ВАЖЛИВІСТЬ ПИТАННЯ ПОПЕРЕДЖЕННЯ НЕБАЖАНИХ РЕАКЦІЙ НА ЛІКИ У ДІТЕЙ** 56
Волосовець О.П.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ
- ПРОТИСТАФІЛОКОКОВА ДІЯ СУКЦИЛЬОВАНИХ ПОХІДНИХ КВЕРЦЕТИНУ З ЛИСТЯ RIBES NIGRUM, ДОДАТКОВО МОДИФІКОВАНИХ АМІНОКИСЛОТАМИ** 59
Андреева І. Д., Осолодченко Т. П., Завада Н. П.
ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І.І.Мечникова
Національної академії медичних наук України», м. Харків, Україна
- ФОРМУВАННЯ СТІЙКОСТІ S. AUREUS ЩОДО СУКЦИЛЬОВАНИХ ПОХІДНИХ КВЕРЦЕТИНУ З ЛИСТЯ RIBES NIGRUM, ДОДАТКОВО МОДИФІКОВАНИХ АМІНОКИСЛОТАМИ** 60
Андреева І. Д., Осолодченко Т. П., Рябова І. С.
ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І. І. Мечникова
Національної академії медичних наук України», м. Харків, Україна
- АКТИВНІСТЬ СУКЦИЛЬОВАНИХ ПОХІДНИХ КВЕРЦЕТИНУ З ЛИСТЯ RIBES NIGRUM, ДОДАТКОВО МОДИФІКОВАНИХ АМІНОКИСЛОТАМИ, ЩОДО P. AERUGINOSA** 61
Осолодченко Т. П., Андреева І. Д., Рябова І. С.
ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І. І. Мечникова
Національної академії медичних наук України», м. Харків, Україна
- ФОРМУВАННЯ СТІЙКОСТІ E. COLI ДО МОДИФІКОВАНИХ ПОХІДНИХ КВЕРЦЕТИНУ, ВИЛУЧЕНОГО З ЛИСТЯ RIBES NIGRUM** 62
Осолодченко Т. П., Андреева І. Д., Завада Н. П.
ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І. І. Мечникова
Національної академії медичних наук України», м. Харків, Україна
- АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ФІТО-АЛІМЕНТАРНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ГЕЛЬМІНТОЗІВ** 63
Аністратенко Т.І., Велика Н.В.
Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, м. Київ,
Україна
- ПРОТИМІКРОБНА ДІЯ СПИРТОВИХ ЕКСТРАКТІВ З БРУНЬОК ВЕРБИ БІЛОЇ ПО ВІДНОШЕННЮ ДО STREPTOCOCCUS PYOGENES** 65
Пономаренко С. В., Осолодченко Т. П., Штикер Л. Г., Калітіна С. М.
ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І. І. Мечникова
Національної академії медичних наук України», м. Харків, Україна

АНТИБАКТЕРІАЛЬНА ДІЯ СПИРТОВИХ ЕКСТРАКТІВ З БРУНЬОК ВЕРБИ, ПО ВІДНОШЕННЮ ДО ENTEROCOCCUS SP	66
<i>Пономаренко С. В.¹, Осолодченко Т. П.¹, Бобрицька Л. О.², Комісаренко М. А.², Кліса Т. Л.¹</i>	
¹ <i>ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І. І. Мечникова НАМН України», м. Харків, Україна</i>	
² <i>Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна</i>	
ГОРМОНАЛЬНА ТЕРАПІЯ ПРИ НЕВИНОШУВАННІ ВАГІТНОСТІ	68
<i>Воробйова І.І., Живецька-Денисова А.А., Ткаченко В.Б., Толкач С.М., Рудакова Н.В.</i>	
<i>ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України», м. Київ, Україна</i>	
ЗАСТОСУВАННЯ ПРОТИВІРУСНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ПРИ COVID-19	70
<i>Рошко С.С., Заяць М.М.</i>	
<i>ЛНМУ ім. Данила Галицького, м. Львів, Україна</i>	
ЧАСТИНА II	
72	
ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ, ГІГІЄНІЧНІ, КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНІ, ПСИХОЛОГІЧНІ, ПРАВОВІ ТА ОСВІТНЬО-НАУКОВІ АСПЕКТИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ БЕЗПЕКИ ПАЦІЄНТІВ	
НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ, ЯК ПОТУЖНИЙ ФАКТОР ФРУСТРАЦІЇ	72
<i>Живецька-Денисова А.А., Ткаченко В.Б., Воробйова І.І., Скрипченко Н.Я.</i>	
<i>ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України», м. Київ, Україна</i>	
PROBLEMS OF MEDICAL SAFETY OF PATIENTS WITH GENERALIZED PARODONTAL DISEASES WITH EATING DISORDERS	74
<i>M. Yu. Antonenko, A. V. Borysenko, L. L. Reshetnyk</i>	
<i>Bogomolets National Medical University, Department of Dentistry, Institute of Postgraduate Education</i>	
ВПОВАДЖЕННЯ СТРАТЕГІЇ ІНТЕГРОВАНОГО ВЕДЕННЯ ХВОРОБ ДИТЯЧОГО ВІКУ В ПІДГОТОЦІ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА - СІМЕЙНА МЕДИЦИНА»	76
<i>Марушко Ю.В. Чабанович О.В. Московенко О.Д. Марушко Т.В.</i>	
<i>Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, кафедра педіатрії ПО</i>	

- ХРОНІЧНА ВТОМА І ПРОФЕСІЙНЕ ВИГОРАННЯ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ СУЧАСНИХ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: МЕТОДИ ВИЯВЛЕННЯ ТА ШЛЯХИ ПОПЕРЕДЖЕННЯ** 77
Яворовський О.П., Сергета І.В., Серебреннікова О.А., Скалецький Ю.М., Паустовський Ю.О., Зенкіна В.І., Брухно Р.П., Зінченко Т.О., Кудієвський Я.В.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця, ДУ "Інститут громадського здоров'я ім. О.М. Марзєєва НАМН України, м. Київ
- ПОРУШЕННЯ ТОЛЕРАНТНОСТІ ДО ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ У ДІТЕЙ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ COVID-19** 81
Марушко Ю.В., Дмитришин О.А., Чабанович О.В., Бовкун О.А.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ
- НАВЧАЛЬНА ДИСЦИПЛІНА "ОСНОВИ БІОЕТИКИ ТА БІОПЕЗПЕКИ" І ДОСВІД ЇЇ ВИКЛАДАННЯ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ ЗДОБУТТЯ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ У КОНТЕКСТІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЕТИЧНИХ АСПЕКТІВ БЕЗПЕКИ ПАЦІЄНТІВ ТА ОХОРОНИ ПРАЦІ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ** 82
Сергета І.В., Шевчук Т.В., Браткова О.Ю., Теклюк Р.В., Редчіц М.А., Стоян Н.В., Ваколюк Л.М., Процюк Л.О., Краснова Л.І., Латанюк С.О., Дякова О.В., Дударенко О.Б., Дреженкова І.Л., Тисевич Т.В., Лукіна Н.Ю., Гончарук Т.І.
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця
- БЕЗПЕКА ПАЦІЄНТІВ І ЯКІСТЬ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ: ПРОБЛЕМИ ПРОФЕСІОГРАФІЧНОГО АНАЛІЗУ І КОМПЛЕКСНОЇ ОЦІНКИ ОСОБЛИВОСТЕЙ ФОРМУВАННЯ ВИСОКОЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ПРИДАТНОСТІ СТУДЕНТІВ, ЯКІ ЗДОБУВАЮТЬ СТОМАТОЛОГІЧНИЙ ФАХ** 84
Сергета І.В., Панчук О.Ю.
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця
- ВИЗНАЧЕННЯ ІНОТРОПНОГО РЕЗЕРВУ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ВЕЛОЕРГОМЕТРІЇ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА ОЖИРІННЯ** 86
Марушко Ю.В., Костинська Н.Г., Чабанович О.В.
НМУ ім. О.О. Богомольця, місто Київ

НАПРЯМИ ОПТИМІЗАЦІЇ КОНЦЕПЦІЇ ВІДПОВІДАЛЬНОГО САМОЛІКУВАННЯ В УКРАЇНІ	87
<i>Трофімова Т. С.</i>	
<i>Національний медичний університет імені О. О. Богомольця</i>	
ЕКОНОМІЧНІ ВАЖЕЛІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ БЕЗПЕКИ ПАЦІЄНТІВ І ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	89
<i>Кожемякіна Т.В., Кожемякін М.О.</i>	
<i>НМУ імені О.О. Богомольця, м. Київ</i>	
ЗАВДАННЯ ІНФЕКЦІЙНОГО КОНТРОЛЮ У СТВОРЕННІ БЕЗПЕЧНОГО ЛІКАРНЯНОГО СЕРЕДОВИЩА	91
<i>Петрусевич Т.В., Зубленко О.В.</i>	
<i>Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ</i>	
СТАНДАРТИЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЯК ОДИН З ОСНОВНИХ МЕХАНІЗМІВ УПРАВЛІННЯ ЇЇ ЯКІСТЮ	93
<i>Гуленко О.І., Рубцова Є.І., Шилкіна О.О.</i>	
<i>Державне підприємство «Державний експертний центр МОЗ України»</i>	
ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ЗА ПРАВОПОРУШЕННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	95
<i>Бабкіна Олена Петрівна</i>	
<i>1Національний медичний університет імені О.О. Богомольця</i>	
<i>2Київське міське клінічне бюро судово-медичної експертизи</i>	
НОРМАТИВНО-ПРАВОВА БАЗА З ХІМІЧНОЇ БЕЗПЕКИ ЯК СКЛАДОВА ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНИХ ФАХІВЦІВ	98
<i>Іщенко А.А., Яніцька Л.В., Горкуненко О.О.</i>	
<i>Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ</i>	
КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ТКАНИН ПАРОДОНТУ В ОСІБ ПІДЛІТКОВОГО ТА ЮНАЦЬКОГО ВІКУ, ЩО ПАЛЯТЬ	101
<i>Лісецька І.С.</i>	
<i>Івано-Франківський національний медичний університет, м.Івано-Франківськ</i>	
ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ В УМОВАХ ВОЄННОГО ЧАСУ	103
<i>Завгородній І.В., Літовченко О.Л., Меркулова Т.В., Лисак М.С.</i>	
<i>Харківський національний медичний університет, Харків, Україна</i>	
СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ЕТІОПАТОГЕНЕЗ ЦЕРВІКАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ	105
<i>Сидоренко В.Р, Олешко В.Ф.</i>	
<i>Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ</i>	

- ЕТИКО-ДЕОНТОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВЕДЕННЯ ПОЛОГІВ У ЖІНОК З АНТЕНАТАЛЬНОЮ ЗАГИБЕЛЛЮ ПЛОДА** 107
Чеботарьова А.С., Бенюк В.О., Гичка Н.М.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ
- ГІПЕРПЛАСТИЧНІ ПРОЦЕСИ ЕНДОМЕТРІЯ НА ТЛІ ДИСФУНКЦІЇ ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ – КЛІНІКО-СОЦІАЛЬНИЙ АСПЕКТ** 109
Абеді Астанег Нікі, Бенюк В.О., Курочка В.В.
Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, м. Київ
кафедра акушерства і гінекології №3
- ДОСЛІДЖЕННЯ ПЕРЕБІГУ ПОСТКОВІДНОГО СИНДРОМУ В УКРАЇНІ** 111
Троян В. І., Заяць М. М.
ЛНМУ ім. Данила Галицького, м. Львів
- ОЦІНКА ДІАГНОСТИЧНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ДО МАЛІГНІЗАЦІЇ ВУЗЛОВИХ НОВОУТВОРЕНЬ ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ГЮРТЛЕ-КЛІТИННОЇ АДЕНОМИ, АСОЦІОВАНОЇ З АДЕНОМОЮ ПАРАЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ** 113
Єрохович В.М., Бобрик М.І.
Національний медичний університет імені О.О.Богомольця м.Київ Україна
- РЕЗУЛЬТАТИ МОНІТОРИНГОВОГО СКРИНІНГУ СТАНУ ЛІКАРНЯНОГО СЕРЕДОВИЩА В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я МІСТА ХАРКОВА** 115
Райлян М.В., Чумаченко Т.О.
Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна
- КЛІНІКО-СТАТИСТИЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОЛОГІВ ЗА ДАНИМИ КНП «КМПБ»№3 МІСТА КИЄВА ПІД ЧАС ВІЙСЬКОВОГО СТАНУ** 117
Фурса-Совгира Т.М., Гичка Н.М., Бенюк С.В., Чеботарьова А.С.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ
- АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО ЗДОРОВ'Я ЖІНОК З РЕЦИДИВУЮЧОЮ ДИСПЛАЗІЄЮ ЕПІТЕЛІЮ ШИЙКИ МАТКИ В ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ** 119
Ласкава Т.Г., Щерба О.А., Ластовецька Л.Д., Іванюта С.О.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, кафедра акушерства і гінекології №3, м. Київ, Україна

ОЦІНКА КОЛЬПОЦИТОЛОГІЧНОЇ КАРТИНИ ТА ПІХВОВОГО БІОТОПУ В ДИНАМІЦІ ЛІКУВАННЯ У ЖІНОК ЗІ СТРЕСОВИМ НЕТРИМАННЯМ СЕЧІ НА ТЛІ ТЕРАПІЇ СО2-ЛАЗЕРОМ 121

Пучко М.С., Усевич І.А., Момот А.А.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, кафедра акушерства і гінекології №3, м. Київ, Україна

РЕЗУЛЬТАТИ ПРОВЕДЕННЯ ГІГІЄНИЧНОЇ ОЦІНКИ УМОВ ПРАЦІ ЛІКАРІВ ХІРУРГІЧНИХ ВІДДІЛЕНЬ 122

Паустовський Ю.О., Зенкіна В.І., Брухно Р.П.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

БЕЗПЕЧНЕ МАТЕРИНСТВО І ЯКІСТЬ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ 123

¹Гнатко О.П., ²Цемашко С.В., ²Семенюк Л.Л., ¹Сольський С.Я., ¹Дрозд О.О., ¹Марущенко Ю.Л., ¹Кириченко Ю.А., ¹Жеребак Н.М.

¹НМУ імені О.О. Богомольця, кафедра акушерства і гінекології №2;

²КНП Київський міський пологовий будинок №6

ПИТАННЯ БЕЗПЕКИ ПАЦІЄНТІВ У СИСТЕМІ БЕЗПЕРЕРВНОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ 125

Гнатко О.П., Чорна О.О., Чубатий А.І., Скурятіна Н.Г., Манащук С.І., Михайлюта М.А.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця кафедра акушерства і гінекології №2

ПРОТЕКТОРНІ ВЛАСТИВОСТІ ТІОЦЕТАМУ ПРИ ОТРУЄННІ СПОЛУКАМИ КАДМІЮ (ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ) 126

Апихтіна О.Л.

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

ПСИХОЛОГІЧНІ І БЕЗПЕКОВІ АСПЕКТИ РОБОТИ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ ТА БОРОТЬБИ З ПАНДЕМІЄЮ COVID 19 128

Н.В. Устяк

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

ДОДАТКИ

1. Всесвітня організація охорони здоров'я. Консенсусна заява. Роль політиків і керівників охорони здоров'я в реалізації Глобальної безпеки пацієнтів План дій 2021–2030 130

2. Ліки без шкоди – Глобальна безпека пацієнтів щодо безпеки ліків. 135

Женева: Всесвітня організація охорони здоров'я, 2017.

Ліцензія: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2017.6>

ЧАСТИНА I

ЛІКИ БЕЗ ШКОДИ – НАРІЖНИЙ КАМІНЬ БЕЗПЕКИ ПАЦІЄНТА

ДО ПИТАННЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ БЕЗПЕЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

*Кучин Ю.Л.¹, Науменко О.М.¹, Яворовський О.П.¹, Скалецький Ю.М.²,
Брухно Р.П.¹, Зінченко Т.О.¹, Брухно О.М.*

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

*2. ДУ Інститут громадського здоров'я імені О.М. Марзєєва НАМН
України, м. Київ, Україна*

Вступ.

Матеріали ВООЗ, Організації економічної співпраці і розвитку (OECD) Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я, свідчать про зростаючий інтерес світової спільноти до проблеми безпеки пацієнтів.

Забезпечення безпечного застосування лікарських засобів стає одним з пріоритетних завдань сучасної охорони здоров'я.

За даними ВООЗ, в країнах з високим рівнем прибутку при наданні стаціонарної медичної допомоги шкода заподіюється кожному десятому пацієнту. У світовому вимірі при наданні первинної та амбулаторної медичної допомоги шкода заподіюється чотирьом з 10 пацієнтів. Найбільш серйозні наслідки мають помилки при діагностиці захворювань, а також призначенні і використанні лікарських засобів.

Дані світової статистики свідчать, що загибель 4,8 млн. осіб на рік пов'язана з дефектами надання медичної допомоги. За різними оцінками в США від таких дефектів щорічно вмирають більше 100 тис. людей, у Великобританії - 70 тис., в Німеччині - 100 тис., в Італії - 90 тис..

За даними FDA, в США щорічно помирає приблизно 7 тисяч пацієнтів внаслідок помилок при використанні лікарських засобів.

Щорічні світові витрати, пов'язані з помилками в медикаментозній терапії, складають 48 млрд. дол. США. І це ще без врахування втраченого прибутку, зниження працездатності та медичних витрат.

Мета роботи. На основі даних аналізу літератури та електронних інформаційних баз оцінити роль лікарських засобів у формуванні небезпек лікарняного середовища.

Матеріали та методи досліджень. Об'єктом дослідження слугували дані наукової літератури про частоту розвитку побічних реакцій лікарських засобів та медичних помилок при їх використанні, дані про випадки неефективності медичних засобів в Україні та світі.

Дослідження виконано з використанням бібліосемантичного аналізу (інформаційно-аналітичного узагальнення даних із наукових літературних джерел).

Результати та обговорення.

У всьому світі все гострішою постає проблема раціонального застосування лікарських засобів. Побічні реакції, відсутність ефективності та медичні помилки при застосуванні лікарських засобів є найважливішими точками впливу у формуванні безпеки пацієнтів і безпечного лікарняного середовища.

Дослідження, проведене в одній з клінік в США, встановило, що у 2,43% з 22 000 хворих, які були ним охоплені, виявлені небажані наслідки застосування лікарських засобів. Смертність пацієнтів у цій групі склала 3,5% проти 1,0% у інших осіб. Крім того, перебування в лікарні в таких випадках подовжувалося в 1,5-2 рази.

Побічні реакції виступають однією з основних небезпек при використанні лікарських засобів, їх чисельність невинно зростає. Так, у 1991 році ВООЗ отримала повідомлення про більше 1 000 000 випадків побічної дії лікарських засобів. У 2001 році таких повідомлень було понад 3 000 000, а у 2009 році — понад 4 000 000 повідомлень.

Леванда В.І. та співавторі вказують на те, що за даними світової статистики, у осіб, які лікуються амбулаторно, число ускладнень від фармакотерапії становить 2–3 %, а у тяжко хворих, які лікуються у стаціонарі — до 35 %. Летальність від побічних реакцій посідає 5 місце в світі після серцево-судинних захворювань, захворювань легень, онкологічних захворювань, травм. В США річні витрати на лікування даних ускладнень складають близько 76,6 млрд., в Великобританії — 4 млрд. доларів, а загалом в різних країнах світу становлять 5,5–17 % загального бюджету лікарень.

На частку несприятливих побічних реакцій в даний час припадає до 5% від всіх випадків госпіталізації. Істотно збільшується вартість лікування, знижується ступінь довіри до лікаря і методу лікування, погіршується якість життя, смертність становить 0,1-0,01%.

Основними факторами, які зумовлюють виникнення побічної дії при використанні лікарських засобів прийнято вважати наступні: особливості організму хворого (вік, стать, шкідливі звички тощо); зовнішні, щодо хворого, фактори (екологічне оточення, умови праці та ін.); особливості клініко-фармакологічної характеристики лікарського засобу; адекватність вибору препарату; метод застосування препарату; взаємодія лікарських засобів при поліпрагмазії; постійне зростання чисельності генеричних лікарських засобів; порушення умов зберігання та застосування лікарських засобів після закінчення терміну придатності; самолікування; недоброякісна реклама лікарських засобів; широке розповсюдження БАДів та їх безконтрольне призначення.

Поряд з побічними реакціями, серйозну небезпеку для пацієнта становить неочікувана відсутність терапевтичної ефективності лікарського засобу. До основних причин відсутності ефективності R. Meuboom та співавторі відносять наступні:

- застосування підроблених лікарських засобів;
- використання генериків з низькою біодоступністю;
- порушення зберігання чи транспортування лікарських засобів;

- порушення обміну лікарських засобів у організмі;
- невідповідність дози препарату чи тривалості лікування;
- застосування лікарських засобів не за показаннями;
- резистентність збудників інфекції чи злосликих клітин до діючої речовини препарату;
- фармакогенетична резистентність;
- толерантність та тахіфілаксія.

Адекватний моніторинг ефективності лікарських засобів в рамках системи фармаконагляду у ранньому післяреєстраційному періоді дозволяє впливати на дані причини та запобігати виникненню проблеми неефективності ліків.

Важливою складовою небезпеки лікарняного середовища є помилки, які допускаються при застосуванні лікарських засобів. Одним із найважливіших завдань фармаконагляду є їх виявлення та попередження.

ВООЗ виділяє 5 категорій медичних помилок пов'язаних із застосуванням ліків:

- нераціональний вибір лікарських засобів,
- помилки відпуску / видачі лікарських засобів,
- помилки виробництва, зберігання і підготовки до використання лікарських засобів,
- помилки введення лікарських засобів
- помилки моніторингу лікарської терапії.

За даними ВООЗ, помилки застосування лікарських засобів, крім іншого, можуть бути наслідком втоми медичних працівників, високої нервово-емоційної напруженості праці, перевантаженості лікарень, нестачі персоналу, низького рівня підготовки і надання пацієнтам неправильної інформації. Ці причини окремо або в поєднанні одна з іншою можуть мати негативний вплив на процеси призначення, видачі / відпуску, прийому лікарських препаратів і моніторингу курсу лікування, що в кінцевому результаті може призвести до серйозного збитку для здоров'я пацієнта, інвалідності і навіть смерті.

Зростанню частоти помилок при застосуванні лікарських засобів також сприяє вплив на медичних працівників несприятливих умов праці, постійне нервово-емоційне перенапруження медичного персоналу, пов'язане з високою небезпекою праці (наприклад, в умовах боротьби з пандемією COVID-2019), відповідальністю за здоров'я і життя пацієнта, позмінною роботою, вимушеним сумісництвом.

Підвищує ризик виникнення помилок і низька культура безпеки застосування медичних препаратів серед пацієнтів та лікарів.

В США більше 25% всіх медичних помилок обумовлені плутаниною в схожих найменуваннях ліків, а 33% помилок пов'язані із застосуванням неправильного препарату у зв'язку зі схожістю оформлення упаковок.

За даними ЕМА, в Європі при наданні амбулаторної допомоги частота помилок становить 7,5% на етапі виписування рецептів та 0,08% на етапі

відпуску препарату; в стаціонарі частота помилок сягає 9,1% на етапі вибору і 2,1% на етапах відпуску і введення лікарських засобів.

Результати досліджень, проведених в Англії, свідчать, що помилки в призначенні лікарських препаратів або в плані ведення пацієнтів зустрічаються у кожного 8-го хворого, кожен 20-й лікарський препарат призначається невірно, у кожному 550-м рецепті містяться рекомендації, здатні привести до тяжких наслідків для хворого.

Найбільш поширеними помилками були неповна інформація в рецепті, неправильний підбір дози, режиму дозування, відсутність належного спостереження і контролю необхідних показників після початку лікування.

При амбулаторному лікуванні в 26-87% випадків існують відмінності між тими лікарськими препаратами, які приймає пацієнт, і тими, що записані в його медичній документації, що збільшує ризик помилок, пов'язаних з несприятливими лікарськими взаємодіями.

Переведення хворого з одного відділення в інше також пов'язане з ризиком скоєння медичних помилок. Орієнтовно у кожного 6-го пацієнта змінюється раніше призначена схема лікування при переведенні в інше відділення.

За даними досліджень, проведених в Росії Кузьміною А.В. та співавторами, частота медичних помилок при використанні антибактеріальних препаратів групи цефалоспоринові виявлена в 25,2% спонтанних повідомлень, які надходили в російську базу даних небажаних реакцій у 2012-2014 рр. При цьому в 13,1% з цих випадків при лікуванні пацієнта було допущено одночасно 2 і більше помилок. Найбільш поширеним видом медичних помилок (35,9%) були призначення антибіотика при відсутності показань / за незареєстрованим показанням.

Частота медичних помилок при використанні антибактеріальних препаратів групи карбапенема становила 24,8% призначень.

Найбільш поширеними видами медичних помилок (44,0%) при використанні карбапенемів є різні порушення дозового режиму. У більшості випадків (20,0% всіх виявлених помилок) антибіотик вводили з меншою кратністю ніж того вимагає інструкція для медичного застосування.

Для зменшення частоти медичних помилок, розвитку побічних реакцій, та запобігання випадкам неефективності лікарських засобів можуть використовуватися наступні заходи:

1) Розробка нових клінічних настанов і стандартів лікування, які базуються на доказовій медицині та включають інформацію стосовно профілактики небажаних результатів лікування.

2) Удосконалення системи підготовки фахівців, що працюють на всіх рівнях надання медичної допомоги.

3) Своєчасне і повне надання медичним і фармацевтичним працівникам необхідних відомостей про можливі несприятливі ефекти лікарських засобів.

4) Поліпшення комунікації між медичними працівниками різних спеціальностей і на різних етапах надання медичної допомоги, їх взаємодії з представниками фармацевтичної галузі, пацієнтами.

- 5) Розширення в лікарнях і поліклініках служби клінічних фармакологів.
- 6) Розробка та впровадження в медичну практику нових лікарських засобів із вищим профілем безпеки та нижчою ймовірністю розвитку побічних дій.
- 7) Створення безпечних та комфортних умов праці для медичного персоналу, що зменшить ризик скоєння помилок при використанні лікарських засобів.
- 8) Збільшення доступності якісних та безпечних лікарських засобів для всіх верст населення.
- 9) Проведення освітньої роботи серед населення з метою прищеплення культури безпечного застосування лікарських засобів.
- 10) Жорстке регулювання правил оприлюднення реклами лікарських засобів.

Висновки.

1. Проблема безпеки лікарняного середовища є актуальною для всіх країн і всіх систем охорони здоров'я, а забезпечення безпечного застосування лікарських засобів є однією з найважливіших її складових.
2. Побічні реакції ліків, медичні помилки та випадки неефективності, які виникають під час використання лікарських засобів, виступають важливою складовою небезпеки лікарняного середовища.
3. Розробка нових та вдосконалення існуючих підходів до профілактики несприятливих наслідків медикаментозної терапії є вкрай актуальними та необхідними в умовах сучасної медицини. Ці заходи в світовому масштабі дозволять врятувати мільйони життів та зекономити мільярди доларів США.

ЛІТЕРАТУРА

1. Patient Safety. Making health care safer. Geneva: World Health Organization. 2017. 20p
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255507/WHO-HIS-SDS-2017.11-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
2. Patient Safety Fact File. Geneva: World Health Organization; 2019. 13 p.
https://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/patient-safety-fact-file.pdf?ua=1
3. Slawomirski, L., A. Auraaen and N. Klazinga. The economics of patient safety : Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. OECD Health Working Papers, No. 96. 2017. Paris: OECD Publishing.
<http://dx.doi.org/10.1787/5a9858cd-en>.
4. Slawomirski L., Auraaen A., Klazinga N. The Economics of Patient Safety in Primary and Ambulatory Care. Flying blind. 2018. Paris: OECD Publishing. 49 p. <https://www.oecd.org/health/health-systems/The-Economics-of-Patient-Safety-in-Primary-and-Ambulatory-Care-April2018.pdf>
5. Безопасность пациентов. Водоснабжение, санитария и гигиена в учреждениях здравоохранения . Доклад Генерального директора Всемирная организация здравоохранения. СЕМЬДЕСЯТ ВТОРАЯ СЕССИЯ ВСЕМИРНОЙ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ А72/27 Пункт 12.5 предварительной

повестки дня 25 марта 2019 г.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328715/A72_27-ru.pdf?sequence=1&isAllowed=y

6. Глобальные действия по обеспечению безопасности пациентов. Доклад Генерального директора. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2019 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_26-en.pdf, по состоянию на 23 июля 2019 г.

7. Романов БК, Олефир ЮВ, Аляутдин РН, та ін. Безопасность применения лекарственных средств у детей — данные международного мониторинга за 50 лет. Безопасность и риск фармакотерапии. 2019. №7(2). С. 57–64. URL: <https://doi.org/10.30895/2312-7821-2019-7-2-57-64> (дата звернення: 06.05.2020).

8. Всемирная организация здравоохранения: 10 фактов о безопасности пациентов. URL: https://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/ru/ (дата звернення: 06.05.2020).

9. Шкарин В. В., Ивашева В.В., Семенова Н.В., Емельянова О.С., Багметов Н.П. Проблема безопасности пациентов в медицинских организациях - взгляд практикующих врачей. *Вестник ВолГМУ*. 2018. №4 (68). С. 107-109. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/problema-bezopasnosti-patsientov-v-meditsinskih-organizatsiyah-vzglyad-praktikuyuschih-vrachey> (дата звернення: 06.05.2020).

10. Кузьмина А.В., Асецкая И.Л., Зырянов С.К., Поливанов В.А. Ошибки применения лекарственных препаратов: современное состояние проблемы. *Лечебное дело*. 2015. №3. С.17-27 URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/oshibki-primeneniya-lekarstvennyh-preparatov-sovremennoe-sostoyanie-problemy> (дата обращения: 05.05.2020).

11. Lebeга O., J. Nwokike, and H. Walkowiak. 2012. Safety of Medicinal Products in Ukraine: Assessment of the Pharmacovigilance System and its Performance. Submitted to the U.S. Agency for International Development by the Strengthening Pharmaceutical Systems (SPS) Program. Arlington, VA: Management Sciences for Health.

12. Барміна Г. Контроль за безпечним застосуванням ліків у центрі уваги українських та зарубіжних експертів. *Аптека.ua*. № 41 (1062) 24 Жовтня 2016 р. URL: <https://www.apteka.ua/article/388665> (дата звернення: 20.05.2020).

13. Матвеева О.В., Логвіна І.О., Струкова І.В., Васильєва В.А., Хоромська О.Л., Євко О.І., Євтушенко Н.М., Підлісна І.В., Борецька М.П. Безпека та нормативно-правовий супровід лікарських засобів: від розробки до медичного застосування (пам'яті професора, д.м.н. Вікторова Олексія Павловича). ДП «Державний експертний центр МОЗ України», м. Київ, Україна. *"News of medicine and pharmacy"* 14 (594) 2016 р. URL: <http://www.mif-ua.com/archive/article/43920> (дата звернення: 21.05.2020)].

14. Косарев В.В., Бабанов С.А. Побочные эффекты лекарственной терапии: оценка и прогнозирование. *EMERGENCY MEDICINE*. 2010. №6(31). URL: <http://www.mif-ua.com/archive/article/15118> (дата звернення: 06.05.2020).

15. Леванда Л.І., Опанасенко М.С., Терешкович О.В. та ін.. Побічна дія лікарських засобів як фактор ускладненого перебігу периопераційного періоду. *Український пульмонологічний журнал*. 2017. №2. Додаток. URL: http://www.ifp.kiev.ua/doc/journals/upj/17_dop/39.pdf (дата звернення: 06.05.2020).
16. Матвеева О.В., Вікторов О.П., Бліхар В.Є., Яйченя В.П., Логвіната І.О.. Аналіз спонтанних повідомлень про побічні реакції на лікарські засоби. *Раціональна фармакотерапія*. 2011. Спеціальний номер. С. 12-14. URL: <http://rpht.com.ua/ua-issue-article-1392#Analiz-spontannih-povidomlen-pro-pobichni-reakciyi-na-likarski-zasobi> (дата звернення: 07.05.2020).
17. Матвеева О.В., Зіменковський А.Б., Яйченя В.П. Побічні реакції на лікарські засоби як одна з ліко-пов'язаних помилок та їх зв'язок із медичною помилкою (повідомлення І). *Раціональна фармакотерапія*. 2012. 4(25). С. 5-9. URL: <http://rpht.com.ua/ua-issue-article-1438> (дата звернення: 07.05.2020).
18. Сахнюк О., Матвеева О.В., Мойсеєва Г. та ін. Несприятливі події після імунізації. *NEWS OF MEDICINE AND PHARMACY* 2013. 13(464). URL: <http://www.mif-ua.com/archive/article/36594> (дата звернення: 07.05.2020).
19. Матвеева О.В., Яйченя В.П. Відсутність ефективності... *NEWS OF MEDICINE AND PHARMACY* 2014. 4(448). URL: <http://www.mif-ua.com/archive/article/38152> (дата звернення: 11.06.2020).
20. Meyboom R., Lindquist M., Flygare A.K. at al. The value of reporting therapeutic ineffectiveness as an adverse drug reaction. *Drug Saf.* 2000. №23(2). P. 95–99
21. Об'єктивно про фармаконагляд в Україні. *Аптека.ua* № 46 (967) 24 Листопада 2014 р. URL: <https://www.apteka.ua/article/314135> (дата звернення: 21.05.2020).]
22. Кузьмина А.В., Асецкая И.Л., Зырянов С.К., Поливанов В.А. Ошибки применения лекарственных препаратов: современное состояние проблемы. *Лечебное дело*. 2015. №3. С.17-27 URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/oshibki-primeneniya-lekarstvennyh-preparatov-sovremennoe-sostoyanie-problemy> (дата звернення: 05.05.2020).]
23. Всемирная организация здравоохранения: ВОЗ выступает с глобальной инициативой по сокращению числа ошибок применения лекарственных средств в два раза в течение 5 следующих лет. URL: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/medication-related-errors/ru/> (дата звернення: 07.05.2020).]
24. Кузьмина А.В., Асецкая И.Л., Поливанов В.А., Зырянов С.К., Глаголев С.В. Медицинские ошибки при применении антибактериальных препаратов группы цефалоспоринов. *КМАХ*. 2017. №1. С. 18-24. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/meditsinskie-oshibki-pri-primeneniiantibakterialnyh-preparatov-gruppy-tsefalosporinov> (дата звернення: 06.05.2020).

ФАРМАКОНАГЛЯД В ПРОГРАМАХ МЕДИЧНОЇ І ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ОСВІТИ

Зайченко Г.В., Козак Д.О., Матвеева О.В., Савченко Н.В.

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

Прогрес в сфері розробки, впровадження і споживання ліків, приводить з одного боку до покращення результатів лікування, якості і тривалості життя пацієнтів, разом з тим зростає кількість помилок, пов'язаних з призначенням ліків, ускладнень фармакотерапії внаслідок поліпрагмазії, розвитку побічних реакцій. Здійснення нагляду за безпекою лікарських засобів при їх медичному застосуванні є одним з основних напрямків у реалізації національної політики щодо ліків в усіх країнах світу. Саме це є головним завданням фармаконагляду (ФН), який ВООЗ визначає як наукову галузь та практичну діяльність, пов'язану з виявленням, оцінкою, розумінням та профілактикою несприятливих негативних наслідків або будь-яких інших проблем, пов'язаних з лікарськими засобами.

Україна активно інтегрується в європейській простір, зокрема і в питаннях розробки та запровадження відповідних законодавчих положень, що регулюють здійснення ФН згідно з правовими нормами ЄС. Відповідно до рекомендацій ВООЗ, ключові елементи ФН з 1996 р. почали активно імплементуватися до національної політики обігу лікарських засобів (ЛЗ), шляхом розробки і оновлення відповідної законодавчої бази, а також поступово увійшли до програм підготовки фахівців, задіяних в сфері охорони здоров'я. Наявність в Україні законодавчої бази, що регулює здійснення ФН, вказує на те, що країна приділяє значну увагу покращенню безпеки ЛЗ і це відкриває широкі горизонти для її розвитку.

Що стосується змін у освітніх програмах підготовки майбутніх лікарів і фармацевтів, то питання ФН тільки починають набирати обертів. В Національному медичному університеті імені О.О. Богомольця з 2022 р. впроваджено нові дисципліни за вибором студента на всіх факультетах: «Фармаконагляд в фармацевтичній практиці», «Фармаконагляд в стоматологічній практиці» та «Побічна дія ліків».

Отже, від окремих тем в курсі дисципліни «Фармакологія» до самостійних вибіркових дисциплін та у перспективі до окремих освітніх програм підготовки фахівця з фармаконагляду реалізується ідея підвищення безпеки пацієнта шляхом активного залучення здобувачів медичної і фармацевтичної освіти до опанування теоретичних аспектів і практичної складової ФН.

АНТИБАКТЕРІАЛЬНА ТЕРАПІЯ ПРИ ВАГІТНОСТІ - ДОЦІЛЬНІСТЬ ТА БЕЗПЕКА

Венцківська І.Б.¹, Загородня О.С.¹, Семенченко Т.О.².

*1- Національний медичний університет імені О.О.Богомольця,
кафедра акушерства та гінекології №1*

2- Перинатальний центр м.Києва

Поява препаратів антибактеріальної дії стала потужним рубежем розвитку медицини. Ціла група інфекційних хвороб перейшла з категорії невиліковних, зменшилась тривалість лікування. Разом з новим рівнем терапії, виникла низка проблем, пов'язана з резистентністю до антибіотиків (АБ). Згідно до звіту Центрів контролю та запобігання поширення хвороб (CDC – Centers for Disease Control and Prevention), США, антибіотикорезистентність, як глобальна проблема, 2019 року стала безпосередньою причиною загибелі понад 1,27 мільйона людей в світі, а в асоціації з іншими чинниками - понад 5 мільйонів. В США понад 2,8 мільйонів випадків антибіотикорезистентності реєструють щороку, понад 35 тис осіб помирають через неї [4]. Звіт пропонує систему заходів щодо боротьби з антибіотикорезистентністю, серед яких важливе місце посідає удосконалення та контроль за застосуванням антибактеріальних препаратів. Зокрема, ця ланка передбачає популяризацію серед лікарів інформації про раціональне призначення антибактеріальних препаратів (завдяки заходам цієї групи вдалося на 16% зменшити обсяги призначення антибактеріальних препаратів дітям за період 2011-2017 роки), створення інструментів по систематизації застосування антибактеріальних препаратів в межах країни та світу (станом на 2019 рік 80% всіх лікарень в США мали такого роду керівництва), співпрацю з виробниками продуктів харчування щодо обмеження використання АБ при лікуванні інфекційних захворювань у сільсько-господарських тварин (в період 2016-2017 роки досягнуто зменшення частоти такого призначення на 30%).

2021 року Центром було оприлюднено спеціальний звіт, присвячений впливу COVID19 на динаміку антибіотикорезистентності, основним невтішним висновком якого було визнання зниження ефективності всіх впроваджених заходів. Зокрема, 2020 року при порівнянні з 2019 роком зареєстровано зростання на 15% резистентності госпітальних штамів, після років стабільного зменшення частоти інфекцій, асоційованих з наданням медичної допомоги, 2020 року зафіксовано зростання 4 з 6 їх типів, а також на 26% зросла антифунгальна резистентність [5].

АБ наразі залишаються однією з найбільш поширеною групою препаратів. Призначаючи таке лікування лікар завжди балансує між очікуваною користю та можливими побічними ефектами. Так, поки хлорамфенікол залишався антибактеріальним препаратом з максимальною здатністю долати гемато-енцефалічний бар'єр, його вибір при лікуванні менінгіту мав переваги значно більші, ніж потенційний ризик апластичної анемії. Проте з появою

нових препаратів з такою здатністю, ризик побічного ефекту став більшим, ніж потенційна користь [11].

Побічні ефекти АБ запропоновано поділяти на цільові (on-target) та нецільові (off-target), при цьому обом групам властива низька залежність від дози препарату. До перших належать ефекти, пов'язані з безпосередньою дією препарату на мікробіоту організму, а прикладом є діарея, асоційована з *Cl.difficile*. Друга група побічних ефектів належать реакції гіперчутливості. Неімунні реакції гіперчутливості передбачають взаємодію препарату з клітинними рецепторами, що призводить до цитотоксичності, запалення та апоптозу. Прикладом таких реакцій є гострий тубулярний некроз, спричинений введенням аміноглікозидів. Реакції гіперчутливості імунного типу можуть реалізовуватись через дегрануляцію тучних клітин, без участі антитіл. Таку побічну дію спостерігають у вигляді кропив'янки на тлі прийому хлорамфеніколу. Асоційовані з Ig –E імунні реакції також призводять до викиду вмісту гранул тучних клітин, так реалізується набряк Квінке при введенні пеніцилінів. Нарешті, імунна реакція може мати реалізацію і через Т-лімфоцити, як це спостерігають у вигляді висипки при застосуванні деяких противірусних препаратів [3].

Особливо чутливим питанням є застосування АБ у вагітних, адже, крім всіх описаних вище побічних ефектів, слід розглядати потенційний вплив на плід. Американський комітет контролю застосування продуктів харчування та ліків (Food and Drug Administration – FDA) впровадила поділ всіх препаратів на 5 класів залежно від безпеки та можливості їх застосування при вагітності. До *категорії А* належать препарати, для яких контрольовані дослідження на людях не продемонстрували ризику для плода в усіх триместрах. В цій категорії немає препаратів антибактеріальної дії. До *категорії В* включено препарати, для яких дослідження на тваринах не виявили ризик для плода, проте даних про спостереження на людях недостатньо, або дослідження на тваринах продемонстрували шкідливий вплив на плід, який не було підтверджено в спостереженнях на людях. Такими АБ є пеніциліни, цефалоспорини, еритроміцин, азітроміцин, метронідазол. До *категорії С* віднесено препарати, щодо яких дослідження на тваринах виявили негативний вплив препарату на плід, проте дані про спостереження у людей відсутні, або дані про дослідження у тварин та спостереження у людей відсутні. Такі препарати призначають на підставі переконливих даних про потенційну користь від них, зокрема – даних мікробіологічного дослідження. До них належать амікацин, карбепенемі, левоміцетин, гентаміцин, фторхінолони, ванкоміцин. Категорія D охоплює препарати, щодо якого наявні докази негативного впливу на плід. Для обґрунтування призначення цих препаратів треба мати докази загрози для життя матері, до них належать тетрациклін та стрептоміцин. До категорії Х включають всі нові лікарські засоби, що їх науково розроблено, адже дані про безпечність їх використання під час вагітності відсутні. Ці препарати не можна використовувати під час вагітності навіть по життєвих показаннях [16].

Зміни метаболізму та кровообігу, властиві вагітності, чинять вагомий вплив на фармакокінетику та фармакодинаміку, що обов'язково слід враховувати при виборі дози та режиму прийому (таблиця 1).

Таблиця 1

Особливості фармакокінетики АБ, пов'язані з вагітністю (за W.Chow, P.Jewesson, 1985)

Фізіологічні зміни	Зміни кінетики	Можливі ефекти
Гемодилуція	Зменшення концентрації препарату в плазмі	Необхідність збільшення дози препарату
	Гіпопротеїнемія	Врахувати збільшення вмісту вільних молекул
Прискорена клубочкова фільтрація	Прискорений кліренс препарату	Для запобігання субтерапевтичних концентрацій препарату – необхідність збільшити дозу або зменшити інтервал прийому препарату
Прогестероно-залежна активація метаболізму в печінці	Прискорена біотрансформація препарату	Необхідність збільшити дозу або зменшити інтервал прийому препарату
Уповільнена перистальтика кишечника	Порушена абсорбція препарату	Непередбачуваність концентрації в плазмі при пероральному прийомі
Зменшена шлункова секреція	Порушена абсорбція препаратів з лужною реакцією	Непередбачуваність концентрації в плазмі при пероральному прийомі
Зменшена товщина фето-плацентарного бар'єру з прогресуванням вагітності	Прискорена дифузія препарату до плодового кровообігу, тобто збільшення концентрації у плода та зменшення у матері	Необхідність збільшити дозу або зменшити інтервал прийому препарату

Особливості фармакодинаміки АБ у вагітної є такими:

1. Пік пуповинної концентрації препарату спостерігають через 30-60 хвилин від материнського піку

2. Фетально-материнське співвідношення концентрацій для пеніцилінів, цефалоспоринів, кліндаміцину та імідазолів складає 0,3-0,6, для еритроміцину – менше 0,01

3. Зв'язок препарату з білками плазми – 20% для пеніцилінів та до 80% для еритроміцину.

Підсумовуючи ці дані, можна зробити висновок, що для досягнення оптимального ефекту АБ вагітним слід призначити в більшій з рекомендованих доз та з більшою з рекомендованих частот.

Ще однією особливістю призначення АБ вагітним є необхідність врахування відділеного впливу на плід та розвиток новонародженого. Leong K et al (2020) вивчали вплив АБ на здоров'я 157 тис малюків віком 4-5 років від 132 тисяч пологів в період 2008-2011 роки. 35,7% матерів отримували АБ протягом вагітності. Сам факт застосування пренатально антибіотиків вірогідно збільшує в 1,5 рази ризик ожиріння в віці 4 роки, кожен наступний курс подвоює цей ризик [12]. R.Wilmott (2013) шляхом спостереження за станом здоров'я дітей до 5 років показав, що прийом АБ вагітною в третьому триместрі збільшує ризику розвитку бронхіальної астми у дитини (відносний ризик 1,98). Прийом АБ протягом всієї вагітності асоційовано зі зростанням ризику госпіталізації з приводу бронхіальної астми (відносний ризик 1,17) та призначення стероїдів інгаляційно (відносний ризик 1,18). Важливо відмітити, що на зростання ризику не впливало, чи було призначено антибактеріальну терапію матері з метою лікування респіраторного захворювання (тобто чи не має сама мати бронхіальну астму, зокрема) чи з іншою метою [17].

F.Muanda et al. (2017) провели дослідження за типом випадок-контроль в провінції Квебек, Канада. Протягом 1998- 2009 років вивчали вплив призначення антибактеріальних препаратів до 20 тижнів вагітності на ризик спонтанного аборту. Було показано, що відносний ризик спонтанного аборту за умови прийому АБ до 20 тижнів складає для азітроміцину – 1,65, для кларітроміцину – 2,35, для метронідазолу – 1,7, для сульфонамідів - 2,01, для тетрацикліну – 2,59. Виключенням став еритроміцин, прийом якого в такому терміні не призводив до зростання ризику спонтанного переривання вагітності. Аналогічні дані було отримано і в інших дослідженнях, як національного, так і багатоцентрового рівнів.

Таким чином, застосування АБ під час вагітності має багато обмежень, тому слід чітко окреслити ситуації, де цей захід має доведену ефективність.

1 . Бактеріальний вагіноз. Частота цього стану у невагітних сягає 4-6%, у вагітних – 8-12% (що прийнято вважати наслідком загальної гестаційної імуносупресії), а у жінок з спонтанним початком передчасної пологової діяльності – 67-70%. *G.Vaginalis* розглядають як провідний патогенетичний чинник цього захворювання, як через діагностичну доступність (видозмінені під впливом збудника епітеліоцити легко ідентифікувати у вигляді «ключевих» клітин), так і через здатність синтезувати ваголізин – цитотоксичний фактор, що впливає на епітеліоцити піхви та шийки матки.

Можливі механізми активації передчасної пологової діяльності при бактеріальному вагінозі полягають у активації локальної секреторної імунної системи, особливо вираженої на тлі фізіологічного зміщення балансу системного імунітету в бік супресії, та у підвищенні активності колагеназ, що сприяє зменшенню еластичності плодових оболонок та може призвести до передчасного розриву плодових оболонок.

Попри ці теоретичні відомості, скринінг на бактеріальний вагіноз не входить до рутинного обстеження при неускладненій вагітності найбільш поширених гайдлайнів. Головною причиною цього є те, що попри зростання ризику передчасних пологів на тлі бактеріального вагінозу, лікування (метронідазолом, кліндаміцином) не призвело до зниження цього ризику [2].

Асоціація акушерів-гінекологів Канади рекомендує тестування на бактеріальний вагіноз жінок з симптомами та з ризиком передчасних пологів та не рекомендує рутинного обстеження жінок без факторів ризику. При позитивному результаті тестування рекомендовано метронідазол 500 мг двічі на день перорально або кліндаміцин 300 мг двічі на день перорально протягом 7 днів, що дозволяє покращити перинатальні наслідки. Призначення місцевих антибактеріальних препаратів не чинить такої дії та не є рекомендованим. Повторне тестування проводять через місяць після лікування.

Керівництво з лікування сексуально трансмісивних захворювань CDC (2015) стверджує, що лікування бактеріального вагінозу у вагітних не призводить до зменшення частоти передчасного розродження, але в 70% випадків дозволяє усунути симптоми. Не попереджаючи передчасних пологів, лікування бактеріального вагінозу у симптомних вагітних дає змогу попередити неонатальні інфекційні ускладнення [6].

2. Безсимптомна бактеріурія - виявлення в 1 мл сечі росту мікроорганізмів в титрі Ig 5 та більше. Такий стан виявляють у 2-15% всіх вагітних. За даними мета-аналізу M.Widmer et al.(2022), лікування безсимптомної бактеріурії під час вагітності дозволяє знизити частоту:

- пієлонефриту від 199/1000 пологів до 48/1000 пологів (RR 0,24)
- передчасних пологів від 174/1000 пологів до 59/1000 пологів (RR 0,34)
- низької ваги при народженні від 136/1000 пологів до 87/1000 пологів (RR 0,64)

Ефективність нефармакологічних заходів (дієта, рослинні антисептики тощо) для попередження наслідків безсимптомної бактеріурії не є доведеною (13).

Згідно до рекомендацій NICE (2018), препаратами вибору для корекції безсимптомної бактеріурії є:

- нітрофурантоїн 100 мг двічі на добу- 3 дні
- амоксицилін 500 мг тричі на добу 7 днів
- цефолексин 500 мг двічі на добу 7 днів
- фосфоміцин 3 г однократно

При виборі препарату слід врахувати історію лікування протягом останніх 3 міс, а також результати бактеріологічного дослідження [13].

3. Носійство бета-гемолітичного стрептококу групи В (БГС). 10-30% всіх вагітних є носіями БГС. Про цей збудник відомо, що він не викликає хворобливих станів у матері через особливу взаємодію з імунною системою, через таку саму особливу взаємодію з імунною системою у новонародженого цей збудник спричинює септичний характер інфекційного процесу. Для

запобігання цьому наприкінці минулого сторіччя було розроблено схему інтранатальної антибіотикопрофілактики. Про її ефективність можна судити за такою статистикою - в 1990 –і роки - частота стрептокової неонатальної інфекції сягала 1,7/1000 живонароджених, в 2010 – і роки – 0,34-0,37/1000 живонароджених. 70% пацієнтів з неонатальною стрептоковою інфекцією є доношеними, тому питання попередження септичного процесу у них є питанням їх повного здоров'я. Відсутні дані про зниження ризику материнського сепсису завдяки проведенню інтранатальної профілактики. Кожна наступна вагітність вимагає обстеження на носійство БГС, адже воно може бути минулим.

Препаратом вибору для проведення такої профілактики є бензилпеніцилін в початковій дозі 5 млн, та повторенням 2,5-3 млн кожні чотири години до розродження. У разі відсутності бензилпеніциліну можна застосувати ампіцилін 2г - перша доза, 1 г - наступна доза кожні чотири години до розродження. У разі алергії на пеніциліни використовують цефазолін 2 г кожні вісім годин до розродження. У жінок з алергічною реакцією на обидві групи препаратів використовують кліндаміцин 900 мг кожні 8 годин до розродження або ванкоміцин 1 г кожні 12 годин до розродження –керівництво NICE, 2018 [15].

4. Пієлонефрит у вагітних. Доцільність призначення АБ в такій ситуації не викликає сумнівів, керівництвом NICE в цій ситуації є рекомендованим цефалексим 500 мг 2-3 рази на добу 7 діб (пероральний прийом) або цефуроксим 750 мг 3-4 рази на добу 7 діб (парентеральний прийом). У разі неефективності вибір препарату здійснюють згідно антибіотикограми [15].

5. Передчасний розрив плодових оболонок при недоношеній вагітності. Мабуть, не існує більш дискусійного питання в акушерстві, ніж тактика ведення вагітності при розриві плодових оболонок в терміні до 34 тижнів. Попри численні дослідження, не існує вагомих доказів переваги очікувальної тактики різної тривалості перед активним розродженням щодо неонатальної смертності та захворюваності. Негайне розродження зменшує ризик інфікування, проте супроводжується більш глибокою морфо функціональною незрілістю [1]. Вибір очікувальної тактики передбачає призначення антибактеріальних препаратів, перевага конкретних видів є предметом численних досліджень. Сучасна точка зору передбачає антибіотикотерапію з моменту реєстрації розриву плодових оболонок, а саме еритроміцин 250 мг\4 рази на добу тривалістю 10 днів або до початку пологів. При наявності протипоказань до еритроміцину перевагу віддають пероральним препаратам з групи пеніциліну тривалістю 10 днів або до початку пологів. Ці рекомендації мають відносне значення, базуючись на доказах помірної сили [10]. Застосування жодного з вивчених антибіотиків, як і плацебо, не призвело до зменшення частоти інфікування новонародженого. Застосування як еритроміцину, так і амоксицилаву, при порівнянні з плацебо, призвело до вірогідного зниження ризику материнського інфікування, що дозволяло пролонгувати вагітність. Проте амоксицилав має дуже вагомий недолік, а саме –

розвиток некротичного ентероколіту у новонародженого. Одним з провідних показань до призначення антибактеріальних препаратів при вагітності є клінічні прояви інтраамніальної інфекції.

6. Профілактика септичних ускладнень кесарського розтину. Введення антибіотику широкого спектру дії протягом 60 хвилин до розрізу шкіри дозволяє зменшити ризик інфекційних ускладнень. Цефазолін є препаратом вибору, при алергічних реакціях на нього, перевагу віддають комбінації кліндаміцин+аміноглікозид. У разі ІМТ більше 30 або абсолютної маси більше 100 кг дозу слід збільшити. Під час кесарського розтину на тлі передчасного розриву плодових оболонок додавання дози азітроміцину 500 мг дозволяє зменшити частоту ендометриту з 6,1 до 3,8%, раньової інфекції з 6,6 до 2,4%, тяжких септичних станів з 2,9 до 1,5%. Вплив такого розширення антибактеріальної терапії на новонародженого відсутній.

7. Гіпертермія в пологах.

ACOG -2017 рекомендує виділяти 3 клінічних стани, пов'язаних з гіпертермією в пологах.

Ізольована гіпертермія матері в пологах – стійка гіпертермія 39град та більше при 2 вимірюваннях з інтервалом 30 хвилин

Передбачувана інтраамніотична інфекція – гіпертермія в комбінації з однею з ознак:

лейкоцитоз матері

гнійні виділення

тахікардія плода

Доведена інтраамніотична інфекція - попередній стан в комбінації з однією з ознак:

знижений вміст глюкози в амніотичній рідині

чиста культура, виділена з плаценти

гістологічне підтвердження

2022 року L.Norpins at F.Smaill в виданні Кохранівського співтовариства опублікували дані невеликого аналізу – порівняння різних схем призначення антибактеріальної терапії за такого показання. Порівняно комбінації препаратів – ампіцилін/гентаміцин та ампіцилін/гентаміцин/кліндаміцин, а також час початку терапії інтрапартально чи в післяпологовому періоді. За частотою неонатальної смертності та материнської бактеріємії між групами відмінностей виявлено не було, а тенденція до зниження частоти неонатального сепсису та пневмонії у новонароджених у групі інтранатального введення антибіотиків, не отримала статистичного підтвердження [9].

Перелік посилань

1. Венцківська І.Б., Страшко І.В., Венцківський К.О., Загородня О.С. Передчасний розрив плодових оболонок: нові генетичні чинники та можливий патогенез їхньої реалізації. Здоров'я жінки. 2017. №2. С 26-29.
2. Bacterial vaginosis in pregnancy and risk of spontaneous preterm delivery Danish Society of Obstetrics and Gynecology (DSOG) Guideline, 2015.
3. Blumenthal KG, Peter JG, Trubiano JA, Phillips EJ. Antibiotic allergy. Lancet. 2019; 12;393(10167):183-198. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32218-9.
4. CDC. Antibiotic Resistance Threats in the United States, 2019. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, CDC; 2019.
5. CDC. COVID-19: U.S. Impact on Antimicrobial Resistance, Special Report 2022. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, CDC; 2022.
6. CDC Sexually Transmitted diseases Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, CDC; 2015.
7. Chow A, Jewesson P. Pharmacokinetics and Safety of Antimicrobial Agents During Pregnancy. Reviews of infectious diseases, 1985; 7, NO 3, Pp 287-312
8. Flory TM, Sheehy O, Berard A. Use of antibiotics during pregnancy and risk of spontaneous abortion. CMAJ. 2017 May; 1(189):625-633.
9. Hopkins L, Smaill FM. Antibiotic regimens for management of intraamniotic infection. Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, Issue 3. Art. No.: CD003254. DOI: 10.1002/14651858.CD003254.
10. Kenyon S., Taylor D., Tarnow-Mordi W Broad-spectrum Antibiotics for Spontaneous Preterm Labour: The ORACLE II Randomised Trial. ORACLE Collaborative Group. Lancet. 2001; 31;357(9261):989-94.
doi: 10.1016/s0140-6736(00)04234-3.
11. King L, Fleming-Dutra K, Hicks L. Advances in optimizing the prescription of antibiotics in outpatient settings. BMJ. 2018;363:k3047.
12. Leong K, McLay J, Derraik J., Gibb S, Shackleton N et al. Associations of Prenatal and Childhood Antibiotic Exposure With Obesity at Age 4 Years. JAMA Netw Open. 2020 Jan 3;3(1):e1919681. doi: 10.1001/jamanetworkopen.
13. Moore A, Doull M, Grad R, Groulx S et al. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendations on screening for asymptomatic bacteriuria in pregnancy. CMAJ. 2018; 9;190(27):E823-E830. doi: 10.1503/cmaj.171325
14. Schrag SJ, Verani JR. Intrapartum antibiotic prophylaxis for the prevention of perinatal group B streptococcal disease: experience in the United States and implications for a potential group B streptococcal vaccine. Vaccine. 2013 Aug 28;31 Suppl 4:D20-6. doi: 10.1016/j.vaccine.2012.11.056

15. Urinary tract infection (lower): antimicrobial prescribing NICE guideline [NG109] Published date: 31 October 2018

16. WHO Reproductive Health Library. WHO recommendation on antibiotics for asymptomatic bacteriuria. (December 2016). The WHO Reproductive Health Library; Geneva: World Health Organization.

17. Wilmott R. Antibiotics during pregnancy and risk of asthma. Journal of Pediatrics, 2013; 162 (4). P662. [:https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2013.02.015](https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2013.02.015)

18. Widmer M, Lopez I, Gülmezoglu AM, Mignini L, Roganti A. Duration of treatment for asymptomatic bacteriuria during pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 11. Art. No.: CD000491. DOI: 10.1002/14651858.CD000491.pub3.

ПІДВИЩЕННЯ БЕЗПЕКИ ПРИЙОМУ ДИКЛОФЕНАКУ НАТРІЮ В УМОВАХ КОМБІНУВАННЯ ІЗ ГЛЮКОЗАМІНУ ГІДРОХЛОРИДОМ

В. О. Туляков, Ф. С. Леонтєва

Державна установа «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М. І. Ситенка Національної академії медичних наук України, Харків

Мета: дослідити вплив глюкозаміну гідрохлориду на ульцерогенну дію диклофенаку натрію при однократному пероральному прийомі у лабораторних тварин для вирішення питання про доцільність комбінування цих препаратів.

Матеріали і методи: Потенційну ульцерогенну дію препаратів і їх комбінацій оцінювали підрахунком кількості виразок слизової оболонки шлунку, які утворилися після одноразового внутрішньошлункового введення білим щурам водних розчинів і суспензій досліджуваних складів на тлі 12-годинного голодування тварин з вільним доступом до води. [Доклінічні дослідження лікарських засобів (методичні рекомендації) / Под ред. чл. кор. АМН України А. В. Стефанова, 2003]. Виразковий індекс обчислювали за формулою:

ступінь виразності виразки x % тварин з виразками

Виразковий індекс = $\frac{\text{ступінь виразності виразки} \times \text{кількість тварин з виразками}}{100 \%}$

Всього було використано 70 тварин, випадковим чином розподілених по 10 щурів на 7 груп, одна група була контрольною.

Результати підрахунку виразок та оцінки потенційної ульцерогенної активності препаратів наведені у таблиці.

Потенційна ульцерогенна дія досліджуваних субстанцій і композицій глюкозаміну гідрохлориду з диклофенаком натрію при внутрішньошлунковому введенні у білих щурів

№ п/п	Субстанція, композиція, доза, мг/кг	Кількість тварин з ульцераціями, %	Кількість ульцерацій слизової оболонки шлунка на одну тварину, екземплярів	Виразковий індекс
1	Контрольна група	0	0,0±0,0 ^{1) 3)}	0,00 ³⁾
2	Глюкозаміну гідрохлорид, 50 мг/кг	0	0,0±0,0 ^{1) 3)}	0,00 ³⁾
3	Диклофенак натрію, 4 мг/кг	100	9,6±0,5 ^{1) 2)}	2,80 ²⁾
4	Глюкозаміну гідрохлорид + диклофенак натрію 6:1, 50 мг/кг	4	1,3±0,1 ^{1) 2) 3)}	0,47 ^{2) 3)}
5	Глюкозаміну гідрохлорид + диклофенак натрію 8:1, 50 мг/кг	4	1,9±0,1 ^{1) 2) 3)}	0,59 ^{2) 3)}
6	Глюкозаміну гідрохлорид + диклофенак натрію 10:1, 50 мг/кг	3	1,2±0,1 ^{1) 2) 3)}	0,41 ^{2) 3)}
7	Глюкозаміну гідрохлорид + диклофенак натрію 13:1, 50 мг/кг	3	2,0±0,1 ^{1) 2) 3)}	0,63 ^{2) 3)}

Примітки:

- 1) – середнє арифметичне і стандартне відхилення у групі ($M \pm m$);
- 2) – $p < 0,05$ по відношенню до показників контрольної групи тварин;
- 3) – $p < 0,05$ по відношенню до показників тварин, які одержували диклофенак натрію;

Глюкозаміну гідрохлорид продемонстрував відсутність потенційної ульцерогенної дії. Диклофенак натрію здійснював виражену ульцерогенну дію. Доповнення глюкозаміну гідрохлоридом композицій за участю диклофенаку натрію призводило до різкого зниження потенційної ульцерогенної дії

композицій, що указує на високу гастропротекторну активність глюкозаміну гідрохлориду.

Висновки: Потенційна ульцерогенна дія подвійних комбінацій на основі глюкозаміну гідрохлориду і диклофенаку натрію була незначною. Застосування диклофенаку натрію спільно з глюкозаміну гідрохлоридом дозволило різко понизити його потенційну ульцерогенну дію.

ЛАБОРАТОРНІ КРИТЕРІЇ ВИБОРУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ БЕЗПЕЧНОЇ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ КОРЕКЦІЇ ОСТЕОАРТРОЗУ ВЕЛИКИХ СУГЛОБІВ II СТАДІЇ

М. О. Корж, Ф. С. Леонтєва, В. О. Туляков

Державна установа «Інститут патології хребта та суглобів

ім. проф. М. І. Ситенка

Національної академії медичних наук України, Харків

Мета: Верифікувати комплекс лабораторних критеріїв обстеження хворих на остеоартроз великих суглобів II стадії для персоніфікованого призначення доцільної медикаментозної корекції.

Матеріали і методи: Дослідження проведено ретроспективно за амбулаторними картами 68 хворих із остеоартрозом кульшового та колінного суглобу II ст. за Kellgren, Lowrence, які отримували консультативну допомогу у ДУ «ІПХС ім. проф. М.І.Ситенка НАМН України» в період з 2019 по 2021 рр. Вік пацієнтів з 34 до 56 років (45 ± 11), жінки 42, чоловіки 26, без значної супутньої патології. Всі хворі були обстежені на базі відділу лабораторної діагностики та імунології інституту. Для цього натщесерце в них було відібрано образки крові, в яких визначали показники загального стану організму: вміст загального білку, вміст глюкози, маркери запального процесу, а саме: вміст загальних глікопротеїнів, сиалових кислот, церулоплазміну, гаптоглобіну, сероглікоїдів, С-реактивного протеїну; маркери дегенеративного процесу, а саме: вміст загальних хондроїтинсульфатів, фракційний склад глікозаміноглікансульфатів. В якості контрольної групи було використано біологічні зразки, відібрані у 40 практично здорових донорів, з яких було сформовано референтну групу. Результати були статистично оброблені за методом Фішера-Стьюдента із вирахуванням середньої квадратичної, стандартної похибки ат вірогідності різниці між рядами.

Результати та їх обговорення. При аналізі результатів всієї дослідної групи хворих виявлено, що в середньому у пацієнтів в сироватці крові було достовірно більше вміст загальних хондроїтинсульфатів – на 145,14 %, фракцій хондроїтин-6-сульфатів – на 35,5 %, хондроїтин-4-сульфатів – на 24,8 %, кератансульфатів – на 45,7 %, суми глікозаміноглікансульфатів – на 54,1 %. В

той же час, виразність маркерів запалення змінювалася меншим чином. Так в даному випадку було зафіксовано лише достовірне підвищення вмісту загальних глікопротеїнів на 43,2 %, гаптоглобіну – на 23,4 %. Зміни інших показників, що характеризують інтенсивність та розповсюдженість запалення, не носили стабільного характеру. Відповідно, зазначена картина свідчить про те, що в цілому у хворих на остеоартроз великих суглобів з патофізіологічної точки зору переважають дегенеративно-деструктивні процеси, а запальний компонент до відповідного рівня розвитку хвороби носить мало виразний характер.

Водночас із тим, в популяції хворих виділялося дві субпопуляції із принципово різними значеннями досліджених біохімічних параметрів. Так в субпопуляції 1, яка склала 33 особи з 68 (48,5 %) виразність дегенеративних процесів повністю переважала над запальними процесами. Так, для них було характерне значне підвищення вмісту у сироватці крові загальних хондроїтинсульфатів, фракцій та суми глікозаміноглікансульфатів, особливо фракції хондроїтин-6-сульфату, помірне підвищений вміст загальних глікопротеїнів, мало підвищений вміст силових кислот та нормальні значення інших маркерів запалення. Показники загального стану організму (вміст загального білку та глюкози були без достовірних змін в обох виділених субпопуляціях).

В іншій групі, доля якої склала відповідно 51,5 % (45 осіб) на фоні аналогічним чином підвищеного вмісту загальних хондроїтинсульфатів та фракцій глікозаміноглікансульфатів спостерігалось суттєве збільшення вмісту маркерів запалення – глікопротеїнів, силових кислот, гаптоглобіну, С-реактивного протеїну.

Таким чином, можна зробити висновок про те, що у разі II стадії остеоартрозу великих суглобів доцільним є, в першу чергу, використання симптоматичних повільно діючих препаратів, модифікуючих перебіг остеоартрозу на основі солей глюкозаміну та хондроїтинсульфатів. Зазначені препарати можуть бути рекомендовані всім без виключення пацієнтам. Використання нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП) частіше за усе не призведе до радикальних змін в протіканні і розвитку патологічних процесів. В той же час, більшість найбільш активних НПЗП є достатньо шкідливими, особливо для шлунково-кишкового тракту, і їх введення до схеми лікування повинно мати підґрунтя за принципами доказової медицини, що може в разі скоротити негативні побічні ефекти.

Висновки: Необхідність та доцільність призначення НПЗП може бути вирішена та обґрунтована на основі результатів біохімічного обстеження пацієнтів із використанням широко розповсюджених методів, що не потребують додаткового обладнання.

При першому визначенні терапії на основі результатів клінічного огляду, рентгенографії та біохімічного аналізу сироватки крові за зазначеними

показниками всім хворим із вказаними діагнозами доцільно призначати симптоматичні повільно діючі препарати, модифікуючі перебіг остеоартрозу на основі солей глюкозаміну та хондроїтинсульфатів. Пацієнтам, результати біохімічного аналізу яких характеризуються переважанням виразності маркерів запального процесу додатково повинні бути призначені НПЗП терміном на 2-4 тижні, після чого необхідно наново проаналізувати біохімічний склад сироватки крові і за результатами аналізу відмінити терапію НПЗП або продовжити її на більший термін в залежності також від клінічних симптомів та розвитку хвороби.

РОЛЬ ФАРМАКОНАГЛЯДУ У БЕЗПЕЧНОМУ ЗАСТОСУВАННІ ВАКЦИН ПРОТИ COVID-19 В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ

Ткаченко Євгенія Василівна, заступник директора з питань реєстрації та фармаконагляду Державного експертного центру МОЗ України, к.фарм.н.

Башкатова Тетяна Іванівна, директор Департаменту фармаконагляду Державного експертного центру МОЗ України.

Васильєва Валерія Анатоліївна, начальник відділу моніторингу несприятливих явищ після застосування лікарських засобів ведення бази даних Управління моніторингу безпеки лікарських засобів Департаменту фармаконагляду Державного експертного центру МОЗ України, к.мед.н.

Державне підприємство «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України

Мета: Дослідити ризики, що впливають на безпеку пацієнтів при невідповідному використанні вакцин проти COVID-19.

Матеріали та методи: карти-повідомлення, отримані від медичних працівників, пацієнтів та/або їх законних представників, заявників. Використовувались теоретичний метод (аналіз, узагальнення та класифікація) і статистичний.

Результати та висновки: Здійснення фармаконагляду за використанням вакцин проти коронавірусної хвороби COVID-19 в Україні базується на існуючій системі фармаконагляду шляхом застосування міжнародних стандартів. Також враховуються глобальні рекомендації та документи Всесвітньої організації охорони здоров'я щодо процедури нагляду за несприятливими подіями після імунізації (далі – НППІ), повідомлення та обліки сигналів НППІ, визначення випадків, що потребують розслідування та проведення оцінки причинно-наслідкового зв'язку, і остаточної класифікації випадків НППІ за типами. В Україні фармаконагляд здійснює державне підприємство «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України» (далі – Центр).

Відповідно до вимог законодавства до Центру через Автоматизовану інформаційну систему з фармаконагляду (далі - АІСФ) надходять карти-повідомлення про випадки НППІ від медичних працівників, пацієнтів та/або їх законних представників, заявників. Від початку кампанії імунізації проти

COVID-19 в Україні, станом на липень 2022 до Центру надійшло 4735 карт-повідомлень. В розрізі вакцин найбільша кількість карт-повідомлень надійшла після застосування вакцини Комірнаті, найменша – після застосування вакцини Модерна. Це пов'язано з прямопропорційною залежністю від кількості введених доз. Всі, отримані карти-повідомлення були проаналізовані експертами Центру. Проведений аналіз клінічних проявів дозволив розподілити їх за типами НППІ щодо категорії причинно-наслідкового зв'язку. У переважній більшості випадків, зазначених у картах-повідомленнях клінічні прояви НППІ були спричинені дією активних компонентів та/або допоміжних речовин у складі вакцин, і обумовлені властивостями вакцин проти COVID-19. Частка цих випадків від загальної кількості отриманих становила 78,6%. Важливо зазначити, що ці НППІ є очікуваною відповіддю імунної системи реципієнта на вакцинний антиген при відповідному застосуванні вакцин проти COVID-19 згідно з вимогами інструкцій для медичного застосування. Найчастішими проявами даних НППІ були зміни в місці введення вакцин та тимчасове підвищення температури тіла.

Наступний тип НППІ за часткою виникнення 18,9% це випадкові події, що мають лише часовий зв'язок з імунізацією проти COVID-19 та спричинені іншими факторами, що не пов'язані з фармакологічною дією вакцини, невідповідним використанням, призначенням, введенням тощо.

Слід також зазначити про випадки НППІ, що спричинені психологічним стресом на введення вакцини проти COVID-19. Такі стани можуть спостерігатись у окремих осіб на будь-яке ін'єкційне втручання при застосуванні лікарського засобу, у тому числі вакцини. Їх частка становила 2,4%.

Зупинимось ще на одному типі НППІ, що відносяться до програмних помилок та спричинені невідповідним використанням, призначенням або введенням вакцини проти COVID-19. Саме вони відносяться до тих, які можна попередити. Частка таких випадків НППІ становила 0,02%. Зареєстровано один випадок після застосування вакцини Модерна, що супроводжувався розвитком післяін'єкційного абсцесу. Проведений аналіз даного випадку НППІ дозволив зробити висновок, що вакцина застосовувалась відповідно до вимог інструкції для медичного застосування щодо дози, місця введення, терміну придатності, але були порушені правила асептики при введенні, що і стало причиною післяін'єкційного абсцесу. Пацієнт протягом 3 днів отримував амбулаторне лікування. Наслідком даного випадку НППІ було видужання.

Слід зазначити, що всі вакцини проти COVID-19, що використовуються в Україні мають допустимий профіль безпеки при правильному використанні, з дотриманням показань та протипоказань. На 31 683 310 введених доз вакцин проти COVID-19 зареєстровано один випадок НППІ, що спричинений порушенням правил асептики. Не повідомлялося про випадки НППІ через не дотримання протипоказань, порушення дози, відновлення та введення вакцини. Отримані результати говорять про злагоджену роботу Міністерства охорони здоров'я та всіх зацікавлених сторін разом з міжнародними організаціями щодо координації процесу впровадження вакцин проти COVID-19 на національному

та регіональних рівнях. Така постійна робота впродовж вже 2,5 років направлена на захист пацієнтів від коронавірусної хвороби COVID-19 з використанням безпечних та ефективних вакцин. Також важливим є те, що в умовах війни ця робота не припиняється, тому що всі розуміють безпека пацієнтів залишається у пріоритеті.

АНАЛІЗ ПОВІДОМЛЕНЬ ПРО ВИПАДКИ ПОБІЧНИХ РЕАКЦІЙ ПІСЛЯ ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ, ЩО ЗАСТОСОУВАЛИСЯ НЕ ЗА ПРИЗНАЧЕННЯМ ЛІКАРЯ

Ткаченко Євгенія Василівна, заступник директора з питань реєстрації та фармаконагляду Державного експертного центру МОЗ України, к.фарм.н.

Башкатова Тетяна Іванівна, директор Департаменту фармаконагляду Державного експертного центру МОЗ України.

Понятовська Наталія Петрівна, начальник Управління моніторингу безпеки лікарських засобів Управління моніторингу безпеки лікарських засобів Департаменту фармаконагляду Державного експертного центру МОЗ України.

Державне підприємство «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ.

Мета: Дослідити випадки побічних реакцій (ПР) у пацієнтів після застосування лікарських засобів (ЛЗ), що застосовувалися не за призначенням лікаря.

Матеріали та методи: дані за 2019 – 2021 роки з Автоматизованої інформаційної системи з фармаконагляду (АІСФ). Використовувалися інформаційно-аналітичний та статистичний методи.

Результати та висновки: В Україні спонтанні повідомлення про ПР, та будь-які інші питання, що пов'язані з безпекою застосування ЛЗ надходять до Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України» (далі – Центр). Для покращення процесу звітування, з 2017 року дані з безпеки та ефективності ЛЗ є можливість надавати в режимі on-line до стандартизованої захищеної Автоматизованої інформаційної системи з фармаконагляду (АІСФ). Надання повідомлень через АІСФ це швидко, зручно та безкоштовно. До процесу збору повідомлень залучені заявники, медичні та фармацевтичні працівники, юридичні та фізичні особи, які здійснюють господарську діяльність з медичної практики, пацієнти та/або їх законні представники.

За період 2019 – 2021 років через систему АІСФ до Центру надійшла інформація про 14 випадків ПР після застосування ЛЗ, що застосовувались пацієнтами не за призначенням лікаря. З них серйозні випадки становили 21,43%, несерйозні – 78,57%. Серйозні випадки ПР становили загрозу для життя пацієнтів або потребували госпіталізації пацієнта.

Проведений аналіз кожного випадку надав можливість зробити висновок, що до виникнення ПР призвело застосування ЛЗ у вигляді монотерапії, та у

переважної більшості випадків (64,29%) спосіб застосування ЛЗ був пероральний.

Також встановлено, що ПР реєструвалися після використання наступних ЛЗ (за першим рівнем Анатомо-хімічно-терапевтичної класифікації (АТХ):

- засоби, що впливають на травну систему та метаболізм – 21,4%;
- засоби, що впливають на серцево-судинну систему – 7,1%;
- засоби, що впливають на сечостатеву систему та статеві гормони – 7,1%;
- протимікробні засоби для системного застосування – 21,4%;
- засоби, що впливають на опорно-руховий апарат – 14,3%;
- засоби, що діють на нервову систему – 14,3%;
- засоби, що діють на респіраторну систему – 14,3%.

З наведеного вище видно, що переважали дві групи ЛЗ, а саме: засоби, що впливають на травну систему та метаболізм та протимікробні засоби для системного застосування. Слід зауважити, що на даний час безконтрольне застосування протимікробних ЛЗ впливає на глобальну проблему світу щодо поширення резистентності збудників, що загрожує здатності людства лікувати інфекційні захворювання та впливати на їх розповсюдження.

Отримані дані щодо ПР після застосування ЛЗ не за призначенням лікаря дали можливість розподілити їх за системами та органами (класифікація MedDRA):

- шлунково-кишкові розлади – 17,39%;
- розлади з боку імунної системи – 13,04%;
- розлади з боку опорно-рухового апарату та сполучної тканини – 4,35%;
- розлади з боку шкіри та підшкірних тканин – 43,48%;
- розлади з боку нервової системи – 8,70%;
- респіраторні, торакальні та медіастинальні розлади – 13,04%.

Найбільший відсоток ПР становили розлади з боку шкіри та підшкірної тканини, що супроводжувались клінічними проявами у вигляді висипу, свербіжжю, кропив'янки та набряку Квінке. Слід звернути увагу на те, що також фіксувались такі клінічні прояви, що є небезпечними для життя людини станами і потребували невідкладної медичної допомоги.

Для запобігання ПР внаслідок застосування ЛЗ не за призначенням лікаря важливо звернутися до фахового спеціаліста, який встановить діагноз та підбере ЛЗ за відповідною діючою речовиною з урахуванням анамнезу життя, призначить дозу та курс лікування.

Ніколи не займайтеся самолікуванням! Дбайте про власне здоров'я!

УЧАСТЬ ПАЦІЄНТІВ У ЗДІЙСНЕННІ ФАРМАКОНАГЛЯДУ В УКРАЇНІ

Ткаченко Євгенія Василівна, заступник директора з питань реєстрації та фармаконагляду Державного експертного центру МОЗ України, к.фарм.н.

Башкатова Тетяна Іванівна, директор Департаменту фармаконагляду Державного експертного центру МОЗ України.

Понятовська Наталія Петрівна, начальник Управління моніторингу безпеки лікарських засобів Управління моніторингу безпеки лікарських засобів Департаменту фармаконагляду Державного експертного центру МОЗ України.

Державне підприємство «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ

Мета: Дослідити чутливість фармаконагляду при інформуванні пацієнтами про безпеку лікарських засобів згідно з вимогами законодавства.

Матеріали та методи: карти-повідомлення, отримані від пацієнтів та/або їх законних представників, організацій, що захищають права пацієнтів. Використовувались теоретичний метод (аналіз, узагальнення) і статистичний.

Результати та висновки: Фармаконагляд – процес, пов'язаний із виявленням, збором, оцінкою, вивченням та запобіганням виникненню побічних реакцій, несприятливих подій після імунізації та будь-яких інших питань, пов'язаних з безпекою та ефективністю застосування лікарських засобів, вакцин. Здійснення фармаконагляду покладено Міністерством охорони здоров'я України на державне підприємство «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України» (далі – Центр). В Україні процес здійснення фармаконагляду із залучення пацієнтів врегульований законодавчо. Наказом МОЗ України від 27.12.2006 №898 «Про затвердження Порядку здійснення нагляду за побічними реакціями лікарських засобів, дозволених до медичного застосування» (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 26 вересня 2016 року № 996) (далі – Наказ) передбачено надання пацієнтом та/або його законним представником, організаціями, що захищають права пацієнтів до Центру інформацію про побічну реакцію лікарського засобу, вакцини, та/або відсутність ефективності лікарського засобу, та/або несприятливу подію після імунізації за формою затвердженою Наказом (далі – карта-повідомлення для пацієнтів). Слід зазначити, що обробка персональних даних під час здійснення фармаконагляду здійснюється відповідно до вимог Закону України «Про захист персональних даних».

Важливим є те, що у разі виникнення побічної реакції після застосування лікарського засобу пацієнту потрібно звернутись до лікуючого лікаря, який з урахуванням ситуації зможе провести корегування призначених лікарських засобів та заповнити карту-повідомлення. Водночас пацієнт також має право заповнити карту-повідомлення для пацієнтів та надати її до Центру в режимі on-line через Автоматизовану інформаційну систему з фармаконагляду (АІСФ) за посиланням <https://aisf.dec.gov.ua/>.

З кожним роком пацієнти та/або їх законні представники, а також організації, що захищають права пацієнтів активно залучаються до процесу

фармаконагляду. Про це свідчить динаміка отримання від пацієнтів карт-повідомлень через АІСФ. Так у 2020 році їх частка становила 0,04%, у 2021 – 14,57% та за 6 місяців 2022 – 17,09%.

Чому є важливим залучення пацієнтів до інформування про безпеку лікарських засобів?

За безпекою лікарських засобів здійснюється постійне спостереження від їх розробки до широкого застосування в медичній практиці.

Як приклад: через багато років від початку застосування аспірину у нього була виявлена здатність викликати кровотечі, іноді з летальними наслідками, а для того, щоб у амідопіріну виявилось тяжка побічна реакція – агранулоцитоз, знадобилося 35 років.

Статистичні дані свідчать про те, що для виявлення серйозних побічних явищ із частотою 1 на 10 тисяч, необхідно провести дослідження на 30 тисячах пацієнтів. А для виявлення побічних явищ, що зустрічаються дуже рідко з частотою 1 на мільйон, необхідно залучення більше 1 мільйона пацієнтів.

Ще важливим є те, що безпека застосування лікарських засобів залежить від багатьох фактів, а саме: віку пацієнта, взаємодії ЛЗ між собою та харчовими продуктами тощо.

Тому дуже важливим моментом у здійсненні фармаконагляду є участь пацієнтів, які допомагають збирати інформацію про безпеку лікарських засобів, а фахівці Центру на підставі аналізу, узагальнення даних можуть надавати рекомендації Міністерству охорони здоров'я України щодо можливості подальшого застосування ЛЗ.

ПОЛІФАРМАЦІЯ ЯК ФАКТОР РИЗИКУ ПОЯВИ НЕГАТИВНИХ ПОБІЧНИХ ЕФЕКТІВ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ВНАСЛІДОК МІЖЛІКАРСЬКИХ ВЗАЄМОДІЙ

Хайтович М.В., Савчук М.С., Потаскалова В.С.

Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця, Київ

Мета: дослідити частоту поліфармації при лікуванні пацієнтів з артеріальною гіпертензією (АГ) та коморбідністю із визначенням ризиків розвитку небажаних лікарських взаємодій.

Матеріали і методи: Проведено аналіз даних 845 історій захворювання пацієнтів (середній вік 58,6±12,3 роки; 58% жінок та 42% чоловіків), що страждають на АГ та визначено ризики лікарської взаємодії за допомогою інтернет-ресурсу Drugbank.

Результати та висновки: За результатами аналізу історій захворювання, всі пацієнти з АГ мали супутні захворювання. Найчастіше даний контингент пацієнтів мали дегенеративні захворювання суглобів - 43%, цукровий діабет 2 типу – 21%, подагра – 12%, виразкова хвороба шлунку або дванадцятипалої кишки – 12%, залізодефіцитна анемія – 11%, хронічний вірусний гепатит – 8%, хронічний коліт - 6%, патологія щитоподібної залози – 6%, гастроєзофагальна рефлюксна хвороба - 4%, цироз печінки – 3%. Майже чверть пацієнтів з АГ в

анамнезі мали ускладнення захворювання - гостре порушення мозкового кровообігу за ішемічним типом – 17% та гострий інфаркт міокарда - 8%. Деякі пацієнти одночасно мали 2 і більше супутніх захворювань. 64% пацієнтів одночасно приймали від 5 до 10 препаратів, 18% пацієнтів мали ризик небажаних лікарських взаємодій, з урахуванням терапії супутньої патології. Найбільші ризики щодо розвитку небажаних лікарських взаємодій мали пацієнти з АГ, які приймали нестероїдні протизапальні лікарські засоби (НПЛЗ), антибактеріальні препарати групи фторхінолонів та пероральні гіпоглікемічні препарати.

При необхідності застосування лікарських засобів з вузьким терапевтичним індексом, зокрема цукрознижуючі препарати, НПЛЗ або антибактеріальні препарати, слід оцінити ризики можливих побічних ефектів для пацієнта, проводити моніторинг стану та корекцію дозування та/або кратності введення лікарського засобу. При високому ризику розвитку небажаних лікарських взаємодій варто обрати лікарські засоби іншої групи.

ФАРМАЦЕВТИЧНА ОПІКА ПРИ ВАГІТНОСТІ ТА ЛАКТАЦІЇ: РАЦІОНАЛЬНИЙ ВИБІР ТА ЗАСТОСУВАННЯ ВІТАМІННО- МІНЕРАЛЬНИХ КОМПЛЕКСІВ

Темірова О.А., Хайтович М.В., Афанасьєва І.О., Бондаренко А.О.

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

Більше ніж у 60% жінок на останніх термінах вагітності виявляють дефіцит двох і більше вітамінів та мікроелементів, що може призвести до затримки внутрішньоутробного росту плоду, дефектів нервової трубки та зниження маси при народженні. Секреція молока також сприяє порушенню вітамінно-мінерального балансу. Разом з тим, навіть збалансоване харчування жінки, у період вагітності та лактації, не може забезпечити достатнього надходження нутрієнтів, що вимагає додаткової сапліментації у вигляді вітамінно-мінеральних комплексів. Тоді як необґрунтоване та нераціональне використання таких комплексів має ризики співставні з їх дефіцитом.

Мета: оцінити роль фармацевтичної опіки у забезпеченні раціонального використання вітамінно-мінеральних комплексів у періоди вагітності та грудного вигодовування.

Матеріали і методи: Анкетували 100 аптечних працівників, серед яких 62% були асистенти фармацевтів, 24% – фармацевти та 14% – завідувачі аптеками. Стаж роботи опитуваних становив від 1 до 11 років. Також проведено анкетування 100 жінок за єдиним спеціально розробленим протоколом, враховуючи проблемні питання, що пов'язані з використанням вітамінно-мінеральних комплексів у період вагітності/грудного вигодовування. Більше 60% респонденток мали одні пологи, 25% – двоє та 7% – троє пологів. Майже у 90% опитуваних жінок діти знаходяться на грудному вигодовуванні.

Результати та висновки. За результатами анкетування встановлено, що майже в 50% жінок виникають симптоми гіповітамінозу у період

вагітності/грудного вигодовування, проявами якого є: зміна структури та випадіння волосся (70%), розвиток дерматитів (27%), зміна структури нігтів (40%). Виявлено, що 97% респонденток приймали вітамінно-мінеральні комплекси в період вагітності/лактації. На запитання: “Як Ви обирали вітамінно-мінеральні комплекси”: майже 75% – призначив лікар, разом з тим 13% скористалися порадою інтернет ресурсів, 10% звернулися за консультацією до аптечного працівника, 9% – за порадою до знайомих та родичів. Фармацевтичні працівники відзначають високу частоту звернень жінок з проханням рекомендацій вітамінно-мінеральних комплексів як при плануванні (81%) так і в період вагітності та лактації (84%). При цьому, як фахівці, так і жінки, відзначали високу частоту використання комплексів «Елевіт Пронеталь», «Вітрум Пренатал», «Фемібіон» та засобів, що містять фолієву кислоту. У більшості випадків жінки використовували декілька комплексів, які приймали курсом (86%), але 15% – до нормалізації стану, 4% – один місяць. Окрім того, 10% не вивчали інструкцію до медичного застосування вітамінно-мінеральних комплексів, що збільшує ризики неправильного прийому. Понад 60%, на час використання вітамінно-мінеральних комплексів, приймали інші лікарські засоби, такі як противірусні (28,4%), з метою нормалізації травлення (25,3%), антипіретики (16,8%), анальгетики (9,5%) та антимикробні засоби (7,4%), що збільшує ризики взаємодії та обґрунтовує важливість надання рекомендацій аптечними працівниками. Так, 85% опитуваних фармацевтичних працівників, при відпуску, надають рекомендації щодо режиму та правил прийому вітамінно-мінеральних комплексів, використовуючи інформацію з інструкцій до медичного застосування (95%), підручників та наукових статей (28%), рекламних матеріалів від медичних представників (38%). Разом з тим, понад 90% фахівців потребують методичних рекомендацій щодо відпуску вітамінно-мінеральних комплексів для жінок у період вагітності/лактації.

Більшість аптечних працівників та жінок відзначають безпечність вітамінно-мінеральних комплексів. Разом з тим, 18% фармацевтів повідомили про звернення відвідувачів та майже 10% опитуваних жінок - про виникнення побічних реакцій після застосування вітамінно-мінеральних комплексів, а саме: посилення ламкості нігтів та випадіння волосся, розлади шлунково-кишкового тракту, зміни стану шкіри.

Отже, надання якісної фармацевтичної опіки при відпуску вітамінно-мінеральних комплексів для застосування у період вагітності/лактації є важливою умовою забезпечення раціональної та ефективної фармакотерапії. Фармацевтичний працівник безпосередньо впливає на раціональний вибір вітамінно-мінеральних комплексів та попереджує їх неконтрольоване застосування. Окрім того, фармацевт реалізує спеціальні знання з клінічної фармакології щодо режиму прийому вітамінно-мінеральних комплексів, особливостей їх взаємодії з іншими лікарськими засобами та продуктами харчування, порядку дій при виникненні несприятливих побічних реакцій, що потребує розробки відповідних методичних рекомендацій.

РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ ПРЕАВТОРИЗАЦІЇ АНТИМІКРОБНИХ ПРЕПАРАТІВ У ХІРУРГІЧНОМУ ВІДДІЛЕННІ

¹Хайтович М.В., ¹Темірова О.А., ²Кисіль Н.П.,

¹Половинка В.О., ¹Турчак Д.В., ²Головня О.М.

¹Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

²Національна дитяча спеціалізована лікарня «ОХМАТДИТ»

Адміністрування антимікробних препаратів (ААП) у закладі охорони здоров'я впроваджується для забезпечення їх прийняттого використання, підвищення їх ефективності та безпечності, зменшення ризиків антибіотикорезистентності та поширення інфекції, пов'язаної із наданням медичної допомоги.

Одним із головних втручань ААП є впровадження преавторизації антимікробних препаратів із переважним використанням антимікробних лікарських засобів групи доступу (Access) згідно класифікації AWaRe та обмеженням використання препаратів груп спостереження (Watch) та резерву (Reserve).

Мета: оцінити структуру антибактеріальних засобів для лікування дітей із періанальним абсцесом в хірургічному відділенні.

Матеріали і методи: Проведено ретроспективний аналіз результатів лікування у 2017-2021 роках у відділенні гнійної хірургії НДСЛ «ОХМАТДИТ» 30 дітей (26 хлопчиків та 4 дівчаток) віком від 3 міс до 17 років з гострим періанальним абсцесом. Всім дітям проведено хірургічне видалення крипти та дренивання абсцесу. Дослідження біологічного матеріалу виконувалось культуральним методом. Ретроспективний аудит здійснював фармацевт.

Результати та висновки. Згідно проведеного аналізу 14 дітей отримували лише антибактеріальні засоби вузького спектру дії (амікацин у монотерапії - 10 дітей, переважно першого року життя), амікацин в комбінації з метронідазолом – 3 дитини (1 дитина першого року життя та 2 дитини дошкільного віку), кліндаміцин – 1 дитина дошкільного віку. Одна дитина першого року життя отримувала комбінацію амікацину з амоксициліном, ще одна - комбінацію амікацин+ амоксицилін+метронідазол.

Серед дітей, які лікувались препаратами групи спостереження половина була старше 7-річного віку, 3 дітей були віком 1-6 років, 4 дітей – першого року життя). При цьому в схему терапії включався препарат із групи цефалоспоринів третього покоління (цефтріаксон, цефоперазон, цефтазидим або цефіксим). Половина цих пацієнтів також отримували амікацин, а троє – метронідазол. В комплекс лікування однієї дитини крім цефалоспоринового антибіотика 3 покоління, також було включено фторхінолоновий антибіотик левофлоксацин.

Антибактеріальна терапія призначалась на термін від 3 до 12 діб залежно від перебігу захворювання та результатів мікробіологічного моніторингу.

Патогенні мікроорганізми при мікробіологічному дослідженні виявлено у 27 дітей: частіше виявляли E.coli (14 дітей, 46,7%), золотистий стафілокок (5 дітей, 16,7%); у решти пацієнтів виявлялись K.pneumoniae, Kl.oxytoca, St.

hominis, E. faecalis, Str. pyogenes, Veillonella spp., Penptostreptococcus spp., Finegoldia magna. Найбільша чутливість у E.coli була до фторхінолонового антибіотика ципрофлоксацину (90%), та до цефалоспоринових антибіотиків (85,3-71,4%), тоді як до гентаміцину та амікацину – 75-55,5%, у решти відмічалась помірна резистентність. Усі штами золотистого стафілококу були чутливі до цефокситину, аміноглікозидних антибіотиків та ванкоміцину, а 75% штамів – до кліндаміцину.

При лікуванні грамнегативної інфекції E.coli у 6 (42,8%) випадках використовували препарати групи Access, але у більшості – препарати із групи Watch. Для лікування решти пацієнтів достатньо у більшості випадків було застосування препаратів із групи Access.

Отже дані мікробіологічного дослідження вказують на переважання у дітей з гострим періанальним абсцесом грам-негативної інфекції. У майже половини штамів кишкової палички виявлено помірну резистентність до аміноглікозидів. Тому препарати із вузьким спектром антибактеріальної дії амікацин в монотерапії або в комбінації із метронідазолом забезпечують високу ефективність лікування гострого періанального абсцесу після радикального оперативного втручання.

У дітей старше одного року відмічено високу ефективність застосування комбінації амікацину із цефалоспориновим антибіотиком 3 покоління.

Таким чином, дітей із гострим періанальним абсцесом першого року життя доцільно лікувати в якості моно- або комбінованої терапії препаратами вузького спектру із групи Access, тоді як дітей більш старшого віку – із включенням до комбінації антимікробних препаратів засобів широкого спектру дії із групи Watch.

Загалом було здійснено 48 призначень антибактеріальних засобів, із них 33 (68,7%) - призначень антибактеріальних засобів із групи Access, що відповідає загальносвітовим тенденціям антибактеріальної терапії стаціонарних пацієнтів.

ПЕКТИНОВА ТЕРАПІЯ НА ЗАХІСТІ ВАГІТНОСТІ

*Живецька-Денисова А. А., Воробйова І. І., Скрипченко Н. Я., Толкач С. М.,
Ткаченко В. Б., Рудакова Н. В., Бондаренко Ю. М., Шамаєва О. В.,
Стрижак С. К.*

*ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О. М.
Лук'янової НАМН України», м. Київ*

Мета: дослідити стан фето-плацентарної системи в умовах впливу малих доз радіації, а також сценарії завершення вагітності; визначити шляхи корекції.

Матеріали і методи: Дослідили 60 плацент від жінок із клінічними проявами переривання вагітності та репродуктивними втратами в анамнезі (основна група), а також 30 плацент від жінок із фізіологічним перебігом вагітності, неускладненим анамнезом (контроль). В плацентах шляхом β -спектрометрії виявили накопичення ^{137}Cs . Ушкодження плацентарних структур вивчали за допомогою морфологічного дослідження. В плацентах шляхом імуно-гістохімічної реакції визначали експресію віментину та раково-

ембріонального антигену (PEA). Для оцінювання результатів дослідження в межах основної групи сформували підгрупи: 1a – 38 плацент від жінок, які народили в 37-40 тижнів, 1в – 13 плацент від пологів в 28-36 тижнів + 6 днів, 1с – 9 плацент від пологів в 22-27 тижнів + 6 днів. Стан перекисного гемостазу та ефективність терапії дослідили за допомогою біохімічного дослідження.

Результати та висновки: В реаліях сьогодення, коли смертність втричі перевищує народжуваність через епідемію COVID-19, війну та природні чинники, - збереженню кожної бажаної вагітності приділяється особлива увага науковців. Недопущення репродуктивних втрат - надважливе завдання сучасного акушерства. Існуючі методи діагностики, прегравідарна підготовка, патогенетичне лікування не завжди ефективні, що потребує удосконалення. Вчені намагаються знайти причини втрати плода шляхом вивчення локальних процесів у плаценті, яка є дзеркалом вагітності. Хронічний радіаційний стрес відіграє визначну роль у багатофакторній природі плацентарної дисфункції (ПД) та репродуктивних втрат. 36 років поспіль наслідки Чорнобильської катастрофи нагадують про себе забрудненням екосистем, що є джерелом опромінення людини. Накопичення ^{137}Cs у плаценті порушує її архітектоніку, що ускладнює перебіг вагітності. Тяжкість уражень залежить від об'ємної активності включеного ^{137}Cs та компенсаторної спроможності плаценти. Активність ^{137}Cs до 1,0 Бк/кг виявили в плацентах контрольної групи. Активність ^{137}Cs в плацентах 1a підгрупи становила 1,1-4,4 Бк/кг. В 30 % плацент спостерігали розлади кровообігу, в 50 % зразків - дистрофічні зміни. При цьому, компенсаторна здатність плацент була збережена. Своєчасна терапія пролонгувала вагітність до 37-40 тижнів. Активність ^{137}Cs в плацентах 1в підгрупи становила 4,5-10,4 Бк/кг. Характер пошкоджень відповідав категорії «Ураження материнської строми». Недостатня інтраплацентарна оксигенація через дистрофічні зміни в плаценті, а також синтез низькомолекулярних медіаторів запалення та активація фагоцитозу спричинили структурні зміни шийки матки, розрив плодових оболонок, передчасну пологову діяльність. В жінок 1в підгрупи вагітність припинила розвиватися в 28-36 тижнів + 6 днів. Завдяки збереженню компенсаторних реакцій в плаценті всі діти народилися живими. Хронічний радіаційний стрес через накопичення у плацентах понад 10,4 Бк/кг ^{137}Cs (1с підгрупа) призвів до розвитку системної ендотеліальної дисфункції, активації прозапальної відповіді та прокоагуляційного потенціалу. В результаті, пошкоджень зазнали як материнські, так і плодові структури плацент. Виснаження компенсаторних реакцій в плацентах 1с підгрупи на тлі гострого дуцидуїту, незрілості проміжних і термінальних ворсинок, глобального зниження судинної перфузії в результаті тотального відшарування плаценти, - причина антенатальної загибелі плода. Висока експресія PEA в плацентах 1в та 1с підгруп – ймовірний маркер передчасних пологів та антенатальної загибелі плода.

Морфо-функціональний стан клітинних мембран пов'язують із перекисним гемостазом, як необхідною умовою життя. Іонізуюче випромінювання впливає на обмін речовин, ферментативні процеси та проникність клітинних мембран. В крові вагітних основної групи, вже з I

триместру виявляється високий вміст дієнових кон'югатів, гідропероксидів ліпідів, малонового діальдегіду та аніон-радикального кисню. Виснаження антиоксидантного захисту призводить до накопичення CO_2 , активації арахідонового каскаду, синтезу простагландинів і розвитку передчасних пологів. Внаслідок над експресії токсичних агрегатів утворюється велика кількість нерозчинних, частково денатурованих або мутантних білків; є ризик руйнування тканин. Кульмінація цього процесу - утробна загибель плода. Виправити ситуацію може віментин - головний структурний білок клітин, який контролює утворення агресом, що виконують цитопротекторну функцію. Проте, експресія віментину в плацентах 1в та 1с підгруп була невиразна.

Адсорбційний захист тканин здійснює радіопротекторна терапія, суть якої у збереженні просторової структури та функцій макромолекул, уражених радіацією. «Яблопект антиоксидантний» - пектинова композиція, у складі якої натуральний яблучний пектин, екстракти шипшини, кропиви, м'яти, ехінацеї та стевії. Ефективний засіб радіопротекторної дії регулює окисно-відновлювальні процеси в організмі, стимулює фагоцитарну активність, підвищує резистентність до інфекцій, покращує функцію печінки; через високу адсорбційну здатність зв'язує та виводить з організму радіонукліди та патологічні імунні комплекси; відновлює пошкоджені тканини та ауто флору кишківника. Для попередження репродуктивних втрат доцільно вживати «Яблопект-А» з прегравідарного етапу та під час вагітності за схемою: 1 шипуча таблетка тричі на добу протягом 4 тижнів. Впродовж вагітності курс лікування повторюють тричі. Вживання «Яблопекту-А» позитивно впливає на ферментативну активність глутатіон-S-трансферази, відновлення глутатіону, секрецію простагландину А. До того ж, в обстежених нормалізувались біохімічні показники, які характеризують функцію печінки.

Коефіцієнти ефективності комплексної терапії невиношування вагітності із застосуванням «Яблопекту-А»: (- 11,5 %) передчасних пологів, мінімальний термін яких становив 34 тижні; (- 5,4 %) завмерлих вагітностей до 12 тижнів; (- 6,1 %) переривань у \square триместрі; (-15,1 %) на затримку розвитку утробного плода; на 22,5 % зменшилась кількість дітей, які народились в асфіксії важкого ступеня та на 35,3 % - середнього ступеня. Всі діти народилися живими.

Таким чином, радіопротекторна терапія сприяє збереженню або відновленню функціональної спроможності клітинних мембран, а також попереджає розвиток первинної плацентарної недостатності та утробну загибель плода.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО АУДИТУ ПРИЗНАЧЕННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В ЛІКУВАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ ЖИТОМИРСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Парій В. Д.¹, Грищук С. М.²

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

²*Житомирський державний університет імені І. Франка, Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради, м. Житомир*

Мета: дослідити підходи щодо аудиту використання в лікувальних закладах лікарських засобів, закуплених за кошти благодійної організації «Лікарняна каса Житомирської області» (ЛК).

Матеріали та методи: ЛК функціонує з 2000 року, в ній перебувають майже 200 тис. жителів області, що становить 17% від загальної кількості населення. За рахунок ЛК в межах регламентуючих переліків здійснюється забезпечення лікарськими засобами, виробами медичного призначення, лабораторними обстеженнями при наданні медичної допомоги населенню в умовах цілодобового, денного стаціонару та амбулаторно. Протягом 2021 року медичні та аптечні установи області отримали від ЛК ліків на суму понад 41 млн грн, що дало можливість забезпечити понад 90 тис. звернень за медичною допомогою. Кількість звернень та максимальний розмір витрат не обмежуються, а незначний розмір щомісячного внеску (25-60 грн) вимагає наявності ефективної системи аудиту за призначенням лікарських засобів.

Для моніторингу використання ресурсів ЛК широко застосовує інформаційні технології. Всі листи призначень пролікованих у медичних закладах членів ЛК та амбулаторні рецепти з аптек вносяться в електронну базу даних. У них зазначаються діагноз хвороби, її шифр, кількість та вартість використаних медикаментів, прізвище лікуючого лікаря, відділення. Програма містить наступні довідники: лікарські засоби (ЛЗ) за торговими назвами з вказанням міжнародних непатентованих назв; шифри МКХ-10; лікарі, відділення, медичні заклади, члени ЛК. Також у програмі створено електронний довідник клінічних протоколів за нозологічними формами, у вигляді груп препаратів чи окремих лікарських засобів та довідник щодо можливої небезпечної взаємодії між ЛЗ при одночасному призначенні. Для автоматизованого аудиту використовуються звітні форми, що дають можливість отримувати базові звіти щодо медикаментозних і фінансових затрат за нозологіями, пацієнтами, лікарями, лікувальними закладами.

Результати та висновки: Одним з напрямків сучасної галузі охорони здоров'я є запровадження найкращої медичної практики лікувально-діагностичного процесу, яка повинна базуватися на принципах доказової медицини та оптимальному використанні ресурсів. Безпека призначення ліків є одним із напрямків політики ефективної терапії. У цьому аспекті відіграє важливу роль запровадження стандартизації медичних технологій, особливо в частині раціональної фармакотерапії, де потребують вирішення багато аспектів. До них відносяться поліпрагмазія, продовження практики призначення препаратів з недоведеною ефективністю, негативний вплив реклами лікарських засобів та ряд інших. Все це призводить до неефективного використання

фінансових ресурсів, як державних, так і особистих, збільшення випадків негативного впливу лікарських засобів та їх комбінацій на організм.

У необхідності раціональних підходів щодо використання обмежених коштів сходяться економічні інтереси лікарняних кас, лікувальних закладів, держави та кожного з її громадян. З урахуванням існуючих підходів фінансування госпітального сектору «за пролікований випадок» закладам охорони здоров'я необхідно забезпечити належну якість лікування та оптимізувати використання ресурсів для надання медичних послуг з метою зменшення їх вартості, в тому числі і медикаментозних. Нами визначені наступні підходи до автоматизованого аудиту лікарських засобів, які застосовуються в лікувальних закладах Житомирщини.

1. Перспективний аналіз – автоматизований аналіз інформації про захворюваність населення та використання лікарських засобів за минулі періоди дає можливість проводити перспективне планування асортименту та кількості ЛЗ, які будуть необхідні на майбутні періоди. На основі цих даних визначається потреба у необхідних ресурсах та формується обґрунтоване замовлення на певний термін (тиждень, місяць).

2. Економічний аналіз – полягає у визначенні та порівнянні середніх затрат на лікування за нозологічними формами, відділеннями та лікарями. За результатами проводиться поглиблений аналіз та визначаються причини значних відхилень від середніх показників.

3. Експертний аналіз – проводиться автоматизована оцінка та формування звіту щодо відповідності фактичних лікарських призначень локальним клінічним протоколам за нозологіями (за закладами охорони здоров'я, відділеннями, лікарями). Звіт аналізується спільно завідувачами відділень та лікарями-експертами ЛК, при потребі проводиться експертиза медичної документації. При підтвердженні недоліку проставляється відмітка в базі даних про необґрунтоване призначення препарату. Щомісячно визначається частка недоліків по кожному відділенню, інформація надається адміністрації лікарні.

4. Фармакоеконічний аналіз – застосовується АВС-аналіз, VEN-аналіз, частотний аналіз та їх поєднання. Вони проводяться як для ретроспективної оцінки витрат ресурсів на фармакотерапію, так і для розрахунку прогнозованої потреби у кількості лікарських засобів та коштів на їх закупівлю. За результатами визначаються «проблемні» лікарні або відділення, де проводиться поглиблений аналіз. Також при потребі вносяться зміни у переліки ЛЗ та нозологічних форм, які можуть забезпечуватися за рахунок ЛК.

5. Аналіз небажаної та небезпечної взаємодії лікарських засобів – полягає в автоматизованому моніторингу електронних листів призначень на предмет наявності одночасного призначення лікарських засобів, взаємодія яких небезпечна (програма містить довідник небажаних та небезпечних взаємодій – додаток №2 Державного формуляру лікарських засобів).

Наведені підходи до аудиту призначення лікарських засобів та виробів медичного призначення можуть бути використані на локальному та державному рівнях з метою покращення якості фармакотерапії та оптимізації використання ресурсів.

ПРИЗНАЧЕННЯ НЕБЕЗПЕЧНИХ КОМБІНАЦІЙ ЛІКІВ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЖИТОМИРСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Гришук С. М.¹, Парій В. Д.²

¹ *Житомирський державний університет імені І. Франка, Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради, м. Житомир*

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

Мета. Визначити поширеність та структуру призначень потенційно небезпечних комбінацій лікарських засобів при лікуванні пацієнтів в госпітальних умовах.

Матеріали та методи. Дослідження проводилося шляхом суцільної вибірки та ретроспективного аналізу в автоматизованому режимі медичної документації (листів лікарських призначень) 26879 пацієнтів, які лікувалися в умовах цілодобових стаціонарів закладів охорони здоров'я Житомирської області у 2021 році і отримували медикаменти за рахунок благодійної організації «Лікарняна каса Житомирської області» (ЛК). З листів призначень пацієнтів в електронну базу даних вносилися інформація щодо діагнозу з вказанням шифру за МКХ-10, призначених торгових назв лікарських засобів (ЛЗ), які були надані за рахунок ЛК, назви відділення. Програма містила електронний довідник медикаментів у вигляді груп препаратів та окремих ЛЗ за торговими та міжнародними непатентованими назвами (МНН), а також довідник попарних комбінацій ЛЗ за МНН, при одночасному призначенні яких можлива небезпечна взаємодія. В якості джерела даних про небезпечну взаємодію був використаний «Державний формуляр лікарських засобів», 9 випуск.

Додатково виявлені на першому етапі випадки потенційно небезпечних комбінацій (ПНК) були підтверджені за допомогою системи Drug Interaction Checker інтернет-ресурсу www.drugs.com, гармонізованого з рекомендаціями FDA. Для подальшого аналізу за рівнями клінічної значущості були відібрані комбінації «Major» (небезпечні - потенційно небезпечні міжлікові взаємодії: ризик від комбінованого застосування ЛЗ перевищує користь для пацієнта, тому слід в більшості випадків уникати подібних комбінацій ЛЗ або застосовувати ЛЗ в мінімальних дозах) та Moderate (значущі - міжлікові взаємодії середнього ступеню значимості: такі комбінації вимагають більш ретельного клінічного, лабораторного та інструментального контролю за ефективністю і безпекою).

Обмеження дослідження - проводився моніторинг призначення тільки ЛЗ, що були закуплені за рахунок ЛК (в межах переліку, який включав понад 600 торгових назв).

Результати та висновки. За підсумками моніторингу 26879 листів призначень встановлено, що середня кількість лікарських призначень на одного пацієнта склала $5,4 \pm 0,8$ найменування. У 718 випадках лікування (2,7 %) одночасно призначалися лікарські засоби, взаємодія яких могла бути небезпечною. З них категорія «Major» (недопустимі (небезпечні) призначення)

становила 75,3 % (541 випадок), категорія «Moderate (недоцільні (некорисні) призначення) відповідно 24,7 % (177 випадків).

У категорії «Major» зафіксовано призначення 17 потенційно небезпечних комбінацій лікарських засобів. За частотою у цій категорії 78,9 % займають одночасне застосування комбінацій діючої речовини «кеторолак» з «пентоксифіліном» (391 випадок) та «ацетилсаліциловою кислотою» (36 випадків). Одночасне призначення «теофіліну» та «пентоксифіліну» відмічено у 33 випадках (6,1 % від загальної кількості призначень цієї категорії). Понад 6,1 % становили небезпечні комбінації «глюкози» з «гідрокортизоном» (23 випадки) та «ціанокобаламіном» (10 випадків). Одночасне призначення «гентаміцину» та «фуросеміду» відмічено в 7 випадках, гентаміцину та ванкоміцину в 4 (разом 2,8 %), зазначених комбінацій рекомендується уникати через підсилення ото- та нефротоксичних ефектів. Небезпечна комбінація «дифенгідраміну» та «метопрололу» застосовувалася у 9 випадках (1,7 %). Недопустиме одночасне призначення «німесулід» та «ацетилсаліцилової кислоти» встановлено у 5 випадках (0,9 %). Небезпечна комбінація «аміодарону» та «соталолу» зустрічалася в 5 випадках, «аміодарону» та «моксифлоксацину» – у 2. Решта 6 потенційно небезпечних комбінацій лікарських засобів призначалися у 12 випадках (2,2 %).

Що стосується категорії «недоцільних» призначень – у їх структурі 17,5 % (31 випадок) складають комбінація «клопідогрелю» та «омепразолу», яка є не рекомендована в інструкції до лікарського засобу. Інша частина недоцільних призначень 146 випадок або 82,5 % стосується комбінацій «бісопрололу» з: «пропафеноном» (59 випадків); «лідокаїном» (36 випадків); «верапамілом» (25 випадків); «моксонідіном» 24 випадки»; «ділтіаземом» (2 випадки).

Причиною відносно невеликої кількості (2,7 %) виявлених ПНК у нашому дослідженні є певна обмеженість вхідних даних (враховувалися тільки лікарські засоби, закуплені за кошти ЛК) та наявність у медичних закладах лікарів-експертів «Лікарняної каси», які здійснювали попередній та поточний контроль за раціональним призначенням ЛЗ та дотриманням інструкцій до їх застосування. На нашу думку, реальна частота призначення ПНК ліків є в декілька разів більшою.

Проведеним дослідженням підтверджена потреба у постійному моніторингу лікарських призначень щодо наявності небезпечних комбінацій та впровадженні системи інформування медичних працівників та населення про клінічно значимі взаємодії ЛЗ, більшість з яких описані в інструкції до застосування. Це підвищить ефективність та безпечність фармакотерапії.

ЕТИЧНО-ПРАВОВІ АСПЕКТИ БЕЗПЕКИ ПАЦІЄНТІВ ПРИ ВЖИВАННІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

Л.О. Литвинова, Н.В. Гречишкіна, Л.І. Артемчук, О.М. Донік
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця (м. Київ)

Мета: дослідити особливості етично-правових аспектів безпеки пацієнтів при вживанні лікарських засобів в сучасних умовах в Україні.

Матеріали і методи: бібліо-семантичний метод.

Результати та висновки.

Щороку за ініціативи ВООЗ 17 вересня відзначається Всесвітній день безпеки пацієнтів, яка є одним із глобальних пріоритетів у галузі охорони здоров'я. Основоположним документом з цієї проблеми є Резолюція щодо забезпечення безпеки пацієнтів, яка була ухвалена Всесвітньою асамблеєю охорони здоров'я у 2019 р. За визначенням ВООЗ «безпека пацієнтів – це запобігання і зниження рівня ризику, числа помилок і масштабів шкоди, завданої пацієнтам у процесі надання медичної допомоги». Джерелом цих помилок здебільшого є людський фактор, і найчастіше вони трапляються внаслідок недотримання правил безпеки при наданні хірургічної допомоги, при виконанні ін'єкцій, під час переливання крові, при використанні променевого методу лікування. До поширених причин завдання шкоди пацієнтам також належать помилки при діагностиці, внутрішньолікарняні інфекції, венозна тромбоемболія та сепсис, який часто діагностується занадто пізно. Однак ВООЗ зазначає, що провідною причиною заподіяння шкоди є помилки застосування лікарських препаратів, збитки від яких щорічно налічують 42 млрд дол. США.

Доступ до якісної та безпечної медичної допомоги є основним правом пацієнтів у всьому світі, що закріплено у низці міжнародних документів, зокрема в Європейській хартії прав пацієнтів (ст. 8, 9). До вітчизняних документів, які тією чи іншою мірою торкаються прав пацієнтів належать: Конституція України (ст. 49, де здебільшого йдеться про право громадян на охорону здоров'я в цілому), Основи законодавства України про охорону здоров'я (де прописано не тільки право на якісну та безпечну допомогу, але й право на відшкодування шкоди, заподіяної здоров'ю), а також Цивільний та Кримінальний кодекси України, Закон "Про захист прав споживачів" тощо.

Чому ж випадки заподіяння шкоди пацієнтам продовжують траплятися? Так, за даними ВООЗ при наданні стаціонарної допомоги шкоди завдають кожному десятому пацієнту, а при наданні первинної та амбулаторної медичної допомоги – чотирьом із 10 пацієнтів, і це в країнах з високим рівнем доходу. Напевно, що в стаціонарних умовах існує більш жорсткий контроль з боку медичного персоналу, зокрема щодо вживання пацієнтами ліків.

Проблема шкоди, що спричинена некоректним вживанням лікарських препаратів, багатоаспектна. Події останнього часу в нашій країні (пандемія Covid-19, воєнні події) значно порушили доступність, обсяги та якість медичної допомоги. Страждають в першу чергу пацієнти похилого віку з численними хронічними хворобами. Частота відвідувань лікарів зменшується, іноді контакт із сімейним лікарем зовсім втрачений (особливо це стосується переселенців). А

хвороби продовжують розвиватися і лікування потребує постійного корегування. В таких умовах пацієнти часто змушені вдаватися до самолікування з непередбачуваними наслідками. Так, самотійно визначаючи дозу препарату і не отримуючи позитивного ефекту, пацієнти її збільшують. А ще Парацельс сказав, що одна лише доза робить речовину отрутою або ліками. Іноді має місце поліпрагмазія.

Інший бік проблеми – це доступність ліків, це одвічна проблема для жителів сільської місцевості, а відтепер і жителів районів проведення бойових дій або території, які перебувають в тимчасовій окупації.

Деякі з лікарських засобів, як закордонного, так і вітчизняного виробництва, відсутні в наших розгалужених аптечних мережах, що пов'язано з проблемами їх реєстрації. Слід також пам'ятати про необхідність проведення клінічних випробувань лікарських засобів, які є високоартісними та тривалими, однак мають проводитися регулярно на високому якісному рівні.

Острах пацієнтів залишитися без лікування спонукає їх до застосування сумнівних методів, як то гомеопатія, уринотерапія тощо, дієвість яких не доведена. Низька поінформованість населення і широка реклама призводить до надмірного вживання безлічі неперевіраних лікарських засобів (БАДів, імуномодуляторів, рослинних препаратів тощо), якими переповнені аптеки. Шкода їх застосування полягає в відсутності доведеного позитивного ефекту, а отже, і лікування в цілому. Однак, ризик відсутності лікування завжди перевищує ризик самого лікування.

Безвідповідальне вживання ліків вимагає введення певних обмежень на їх використання, де позитивним прикладом є запровадження продажу антибіотиків виключно за рецептом із серпня 2022 року. Можливо є сенс розширити перелік ліків, що відпускаються за рецептом, як це працює в багатьох країнах світу? Наразі за рецептом відпускається багато лікарських засобів зокрема, за програмою «Доступні ліки», і в уяві пересічного пацієнта слово «рецепт» асоціюється скоріше з економією, ніж із заборонаю, яка завжди погано сприймається суспільством. Зрозуміло, що «рецептурні обмеження» зменшують доступність ліків, через труднощі отримання рецепту (електронного чи все ще паперового). З іншого боку, вони зменшують прибутки фармацевтичних компаній від продажів ліків.

Вирішення проблеми зменшення шкоди від вживання ліків для пацієнта має бути комплексним та системним. Комплексне – це означає поліпшення взаємодії в трикутнику: лікар-фармацевт-пацієнт. Лікар має призначати лікарські засоби відповідно до медичних стандартів, клінічних протоколів, постійно контактувати з пацієнтом, корегувати лікування при відсутності ефекту чи погіршенні стану хворого. Фармацевт, як найбільш інформований щодо ліків (їх наявності, аналогів препаратів, дозування, побічної дії від вживання), має доносити до пацієнта поради та відпускати ліки відповідально. Власне стосовно розподілу лікарських засобів серед пацієнтів має виконуватись п'ять правил, які полягають в забезпеченні того, щоб необхідна доза необхідного препарату надходила до певного пацієнта в потрібний час і правильним шляхом. В той же час, пацієнт має відповідально споживати ліки

(згідно з настановами лікаря чи порадами фармацевта) та уникати самолікування.

Безпека пацієнтів – це результат систематичного процесу забезпечення якості медичної допомоги. Нажаль, людський фактор, як причина помилок, в наших реаліях війни зростає (через стреси, надмірне навантаження і, відповідно, втому усіх причетних до надання медичної допомоги – медичних працівників, парамедиків, волонтерів тощо). Тому суттєвого значення набуває якість упаковки та маркування медичних препаратів, чітка і зрозуміла інструкція щодо їх використання, викладена державною мовою тощо.

В перспективі потрібно розробити систему управління помилками (або ризиками) в охороні здоров'я в цілому, і, зокрема, стосовно вживання ліків. Ефективна стратегія управління цими помилками базується на звітності та їх аналізі (своєчасне виявлення помилок, аналізу причин їх виникнення, подальша розробка заходів для підвищення безпеки пацієнтів) з використанням міжсекторального підходу щодо вирішення цієї проблеми. Ефективний контроль безпеки пацієнтів створено в Сполучених Штатах Америки. Гарним прикладом такої роботи є діяльність Агенції медичних досліджень та якості (Agency for Healthcare Research and Quality), яка є провідним федеральним агентством, що відповідає за підвищення безпеки та якості медичного обслуговування для всіх американців. Національна координаційна рада США з реєстрації та попередження медичних помилок (US National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention) наголошує, що культура безпеки пацієнтів – це продукт не тільки колективних, але і індивідуальних цінностей, поглядів, уявлень, компетентності і моделей поведінки. Інститутом безпечної медичної практики (Institute for Safe Medication Practice) для фармацевтів розроблено і впроваджено Робочий зошит «Підвищення безпеки лікарських засобів у роздрібній аптеці: оцінка ризиків та можливостей для змін», що сприяє запобіганню помилкам.

Останніми відомими кроками ВООЗ у вирішенні обговорюваної проблеми було запровадження у 2017 році програми «Ліки без шкоди», метою якої є скорочення кількості запобіжних випадків заподіяння тяжкої шкоди внаслідок використання лікарських засобів на 50% у всьому світі протягом п'яти років. Результати впровадження цієї програми матимуть значення для подальшої роботи в цьому напрямі.

МЕНЕДЖМЕНТ РИЗИКІВ ПОЛІФАРМАЦІЇ У ЛІКУВАННІ ДІТЕЙ ІЗ ГЕПАТОБІЛІАРНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Турчин Я.М.¹, Ситник І.М.¹, Діба М.Б.², Хайтович М.В.¹, Березенко В.С.^{1,2}

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ¹

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М.

Лук'янової НАМН України», Київ²

Мета: дослідити та оцінити ризики небажаних побічних ефектів серед лікарських призначень у дітей з патологією печінки.

Матеріали і методи: дослідження проводилось на базі ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України» за картками хворих. Об'єктом дослідження стали дані 42 історій хвороб. Пацієнти з фіброзом печінки, стаціонарно лікувались у 2018-2021 роках в центрі гепатології.

Результати та висновки: серед проаналізованих історій хвороб, 6% призначень стосувались терапії хвороби Вільсона, 29% - аутоімунного гепатиту, 18% - аутоімунного холангіту, хронічного гепатиту В – 18%, хронічного гепатиту С – 23%, змішаного генезу – 6%. Було встановлено, що 76% від всіх призначень мали ризики небажаних побічних реакцій (НПР), і лише 24% призначень не мали НПР. Первинний аналіз показав, що частота виникнення НПР у дітей із гепатобіліарною дисфункцією є високою. Виявлено, що серед 76% призначень, такі лікарські засоби (ЛЗ), як преднізолон, омепразол, азатіоприн, софосбувір несуть ризики НПР, одночасне застосування яких може знижувати як терапевтичну активність, так і призводити до підвищення концентрації в сироватці. Було проведено менеджмент ризиків поліфармації і скореговано 70% від всіх призначень, які стосувались пацієнтів. Ризик НПР зустрічалась у таких комбінаціях (метилпреднізолон і холекальциферол 33,3%, омепразол і домперидон 28%, преднізолон і азатіоприн 23,8%), рідше спостерігалась у (омепразол і калію магнію аспарагінат 19%, омепразол і азатіоприн 16,6%, езомепразол і месалазин 11,9%).

Таким чином, призначення будь-якої фармакотерапії має бути безпечним і зваженим, беручи до уваги індивідуальні особливості пацієнта, моніторингу лабораторних показників, які впливають на фармакокінетику препаратів, а також фармакокінетичних та фармакодинамічних особливостей призначених лікарських засобів та особливостей їх взаємодії.

ОЦІНКА РИЗИКІВ ПОЛІФАРМАЦІЇ У ДІТЕЙ З МЕДИКАМЕНТОЗНИМ ГЕПАТИТОМ

Вінницька Д.І.¹, Ситник І.М.¹, Діба М.Б.², Хайтович М.В.¹, Березенко В.С.^{1,2}

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ¹
ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України», Київ²*

Мета: здійснити оцінку ризиків поліфармації у дітей з медикаментозним гепатитом.

Матеріали і методи: об'єктом дослідження стали дані 38 історій хвороб дітей віком від 8 до 16 років з діагнозом медикаментозний гепатит, які перебували на стаціонарному лікуванні у 2020-2021 р.р. у центрі дитячої гепатології ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України». Оцінку ризиків лікарських взаємодій

здійснювали за допомогою Drugbank Interaction Checker.

Результати та висновки: аналізуючи історії хвороб дітей з гепатобіліарною дисфункцією, встановлено, що медикаментозні гепатити зустрічаються у 25% пацієнтів. Встановлено, що у 33,3 % пацієнтів (із ступенем В печінкової дисфункції) найбільший ризик небажаних побічних реакцій (НПР), що пов'язаний із гіпоальбумінемією. Виявлено поліфармацію у 45% призначень. Найбільший відсоток (40%) займають 3-4 призначень лікарських засобів (ЛЗ). Встановлено небажані лікарські взаємодії, які слід уникати та приймати з обережністю, а саме: комбінації імуносупресантів (метилпреднізолон, азатіприн, будесонід), інгібіторів протонної помпи та імуносупресантів (омепразол та азатіприн; будесонід та азатіоприн), імуносупресантів з вітамінними ЛЗ (метилпреднізолон та холекальцеферол), антипротозойні засоби із кортикостероїдами (хлорохін та будесонід), антипротозойні засоби з вітамінами (хлорохін та холекальциферол).

Встановлено ризики фармакокінетичної взаємодії на етапі біотрансформації, що зустрічаються у 62,5% призначень. Неєфективність призначень склало 87,5% та характеризується фармакодинамічною взаємодією. Найбільший відсоток 87,5% НПР склали комбінації *імуносупресантів з кортикостероїдами* (азатіоприном з метилпреднізолоном) через адитивну дію. Здійснюючи оцінку ризиків поліфармації у дітей з медикаментозним гепатитом, необхідно враховувати фармакокінетичні та фармакодинамічні особливості взаємодії між ЛЗ, на ряду із оцінкою стану тяжкості печінкової функції, що значно скоротить ризик небажаних побічних реакцій у майбутньому.

ВАЖЛИВІСТЬ ПИТАННЯ ПОПЕРЕДЖЕННЯ НЕБАЖАНИХ РЕАКЦІЙ НА ЛІКИ У ДІТЕЙ

Волосовець О.П.

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

За ініціативи Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я (далі – ВООЗ) Всесвітній День Безпеки пацієнтів у 2022 році проходить під гаслом «Ліки без шкоди». Без сумніву безпека пацієнта, його якість життя і процес одужання залежить, зокрема, від безпечного застосування лікарських препаратів. Одночасно це є важливою складовою безпеки лікарняного середовища, а у Педіатрії – формує загальновідомий принцип Лікарні, доброзичливої для дитини.

У педіатричній практиці особливої уваги потребує питання ефективної організації системи транспортування, надходження, обліку, розподілу і використання лікарських засобів на всіх етапах їх обігу аж до призначення для забезпечення безпечного, ефективного, якісного лікування дітей.

Заходи щодо безпеки маленьких пацієнтів у закладі охорони здоров'я мають забезпечувати і якість наданої медичної допомоги та її результативність. Не випадково цим питанням приділяється значна увага адміністраціями лікарень, університетських клінік та викладачами під час викладання педіатричних дисциплін на додипломному та післядипломному етапах

підготовки дитячих і сімейних лікарів, особливо у Національному медичному університеті імені О.О. Богомольця.

У медичній практиці кожний препарат може призвести до тих чи інших побічних дій та реакцій, що визначає несприятливі наслідки його застосування під час, або ж після закінчення лікування. Така побічна дія може залежати від фармакологічних особливостей ліків або бути проявом алергічної реакції.

У цілому під небажаними реакціями на ліки (НРЛ) розуміється виникнення у пацієнта небажаних та неочікуваних явищ, що викликають порушення у функціональному стані низки органів і систем або небезпечних ефектів, котрі виникають у відповідь на прийом лікарських засобів. Як вказує Weiss AJ, Freeman WJ, Heslin KC, et al (2018) НРЛ спостерігаються у 10-20% пацієнтів, що перебувають на стаціонарному лікуванні, з яких 10-20% можуть бути тяжкими залежно від віку, зокрема у дітей.

За даними класичного дослідження групи італійських вчених Cutroneo P.M., Arcoraci V., Cucinotta G. et al. (1998) НРЛ можуть у 50 відсотках випадків спричинити припинення терапії і вимагають необхідного лікування у третині випадків. І, хоча точне число НРЛ не визначено, але вони залишаються серйозною проблемою для громадської охорони здоров'я будь-якої країни у контексті їх запобігання. Особливо це складно у тих країнах, де не ведеться їх повного обліку. Необхідно зазначити, що НРЛ у дітей спостерігаються дещо рідше (5%-7% госпіталізованих), ніж у дорослих, але ця різниця не є суттєвою, а от небезпека від їх впливу на розвиток дитячого організму більшою.

Саме від безпечності застосованих у педіатричній фармакотерапії ліків залежить успіх лікування дітей. Це особливо важливо в умовах триваючої пандемії COVID-19 та війни. Дитячий організм через особливості метаболізму, недосконалість ферментних систем, механізмів біотрансформації і виведення ліків та схильність до швидкої кумуляції дуже чутливий до хіміотерапевтичних втручань. Діти важче ніж дорослі можуть реагувати розвитком побічних дій і реакцій на застосування ліків. У дитячому віці набагато частіше, ніж у дорослих, трапляються алергічні реакції та реакції, що зокрема, можуть бути пов'язані з перевищенням дозування лікарських засобів. Чимало випадків НРЛ у дітей супроводжують застосування широко застосованих груп препаратів, таких як антибіотики, протизапальні засоби та вітаміни.

Профілактика НРЛ у дітей у педіатричному госпіталі має включати низку важливих етапів. На початку лікуючий лікар уважно вивчає сімейно-спадковий та анамнез хвороби пацієнта. Тут необхідно досягти повного взаєморозуміння з батьками (опікунами) з метою отримання якомога повної інформації про характер розвитку і перебігу хвороби у дитини. Особливу увагу необхідно приділяти дослідженню випадків побічних дій на ліки, що спостерігались у родині та у самої дитини. Потім необхідно провести вірний розрахунок дозування лікарських засобів відповідно до віку, маси, площі поверхні тіла. Враховується також вид вигодовування, характер харчування, час прийому препаратів та взаємодія їх із їжею. Усе це має обговорюватись з клінічним провізором (фармацевтом). Як правило, лікарі намагаються уникати тривалого

застосування та високих доз лікарських засобів, але це залежить від оцінки стану важкості дитини.

Саме тому у педіатричній фармакотерапії домінує принцип мінімальної достатності, що відповідає базовому принципу лікарської практики: «Non posse» (Не зашкодь). Для підвищення безпеки лікарських засобів у дітей важливими є всі можливі заходи, що регламентуються та забезпечуються у педіатричній здоровоохороні, але є у цій сфері конкретні і невирішені питання. Одне з важливих – це дефіцит в Україні і світі педіатричних форм ліків, який змушує застосовувати у дітей методику поділення «дорослих» форм та доз препаратів, що може призвести до помилок у дозуванні і підвищує ризик НРЛ.

Також було б невірно не говорити і про те, що на практиці через агравацію з боку батьків щодо можливих побічних явищ при застосуванні препаратів і надмірну обережність лікарів стосовно визначення співвідношення «ризик-користь» дитина може втратити ту користь, яку ліки повинні їй принести у процесі лікування. Особливо небезпечними є випадки свідомого зменшення дозування антибактеріальних засобів чи скорочення строку їх прийому задля попередження «алергізації» дитини і всупереч інструкціям, що, безумовно, веде до неуспіху у лікуванні бактеріальних інфекцій і ризику їх ускладнень та хронізації. Крім того, це може сприяти розвитку такого явища як антибіотикорезистентність.

Яскравим прикладом цього є побоювання батьків або опікунів і необгрунтована пасивність лікарів щодо забезпечення обсягів необхідної вакцинації дітей, зокрема і протиковідними вакцинами на тлі неспадаючих хвиль коронавірусної пандемії, що охоплює усе більші прошарки дитячого населення світу. Так, тільки у США за даними Американської Академії Педіатрії діти натеper складають 18,3% від загальної кількості захворілих на COVID-19.

Важливим є також питання попередження випадкових отруєнь дітей ліками, що може призвести до чисельних ускладнень та летальних наслідків. Згідно з рекомендаціями ВООЗ, для попередження таких випадків вже понад два десятиріччя для упаковки ліків використовують спеціальні контейнери, що важко піддаються відкриванню саме дітьми.

Очікувано скоротити частоту НРЛ у дітей дозволить подолання поліпрагмазії у наших лікарнях, призначення ліків тільки з доказовою ефективністю та за відповідними показами, що знаходить своє відображення у стандартах медичної допомоги та сучасних клінічних настановах. Неприпустимим і небезпечним є використання у педіатричній практиці ліків, що не рекомендовані до застосування у дітей або щодо яких відсутня необхідна інформація і дослідження. Слід також вживати усіляких адміністративних та інших заходів щодо недопущення лікарських призначень дітям лікарських засобів без доведеної ефективності, засобів нетрадиційної медицини тощо.

Заради цього у медичних університетах та закладах післядипломної освіти необхідно суттєво поліпшити мультидисциплінарне викладання студентам, лікарям-інтернам і курсантам питань раціонального використання лікарських засобів у дітей з позицій доказовості та персоніфікації їх

застосування. Важливо аби зазначені питання були обов'язково також присутніми у програмі підготовки фармацевтів і провізорів.

Окрім того, задля безпеки пацієнтів необхідно у лікарнях доцільно забезпечити ефективне функціонування спеціалізованих підрозділів щодо перевірки якості ліків і засобів, що надійшли до закладу, дотримання умов транспортування і зберігання термолабільних препаратів, своєчасне та безперебійне забезпечення необхідними ліками всіх відділень, контроль їх раціонального використання та обґрунтованості лікарських призначень тощо.

Це дозволить попередити низку медикаментозних помилок у стаціонарі, а саме: помилки призначення, помилки дозування та підготовки медикаментів до видачі, помилки моніторингу та корекції дози, введення лікарського засобу не тому пацієнту, введення пацієнту непризначених ліків, неправильне дозування та частоту застосування, неправильну швидкість введення, невиявлення випадків алергії на медикаменти, введення пацієнту медикаментів із простроченим терміном використання тощо. Очолювати таку відповідальну службу має досвідчений клінічний провізор (фармацевт) із своїм штатом помічників.

За його участі спільно з лікуючим лікарем та завідувачем відділенням необхідно проводити антидотну, детоксикаційну і симптоматичну терапію НРЛ у пацієнта з відображенням і описом у медичній документації з відповідною корекцією попередньої схеми лікування основного захворювання.

Таким чином, усе вищезазначене свідчить про важливість питання забезпечення застосування безпечних ліків для лікування дітей та поінформованості медичного персоналу і батьків (опікунів) щодо можливих небажаних реакцій на ліки та заходів щодо їх попередження.

ПРОТИСТАФІЛОКОКОВА ДІЯ СУКЦИЛЬОВАНИХ ПОХІДНИХ КВЕРЦЕТИНУ З ЛИСТЯ RÍBES NÍGRUM, ДОДАТКОВО МОДИФІКОВАНИХ АМІНОКИСЛОТАМИ

Андрєєва І. Д., Осолодченко Т. П., Завада Н. П.

ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І. І. Мечникова

Національної академії медичних наук України», м. Харків, Україна

Мета: дослідити протистафілококову дію сукцильованих похідних кверцетину, вилученого з листя смородини чорної (*Ribes nigrum*), додатково модифікованих амінокислотами лізином та аргініном.

Матеріали і методи: Досліджено протимікробну активність модифікованих похідних кверцетину, вилученого з листя смородини чорної (*Ribes nigrum*). Досліджувалися зразки з вмістом кверцетину 2,0 % у сухому залишку. Кверцетин було модифіковано за допомогою 2,0 % бурштинового ангідриду та 2,0 % амінокислот лізину та аргініну. Речовиною порівняння був 2,0 % екстракт немодифікованого природного кверцетину з листя *Ribes nigrum*. Визначення протимікробної дії речовин виконано на 15 музейних та клінічних штаммах *Staphylococcus spp.* Культури мікроорганізмів було одержано з лабораторії медичної мікробіології з Музеєм мікроорганізмів та з колекції

лабораторії біохімії та біотехнології ДУ «ІМІ НАМН». Дослідження протимікробної активності речовин проводилось стандартним методом двократних серійних розведень у поживному бульйоні (макрометод) в об'ємі 1мл кожного розведення речовин з кінцевою концентрацією досліджуваного мікроорганізму приблизно (5×10^5) КУО/мл [6, с. 5-38]. Визначалися мінімальна інгібуюча (МІК) та мінімальна бактерицидна (МБ_цК) концентрації.

Результати та висновки: За результатами експериментів встановлена висока або помірна дія модифікованих похідних щодо *Staphylococcus spp.* Стосовно 81,82 % досліджених штамів *S. aureus* модифіковані похідні кверцетину з листя *Ribes nigrum* проявили високу бактериостатичну та стосовно 45,45 % – високу бактерицидну активність (МІК у межах 7,8–15,6 мкг/мл, МБ_цК 15,6 мкг/мл). Бактериостатична дія досліджених речовин щодо усіх досліджених штамів коагулазонегативних стафілококів *S. epidermidis* та *S. haemolyticus* була помірною і проявлялась у концентраціях 31,25–62,5 мкг/мл. Стосовно 75,0 % штамів коагулазонегативних стафілококів досліджені модифіковані похідні кверцетину з листя смородини чорної також виявили помірну бактерицидну дію (МБ_цК 62,5 мкг/мл).

Отже, за результатами проведених досліджень встановлено, що сукцильовані похідні кверцетину з листя *Ribes nigrum*, додатково модифіковані амінокислотами лізином та аргініном, володіють високою та помірною *in vitro* протистафілококовою активністю з показниками МІК у межах 7,8–62,5 мкг/мл. Доведено, що сукцильовані похідні кверцетину з листя *Ribes nigrum*, додатково модифіковані амінокислотами аргініном та лізином, є перспективними речовинами для розробки на їх основі нових протимікробних засобів з протистафілококовою дією.

ФОРМУВАННЯ СТІЙКОСТІ *S. AUREUS* ЩОДО СУКЦИЛЬОВАНИХ ПОХІДНИХ КВЕРЦЕТИНУ З ЛИСТЯ *RIBES NIGRUM*, ДОДАТКОВО МОДИФІКОВАНИХ АМІНОКИСЛОТАМИ

Андрєєва І. Д., Осолодченко Т. П., Рябова І. С.

*ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І. І. Мечникова
Національної академії медичних наук України», м. Харків, Україна*

Мета: дослідити швидкість формування резистентності *S. aureus* стосовно сукцильованих похідних кверцетину з листя *Ribes nigrum* (смородини чорної), додатково модифікованих амінокислотами лізином та аргініном.

Матеріали і методи: Досліджено швидкість формування резистентності тест-штаму *S. aureus* АТСС 25923 стосовно сукцильованих похідних кверцетину, вилученого з листя *Ribes nigrum* (смородини чорної), додатково модифікованих амінокислотами лізином та аргініном. Тест-штам *S. aureus* АТСС 25923 було одержано з лабораторії медичної мікробіології з Музеєм мікроорганізмів ДУ «ІМІ НАМН». Кверцетин отримано методом кислотного гідролізу рутину. Вміст кверцетину у витяжках визначено за методом тонкошарової хроматографії. Досліджувалися зразки з вмістом кверцетину 2,0 % у сухому залишку. Кверцетин було модифіковано за допомогою 2,0 %

бурштинового ангідриду та 2,0 % амінокислот лізину та аргініну. У якості порівняння застосовано 2,0 % екстракт немодифікованого природного кверцетину, вилученого листя *Ribes nigrum*, та 2,0 % кверцетин виробництва Борщагівського хіміко-фармацевтичного заводу (БХФЗ). Вивчення швидкості розвитку стійкості мікроорганізмів до досліджуваних речовин проводилося *in vitro* шляхом багаторазових пасажів тест-культури *S. aureus* ATCC 25923 на поживних середовищах в присутності бактеріостатичних концентрацій цих речовин. Було виконано по тридцять пасажів. Критерієм оцінки в досліджах були мінімальні інгібуючі концентрації (МІК) досліджуваних речовин. Оцінювалась кратність збільшення МІК речовин на кожному п'ятому послідовному пасажі.

Результати та висновки: МІК сукцильованих похідних кверцетину з листя *Ribes nigrum*, додатково модифіковані як лізином, так і аргініном, щодо тест-штаму *S. aureus* ATCC 25923 збільшилася удвічі лише наприкінці експерименту (з 7,8 мкг/мл до 15,6 мкг/мл). Зростання МІК немодифікованого кверцетину з листя смородини чорної для *S. aureus* ATCC 25923 у 2 рази відбулося після двадцятого пасажу (з 62,5 мкг/мл до 125,0 мкг/мл) і більше не змінювалася до кінця експерименту. МІК кверцетину виробництва БХФЗ для *S. aureus* ATCC 25923 зросла у 2 рази після десятого пасажу (з 62,5 мкг/мл до 125,0 мкг/мл) та у 4 рази – після двадцятого пасажу і далі залишалась на рівні 250,0 мкг/мл до кінця експерименту.

Отже, тридцятикратне культивування тест-штаму *S. aureus* ATCC 25923 в присутності зростаючих концентрацій сукцильованих похідних кверцетину з листя *Ribes nigrum*, додатково модифікованих амінокислотами лізином та аргініном, знизило його чутливість до досліджуваних речовин у 2 рази лише після тридцятого пасажу. Чутливість *S. aureus* ATCC 25923 щодо немодифікованого кверцетину з листя *Ribes nigrum* та особливо кверцетину БХФЗ знижалася набагато швидше.

АКТИВНІСТЬ СУКЦИЛЬОВАНИХ ПОХІДНИХ КВЕРЦЕТИНУ З ЛИСТЯ *RIBES NIGRUM*, ДОДАТКОВО МОДИФІКОВАНИХ АМІНОКИСЛОТАМИ, ЩОДО *P. AERUGINOSA*

Осолодченко Т. П., Андреева І. Д., Рябова І. С.

ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І. І. Мечникова
Національної академії медичних наук України», м. Харків, Україна

Мета: визначити активність сукцильованих похідних кверцетину, вилученого з листя смородини чорної (*Ribes nigrum*), додатково модифікованих амінокислотами лізином та аргініном, стосовно *P. aeruginosa*.

Матеріали і методи: Досліджено активність модифікованих похідних кверцетину, вилученого з листя смородини чорної (*Ribes nigrum*) стосовно *P. aeruginosa*. Досліджувалися зразки з вмістом кверцетину 2,0 % у сухому залишку. Кверцетин було модифіковано за допомогою 2,0 % бурштинового ангідриду та 2,0 % амінокислот лізину та аргініну. Речовиною порівняння був 2,0 % екстракт немодифікованого природного кверцетину з листя *Ribes nigrum*. Визначення протимікробної дії речовин виконано на 4 музейних та клінічних

штамах *P. aeruginosa*. Культури мікроорганізмів було одержано з лабораторії медичної мікробіології з Музеєм мікроорганізмів та з колекції лабораторії біохімії та біотехнології ДУ «ІМІ НАМН». Дослідження протимікробної активності речовин проводилось стандартним методом двократних серійних розведень у поживному бульйоні (макрометод) в з кінцевою концентрацією досліджуваного мікроорганізму приблизно (5×10^5) КУО/мл. Визначалися мінімальна інгібуюча (МІК) та мінімальна бактерицидна (МБ_цК) концентрації.

Результати та висновки: Досліджено високу бактериостатичну дію сукцильованих похідних кверцетину з листя *Ribes nigrum* при додатковій модифікації аргініном щодо 75,0 % штамів *P. aeruginosa* та при додатковій модифікації лізином – стосовно 25,0 % досліджених штамів синьогнійної палички (МІК 15,6 мкг/мл, $p < 0,05$ в порівнянні з показниками немодифікованого кверцетину). Бактерицидна дія модифікованих похідних кверцетину з листя *Ribes nigrum* стосовно усіх досліджених штамів *P. aeruginosa* була помірною (МБ_цК у межах 31,25–62,5 мкг/мл, $p < 0,05$ в порівнянні з показниками немодифікованого кверцетину 125,0 мкг/мл).

Отже, за результатами проведеного дослідження встановлено високу та помірну протимікробну активність досліджених модифікованих похідних кверцетину з листя *Ribes nigrum* стосовно *P. aeruginosa*. Високу бактериостатичну дію (МІК 15,6 мкг/мл) стосовно досліджених штамів *P. aeruginosa* частіше спостережено при додатковій модифікації сукцильованих похідних кверцетину з листя *Ribes nigrum* амінокислотою аргініном, ніж лізином. Доведено, що сукцильовані похідні кверцетину з листя *Ribes nigrum*, додатково модифіковані амінокислотами аргініном та лізином, є перспективними речовинами для розробки на їх основі нових протимікробних засобів.

ФОРМУВАННЯ СТІЙКОСТІ *E. COLI* ДО МОДИФІКОВАНИХ ПОХІДНИХ КВЕРЦЕТИНУ, ВИЛУЧЕНОГО З ЛИСТЯ *RIBES NIGRUM*

Осолодченко Т. П., Андрєєва І. Д., Завада Н. П.

*ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І. І. Мечникова
Національної академії медичних наук України», м. Харків, Україна*

Мета: дослідити швидкість формування стійкості *E. coli* до сукцильованих похідних кверцетину з листя *Ribes nigrum* (смородини чорної), додатково модифікованих амінокислотами лізином та аргініном.

Матеріали і методи: Досліджено швидкість формування резистентності тест-штаму *E. coli* ATCC 25922 стосовно сукцильованих похідних кверцетину, вилученого з листя *Ribes nigrum* (смородини чорної), додатково модифікованих амінокислотами лізином та аргініном. Тест-штам *E. coli* ATCC 25922 було одержано з лабораторії медичної мікробіології з Музеєм мікроорганізмів ДУ «ІМІ НАМН». Кверцетин отримано методом кислотного гідролізу рутину. Вміст кверцетину у витяжках визначено за методом тонкошарової хроматографії. Досліджувалися зразки з вмістом кверцетину 2,0 % у сухому залишку. Кверцетин було модифіковано за допомогою 2,0 % бурштинового

ангідриду та 2,0 % амінокислот лізину та аргініну. У якості порівняння застосовано 2,0 % екстракт немодифікованого природного кверцетину, вилученого листя *Ribes nigrum*, та 2,0 % кверцетин виробництва Борщівського хіміко-фармацевтичного заводу (БХФЗ). Вивчення швидкості розвитку стійкості мікроорганізмів до досліджуваних речовин проводилося *in vitro* шляхом багаторазових пасажів тест-культур на поживних середовищах в присутності бактеріостатичних концентрацій цих речовин. Загалом було виконано по тридцять пасажів. Критерієм оцінки в досліджах були мінімальні інгібуючі концентрації (МІК) досліджуваних речовин. Оцінювалась кратність збільшення МІК речовин на кожному п'ятому послідовному пасажі.

Результати та висновки: МІК обох досліджених модифікованих похідних кверцетину з листя смородини чорної щодо штаму *E. coli* ATCC 25922 збільшилася удвічі лише після двадцяти п'яти пасажів (з 15,6 мкг/мл до 31,25 мкг/мл) та далі, до тридцятого пасажу, залишалась на одному рівні. МІК немодифікованого природного кверцетину з листя смородини чорної для *E. coli* ATCC 25922 зросла у 2 рази (з 62,5 мкг/мл до 125,0 мкг/мл) після п'ятнадцяти пасажів та у 4 рази (до 250,0 мкг/мл) лише у кінці експерименту. До кверцетину виробництва БХФЗ чутливість до штаму *E. coli* ATCC 25922 знижувалась удвічі (з 62,5 мкг/мл до 125,0 мкг/мл) після десяти пасажів, в 4 рази (до 250,0 мкг/мл) – після двадцяти пасажів та наприкінці експерименту – у 8 разів (до 500,0 мкг/мл) .

Отже, при тридцятикратному культивуванні спостережено значно повільніше зниження чутливості *E. coli* ATCC 25922 щодо сукцильованих похідних кверцетину, вилученого з листя *Ribes nigrum* (смородини чорної), додатково модифікованих амінокислотами лізином та аргініном, ніж до природного немодифікованого кверцетину з листя смородини чорної та кверцетину виробництва БХФЗ.

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ФІТО-АЛІМЕНТАРНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ГЕЛЬМІНТОЗІВ

Аністратенко Т.І., Велика Н.В.

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

В Україні сьогодні поширені 30 видів гельмінтів і найпростіших. В організованих дитячих колективах показник інвазованості паразитами сягає 40%, у дорослій популяції – близько 10%. ВООЗ рекомендує проводити превентивну хіміотерапію, тобто періодичне призначення антигельмінтних ліків усім людям, які проживають у зоні ризику зараження при інвазованості гельмінтами від 20 до 50% 2 рази на рік із метою зменшення захворюваності. Україна, за даними ВООЗ від 2015 рр., не належить до ендемічних регіонів щодо гельмінтозів, які передаються через ґрунт, і не потребує запровадження стратегії превентивної хіміотерапії. Однак, за даними вітчизняних дослідників, останніми роками зростає захворюваність на геогельмінтози та ентеробіоз в Україні.

Гельмінтоз негативно впливає на нутритивний статус людини. Доведена здатність гельмінтів активно поглинати з травного каналу і накопичувати у своїх тканинах глікоген, амінокислоти, ліпіди, вітаміни (А, В1, В2, В6, В12, С), есенціальні мікроелементи (Cu, Mn, Zn, Co, Si, Mg) і, таким чином, є безпосередньою причиною гіповітамінозів і гіпомікроелементозів. Гельмінтна інвазія, особливо ентеробіоз, негативно впливає на когнітивні функції, може спричинити тяжкі ускладнення у вигляді навязливих рухів. Крім того, гельмінтози сприяють сенсibiliзації організму, змінюють імунний статус людини, наприклад сприяючи рилізінгу цитокінів, що продукуються Т-хелперами 2-го типу.

Неспецифічність, низька ефективність та інформативність лабораторної діагностики (5-10%), яка традиційно використовується в Україні, підтверджена численними дослідженнями фахівців. Імунодіагностичні методи посідають в діагностичній практиці все більше місце, проте найбільш репрезентативні результати можна отримати лише на початку інвазії внаслідок імуносупресивного впливу гельмінтів. Ці дослідження значно занижують результати, дезінформують лікарів і пацієнтів, які не розуміють гостроти проблеми і не вбачають необхідності у застосуванні превентивних заходів. У зв'язку з цим, фахівці-гельмінтологи рекомендують використовувати з діагностичною метою комплекс клінічних ознак та симптомів.

Мета полягає у створенні нової альтернативної методики дегельмінтизації натуропатичними засобами для контингенту з ослабленим імунітетом (вагітні жінки, діти, люди похилого віку) з клінічними ознаками гельмінтозів, які не підтверджені лабораторно, з супутнім ефектом детоксикації та відновлення функціональних можливостей організму. Новизна методики полягає у використанні розробленої нами фіто-аліментарної композиції для дегельмінтизації людини (Патент на корисну модель № 99671).

Матеріали і методи: з метою об'єктивізації клініко-діагностичних досліджень нами розроблені анкети, які включають перелік симптомів та ознак найбільш поширених гельмінтозів та перелік симптомів гіповітамінозів та гіпомікро- макроелементозів. Анкети апробовані, репрезентативність результатів підтверджена. Дослідження проведені на групі учнів – старшокласників середньої загальноосвітньої школи №6 м. Бровари, яка включала 62 респонденти. Діти були розподілені на 2 групи, які за однаковою схемою обстежувалися на початку і в кінці досліджень. Перша, дослідна група (32 особи), протягом 30 днів отримувала програму фітоаліментарної дегельмінтизації, яка включала коктейль із насіння гарбуза, який містив окрім основного компоненту насіння фенхелю, лист м'яти, родзинки і цикорій та моркв'яно - часниковий салат. Друга, контрольна група школярів (30 осіб), не отримувала відповідних фіто-аліментарних засобів і харчувалася традиційно. Після проведення курсу превентивної аліментарної фітотерапевтичної програми всі дослідження були повторені.

Результати та висновки. Робочою гіпотезою проведення досліджень було те, що проблема гельмінтозів охоплює 100% обстежуваних школярів і може бути переважною причиною порушень стану здоров'я. У зв'язку з чим

превентивна дегельмінтизація з використанням природних засобів, яка супроводжується відповідним функціональним харчуванням, сприятиме відновленню стану фізичного здоров'я та психічного стану школярів.

Результати обстежень ми об'єднали у групи за переважними симптомами, і таким чином, виділили 4 основні групи порушень стану здоров'я підлітків: 1 – офтальмологічні ознаки, 2 - ознаки порушень функціонування органів шлунково-кишкового тракту, 3 – ознаки антоно-вегетативних та невротичних розладів, 4 – ознаки полінутриєнтного дефіциту, які базувалися на симптомах гіповітамінозів С, групи В, А та гіпомікроелементозів Fe і Zn.

Аналіз стану здоров'я підлітків до та після дегельмінтизаційної програми свідчить про зменшення ознак офтальмологічних розладів після превентивного натуропатичного лікування у 2.8 рази, ознак розладів шлунково-кишкового тракту – у 2.7 рази, астено-неврологічних ознак – у 2.2 рази, а ознаки полінутриєнтних дефіцитів зменшилися у 5.5 разів. Аналіз даних проєктивних методик свідчить про позитивну динаміку психо-емоційних змін. В той же час у школярів контрольної групи зареєстровані розлади зменшилися лише на 2 – 4%.

Таким чином, натуропатична дегельментизація сприяє покращенню загального стану здоров'я та зменшенню проявів дефіциту вітамінів і мінералів, що є реальним перспективним шляхом оздоровлення молоді. Розроблена фіто-аліментарна дегельмінтизаційно-детоксикаційна програма є ефективною та безпечною і може використовуватись для дегельмінтизації та профілактики інвазій.

ПРОТИМІКРОБНА ДІЯ СПИРТОВИХ ЕКСТРАКТІВ З БРУНЬОК ВЕРБИ БІЛОЇ ПО ВІДНОШЕННЮ ДО *STREPTOCOCCUS PYOGENES*

Пономаренко С. В., Осолодченко Т. П., Штикер Л. Г., Калітіна С. М.

ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І. І. Мечникова

Національної академії медичних наук України», м. Харків, Україна

Вступ. Одне з провідних місць в медичній галузі займає пошук та розробка нових ефективних засобів протимікробної дії. Поява резистентних до антибактеріальних препаратів штамів мікроорганізмів спонукало фахівців до розробки нових методів синтезу речовин та комбінаторного моніторингу. Природна сировина завжди привертала до себе пильну увагу, як засіб створення різноманітних ліків, де одне із провідних місць займає верба біла (*Salix alba*). А досягнення сучасної науки дозволяє створити модифіковані лікувальні засоби відповідної дії.

Мета. Визначити протимікробні властивості спиртових екстрактів, отриманих з бруньок верби білої по відношенню до штамів *S. pyogenes*.

Матеріали та методи дослідження. Проведені дослідження протимікробної активності 3-х екстрактів з бруньок *Salix alba*. Рослину сировину екстрагували 50 %, 70 % та 96,0 % етанолом. Екстракцію проводили протягом 10 діб, а потім випарювали спирт при температурі 60°C. Для дослідження використовували штами *S. pyogenes* (10 штамів), які знаходились в

лабораторній колекції. Штами були вилучені від хворих на пневмонію. Всі штами проявляли чутливість до антибіотиків з групи цефалоспоринів. Антимікробну активність препаратів визначали дифузійним методом «колодязів» з вимірюванням діаметрів зон затримки росту мікроорганізмів. Мікробне навантаження становило 10^7 мікробних клітин на 1 мл середовища і встановлювалося за стандартом McFarland. У роботу брали 18-24-х годинну культуру мікроорганізмів. Для бактерій використовували агар Мюлера-Хінтона з додаванням сироватки. Діаметри зон затримки росту мікроорганізмів заміряли за допомогою мірної лінійки з точністю вимірювання 1,0 мм. При оцінці антибактеріальної активності досліджуваних рослинних екстрактів та їх модифікацій застосовували такі критерії: відсутність росту або наявність зони затримки росту до 10 мм розцінювалися як відсутність чутливості, 10–15 мм – як низька, 15–25 мм – як помірна і перевищення 25 мм – як висока чутливість мікроорганізму до випробувальної речовини. Дослідження проведені у трьох повторях.

Результати та обговорення. За результатами проведених досліджень встановлено, що ступінь чутливості екстракту 50 % спирту з бруньок верби білої до переважної більшості штамів був помірним. Діаметри зон затримки росту до 10 штамів були у межах $(17,5 \pm 0,5)$ мм. Діаметри зон затримки росту для 70 % екстракту становили $(22,5 \pm 1,0)$ мм для 6-ти штамів та $(23,5 \pm 1,0)$ мм для 4-х штамів *S. pyogenes*. Для екстракту 96 % спирту діаметри зон затримки росту становили $(20,5 \pm 0,5)$ мм для 8 штамів та $(22, \pm 1,0)$ мм для 2-х штамів.

Висновки. Результати мікробіологічного дослідження дозволили визначити помірний протимікробний ефект стосовно штамів *S. pyogenes*. Проведені дослідження доводять доцільність подальшого поглибленого вивчення протимікробних властивостей різноманітних екстрактів з бруньокі верби білої з метою розробки на їх основі нових протимікробних засобів.

АНТИБАКТЕРІАЛЬНА ДІЯ СПИРТОВИХ ЕКСТРАКТІВ З БРУНЬОК ВЕРБИ, ПО ВІДНОШЕННЮ ДО *ENTEROCOCCUS SP*

Пономаренко С. В.¹, Осолодченко Т. П.¹, Бобрицька Л. О.²,
Комісаренко М. А.², Кліса Т. Л.¹

1. ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І. І. Мечникова НАМН України»,

2. Національний фармацевтичний університет
м. Харків, Україна

Вступ. Природна сировина не втратила свого значення, а рослини які використовувались протягом довгого часу в якості лікувальних та профілактичних засобів набувають нового напрямку використання. Верба біла завжди привертала до себе увагу в якості лікувального засобу, а сучасні методи дослідження, які виявили різноманітність її хімічного складу зумовлює широкий спектр біологічної активності, який використовується в фармацевтичній галузі. В останні роки відмічено зростання ролі грампозитивної умовно-патогенної мікрофлори, зокрема ентерококів у виникненні гнійно-септичних інфекцій. Тому б було доречно вивчити

антибактеріальний вплив отриманих спиртових сполук з *Salix alba* на штами *Enterococcus sp*, які характеризуються резистентністю до багатьох антибактеріальних засобів.

Метою роботи є вивчення протимікробної дії спиртових екстрактів з бруньок верби по відношенню до ентерококів.

Матеріали та методи дослідження. Протимікробну активність досліджували на 12 штамів клінічних ізолятів *Enterococcus sp*, які зберігаються в лабораторній колекції. Екстракти отримували за допомогою 70 % та 96 % етилового спирту з бруньок. Екстракцію проводили протягом 10 діб, а потім випарювали спирт при температурі 60°C. Антимікробну активність препаратів визначали дифузійним методом «колодязів» з вимірюванням діаметрів зон затримки росту мікроорганізмів. Мікробне навантаження становило 10^7 мікробних клітин на 1 мл середовища і встановлювалося за стандартом McFarland. У роботу брали 18-24-х годинну культуру мікроорганізмів. Для бактерій використовували агар Мюлера-Хінтона. Діаметри зон затримки росту мікроорганізмів заміряли за допомогою мірної лінійки з точністю вимірювання 1,0 мм. При оцінці антибактеріальної активності досліджуваних рослинних екстрактів та їх модифікацій застосовували такі критерії: відсутність росту розцінювалися як відсутність чутливості, 10–15 мм – як низька, 15–25 мм – як помірна і перевищення 25 мм – як висока чутливість мікроорганізму до випробувальної речовини. Дослідження проведені у трьох повторях. Визначення протимікробної дії проводили стандартним методом двократних серійних розведень у поживному бульйоні (макрометод). Мінімальна інгібуюча концентрація (МІК) встановлювалась за найменшою концентрацією досліджуваної речовини, яка пригнічувала видимий ріст культури. Для визначення мінімальної бактерицидної концентрації (МБ_цК) виконували дозовані висіви на тверде поживне середовище (агар Мюллер-Хінтона) культуральної рідини з усіх пробірок, у яких не спостерігали росту мікроорганізму. У якості порівняння використовували середовище без додавання рослинних екстрактів. Експерименти проведені у трьох повторях з метою одержання достовірних результатів. Статистична обробка отриманих даних проведена із використанням Excel (MS Office 2010, XP) та програми STATISTICA 6,0 (Stat Soft Inc., США).

Результати дослідження. Екстракти, які отримані з бруньків верби білої екстракцією 70 % та 96 % спирту володіє антибактеріальною дією по відношенню до всіх штамів *Enterococcus sp*. Діаметри зон затримки росту складали 21-23 мм для екстрактів, отриманих 70 % для 10 штамів *Enterococcus sp*, для інших двох – 18-20 мм. Антибактеріальні властивості екстрактів, які були отримані 96 % спиртовою екстракцією виявлялись за зоною затримкою росту у 20-22 мм у 5 штамів *Enterococcus sp*, тоді як у інших 7 штамів діаметри зон затримки росту складали 19-21 мм.

При дослідженні бактерицидної дії спиртового екстракту 70 % концентрації складала 125 мг/мл для 10 штамів *Enterococcus sp*, для двох 250 мг/мл. Бактеріостатична дія для 10 штамів дорівнювала 250 мг/мл, для двох 500 мг/мл. Бактерицидна дія спиртового екстракту 96 % концентрації складала

125 мг/мл для 5 штамів *Enterococcus sp* та 250 мг/мл для 7 штамів. Бактеріостатична дія для 10 штамів дорівнювала 250 мг/мл, для двох 500 мг/мл.

Висновки. Результати досліджень свідчать про перспективність застосування спиртових екстрактів з бруньок верби різного віку з метою створення на їх основі нових ефективних протимікробних засобів.

ГОРМОНАЛЬНА ТЕРАПІЯ ПРИ НЕВИНОШУВАННІ ВАГІТНОСТІ

Воробйова І.І., Живецька-Денисова А.А., Ткаченко В.Б., Толкач С.М., Рудакова Н.В.

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка

О. М. Лук'янової

НАМН України», м. Київ

Мета дослідження – знизити кількість репродуктивних втрат у жінок з невиношуванням вагітності шляхом проведення комплексної терапії.

Матеріали та методи

Під наглядом з приводу загрози переривання вагітності перебували 210 жінок з наявними факторами підвищеного ризику невиношування. Їх було розподілено на групи: 1-а - 95 жінок, які отримували гормональну (прогестерон 2,5% парентерально) та симптоматичну терапію загрози переривання вагітності згідно протоколу № 624 МОЗ України; 2-а – 115 вагітних, які отримували рекомендовану терапію із застосуванням вагінальної форми мікронізованого прогестерону у поєднанні з симптоматичною терапією. Дозу та тривалість лікування визначали індивідуально.

Результати дослідження та їх обговорення

За даними гінекологічного, акушерського і соматичного анамнезу будь-якої суттєвої різниці між жінками 1-ї та 2-ї груп не виявлено. Всі вони мали фактори підвищеного ризику виникнення передчасних пологів. Гінекологічний анамнез був обтяженим у 71,9% жінок. Встановлено, що у 48,6% вагітних мав місце розлад менструального циклу. В анамнезі жінки мали від 1 до 5 вагітностей; медичні аборти - 45,7% пацієнток, самовільні аборти - у 64,8%, припинення розвитку ембріона - у 32,8%, передчасні пологи - у 11,4% жінок. Найчастіше до вагітності у них були діагностовані хронічні запальні захворювання внутрішніх статевих органів у 56,2% випадків. Непліддя було у 28,0% жінок.

У 77,1% жінок діагностовано хронічну форму TORCH-інфекцій. У 44,8% обстежених жінок у вагінальному біотопі виявлені монокультури або асоціації умовно-патогенних бактерій, серед яких переважали епідермальний стафілокок, ентеробактер, гарднерела, коринебактерії, кандиди.

Ускладнення попередніх вагітностей могли створити умови для тривалої персистенції латентної інфекції, а дисгормональний стан в системі гіпоталамус-гіпофіз-яєчники напередодні вагітності міг бути триггером розвитку загрози невиношування, починаючи від 1-го триместру.

Жінкам основних груп проводили прегравідарну підготовку, яка включала виявлення та корекцію факторів ризику невиношування вагітності. Особлива увага приділялась діагностиці і лікуванню дисгормональних станів та інфекційної патології.

Найбільш значущими ускладненнями вагітності в обстежених жінок, окрім загрози невиношування, були: анемія у 24(25,3%) вагітних 1-ї групи і у 36(31,3%) - 2-ї групи; плацентарна дисфункція у 33(34,7%) вагітних 1-ї групи і у 42 (36,5%) -2-ї групи, дистрес плода у 22(23,2%) вагітних 1-ї групи і у 29(25,2%) - 2-ї. Підвищений ризик істміко-цервікальної недостатності (вкорочення шийки матки до 2,0 см, воронкоподібна деформація внутрішнього вічка) мали місце у 2(23,2%) вагітних 1-ї групи і у 25(21,7%) - 2-ї.

Серед клінічних проявів загрози невиношування майже у всіх обстежених жінок були болі у попереку та внизу живота, кров'яні виділення відмічались у 34 (35,7%) жінок 1-ї групи та у 39(33,9%) - другої. За даними УЗД діагностовано ретрохоріальні та ретроамніальні гематоми різного розміру у 11(11,6%) і 15(13,0%) обстежених жінок 1-ї та 2-ї груп, відповідно.

Лабораторні характеристики ендокринного стану (концентрація прогестерону, естрадіолу та пролактину у сироватці крові, показники гормональної кольпоцитології) відповідали помірної або вираженої прогестеронової недостатності. Показники статистично не відрізнялись у вагітних обох груп ($p>0,05$).

Перебіг на наслідки вагітності проаналізовані у 210 жінок з невиношуванням, вони мали певні особливості.

У жінок 1-ї групи відбулось 2 самовільні викидні: до 12 тиж. -1(1,1%), після 12 тиж - 1(1,1%); у 2-й групі - 2(1,7%) та 1(0,9%), відповідно. Припинення розвитку ембріона\плода діагностовано: у 1(1,1%) випадку у 1-й, у 2-й -1(0,9 %) групах.

Ранні передчасні пологи відбулись у 1(1,1%) обстежених 1-ї групи і у 2(1,7%) - 2-ї. Пізні передчасні пологи 3(3,2%) і 3(2,6%), відповідно.

Серед обстежених з невиношуванням ускладнені пологи відбулись у 42(45,6%) у 1-й групі і у 53(47,7%) - у 2-й. Серед ускладнень пологів у обстежених жінок частіше відмічались: передчасний вилив навколоплодових вод (34,9%), слабкість пологової діяльності 27,1%, кровотеча в родах і ранньому післяродовому періоді (4,4%). Показники у обох групах аналогічні ($p>0,05$).

У жінок з невиношуванням 1-ї групи у порушеному стані народилось 31(33,7%) дітей - 35(31,5%) у 2-ї. У постнатальному періоді померли 3(0,7%) з критично малою масою тіла від ранніх передчасних пологів - 1(1,1%) з 1-ї групи і 2(1,8%) - з 2-ї.

Ускладнення післяродового періоду діагностовано у 10,3%. Нозології і частота у породіль обох груп однакові ($p>0,05$).

Таким чином, за даними клініко-лабораторного обстеження, перебігу вагітності, пологів та післяпологового періоду групи обстежених були ідентичними, гормональна терапія натуральним і мікронізованим прогестероном мала однаковий ефект.

Висновки

Застосування в комплексній терапії загрози самовільного переривання вагітності вагінальної форми прогестерону спричиняє подібний клінічний ефект відносно показників клінічного перебігу вагітності, наслідків пологів для матері, плода і стану новонародженого у порівнянні з ін'єкційним

прогестероном. Перевагами мікронізованої форми прогестерону є простота застосування, відсутність необхідності забезпечення асептичних умов для внутрішньом'язового введення препарату та постінекційних ускладнень, а також біодентичність до молекули натурального прогестерону.

ЗАСТОСУВАННЯ ПРОТИВІРУСНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ПРИ COVID-19

Рошко С. С., Заяць М. М.

ЛНМУ ім. Данила Галицького, м. Львів

З початку 2020 року увесь світ намагається боротися з пандемією коронавірусу. Новий вірус є великою проблемою і тому викликає труднощі для лікарів. На сьогоднішній день розроблені ефективні методи лікування, які постійно вдосконалюються.

В нашому опитуванні щодо використання противірусних препаратів при COVID-19 взяло участь 57 людей.

Великий відсоток опитуваних це молоді люди 20-23 роки, серед яких 61.4% навчаються, 49.1% працює.

Ризик захворювання високий адже серед респодентів 68.5% медичних працівників, які мають прямий контакт із зараженими особами.

49.1% людей, які приймали участь в опитуванні перехворіли COVID-19 в період з березня 2020 року по сьогоднішній день щонайменше 1 раз, 15.8% - 2 рази, а 8.8% впевнені, що хворіли 3 рази.

42.6% зробивши ПЛР (мазок з носу та глотки) на коронавірус дізнались про позитивний результат. Метод ПЛР полягає в значному збільшенні найменших концентрацій окремих фрагментів ДНК в досліджуваному матеріалі. Це дозволяє виявити присутність вірусу в організмі при його мінімальній концентрації.

Тривалість захворювання в середньому тривала до 14 днів. Серед людей були вакциновані двома дозами-36.4%, однією- 10.9%, також невакциновані – 52.7%, вакцинація може допомогти організму розвинути стійкість до можливої коронавірусної інфекції.

Серед тих, хто хворів на COVID-19 8.3% лікувалися стаціонарно в лікарні, 66.7% лікувалися амбулаторно (в домашніх умовах під наглядом лікаря), а 16.7% займалися самолікуванням без консультації лікаря чи провізора.

50% респодентів застосовували противірусні препарати при лікуванні Covid-19. Тривалість приймання становила до 7 днів.

Серед переліку противірусних найпоширенішими є препарати: Молнупіравір-синтетичний противірусний препарат, активний проти коронавірусів, зокрема SARS, MERS та SARS-CoV-2

Ремдесивір - синтетичний протівірусний препарат. Дозволений МОЗ України для використання в лікуванні пацієнтів з коронавірусною хворобою 2019 згідно з протоколом надання медичної допомоги таким пацієнтам

Озельтамівір-протівірусний препарат. затверджений МОЗ України протоколом "Надання медичної допомоги для лікування коронавірусної хвороби (COVID-19)».

У 66% хворих побічних ефектів пов'язаних з протівірусними ЛЗ виявлено не було.

53.5% опитуваних приймали вітаміни для підтримки імунітету та на користь здоров'ю.

З проведеного опитування можна зробити висновок, що етіологія та прояви хвороби не залежать від статі, віку людини, оскільки коронавірус передається повітряним шляхом.

Протівірусні препарати - це потужна зброя у подоланні та запобіганні негативним наслідкам COVID-19.

ЧАСТИНА II

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ, ГІГІЄНІЧНІ, КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНІ, ПСИХОЛОГІЧНІ, ПРАВОВІ ТА ОСВІТНЬО-НАУКОВІ АСПЕКТИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ БЕЗПЕКИ ПАЦІЄНТІВ

НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ, ЯК ПОТУЖНИЙ ФАКТОР ФРУСТРАЦІЇ

Живецька-Денисова А. А., Ткаченко В. Б., Воробйова І. І., Скрипченко Н. Я.

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О. М.

Лук'янової НАМН України», м. Київ

Мета: дослідити психологічні складові невиношування вагітності та визначити шляхи їх усунення.

Матеріали і методи: Рівень хронічного стресу дослідили за показниками психоемоційного напруження, стану вегетативної нервової системи, ступеня активації стрес-реалізувальних систем у вагітних із ознаками загрози переривання вагітності та репродуктивними втратами в анамнезі. Результати оцінювали за шкалами PSS, PSM-25 в адаптації Н. В. Водоп'янової, шкалою Спілбергера-Ханіна, шкалою Л. Д. Малкової, за індексом Баєвського, вмістом кортизолу у крові та сечі. Невиношування вагітності (НВ) - мультифакторне захворювання, потужний фактор фрустрації. Враховуючи, що психологічну складову можна скорегувати, в комплекс лікування НВ включили немедикаментозну стрес-протективну терапію з використанням сучасних методів корекції складової сприйнятого стресу та модифікації способу життя, а також дихальну гімнастику, психологічну та м'язову релаксацію, масаж, фізіотерапевтичні процедури. Для оцінювання якості лікування вагітних розділили на підгрупи: 1 - із застосуванням терапії, 2 - без неї.

Результати та висновки: Психоемоційний стан жінки істотно впливає на перебіг вагітності та її сценарії. В анамнезі обстежених було від 2 до 9 вагітностей; на звичне НВ страждали 35,8 % жінок. Майже в 76,3 % випадків жінки втрачали вагітність в I триместрі. Передчасні пологи в минулому відбулись у 21,2 % жінок. Від ранніх передчасних пологів всі діти мертвонароджені. Від пізніх передчасних пологів народились живі, недоношені діти, які потребували тривалої реабілітації. Інваліди дитинства - 2 (5,6 %) малюка з церебральним паралічем. Позаматкова вагітність раніше була у 5,8 % жінок. Неплідних 10,6 % пар, які неодноразово намагались завагітніти за допомогою допоміжних технологій.

Безуспішність попередніх репродуктивних спроб, неможливість народити здорову дитину від бажаної вагітності викликає страх перед наступною вагітністю. В результаті негативних переживань в жінок змінюється патопсихологічний профіль та поведінка: підвищується тривожність, прогресує

іпохондрія, знижується настрої та нервово-психічна стійкість. Від психотипу особистості, функціонування системи гормональної регуляції та тривалості стресового подразника залежить потужність стрес-індукованих розладів. В обстежених вагітних встановили високий рівень особистісної перцепції стресу - ($39,8 \pm 0,4$) бали за шкалою PSS.

Психоаналіз дозволив виявити два психотипи вагітних: А – з високим рівнем тривожності та низькою нейропсихічною резистентністю (60 %); В – урівноважені, з хорошими адаптивними здібностями, але надмірним стресовим навантаженням (40 %). Рівень тривожності безпосередньо впливає на викид стрес-реалізувальних гормонів та активацію симпато-адреналової системи. Висока тривожність, що є особистісною рисою жінок психотипу А, може бути причиною їхньої дезадаптації. Ситуативна тривожність як фізіологічна реакція на стрес, що має надмірні прояви, також може бути причиною дезадаптації у вагітних психотипу А. Середній рівень особистісної тривожності визначили у вагітних психотипу В.

Встановили, що психоемоційне напруження за шкалою PSM-25 у вагітних психотипу А та В відповідає стану дезадаптації та психологічного дискомфорту. Вагітні психотипу А з надмірним станом астенії нервової системи у II триместрі відчували найбільший психологічний дискомфорт в зв'язку з репродуктивними втратами в минулому в цей період. Помірну астенію нервової системи виявили у вагітних психотипу В.

Вищим інтегративним центром стрес-реалізувальних систем є гіпоталамус і гіпофіз, які контролюють гормональний гомеостаз. Хронічну гіперактивацію стрес-реалізуючих систем у 55,3 % жінок із НВ оцінили як напруження механізмів адаптації; у 7,9 % жінок - як незадовільна адаптація. На напружений стан стрес-реалізувальних систем в вагітних вказує високий вміст базального сироваткового кортизолу та високі показники екскреції кортизолу. Внутрішні стратегії поведінки вагітних з репродуктивними втратами виснажують механізми адаптації та негативно впливають на центральну регуляцію функціями організму, зокрема репродуктивну, внаслідок чого запускається хибне коло НВ. Формування фізіологічної домінантності вагітності та її психологічного компоненту на рівні нейрон-гормонально-імунної відповіді - фактор вдалого проходження критичних термінів вагітності та розвитку плода. Доцільно використовувати немедикаментозну стрес-протективну терапію у комплексному лікуванні НВ. Механізм дії антистресової терапії спрямований на відновлення міжсистемної регуляції та активності вегетативних відділів нервової системи для нормалізації периферійного кровообігу та тканинного дихання.

Переваги комплексної терапії НВ (1) над базовою (2):

- зниження психоемоційного напруження вагітних підгрупи А1 із різницею в 2,6 рази та вагітних підгрупи В1 в 1,6 рази проти показника підгрупи А2 та В2, ($p < 0,05$). На тлі лікування психоемоційне напруження вагітних підгрупи А1 і В1 знизилось з вкрай високого до середнього рівня, який зберігся до пологів;

- суттєве зниження тривожності вагітних підгрупи А1 з різницею в 1,7 рази та вагітних підгрупи В1 у 3,9 рази проти показника підгрупи А2 та В2, ($p < 0,05$). Після 24 тижнів тривожність вагітних підгрупи А1 і В1 була на низькому рівні;

- суттєве зниження рівня астенії у вагітних підгрупи А1 із різницею в 2,3 рази та у вагітних підгрупи В1 у 2,5 рази щодо показника підгрупи А2 та В2, ($p < 0,05$). У жінок підгрупи В1 спостерігався миттєвий ефект від терапії. У вагітних підгрупи А1 рівень астенії знижувався повільно та досяг низьких значень після 24 тижнів;

- частота НВ знизилась майже на 11 %.

Отже, стрес-протективна терапія в комплексі з патогенетичною терапією покращує сценарії вагітності. В жінок з репродуктивними втратами в анамнезі доцільно проводити прегравідарну підготовку за участю психолога для подолання психологічної складової сприйняття стресу, розширення адаптаційного потенціалу, підвищення нервово-психічної стійкості та формування позитивної орієнтації на вагітність та материнство.

PROBLEMS OF MEDICAL SAFETY OF PATIENTS WITH GENERALIZED PARODONTAL DISEASES WITH EATING DISORDERS

M.Yu. Antonenko, A.V. Borysenko, L.L. Reshetnyk

Bogomolets National Medical University, Department of Dentistry, Institute of Postgraduate Education

Introduction. According to WHO, eating disorders (ED) are extremely common and affect up to 8% of all people at some point in their lives. It is predicted that by 2030, ED according to the DALI indicator will account for up to 15% of all diseases. ED lead to changes in the functioning of all internal organs and systems of the body, therefore, in such patients, they can be one of the essential factors underlying the occurrence of generalized parodontal diseases (GPD).

Unfortunately, in our country, legal issues of mental health protection have not yet become the subject of detailed consideration in an inseparable connection with the study of physical health.

The purpose of this thesis is to clarify the problem of mental health of patients with generalized parodontal diseases with eating disorders.

Presenting main material. Indicators of the effectiveness of state policy in the field of health care are the state of mental health of people in society.

Mental health is defined as mental well-being characterized by the absence of mental illness. This ensures adequate regulation of a person's behavior and activity in certain conditions. This concept reflects not only medical and mental criteria, but also social and legal norms that regulate a person's spiritual life. People with mental disorders should enjoy the same human rights and freedoms as all other citizens. They should not be discriminated against on the basis of mental illness.

Health care legislation should ensure adequate and effective treatment for all patients, including the mentally ill. In particular, this applies to patients with GPD with ED. It should protect their right to treatment at the level of accepted standards in

medical institutions of the country. Patients who are treated in psychiatric institutions or who seek help voluntarily should be protected by the same legal and ethical rules as patients with any other type of illness.

Since there are no state prevention programs, and many such patients do not have the financial opportunity to contact private specialists, unfortunately, there is an increase in ED due to this.

Integrating mental health care into the overall health care system, especially at the primary care level, has many benefits. It is less stigmatizing for patients and staff because mental and behavioral disorders are considered and treated alongside physical health problems; improving the quality of screening and treatment, in particular, improving the accuracy of diagnosis of patients with mild somatic complaints; provision of maximum medical security to patients with GPD against the background of eating disorders.

Patient safety is a fundamental principle of medical care. Patient safety affects all areas of health care and all its participants and requires a comprehensive, multifaceted approach. The safety of the patient should be the main principle of providing medical care. Safety of mental health care is also about mental health awareness and availability of help.

Patient safety is most often defined as the maximum possible compliance of clinical results with the expectations of the doctor and the patient with minimal risk of negative consequences of treatment and diagnosis. The concept of "patient safety", like the quality of treatment, has not been developed for the provision of psychiatric care. This is caused by the fact that various interested parties make different demands on it: the state through the current legislation; patients and their relatives, public organizations; psychiatrists and other medical workers.

The security of the provision of psychiatric care must be ensured by electronic document management. The possibility of storing video materials in the electronic medical history makes the patient's medical history as objective as possible. The patient himself or his legal representatives, having watched the video recording of the conversation with the doctor, can verify the reliability of the interpretation of clinical symptoms.

Conclusions

1. Health care legislation should ensure adequate and effective treatment of all patients, including the mentally ill. This especially applies to patients with GPD at ED, as well as to protect their right to treatment at the level of accepted standards in medical institutions of the country with the integration of psychiatric services into the system of medical and social care.

2. Patient safety is a major global health concern. In our opinion, ensuring the medical safety of patients with GPD with ED will reduce the risk of negative consequences of treatment and diagnosis of such patients.

**ВПРОВАДЖЕННЯ СТРАТЕГІЇ ІНТЕГРОВАНОГО ВЕДЕННЯ
ХВОРОБ ДИТЯЧОГО ВІКУ В ПІДГОТОЦІ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ЗА
СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА - СІМЕЙНА МЕДИЦИНА»**
Марушко Ю.В. Чабанович О.В. Московенко О.Д. Марушко Т.В.
*Національний медичний університет імені О.О.Богомольця,
кафедра педіатрії ПО*

Останнім часом відбуваються глобальні зміни в сучасній медичній науці, викликані війною в Україні, пандемією COVID-19, удосконалюються методи діагностики та лікування ряду хвороб, що потребує модернізації системи підготовки майбутніх лікарів. Це співзвучно з реформуванням вищої медичної освіти та потребує більш глибоке осмислення навчального процесу.

В системі вищої медичної освіти України важливе місце посідає підготовка на післядипломному етапі лікарів-інтернів за фахом «Загальна практика – сімейна медицина». Це визначає необхідність постійного пошуку нових технологій та методик у процесі навчання на етапі інтернатури та потребує оволодіння необхідними знаннями та навиками в багатьох областях медицини.

Підвищенню якості надання медичної допомоги дітям на первинному рівні в значній мірі сприяє впровадження стратегії інтегрованого ведення хвороб дитячого віку (ІВХДВ) шляхом визначення конкретних стереотипів спостереження за дітьми на амбулаторному етапі. Основна стратегія ІВХДВ – вдосконалення організації надання первинної медичної допомоги дітям віком до 5-ти років відповідно до наказу МОЗ України від 14.09.2021 року № 1945 "Інтегроване ведення хвороб дитячого віку", рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) та Дитячим Фондом ООН.

Одним з ефективних напрямків формування професійних навиків являється моделювання конкретної клінічної ситуації, вміння проводити диференційну діагностику клінічно подібних захворювань за схожими симптомами з урахуванням оптимальних методів дослідження до обґрунтування кінцевого діагнозу та розробки схем лікування хворого в найкоротші терміни. Це досягається створенням ситуаційно-рольових або ділових ігор – ігрової імітації професійної діяльності лікаря.

Мета дослідження - вивчення ефективності засвоєння практичних навичок лікарями-інтернами, які навчаються за фахом «Загальна практика - сімейна медицина» з циклу «Педіатрія» по впровадженню принципів ІВХДВ.

Матеріали та методи. На практичних заняттях по ІВХДВ з найбільш поширеними захворюваннями органів дихання(СОД), травної (ТС) та серцево-судинної системи (ССС) оцінювали початковий рівень знань лікарів-інтернів першого року навчання методом тестування (всього 5 варіантів по 150 тестів на кожного лікаря-інтерна, по 50 тестів з вищезазначених тем). Всі тести відповідали вимогам тестування по системі КРОК-3, оцінювали результат тестування по проценту правильних відповідей.

При тестуванні з питань по СОД процент правильних відповідей склав $71,2 \pm 0,41\%$. З питань ССС - $69,0 \pm 0,34\%$, Тестування з питань СТ показало

рівень правильних відповідей $79,4 \pm 0,31\%$. Загальний процент правильних відповідей становив $73,2 \pm 0,26\%$. Після тестування проводили тематичні ділові ігри по впровадженню ІВХДВ на первинній ланці медичної допомоги дітям.

Методика підготовки та проведення ділової клінічної гри згідно принципам ІВХДВ в умовах амбулаторного прийому включала три етапи.

На підготовчому етапі визначалась тема ділової гри – моделювання та вибір конкретної клінічної ситуації, розподіл ролей та матеріальне забезпечення ведення дітей.

Під час другого етапу викладач починав ролеву ділову гру з початкової лікарської ситуації, призначав лікарів-інтернів на відповідні ролі. Всі рішення фігурантами ділової гри обговорювались та обґрунтовувались у слух. В процесі гри вводились додаткові ситуації.

На третьому етапі ділової гри викладач проводив оцінку дій і рішень кожного учасника. В обговоренні були задіяні всі члени групи, які обґрунтовували свою думку, визначали оптимальні методи реалізації кваліфікованої допомоги на амбулаторному етапі.

Після підведення підсумків за результатами ділової гри було проведено повторне тестування по системі КРОК-3. З питань по СОД відсоток правильних відповідей склав $92,4 \pm 0,36\%$, по ССС- 92% , СТ - 96% . Після тестування проводилось анкетування учасників ділової гри, де лікарі-інтерни визначали основні проблеми, які виникали під час гри, причини поведінки учасників та надавали рекомендації для отримання кращого результату визначеної ситуації

Результати та висновки. Ефективність засвоєння принципів ІВХДВ в практиці сімейного лікаря є важливою складовою його підготовки до практичної діяльності та надає додаткові можливості по підвищенню свого професійного рівня. Нами були використані нові інтерактивні методи навчання - ділові рольові ігри. Тестування знань лікарів-інтернів до та після проведення ділових рольових ігор показало підвищення рівня правильних відповідей в цілому на 20% . Особиста участь у відпрацюванні практичних ситуацій дає можливість майбутньому лікарю самостійно приймати рішення, свідомо осмислювати значення принципів ІВХДВ у практиці сімейного лікаря.

ХРОНІЧНА ВТОМА І ПРОФЕСІЙНЕ ВИГОРАННЯ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ СУЧАСНИХ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: МЕТОДИ ВИЯВЛЕННЯ ТА ШЛЯХИ ПОПЕРЕДЖЕННЯ

*Яворовський О.П.¹, Сергета І.В.², Серебреннікова О.А.², Скалецький Ю.М.³,
Паустовський Ю.О.¹, Зенкіна В.І.¹, Брухно Р.П.¹, Зінченко Т.О.¹, Кудієвський Я.В.¹
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ¹,
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця²,
ДУ "Інститут громадського здоров'я ім. О.М. Марзєєва НАМН України,
м. Київ³*

Мета: Необхідність покращення управління виробничими ризиками в закладах охорони здоров'я, в яких працівники, пацієнти та відвідувачі зазнають комплексного і поєднаного впливу шкідливих та небезпечних факторів

виробничого середовища і, передусім, виробничих ризиків, що обумовлені факторами трудового процесу (важкість, напруженість праці тощо) та сприяють формуванню втоми, хронічної втоми і професійного вигорання.

Матеріали і методи: В ході проведених на базі сучасних медичних закладів вищої освіти та закладів охорони здоров'я досліджень використовувались інформативні гігієнічні, медико-соціологічні, психофізіологічні і психодіагностичні методи та методи експертних оцінок і статистичного аналізу.

Результати та висновки: *Оптимальний рівень працездатності* людини забезпечується відповідним рівнем функціонування вищої нервової діяльності і автономної нервової системи та визначається цілим рядом умов, узгодженість яких створює їх функціональну єдність та забезпечує координуючу дію. Причому порушення координуючої і регуляційної функцій внаслідок виникнення стресових ситуацій або постійного нервово-емоційного напруження в умовах інтенсивної та тривалої праці, призводить до зниження працездатності, тобто до виникнення втоми. Втома як у разі виконання фізичної, так і у разі виконання розумової праці настає внаслідок розвитку гальмівних процесів у клітинах головного мозку. В зв'язку з цим професійно-обумовлена інтенсивна розумова праця може призвести до *втоми* та *перевтоми* у такій же мірі, як і інтенсивна професійно-обумовлена фізична праця. У цьому контексті прийнято виділяти 5 провідних станів психічного навантаження: *оптимальний стан, стан окремих зрушень (змін) у межах норми, стомлення, втома, хронічна втома (перевтома)*. Два перші стани не погіршують стан здоров'я людини, три наступні – сприяють його поступовому руйнуванню.

Стомлення становить суб'єктивне виявлення втоми, яке супроводжується відчуттям певної розбитості та ослаблення організму, небажанням працювати далі. В той же час *втома* являє собою функціональний стан організму, який характеризується тимчасовим зменшенням працездатності, погіршенням кількісних і якісних показників діяльності, що виконується, а також порушеннями координації рухів та супроводжується суб'єктивними відчуттями стомлення, відновлюючись після відпочинку. Стан втоми супроводжується відчуттям втомленості, тобто суб'єктивним вираженням процесів, які об'єктивно відбуваються в організмі. Проте важливо усвідомити, що *втома* носить *тимчасовий та зворотний характер, є процесом фізіологічним, і після відповідного відпочинку працездатність повністю відновлюється*. Із відомих структурних компонентів втоми (психологічний і фізіологічний), як правило, головним у її розвитку слід вважати саме психологічний. Тому з фізіолого-гігієнічної точки зору втома має розглядатися як складний процес, в основі якого перебуває захисна за своїм змістом реакція кори головного мозку, що обмежує працездатність людини завдяки наявності певних фізіологічних механізмів центрального (гальмування основних нервових процесів, розлади координуючої здатності центральної нервової системи, зниження інтенсивності передачі нервових імпульсів тощо) та місцевого (зменшення постачання кисню, накопичення метаболітів, виснаження енергетичних компонентів забезпечення діяльності тощо) генезу.

Якщо після праці, відпочинок є недостатнім для відновлення працездатності до початку наступного трудового періоду, а також у разі продовження роботи в такому стані, втома може накопичуватися із дня на день, реєструються ознаки її кумуляції та з'являються ознаки *перевтоми, тобто хронічної втоми*, яка, на відміну від втоми, становить патологічний стан і *не ліквідується впродовж звичайних (щоденних та щотижневих) періодів відпочинку*. Отже, *хронічна втома (перевтома)* являє собою високий ступінь втоми, при якому спостерігається суттєва невідповідність між витратами енергії організмом та процесами її поповнення, що у вираженій мірі послаблює адаптаційні можливості і знижує ступінь опірності організму до дії шкідливих чинників зовнішнього середовища, стан, який супроводжується різким зниженням продуктивності праці та потребує застосування корекційних, реабілітаційних і, навіть, лікувальних заходів.

Хронічна втома може призвести до розвитку захворювань нервово-психічного генезу: неврозів втоми, неврастенії, астенії, депресії, а також до підвищення рівня загальної захворюваності. Її провідні ознаки достатньо важко віддиференціювати від донозологічних (преморбідних, доклінічних) проявів багатьох захворювань. Найчастіше ж спостерігаються такі симптоми, як частий головний біль, підвищена дратівливість, в'ялість, швидка втомлюваність, порушення сну тощо. Наведені прояви супроводжуються функціональними порушеннями, до числа яких, передусім, відносять: астенічний синдром, вегетосудинну дисфункцію, субдепресію і депресивний стан. У свою чергу, вони можуть призвести до формування клінічних симптомів артеріальної гіпертензії, ішемічної хвороби серця, виразкової хвороби, захворювань нервової системи, психічних розладів тощо. *Характерним слід вважати і той факт, що, на відміну від втоми, фізіологічні та патофізіологічні процеси, які відбуваються в організмі внаслідок хронічної втоми, не є в повній мірі зворотними.*

Тривале перевантаження окремих органів та систем може виступати і як етіологічний фактор виникнення професійних захворювань. Крім того, перенапруження і перевтома можуть сприяти зниженню загальної реактивності організму та підвищенню неспецифічної захворюваності. Психоемоційне навантаження сприяє і формуванню *феномену професійного вигорання*, що виникає як наслідок впливу довготривалого професійно-обумовленого стресу та відзначається емоційним дискомфортом, втратою енергійності і мотивації, почуттям виснаження, підвищенням психологічного дистанціювання від роботи, що виконується, зменшенням рівня відповідальності за результати діяльності тощо.

Під час проведених досліджень визначена та запропонована до широкого використання ефективна *методика гігієнічної оцінки хронічної втоми*, призначена для діагностики донозологічних (преморбідних, доклінічних) ступенів хронічної втоми, що сприяють формуванню різноманітних патологічних станів (неврози, астенічний синдром, депресивні стани тощо) та потребують медичного втручання, психотерапевтичного впливу або психогігієнічної корекції. Встановлено, що ще одним із способів, переважно тривалого, спостереження за станом здоров'я на підставі проведення

моніторингу симптомів хронічної втоми є застосування *методики реєстрації та оцінки ступеня вираження хронічної втоми та її впливу на функціональні можливості організму*, а також *методики реєстрації соматичних та нервово-психічних проявів синдрому хронічної втоми*. Визначено, що *методика діагностики рівня професійно-обумовленого емоційного вигорання В.В. Бойка* надає можливість *системно і детально* проаналізувати рівень вираження провідних ознак (симптомів) синдрому *професійного емоційного вигорання* з урахуванням фаз, до яких вони відносяться *фази напруження, резистентності та виснаження*.

Встановлено, що до числа *основних заходів щодо підвищення працездатності та попередження хронічної втоми* слід віднести: *раціональну організацію трудового процесу; створення умов для швидкого оволодіння провідними професійно-значущими операціями і трудовими навичками; раціональну організацію режиму праці та відпочинку*.

Виявлено, що раціональний внутрішньозмінний режим праці і відпочинку становить чітко окреслене у часі чергування періодів праці та регламентованих перерв, що визначається на основі аналізу особливостей змін працездатності і передбачає скорочення стадії “входження” у роботу, яка виконується, подовження стадії максимальної стійкої працездатності та скорочення стадії зниження працездатності внаслідок розвитку втоми, забезпечуючи високу працездатність протягом тривалого часу, підвищення продуктивності праці та збереження здоров'я. Причому науковою основою для розроблення раціональних режимів праці і відпочинку є урахування динамічних особливостей формування працездатності протягом часу виконання трудової діяльності, а також наукове обґрунтування оптимального для ефективного виконання професійних обов'язків загального часу регламентованих перерв, встановлення їх кількості, визначення особливостей організації протягом робочої зміни, запровадження різноманітних форм відпочинку тощо.

Разом з тим з метою *запобігання виникнення синдрому професійного вигорання*, людина має виробити власні індивідуальні стратегії на підставі урахування таких правил, як *правило розподілу* (слід чітко розділяти професійну діяльність і особисте життя та не брати роботу додому, мати хобі, яке не стосується роботи, спілкуватися з друзями, які не є колегами по роботі), *правило зміни діяльності* (потрібно адекватно чергувати основні види власної професійної діяльності, наприклад, спілкування з пацієнтами та роботою з документами, відвідувати різноманітні тренінги тощо), а також *правило часу* (необхідно навчитися долати прояви боязкості не встигнути щось зробити або запізнитися).

Більш детально наведені матеріали представлені у методичних рекомендаціях: *“Методи виявлення хронічної втоми і професійного вигорання та шляхи їх профілактики і збереження працездатності медичного персоналу сучасних закладів охорони здоров'я”*.

ПОРУШЕННЯ ТОЛЕРАНТНОСТІ ДО ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ У ДІТЕЙ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ COVID-19

Марушко Ю.В., Дмитришин О.А., Чабанович О.В., Бовкун О.А.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

Толерантність до фізичного навантаження – це один із критеріїв якості життя, сумарний показник фізіологічних можливостей організму, що дозволяє оцінити процеси споживання кисню міокардом і міокардіальні резерви, відображає ступінь фізичної тренуваності пацієнта та його здатність переносити фізичне навантаження. Цей показник є одним із основних характеристик діяльності серцево-судинної системи та дозволяє оцінити загальний стан здоров'я.

Актуальним є питання вивчення змін толерантності до фізичного навантаження у дітей, тобто функціонального стану організму та здоров'я в цілому, внаслідок перенесеного COVID-19.

Відомо, що COVID-19 може спричиняти розвиток довготривалих і віддалених наслідків поза межами стану пост-COVID-19, які можуть чинити вплив на фізичне та психічне здоров'я дітей. Це зумовлює актуальність подібних досліджень.

Мета: визначити стан толерантності до фізичного навантаження у дітей шкільного віку, які перехворіли на COVID-19.

Матеріали і методи: у дослідженні взяли участь 35 дітей віком від 8 до 18 років, які були поділені на 2 групи. Основна група - 15 дітей, які перехворіли на COVID-19, група контролю – 20 дітей, які на COVID-19 не хворіли. Обстежуваним дітям проводилася проба з дозованим фізичним навантаженням, а саме велоергометрія за протоколом PWC 170. Було використано метод оцінки непрямого показника максимального споживання кисню ($\dot{V}O_2\max$), результат якого фіксувався при досягненні частоти пульсу 170 ударів/хвилину («золотий стандарт» визначення толерантності).

Результати та висновки: отримані результати показали, що у дітей основної групи (n=15) показник $\dot{V}O_2\max$ становив в середньому $27,64 \pm 8,2$ мл/хв/кг. Результат був значно нижчим, ніж у дітей, які не хворіли, тобто групи контролю (n=20), показник $\dot{V}O_2\max$ яких в середньому складав $48,52 \pm 7,4$ мл/хв/кг.

Також було проведено порівняння апаратного показника непрямого $\dot{V}O_2\max$ і прогнозованого $\dot{V}O_2\max$, обчисленого за формулою відповідно до протоколу PWC 170 ($\dot{V}O_2\max = 3,5 + 12 * P/m$, де P - найвища потужність, досягнута під час випробування (Вт), m – маса тіла обстежуваного (кг)). Було визначено, що у 73% дітей основної групи, які перенесли COVID-19, спостерігалися результати непрямого $\dot{V}O_2\max$ менше 90% від прогнозованого $\dot{V}O_2\max$, на відміну від дітей групи контролю. Отримані результати можуть свідчити про нераціональне використання функціональних резервів організму, а особливо серцево-судинної системи у дітей після перенесеного COVID-19.

Таким чином, результати проведеного дослідження можуть свідчити про різну ступінь зниження толерантності до фізичного навантаження у дітей після COVID-19, що вказує на погіршення стану здоров'я дітей, асоційоване з COVID-19. Дане питання є важливою клінічною проблемою, що потребує подальшого вивчення.

НАВЧАЛЬНА ДИСЦИПЛІНА “ОСНОВИ БІОЕТИКИ ТА БІОПЕЗПЕКИ” І ДОСВІД ЇЇ ВИКЛАДАННЯ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ ЗДОБУТТЯ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ У КОНТЕКСТІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЕТИЧНИХ АСПЕКТІВ БЕЗПЕКИ ПАЦІЄНТІВ ТА ОХОРОНИ ПРАЦІ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ

Сергета І.В., Шевчук Т.В., Браткова О.Ю., Теклюк Р.В., Редчиц М.А., Стоян Н.В., Ваколюк Л.М, Процюк Л.О., Краснова Л.І., Латанюк С.О., Дякова О.В., Дударенко О.Б., Дреженкова І.Л., Тисевич Т.В., Лукіна Н.Ю., Гончарук Т.І.
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця

Мета: Визначити місце навчальної дисципліни “Основи біоетики та біопезпеки” у структурі здобуття медичної освіти на підставі досвіду її викладання на різних етапах навчання у контексті забезпечення етичних аспектів безпеки пацієнтів та охорони праці медичного персоналу.

Матеріали і методи: В ході досліджень, проведених на базі Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, використовувались бібліосемантичні, гігієнічні, медико-соціологічні і психодіагностичні методи та методи експертних оцінок.

Результати та висновки: Структурні зміни у змісті медичної освіти, які відбуваються у теперішній час та є важливим компонентом трансформації сучасної системи охорони здоров'я і підготовки висококваліфікованих медичних кадрів, що спрямовані на підвищення їх конкурентоспроможності на світовому ринку медичних послуг, раціональну організацію навчального процесу у закладах вищої освіти, виведення його на якісно новий рівень та запровадження системи безперервного професійного розвитку фахівців, передбачають визначення оптимального місця біоетики у структурі підготовки сучасного лікаря та формуванні його особистості. Не менш важливим є її реалізація в існуючих реаліях її фундаментальних положень, законів і постулатів, виконання обов'язкових за своїм значенням біоетичних вимог до викладання медико-теоретично- і клінічно-значущих навчальних дисциплін тощо.

У цьому контексті потрібно відзначити, що серцевинним компонентом навчальної дисципліни “Основи біоетики та біобезпеки”, що входить до плану підготовки фахівців у галузі 22 “Охорона здоров'я”, є отримання знань, які охоплюють моральну проблематику діяльності людини в медицині та питання забезпечення процесів збереження здоров'я і життя як пацієнтів, так і медичних працівників. Саме тому її головна мета полягає в отриманні базових знань, що охоплюють моральну проблематику діяльності людини в медицині, а також питання забезпечення безпеки існування та збереження і зміцнення здоров'я. Саме тому як провідні завдання предмету слід відзначити: (1) вивчення законів,

принципів і правил регулювання професійної поведінки медичних працівників, що сприяє безпеці використання нових медичних технологій і попереджає лікарів про неприпустимість нанесення шкоди людині, її нащадків, усьому людству і біосфері в цілому; (2) формування поваги до життя та гідності здорової і хворої людини, інтереси яких завжди повинні оцінюватися вище від інтересів науки або суспільства; (3) уміння не лише ідентифікувати та аналізувати конфліктні ситуації, що виникають на перетині найактуальніших проблем медицини, біології, філософії і юриспруденції, але й визначати та знаходити ефективні шляхи їх розв'язання; (4) уміння адекватно запроваджувати існуючі етичні принципи для запобігання глобальної екологічної кризи, яка може прийняти катастрофічний і незворотний характер; (5) набуття умінь спілкуватися з колегами, хворими та їх рідними з урахуванням психологічних особливостей, сприяння створенню здорового психологічного клімату в закладі охорони здоров'я; (6) використання морально-етичних та деонтологічних принципів спілкування з хворими на інфекційні, онкологічні, хірургічні, генетичні, психічні, неврологічні захворювання тощо.

Під час засвоєння навчальної дисципліни здобувач освіти отримує знання про історичні етапи розвитку медичної етики, біоетики та нооетики; міжнародні декларації з питань медичної етики; основи біобезпеки держави; біоетичні та правові проблеми співіснування “традиційної” і “нетрадиційної” медицини; біоетичні основи професійної діяльності лікаря; моделі біоетичних аспектів спілкування між медичним працівником (лікарем) і пацієнтом та його родиною; морально-етичні принципи правдивості та інформованої згоди; біоетичні проблеми охорони психічного здоров'я пацієнтів і медичних працівників; принципи конфіденційності (лікарська таємниця), їх медико-етичні та правові аспекти; біоетичні і правові проблеми клінічних випробувань лікарських препаратів та медичних технологій.

Організація викладання основних положень біоетики на різних етапах додипломної і післядипломної медичної освіти у Вінницькому національному медичному університеті ім. М.І. Пирогова передбачає чітку реалізацію її двокомпонентної структури (додипломний і післядипломний етапи). Так, на додипломному етапі навчання біоетичний компонент професійної підготовки реалізується як через призму розгляду проблем біоетичного змісту окремих медичних дисциплін, і, передусім, в ході викладання навчальної дисципліни “Основи біоетики та біобезпеки” як обов'язкового (вибіркового) компонента освітньо-професійних програм: “Медицина”, “Педіатрія”, “Стоматологія”, “Фармація” тощо. В той же час у структурі післядипломної медичної підготовки провідним біоетичним компонентом освітнього змісту є об'єктивна інтеграція набутих знань шляхом універсалізації процесу викладання навчальної дисципліни на підставі забезпечення удосконалення діяльності біоетичних комітетів, проведення конференцій, семінарів і тренінгів з біоетичних питань, а також включення найвагоміших положень біоетичного змісту в структуру окремих дисциплін, які викладаються для аспірантів та прикріплених викладачів, зокрема у структуру навчальних дисциплін [“Написання, фінансування та управління науковими проектами, реєстрація прав](#)

інтелектуальної власності”, “Біоетичні та медико-правові основи наукових досліджень”, “Медична етика та деонтологія” тощо.

Не можна залишити поза увагою і той факт, що ефективність підготовки майбутніх фахівців з біоетичних питань потребує розв’язання цілої низки проблем та має ґрунтуватися на реалізації цілого ряду навчально-значущих принципів, а саме принципів послідовності, наступності, специфічності та інтегративності.

БЕЗПЕКА ПАЦІЄНТІВ І ЯКІСТЬ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ: ПРОБЛЕМИ ПРОФЕСІОГРАФІЧНОГО АНАЛІЗУ І КОМПЛЕКСНОЇ ОЦІНКИ ОСОБЛИВОСТЕЙ ФОРМУВАННЯ ВИСОКОЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ПРИДАТНОСТІ СТУДЕНТІВ, ЯКІ ЗДОБУВАЮТЬ СТОМАТОЛОГІЧНИЙ ФАХ

Сергета І.В., Панчук О.Ю.

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

Мета: Здійснити аналіз провідних проблем ефективного проведення професіографічного аналізу основних спеціальностей стоматологічного профілю та комплексної бальної оцінки особливостей перебігу професійної адаптації і формування високої професійної придатності студентів, які здобувають стоматологічний фах, у контексті забезпечення безпеки пацієнтів і якості надання медичної допомоги.

Матеріали і методи: В ході проведених на базі Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова досліджень використовувались гігієнічні, медико-соціологічні, психофізіологічні, психодіагностичні, психолого-педагогічні, епідеміологічні методи та методи експертних оцінок і багатовимірною статистичного аналізу.

Результати та висновки: Розглядаючи нагальні проблеми адекватного забезпечення безпеки пацієнтів і високої якості надання медичної допомоги населенню, необхідно особливу увагу приділити вихідним компонентам процесу професійного становлення майбутніх фахівців медичного профілю, ефективному проведенню професійної орієнтації та професійного відбору, запровадженню до структури цих важливих компонентів професійного становлення спеціалістів провідних елементів професіографії, і, передусім, елементів психофізіографії та психографії.

В ході наших досліджень встановлено, що до структури психофізіограм основних стоматологічних спеціальностей слід віднести широкий спектр професійно-значущих психофізіологічних функцій, що відображують особливості вищої нервової діяльності (врівноваженість і рухливість нервових процесів, швидкість простої і диференційованої зорово-моторної реакцій, сила процесів збудження і гальмування, витривалість нервової системи), психофізіологічні функції, які відображують особливості зорової сенсорної системи організму (критична частота злиття світлових миготінь, диференційований лінійний окомір, швидкість зорового сприйняття, гострота зору, та, в цілому ряду випадків, диференційована світлова чутливість) психофізіологічні функції, що

відображують особливості соматосенсорного аналізатору, і, передусім, координаційні здібності організму (загальна координація рухів, поєднана координація рухів рук, координація рухів під контролем і без контролю зору та спритність і координація рухів пальців), а також психофізіологічні функції, які відображують цілий ряд особливостей уваги, пам'яті та мислення (стійкість і концентрація уваги, логічне і практичне мислення тощо).

Натомість до структури психограм основних стоматологічних спеціальностей необхідно віднести такі особливості особистості, як низький рівень нейротизму, ситуативної (реактивної) та особистісної тривожності і, натомість, високий рівень темпу або швидкості виконання типових професійно-значущих рухів як структурної характеристики темпераментологічних проявів, низький рівень вираження іпохондричних, депресивних, істероїдних, психопатичних, паранойяльних та гіпоманічних і, в дещо меншій мірі, психастенічних та шизоїдних характерологічних проявів, а також акцентуацій характеру за дистимним і збудливим типами, високий рівень суб'єктивного контролю в галузі здоров'я і хвороби, досягнень і невдач, низький ступінь вираження астенічних і, передусім, депресивних психічних проявів, а також таких характеристик агресивних проявів особистості, як показники роздратованості, вербальної і непрямой агресії та негативізму, низький рівень вираження таких проявів емоційного вигорання, як почуття “загнаності у клітку”, явищ і проявів емоційно-забарвленого відчуття тривоги і депресії, емоційно-моральної дезорієнтації, редукції професійних обов'язків, а також низького рівня вираження психосоматичних та психовегетативних зрушень, ознак погіршення самопочуття та циклу “сон – неспання” під час виконання професійної діяльності, відсутність суттєвих емоційних зрушень як проявів погіршення самопочуття та соматовегетативних порушень тощо.

В ході досліджень науково обґрунтована ефективна, згідно із даними впроваджень, та цілком адекватна до реалій професійної діяльності лікаря-стоматолога в умовах застосування новітніх технологій методика комплексної бальної оцінки особливостей перебігу професійної адаптації та формування високої професійної придатності студентів, що здобувають стоматологічний фах у медичних закладах вищої освіти, основними етапами практичного використання якої є:

- визначення на підставі сучасних психофізіологічних, психодіагностичних та психолого-педагогічних методик ступеня вираження провідних професійно-значущих психофізіологічних функцій і особливостей особистості студентів;
- оцінка отриманих результатів у балах відповідно до даних шкал рівня вираження психофізіологічних функцій і особливостей особистості, котрі необхідні для успішного та адекватного засвоєння основних професій стоматологічного фаху;
- визначення величин показників психофізіологічної детермінанти професійної придатності студентів, що визначає рівень психофізіологічної готовності їх організму до успішного засвоєння як теоретичних, так і практичних професійно-значущих знань і умінь, а також особистісної

детермінанти професійної придатності студентів, що визначає ступінь вираження особистісних передумов до адекватного формування психічної компоненти робочого динамічного стереотипу ефективного здійснення професійної діяльності у стоматологічній галузі;

- оцінка та змістовне трактування значень показників психофізіологічної і особистісної детермінант професійної придатності студентів на підставі застосування кількісних критеріїв їх якісної оцінки;
- визначення індивідуалізованих стратегій застосування профілактичних заходів, засобів психофізіологічного впливу та психогігієнічної корекції зрушень, відхилень та змін, які мають місце.

ВИЗНАЧЕННЯ ІНОТРОПНОГО РЕЗЕРВУ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ВЕЛОЕРГОМЕТРІЇ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА ОЖИРІННЯ

Марушко Ю.В., Костинська Н.Г., Чабанович О.В.

НМУ ім. О.О. Богомольця, місто Київ

Мета: дослідити інотропний резерв у дітей шкільного віку хворих на артеріальну гіпертензію та ожиріння за допомогою серцево-легеневого тестування з фізичним навантаженням.

Матеріали і методи: в дослідженні взяло участь 95 дітей віком від 9 до 18 років. Усіх дітей було розділено на чотири групи: перша (n=18) - діти з нормальними артеріальним тиском (АТ) і масою тіла; друга (n=39) - із стабільною артеріальною гіпертензією (АГ) і нормальною масою тіла; третя (n=20) - із нормальним АТ та ожирінням; четверта (n=18) - з стабільною АГ та ожирінням. Інотропний резерв визначалися за допомогою велоергометрії (ВЕМ) із ступінчастим дозуванням навантаження. В якості головної змінної дослідження прийнято індекс інотропного резерву.

Обробка отриманих результатів проводилась за допомогою програми MedStat (Лях Ю.Є., Гур'янов В.Г.). Результати дослідження представлені у вигляді середнього значення (\bar{X}) та середнього квадратичного відхилення (SD). Для порівняння середніх значень проводилось попарне порівняння в групах з використанням критерія Стьюдента.

Результати та висновки. Найвищі показники індексу інотропного резерву спостерігались в групі дітей з нормальними АТ та масою тіла (табл.1). Дещо нижчими були показники в групі дітей з АГ та нормальною масою тіла. Хоча статистичної різниці між першою та другою групою не виявлено ні серед хлопчиків, ні серед дівчаток, однак спостерігалася тенденція до зниження показників при наявності захворювання. Більш виражене зниження індексу інотропного резерву спостерігалось в групі дітей з нормальним АТ та ожирінням. В третій групі дослідження серед хлопчиків показники відрізнялись від першої групи на рівні значимості $p=0,004$, серед дівчаток – $p=0,043$. Показники третьої групи дослідження (серед хлопчиків) відрізнялись від показників другої групи дослідження на рівні значимості $p=0,012$. Найнижчими

були показники індексу інотропного резерву в групі дітей з поєднанням АГ та ожиріння. Серед хлопчиків різниця між показниками першої та четвертої групи відмічалась на рівні значимості $p < 0,001$, між другою та четвертою – $p = 0,003$. Між третьою та четвертою групами достовірної різниці не було, однак спостерігалась чітко виражена тенденція до зниження показників у дітей з поєднанням двох захворювань. Серед дівчаток статистично достовірною різницею відмічалось між першою та четвертою групою ($p = 0,007$), однак між іншими групами достовірної різниці не було, що може бути пов'язано з невеликою вибіркою.

Табл.1 Середні показники індексу інотропного резерву в групах за результатами ВЕМ, ум.од.

	Хлопчики	Дівчатка
Група 1	0,38±0,12	0,50±0,22
Група 2	0,36±0,21	0,33±0,19
Група 3	0,23±0,08	0,23±0,10
Група 4	0,19±0,10	0,20±0,08

Отже, при наявності у дитини артеріальної гіпертензії, ожиріння, або поєднання цих захворювань спостерігається зниження індексу інотропного резерву, що свідчить про зниження судинного компоненту функціональних резервів організму.

НАПРЯМИ ОПТИМІЗАЦІЇ КОНЦЕПЦІЇ ВІДПОВІДАЛЬНОГО САМОЛІКУВАННЯ В УКРАЇНІ

Трофімова Т. С.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

Мета: дослідити сучасний стан проблеми реалізації лікарських засобів в аптеках, взаємодії провізора (фармацевта) і пацієнта при відповідальному самолікуванні.

Матеріали і методи: був здійснений аналіз вітчизняних та міжнародних наукових даних в ряді електронних джерел і пошукових системах, дотичних даній проблемі.

Результати та висновки: попри об'єктивну необхідність запровадження концепції відповідального самолікування, сучасний етап характеризується загостренням низки проблем, пов'язаних із поширенням практики самолікування серед населення України. Це зумовлено як лібералізацією нормативно-правової бази, яка розширює перелік лікарських засобів (ЛЗ), які дозволяється відпускати без рецепта через аптеки, а також активізацією промоційної діяльності фармацевтичних підприємств, доступністю інформаційних ресурсів, через які населення отримує інформацію про ЛЗ та можливості їх застосування тощо.

Серед причин які спонукають членів сімей до самолікування, у 37% випадків - це підвищення артеріального тиску (АТ). З цими даними корелюють і результати аналізу структури невідкладних станів, при яких лікарі загальної практики - сімейної медицини (ЗП-СМ) надають допомогу в амбулаторних умовах. Найбільш питому вагу, яка постійно зростає, має такий невідкладний стан, як "гіпертензивний криз", для профілактики якого вирішальне значення має регулярна фармакотерапія артеріальної гіпертензії (АГ).

Своєчасно призначена довготривала гіпотензивна терапія дозволяє контролювати артеріальний тиск і сприяє зменшенню ризику розвитку основних ускладнень.

В рамках складної системи взаємин: "пацієнт-його родичі-лікар ЗП-СМ-працівник аптеки (провізор/фармацевт)-суспільство" нелегко буває розмежувати, з яким саме компонентом системи пов'язана дія того чи іншого фактору. І все ж таки ключовою ланкою в цій системі є трикутник пацієнт-лікар ЗП-СМ-провізор.

Саме на лікарі ЗП-СМ і провізорі лежить відповідальність за результати лікування. Їх завданням є заохочення позитивного та нейтралізація негативного впливу факторів ризику, а також формування у населення менталітету, спрямованого на завчасну турботу про своє здоров'я.

Особливу увагу слід звернути на те, що дослідити перебіг АГ у пацієнтів має змогу саме лікар ЗП-СМ: індивідуалізований підхід за умов дотримання стандартів (протоколів) лікування. Крім того, в умовах інтенсивного впровадження сімейної медицини вирішального значення набуває процес раціонального використання ЛЗ.

В Україні значна частина ЛЗ в аптеках реалізується без рецепта лікаря, що призводить до неконтрольованого споживання ліків, сприяє поліфармації, веде до зростання ризику побічних ефектів медикаментозної терапії.

Раціональне використання ЛЗ суттєво залежить від їх статусу, тобто категорії відпуску із аптеки. Умовою виконання рецептом своїх функцій є формування у правовому полі відповідної нормативно-правової бази, яка регулює обіг ЛЗ.

На даний час основою стандарту обслуговування пацієнта згідно із Концепцією розвитку фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я України є Протоколи провізора (фармацевта) та алгоритми бесіди провізора з відвідувачем аптеки.

Висновки

Співпраця лікаря загальної практики-сімейної медицини з працівником аптеки (провізором/фармацевтом) є оптимальним форматом їх взаємовідносин, сприяє вирішенню задач соціального, клінічного і економічного характеру.

ЕКОНОМІЧНІ ВАЖЕЛІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ БЕЗПЕКИ ПАЦІЄНТІВ І ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Кожемякіна Т.В., Кожемякін М.О.

НМУ імені О.О. Богомольця, м. Київ

Мета: дослідити можливості застосування економічних важелів як факторів цілеспрямованого впливу на діяльність медичного закладу з метою забезпечення безпеки пацієнтів та високого рівня якості надання медичної допомоги.

Матеріали і методи: дослідження проводиться на основі використання загальнодоступних матеріалів щодо правових та економічних аспектів функціонування закладів охорони здоров'я в Україні із застосуванням загальнонаукових методів дослідження, таких як аналіз і синтез, індукція і дедукція.

Результати та висновки: Кожна людина в своєму житті рано чи пізно стикається із необхідністю отримання медичної допомоги. За даними ВООЗ, 40% пацієнтів, що отримують допомогу на первинному та амбулаторному рівнях, стикаються із проблемами в лікуванні, пов'язаними із неналежним діагностуванням, призначенням та використанням лікарських засобів. Таким чином, недотримується ключовий принцип надання медичної допомоги – не завдай шкоди. ВООЗ оцінює витрати, заподіяні помилками в лікуванні у 42 млрд. \$ США на рік. І це, не враховуючі моральну складову шкоди, яку відчувають пацієнти, що зазнали не вірного лікування. Саме тому питання безпеки пацієнтів для багатьох країн світу є одним із національних пріоритетів.

Таким чином, питання підвищення рівня безпеки надання медичної допомоги є на сьогодні вельми актуальним.

Метою даної статті є пошук можливостей підвищення безпеки та якості надання медичної допомоги через застосування економічних важелів в управлінні діяльністю лікувальних закладів. [1]

У 2004 році ВООЗ надав наступне визначення поняттю безпеки пацієнтів. Безпека пацієнта (patient safety) – це зниження ризику непотрібної шкоди, пов'язаної з доглядом за здоров'ям, до прийнятного мінімального рівня. Цей мінімальний рівень визначається колективними уявленнями про сучасні поточні знання та доступні ресурси, включаючи контекст, у якому надавався догляд із врахуванням ризиків відсутності лікування чи альтернативного лікування. [2, р. 16]

Міжнародна фармацевтична федерація під безпекою пацієнтів розуміє їх захищеність від випадкової шкоди, яка може бути надана в процесі надання медичної допомоги. [1]

Carayon P., Wood K. E. (2009) зазначають, що безпека пацієнтів є глобальною проблемою, яка включає як людський фактор, так і процесну складову. Вони акцентують увагу на тому, що якісне вирішення проблеми полягає у поєднанні зусиль наук про охорону здоров'я та системної інженерії. Обидві складові вимагають виваженого та економного фінансування, яке полягає у створенні системи стимулів, націлених забезпечення на якісної трансформації. Лише тоді редизайн системи буде відповідати прагненням як окремого пацієнта так і усього суспільства. [3]

Сполучені Штати Америки, навіть, мають спеціальну інституційну одиницю, яка обіймається питаннями безпеки пацієнтів, це Національна координаційна рада США з реєстрації та попередження медичних помилок (US National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention).

Близьким за змістом поняттям до безпеки пацієнтів є якість медичної допомоги.

Якість медичної допомоги (quality of care) визначається ВООЗ як «межі, в яких надаються послуги охорони здоров'я окремим особам та населенню з метою покращення бажаних результатів. Для того щоб досягнути цієї мети, охорона здоров'я повинна бути безпечною, ефективною, вчасною, результативною, рівною та орієнтованою на людину» [4, с. 37].

Таким чином, безпека пацієнтів є однією зі складових якості медичної допомоги. Якість медичної допомоги може бути представлена, як функція від усіх складових:

$$QoC = F \{PS; Ef; PF; TL; AS\} \quad (1)$$

де QoC - quality of care, якість медичної допомоги;

PS – patient safety, безпека пацієнта;

Ef – efficiency, ефективність, як співвідношення результатів та витрат на їх досягнення;

PF - performance, результативність;

TL - timeliness, своєчасність;

AS - accessibility, доступність;

Як відзначають науковці, якість медичної допомоги значною мірою залежить від застосовуваної моделі фінансування роботи медичних закладів. [2, р. 47]

Кожна складова якості медичної допомоги є також багатоелементною величиною, що залежить від багатьох факторів. І більшість факторів має в своїй основі людську складову, що вимагає застосування відповідних економічних важелів для стимулювання досягнення високого рівня якості медичної допомоги [5].

Література:

1. Москаленко Р. Безпека пацієнтів, або Як забезпечити безпеку охорони здоров'я? / Інтернет-видання Аптека online.ua. URL: <https://www.apteka.ua/article/565744>]

2. Auraeni A., Slawomirskii L., Klazing N. (2018) The economics of patient safety in primary and ambulatory care. Flying blind. URL: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/baf425ad-en.pdf?expires=1657453717&id=id&accname=guest&checksum=4CA2006A8951E626203A61C71F051EBD>, p. 16

3. Carayon P., Wood K. E. (2009) Patient safety. Information Knowledge Systems Management, vol. 8, no. 1-4, pp. 23-46

4. Центри передового досвіду первинної медичної допомоги. Посібник/Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». Київ, 2020. – 154 с.

5. Економіка охорони здоров'я: Підручник / За заг. ред. д.м.н., проф. Парія В.Д.; Національний медичний університет імені О.О. Богомольця. Житомир: ТОВ «Видавничий дім «Бук-Друк»», 2021. 288 с.

ЗАВДАННЯ ІНФЕКЦІЙНОГО КОНТРОЛЮ У СТВОРЕННІ БЕЗПЕЧНОГО ЛІКАРНЯНОГО СЕРЕДОВИЩА

Петрусевич Т.В., Зубленко О.В.

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

В Україні, за даними офіційної статистики, в 2018 р. показник поширеності інфекцій, пов'язаних з наданням медичної допомоги (ІНМД) становив 0,04%, в 2019 р. – 0,035%. Проведений в 2021 р. дозорний епідеміологічний нагляд одномоментності поширення ІНМД за методологією ECDC виявив, що поширеність ІНМД у відділеннях з високим ризиком склала 10%. Таким чином, дані офіційної статистики в Україні не відображають об'єктивної ситуації з розповсюдження ІНМД. Система епідеміологічного нагляду за цими інфекціями не відповідає сучасним загальносвітовим практикам та відсутній алгоритм визначення випадків ІНМД.

Стандартизовані підходи до впровадження профілактики ІНМД та інфекційного контролю (ІК) в закладах охорони здоров'я, мають на меті підвищити якість надання медичних послуг і здійснення догляду за пацієнтами. Введений в дію Наказ МОЗ України №1614 від 03.08.2021 р. «Про організацію профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я та установах/закладах надання соціальних послуг/соціального захисту населення» є суттєвим кроком на шляху вирішення питання створення безпечного лікарняного середовища. Цим документом запроваджуються сучасні підходи до профілактики, епідеміологічного нагляду та обліку ІНМД.

Мета: вивчити основні положення та принципи впровадження Наказу з профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я.

Матеріали і методи: У роботі використано законодавчі документи МОЗ України, данні Центру громадського здоров'я МОЗ України, рекомендації ВООЗ. Основний документ вивчення – Наказ МОЗ України «Про організацію профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я та установах/закладах надання соціальних послуг/соціального захисту населення» від 3 серпня 2021 р. № 1614, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 11 жовтня 2021 р. за № 1320/36942 (Наказ №1614).

Результати та висновки: Наказ №1614 започатковує розбудову системи епідеміологічного нагляду за ІНМД, що відповідає найкращому світовому досвіду. Наказ №1614 відображає 8 компонентів інфекційного контролю, рекомендованих ВООЗ: програма ІК; керівництво з ІК; тренінги та освіта з ІК; епіднагляд за ІНМД; мультимодальні стратегії для імплементації ІК; моніторинг, аудит та зворотній зв'язок; персонал, зайнятість ліжок; умови, матеріали, обладнання для ІК (інфраструктура).

За рутинний епідеміологічний нагляд у закладах охорони здоров'я відповідатиме окремий структурний підрозділ – відділ з інфекційного контролю (ВІК). Обов'язковий мінімум працівників, що мають входити до складу ВІК закладу охорони здоров'я (ЗОЗ), який надає стаціонарну допомогу: лікар-епідеміолог (госпітальний епідеміолог); помічник лікаря-епідеміолога (мінімум один на кожні 250 ліжок); клінічний провізор (координатор з адміністрування антимікробних препаратів); сектор з поліпшення гігієни рук/працівники, які виконують функції координатора з гігієни рук, його заступника, інструктора/тренера, спостерігача, спеціаліста зі збору та аналізу даних лікар будь-якої лікарської спеціальності (координатор навчання і підготовки з профілактики інфекцій та інфекційного контролю (ПІК)); статистик.

Головні завдання ВІК організувати ПІК для запобігання поширення ІПНМД, мультирезистентних мікроорганізмів (МРМ) та формування культури безпеки в ЗОЗ. Для реалізації цих завдань необхідні наступні дії: розробка і впровадження заходів з профілактики інфікування; розробка планів, програм та механізмів звітування; надавання консультації щодо закупівлі обладнання і витратних матеріалів для профілактики інфекцій та ІК; розробка, навчання і підготовка працівників, проведення моніторингу і оцінки ризиків розповсюдження інфекційних захворювань.

Для якісного, ефективного та безпечного виконання рутинних операцій фахівці ВІК розробляють стандартні операційні процедури (СОП). СОПи засновані на даних доказової медицини та адаптовані до роботи у ЗОЗ, вони мають чіткий алгоритм виконання процедури. Кожний СОП потребує оцінювання ризику ІПНМД, пов'язаного з кожною процедурою в конкретному закладі та пристосуванням процесів під потреби ланок медичної допомоги, пов'язаних з найбільшим ризиком. СОП затверджують після проведення навчання персоналу та відпрацювання практичних навичок.

Епідеміологічного нагляду потребують ІПНМД, а саме девайс-асоційовані (катетер-асоційовані інфекції кровотоку, катетер-асоційовані інфекції сечової системи, вентилятор-асоційовані пневмонії) та інфекції області хірургічного втручання. В Наказі №1614 представлені форми збору даних щодо цих інфекцій, які підлягають моніторингу та оцінки. Своєчасне виявлення та діагностика МРМ запобігатиме виникненню нових випадків захворювання з медикаментозною резистентністю, що в свою чергу буде сприяти зменшенню тривалості та вартості лікування. Існує достатня кількість епідеміологічних доказів того, що МРМ передаються від одного пацієнта до іншого через руки медичного персоналу, тому гігієна рук персоналу є важливим компонентом ІК.

В основу документу покладений мультимодальний підхід, який дозволяє створити ефективні заходи ІК і передбачає п'ять кроків: створення інфраструктури, навчання персоналу, перевірка виконання, зробити заходи з ІК зручними, створення корпоративної культури. Мультимодальні стратегії, які покладені в основу наказу, рекомендовані для впровадження будь-яких заходів з інфекційного контролю й спрямовані на підвищення рівня безпеки лікування пацієнтів.

Наказ №1614 відображає понад 90% рекомендацій ВООЗ у сфері ІК. Для впровадження документу у ЗОЗ необхідні значні ресурси які слід інвестувати в інфраструктуру закладів, навчання персоналу, а також додаткові кадри, зокрема епідеміологів, які займатимуться цією справою. Сучасна система ІК спрямована на створення безпечного лікарняного середовища як для пацієнтів так і для персоналу. Ефективність двадцятирічного досвіту організації роботи ІК в практиці охорони здоров'я країн Європейського регіону має спонукати до скорішого впровадження системи з ІК в Україні на національному рівні.

СТАНДАРТИЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЯК ОДИН З ОСНОВНИХ МЕХАНІЗМІВ УПРАВЛІННЯ ЇЇ ЯКІСТЮ

Гуленко О.І., Рубцова Є.І., Шилкіна О.О.

Державне підприємство «Державний експертний центр МОЗ України»

Мета: Побудова якісної та ефективної системи стандартизації медичної допомоги на основі використання методик з розробки клінічних настанов, стандартів та уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги на засадах доказової медицини.

Матеріали і методи:

Наказом МОЗ України від 28 вересня 2012 року № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313 затверджено Методики розробки та впровадження медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) медичної допомоги та системи індикаторів якості медичної допомоги (далі - Методики) відповідно до яких визначено механізм розробки та впровадження науково-обґрунтованих стандартів медичної допомоги (далі - СМД) та уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги (далі – УКПМД) з метою забезпечення якості, доступності та ефективності медичної допомоги на основі принципів наступництва та безперервності надання, упорядкування та виключення дублювання медичних втручань та процедур, застосування медичних технологій та лікарських засобів з науково доведеною ефективністю. Процес розробки здійснюється з дотриманням принципу багато(між)- дисциплінарного підходу за окремою темою – медичною проблемою, а не за лікарською спеціальністю, що забезпечує комплексний підхід до надання медичної допомоги пацієнту з конкретним захворюванням.

Результати та висновки:

Стандартизація медичної допомоги є одним з основних механізмів управління її якістю поряд з акредитацією медичних закладів, ліцензуванням медичної діяльності, кваліфікаційними вимогами до медичних працівників.

Сучасна медична практика вимагає від лікаря використання тільки найнадійніших доказів, від пацієнта – активної поінформованої участі в профілактичних програмах та під час надання медичної допомоги. Запроваджені в Україні методичні підходи до розробки та впровадження

медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги (далі - МТД) повністю відповідають сучасним міжнародним підходам, зокрема і рекомендаціям Комітету Ради Міністрів ЄС, щодо створення на засадах доказової медицини національних клінічних настанов, стандартів та протоколів медичної допомоги.

Комплект МТД включає: клінічну настанову (далі - КН) - джерело доказової інформації про найкращу клінічну практику, галузеві стандарти (СМД та УКПМД), які розробляються відповідно до пріоритетів системи охорони здоров'я для найбільш актуальних медичних проблем. До роботи мультидисциплінарної робочої групи передбачено залучення пацієнтів або їх представників, що забезпечує максимальне врахування інтересів пацієнтів. Важливими етапами роботи, що сприяють прозорості та відкритості всього процесу, є зовнішнє рецензування та відкрите громадське обговорення розроблених МТД. Методикою передбачено їх оновлення – періодичне та позапланове (за необхідності, якщо з'являються нові наукові дані щодо доведеної ефективності медичних втручань).

Досягнення рівня медичної допомоги, визначеного галузевими стандартами, об'єктивна оцінка клінічної та медико-економічної ефективності медичної допомоги, безперервне поліпшення її якості, скорочення небажаних змін якості у сфері медичного обслуговування; запобігання непотрібним клінічним заходам та непотрібним витратам здійснюється за допомогою створення системи індикаторів якості медичної допомоги. Впровадження галузевих стандартів передбачає розробку медичними закладами клінічних маршрутів та супроводжується поточним та періодичним клінічним аудитом, результати якого разом з накопиченням нових доказових даних зумовлюють перегляд поточних документів.

Слід зазначити, що впродовж майже десяти років, після затвердження Методик, постійно триває процес розробки та оновлення МТД. Станом на серпень 2022 року наказами МОЗ України затверджено 131 галузевий стандарт у сфері охорони здоров'я (з них СМД – 23, УКПМД - 108), розроблені на основі 106 КН; всі документи розміщено у Реєстрі медико-технологічних документів, який ведеться Державним експертним центром МОЗ України (https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/).

На сьогодні здійснюється робота зі створення МТД за багатьма важливими для системи громадського здоров'я напрямками, серед яких онкологічні, серцево-судинні захворювання, педіатрія та неонатологія, акушерство та гінекологія, орфанні захворювання та інші напрями, що в свою чергу сприяє створенню системи надання доступних високоякісних медичних послуг на рівні держави, оскільки на основі положень МТД формується пакет фінансового забезпечення державних гарантій Національною службою здоров'я України.

Таким чином, комплексний підхід до розробки МТД на засадах доказової медицини, запроваджений в Україні, забезпечує керованість всієї системи надання медичної допомоги, надає можливість організаторам охорони здоров'я всіх рівнів здійснювати управління якістю медичної допомоги, медичним

працівникам отримати дієвий інструмент, за допомогою якого забезпечується належне виконання їх професійних обов'язків, а пацієнтам - доступ до якісних медичних послуг.

ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ЗА ПРАВОПОРУШЕННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Бабкіна Олена Петрівна

¹Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

²Київське міське клінічне бюро судово-медичної експертизи

Актуальність. В низці нормативно-законодавчих документів України зазначено, що у разі порушення законних прав і інтересів громадян/пацієнтів у сфері охорони здоров'я відповідні державні, громадські або інші органи, установи та організації, їх посадові особи і громадяни зобов'язані вжити заходів щодо поновлення порушених прав, захисту законних інтересів та відшкодування заподіяної шкоди. Судовий захист права на охорону здоров'я здійснюється у порядку, встановленому законодавством.

Метою статті є аналіз і узагальнення аспектів щодо відповідальності медичних працівників за порушення законних прав і інтересів громадян/пацієнтів у сфері охорони здоров'я.

Обговорення. Непрофесійні дії медичного персоналу можуть бути підставою для притягнення лікаря або іншого медичного працівника до адміністративної, дисциплінарної або кримінальної відповідальності. Кримінальна відповідальність лікаря настає за злочини, передбачені в Кримінальному Кодексі (КК) України. Відносно медичних працівників злочином буде таке їх небезпечне діяння або бездіяльність, що призводять до шкоди здоров'я окремої особи або групи населення, а саме: ненадання допомоги хворому; незаконне проведення абортів; умисне або необережне ушкодження; умисне або необережне вбивство, тощо. Законодавство України, а також відомчі нормативні акти Міністерства охорони здоров'я зобов'язують медичних працівників надавати медичну допомогу особам, які постраждали від нещасних випадків або раптово захворіли в будь-який час і в будь-якому місці. Відповідальність за ненадання без поважних причин допомоги хворому медичним працівником, який зобов'язаний, згідно з установленими правилами, надати таку допомогу, якщо йому завідомо відомо, що це може мати тяжкі наслідки для хворого, передбачена в *статті 139 КК*. Ненадання медичної допомоги хворому виражається в тому, що лікар або інший медичний працівник не виконує в конкретних умовах дій, які спрямовані на порятунок життя або полегшення страждань хворого. Це можуть бути дії як безпосередньо медичного характеру (зупинка кровотечі, штучне дихання і т.д, так і в подальших діях (доставка в лікувальний заклад, виклик швидкої допомоги і т.д.). Поважними причинами ненадання медичної допомоги можуть бути такі: хвороба або крайня перевтома медичного працівника, неможливість в момент виклику залишити іншого важкохворого.

В останній час значно збільшилась кількість кримінальних проваджень, внесених до Єдиного реєстру досудових розслідувань за ознаками кримінального правопорушення, передбаченого ч. 1 ст. 140 КК України з приводу неналежного виконання своїх професійних обов'язків медичними працівниками внаслідок недбалого та несумлінного ставлення до своїх професійних обов'язків, що досить часто призводить до тяжких наслідків у пацієнтів. Ці наслідки можуть виражатися в смерті хворого, заподіянні шкоди хворому у вигляді ушкоджень різного ступеня тяжкості. Якщо наслідком протиправних дій лікаря при виконанні ним професійних обов'язків буде смерть хворого, лікар може бути притягнутий до відповідальності за *статтею 115* (умисне вбивство), за *статтею 119* (вбивство через необережність). Якщо ж наслідки неправомірних дій лікаря обмежуються різним ступенем шкоди здоров'я, лікар несе відповідальність за умисне або необережне заподіяння тяжких, середньої тяжкості або легких тілесних ушкоджень (*статті 121, 122, 125*).

Відповідальність за умисне або необережне вбивство, а також за заподіяння тілесних ушкоджень, може наступити в результаті незаконного застосування деяких нових методів діагностики і лікування. У медичній практиці дозволяється застосування тільки таких методів діагностики, лікування і профілактики, які дозволені Міністерством охорони здоров'я України. Наприклад, до даної групи злочинів відноситься зараження пацієнтів ВІЛ-інфекцією. Небезпека при цьому полягає в тому, що інфікована людина може тривалий час не знати про це і при недотриманні правил обережності складати небезпеку для оточуючих (*стаття 130*). Незаконне проведення абортів (*стаття 134*) полягає в діях, які зводяться до переривання вагітності у жінки іншою людиною, яка не має спеціальної медичної освіти. Закон передбачає штучне переривання вагітності. Проведення абортів дозволено тільки в лікувальних установах. Всі інші випадки проведення абортів вважаються незаконними і кримінальними. Кримінальна відповідальність не настає тільки в тих випадках, коли медичний працівник, який проводив аборт, діяв в умовах крайньої необхідності, тобто робив цю операцію за життєвими показаннями.

Відповідальність за порушення прав пацієнта у вигляді проведення клінічних випробувань лікарських засобів без письмової згоди пацієнта або його законного представника, або стосовно неповнолітнього чи недієздатного, якщо ці дії спричинили смерть пацієнта або інші тяжкі наслідки передбачені *статтею 141* КК України. Також існує низка статей, в яких передбачена кримінальна відповідальність за інші злочини, а саме: *стаття 142*: Незаконне проведення дослідів над людиною (незаконне проведення медико-біологічних, психологічних або інших дослідів над людиною, якщо це створювало небезпеку для її життя чи здоров'я); *стаття 143*: Порушення встановленого законом порядку трансплантації анатомічних матеріалів людини (умисне порушення встановленого законом порядку застосування трансплантації анатомічних матеріалів людини, що спричинило істотну шкоду здоров'ю потерпілого; вилучення у людини шляхом примушування або обману її анатомічних

матеріалів з метою їх трансплантації; дії, передбачені частиною другою цієї статті, вчинені щодо особи, яка перебувала в безпорадному стані або в матеріальній чи іншій залежності від винного, незаконна торгівля анатомічними матеріалами людини); *стаття 144*: Насильницьке донорство (насильницьке або шляхом обману вилучення крові у людини з метою використання її як донора).

Кримінальна відповідальність за незаконне розголошення лікарської таємниці (умисне розголошення лікарської таємниці особою, якій вона стала відома у зв'язку з виконанням професійних чи службових обов'язків, якщо таке діяння спричинило тяжкі наслідки) передбачена *статтею 145*.

Порушення правил виробництва, виготовлення, переробки, зберігання, обліку, відпуску, реалізації, продажу, розподілу, перевезення, пересилання, придбання, використання, ввезення або вивезення, знищення наркотичних речовин або психотропних засобів і т.д. - кримінальне діяння за *статтями 307-320*. До кримінальних злочинів проти здоров'я населення відносяться: порушення правил боротьби з епідемією (*стаття 325*). При цьому варто зазначити, що лікар несе кримінальну відповідальність як у разі неналежного виконання встановлених санітарно-гігієнічних і протиепічних правил, так і в разі їх невиконання, тобто, в результаті власної бездіяльності.

Найбільш частим посадовими злочином є зловживання владою або своїм службовим становищем (*стаття 364*). Наприклад, при визначенні непрацездатності, інвалідності, придатності до військової служби і т.д. Перевищення влади і службових повноважень (*стаття 365*) стосовно діяльності медичних працівників виявляються в діях, що входять в компетенцію вищої посадової особи, дії, які можуть бути здійснені лише колегіально і т.д. Службове підроблення – це внесення службовою особою до офіційних документів завідомо неправдивих відомостей, інше підроблення документів, а також складання і видача завідомо неправдивих документів (*стаття 366*). Відносно медичних працівників такими документами можуть бути історії хвороби, медична книжка, амбулаторний журнал, різні медичні довідки і т.д.

Висновки. Отже, можна певно стверджувати, що дотримання законних прав і інтересів громадян/пацієнтів у сфері охорони здоров'я є одним із першочергових завдань держави та закріплено на законодавчому рівні. МОЗ України, як і інші міністерства розробляє і реалізує комплексні заходи щодо поліпшення умов надання медичної допомоги населенню. Судовий захист права на охорону здоров'я здійснюється у порядку, встановленому законодавством. Своєчасна діагностика, правильно обрана тактика і методи лікування, індивідуальний підхід до кожного хворого, використання нових технологій значно підвищить якість лікувально-профілактичної роботи та зменшить кількість кримінальних проваджень та судових справ відносно медичних працівників.

НОРМАТИВНО-ПРАВОВА БАЗА З ХІМІЧНОЇ БЕЗПЕКИ ЯК СКЛАДОВА ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНИХ ФАХІВЦІВ

Іщенко А.А., Яніцька Л.В., Горкуненко О.О.

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

Мета: дослідити нормативно-правову базу з хімічної безпеки та виокремити міжнародні та національні стандарти щодо роботи, поводження, утилізації хімічних речовин; обґрунтувати необхідність їх використання під час навчального процесу підготовки фахівців медичної галузі.

Матеріали та методи. У роботі використано комплекс теоретичних методів дослідження (аналіз, синтез, порівняння, узагальнення, класифікація, систематизація) з метою опрацювання нормативно-правової бази з хімічної безпеки.

Професійна підготовка медичних працівників, передбачає опанування дисциплін природничого циклу з хімічним спрямуванням. Вивчення хімічних дисциплін не можливе без практичної складової – хімічного експерименту. Навчальна робота в хімічних лабораторіях під час виконання практичних робіт, експериментальних досліджень ґрунтується на розумінні та дотриманні правил щодо проведення лабораторно-практичної роботи, поводження, утилізації хімічних речовин.

Питання поводження з хімічними речовинами регулюються низкою нормативно-правових документів: Базельська, Роттердамська, Стокгольмська конвенції; Узгоджена на глобальному рівні система класифікації та маркування хімічних речовин; Міжнародна програма з хімічної безпеки; Стратегічний підхід до міжнародного регулювання хімічними речовинами; Глобальний план дій; Програма Організації Об'єднаних Націй (ООН) з навколишнього середовища.

Результати та висновки:

На основі аналізу нормативно-правої бази у галузі хімічної безпеки виокремлюємо уніфіковані відповідно до міжнародних вимог національні документи, які регламентують основні правила щодо роботи в хімічній або фармацевтичній лабораторії:

- ДСТУ ГОСТ 30333:2009 «Паспорт безпечності хімічної продукції. Загальні вимоги»;
- ДСТУ ГОСТ 31340:2009 «Попереджувальне маркування хімічної продукції. Загальні вимоги».

ДСТУ ГОСТ 30333:2009 «Паспорт безпечності хімічної продукції. Загальні вимоги» – встановлює вимоги щодо структури та інформації наявної в паспорті безпеки хімічної продукції. Паспорт безпеки (Material Safety Data Sheet – MSDS) – міжнародний документ, що містить інформацію про безпечність промислового використання, зберігання, транспортування та утилізації хімікатів, а також їх застосування у побуті. MSDS є складовою технічної документації на хімічну продукцію (речовину, суміш, матеріал, відходи промислового виробництва). Паспорт безпеки містить інформацію про хімічну продукцію представлену у 16 розділах: ідентифікація речовини (суміші та

сплаву) та дані про виробника або імпортера; ідентифікація небезпеки; склад речовини, суміші або сплаву; заходи першої допомоги; заходи та засоби забезпечення пожежної безпеки; заходи щодо попередження та ліквідації аварійних та надзвичайних ситуацій та їхніх наслідків; правила зберігання речовин (сумішей, сплавів) та поводження з ними; засоби контролю щодо небезпечного впливу та засоби індивідуального захисту, контрольовані параметри; фізичні та хімічні властивості; стійкість та реакційна здатність; інформація про токсичність; інформація про вплив на довкілля; рекомендації щодо видалення відходів; інформація щодо перевезень; інформація про національне та міжнародне законодавство.





Інформація щодо безпечності хімічних сполук, яка представлена у MSDS, слугує довідковим матеріалом для формування уявлення про токсичність хімікату та правила роботи з ним.




ДСТУ ГОСТ 31340:2009 «Попереджувальне маркування хімічної продукції. Загальні вимоги» – регламентує попереджувальне маркування та його нанесення на хімічну продукцію. В документі наведено елементи маркування: піктограми або знаки небезпеки, сигнальні слова, коротка характеристика небезпеки, заходи щодо попередження небезпеки.

Найбільш інформативним матеріалом, що ілюструє правила роботи та механізми поводження з хімічними речовинами є піктограми. Опис небезпеки (елементи маркування) зазначають із урахуванням виду небезпеки. Відповідно до ДСТУ «Попереджувальне маркування хімічної продукції. Загальні вимоги» всі небезпеки поділяють на три види: фізичні небезпеки; небезпеки для здоров'я людини та небезпеки для довкілля.

Таблиця 1

Характеристика піктограм відповідно до ДСТУ «Попереджувальне маркування хімічної продукції. Загальні вимоги»

Піктограма / характеристика небезпеки	Піктограма / характеристика небезпеки
<i>Фізична небезпека</i>	
 GHS01 – Вибух вибухова хімічна продукція; нестійкі вибухові речовини; органічні пероксиди	 GHS02 – Полум'я займисті речовини; пірофорні сполуки; органічні пероксиди; матеріали, що здатні до саморозкладу; матеріали, що здатні до самонагрівання; продукція, що виділяє легкозаймисті гази
 GHS03 – Полум'я над колом Окисники	 GHS04 – Газовий балон гази під тиском

<i>Небезпеки для здоров'я людини</i>	
 корозія металів; ураження шкіри; суттєві ушкодження/ подразнення очей GHS05 – Рідини, що виливаються із двох пробірок	 гостра токсичність (небезпечно) GHS06 – Череп та схрещені кістки
 подразнення шкіри/очей; гостра токсичність (шкідливо); сенсibiliзація шкіри; небезпека для озонового шару GHS07 – Знак оклику	 канцерогенність; сенсibiliзація дихальних шляхів; мутагенність; репродуктивна токсичність; небезпека у випадку аспірації; токсичність для органів- мішеней GHS08 – Ризик для здоров'я
 <i>Небезпеки для довкілля</i> GHS09 – Сухе дерево та мертва риба	гостра токсичність для водних організмів; хронічна токсичність для водних організмів

Фундаментальна дисципліна «Медична біохімія» на молодших курсах медичних закладів вищої освіти є базовою для формування компетентності з хімічної безпеки у майбутніх лікарів, що обумовлено специфікою її вивчення. Під час навчання у студентів-медиків формуються системні знання про структуру, синтез та біологічне значення біомолекул, також про сучасні біохімічні методи лабораторних досліджень та можливості їх використання в лікарській практиці. Варто зазначити, що для сучасного лікаря біохімічні методи діагностики є одними з основних джерел інформації, повне розуміння яких можливе тільки при оволодінні знаннями та навичками з медичної біохімії. На теоретичній та практичній частині занять майбутні лікарі отримують знання, вміння та навички щодо загальних принципів виявлення та інтерпретації біохімічних показників в біологічних рідинах, що в свою чергу вимагає засвоєння правил роботи з хімічними речовинами у лабораторії, сучасних підходів до позначення небезпек, маркування хімічних речовин та заходів щодо попередження небезпеки під час роботи з хімікатами.

Отже, формування компетентності з хімічної безпеки у майбутніх лікарів є невід'ємною частиною в організації навчального процесу при вивченні медичної біохімії та необхідним для оволодіння практичними навичками, які знаходять подальше застосування під час вивчення патофізіології, фармакології, клінічної біохімії, екології та гігієни, медицини надзвичайних станів, охорони праці в галузі, соціальної медицини, організації охорони здоров'я, тощо.

1. ДСТУ ГОСТ 30333:2009 Паспорт безпечності хімічної продукції. Загальні вимоги. Вид. офіц. Київ, 2010. URL: http://online.budstandart.com/ua/catalog/doc-page?id_doc=63419
2. ДСТУ ГОСТ 31340:2009 Попереджувальне маркування хімічної продукції. Загальні вимоги. Вид. офіц. Київ, 2010. URL: http://online.budstandart.com/ua/catalog/doc-page?id_doc=26045
3. Іщенко А. А., Толмачова В. С., Дубовик О. А., Фіцайло С. С. Маркування хімічних речовин та хімічної продукції. Знаки безпеки. Тернопіль: Мандрівець, 2015. 28 с.
4. Іщенко А.А. Формування знань про токсиканти як складові хімічної безпеки у майбутніх лікарів під час вивчення біоорганічної та біологічної хімії. *ScienceRise: Pedagogical Education*. 2018. № 5 (25). С. 47–52. DOI: [10.15587/2519-4984.2018.139414](https://doi.org/10.15587/2519-4984.2018.139414)
5. Ishchenko A., Stuchynska N., Haiova L., Shchepanskiy E. Chemical safety in the context of environmental goals of sustainable development. *IOP Conf. Series: Earth and Environmental Science*. 2021. 915. 012032. doi:[10.1088/1755-1315/915/1/012032](https://doi.org/10.1088/1755-1315/915/1/012032)

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРИВАНЬ ТКАНИН ПАРОДОНТУ В ОСІБ ПІДЛІТКОВОГО ТА ЮНАЦЬКОГО ВІКУ, ЩО ПАЛЯТЬ

Лісецька І.С.

Івано-Франківський національний медичний університет, м.Івано-Франківськ

Мета: дослідити клінічну ефективність запропонованого лікування запальних захворювань пародонту в осіб підліткового та юнацького віку, що палять.

Матеріали і методи: було вивчено зміни в тканинах пародонту після лікування в 123 особи підліткового та юнацького віку від 15 до 24 років (58 осіб підліткового (від 15 до 18 років) та 65 особи юнацького (від 18 до 24 років) віку), яких було розділено на групи: у I групу включили 31 особу, що регулярно палять традиційні сигарети; у II групу – 26 осіб, що регулярно палять електронні сигарети (Вейпи); у III групу – 30 осіб, що регулярно палять пристрої для нагрівання тютюну (IQOSи); у IV групу – 36 осіб, без шкідливої звички паління. Клінічне обстеження осіб здійснювали за загальноприйнятою методикою за рекомендаціями ВООЗ із використанням суб'єктивних й об'єктивних методів та заповнення медичної документації. Оцінку гігієни ротової порожнини (РП) проводили за допомогою комплексного індексу Гріна-Вермільйона (Oral Hygiene Index-Simplified, Green-Vermillion, 1964). Для встановлення діагнозу захворювань тканин пародонту використовували індекс РМА (папілярно-маргінально-альвеолярний індекс, модифікація С. Parma, 1960), папілярний індекс кровоточивості РВІ (Papillary Bleeding Index за Saxer, Muhlemann, 1975). В залежності від застосованої схеми лікування запальних захворювань тканин пародонту, учасники спостереження в кожній групі були розподілені на дві підгрупи – основну (підгрупа А) та порівняння (підгрупа Б). Особи підліткового та юнацького віку обох підгруп отримували однакову базову терапію. Пацієнти підгрупи А: місцево застосування «Стомолік» у вигляді промивання РП нерозведеним розчином у кількості 1 ст. ложка (приблизно 15 мл) протягом ½ хвилини 2 рази на добу після вживання їжі, нанесення та обережне втирання невеликої кількості геля «Холісал» на слизову оболонку ясен протягом 2 хвилин 2 рази на добу. Після

нанесення гелю протягом 30 хвилин не можна полокати РП та приймати їжу. Пацієнти підгрупи Б: місцеве лікування за загальноприйнятим протоколом лікування даного захворювання.

Результати досліджень та висновки: усі учасники дослідження відмічали добре самопочуття, ні в кого з них не виникало побічної дії та ускладнень від застосованих лікарських середників. Аналіз отриманих результатів показників індексу гігієни РП, запалення та кровоточивості ясен підтвердив дані об'єктивного обстеження. В процесі лікування в усіх групах спостереження реєструвалася позитивна тенденція досліджуваних індексів, однак кращі результати реєстрували в групах, де застосовували запропоноване лікування, а також у осіб підліткового та юнацького віку без шкідливої звички паління. Структура індексу гігієни РП ОНІ-S в обстежених із запальними захворюваннями тканин пародонту до лікування показав, що найгірші показники були в осіб підліткового та юнацького віку, що палять традиційні сигарети та виглядав таким чином: у обстежених I групи було виявлено незадовільний стан гігієни РП, за індексом ОНІ-S дорівнював $(1,72 \pm 0,01)$ бала. Стан гігієни РП в осіб підліткового та юнацького віку, що палять альтернативні види сигарет відповідав задовільному рівню, що підтверджувалось значенням індексу ОНІ-S, відповідно у обстежених II групи - $(1,48 \pm 0,02)$ та у обстежених III групи - $(1,39 \pm 0,03)$ бала. У обстежених IV групи стан гігієни РП був також задовільний, однак показник індексу виявився значно нижчим – $(0,83 \pm 0,02)$ бала. Після лікування в підгрупах спостереження реєстрували добрий стан гігієни РП. Встановлено, що в осіб I групи значення індексу РМА в середньому становило $(36,6 \pm 2,41)$ %, що свідчить про наявність запального процесу в яснах середнього ступеня важкості. В осіб II та III груп результати значення індексу РМА також відповідають середньому ступеню важкості КГ, однак результати нижчі ніж у осіб I групи, відповідно в осіб II групи становило $(31,4 \pm 1,73)$ %, в осіб III групи - $(28,3 \pm 2,57)$ %. В осіб IV групи значення індексу РМА в середньому становило $(19,5 \pm 3,12)$ %, що вказує на розвиток запального процесу в яснах легкого ступеня важкості. Порівнюючи дані, отримані після лікування, кращі результати отримано у хворих, що отримували запропоноване лікування. Виявлено, що показник РВІ до лікування в I групі був в 1,2 раза менше, ніж в II та III групі. У обстежених IV групи індекс кровоточивості РВІ було в 1,1 раза більше, ніж у обстежених I групи, ($p < 0,001$). За індексом кровоточивості РВІ у хворих груп спостереження прослідковуються закономірності подібні до показників індексу гігієни РП ОНІ-S і РМА, незалежно від ступеня запального процесу в яснах та наявної шкідливої звички, бальна оцінка аналізованого індексу значно знижувалась, кращі результати отримано у хворих, що отримували запропоноване лікування. Порівняння результатів місцевого лікування запальних захворювань тканин пародонту в групах спостереження різними методами вказує на переваги запропонованого метода лікування – поєднання застосування розчину «Стомолік» та геля «Холісал». Отримані результати дозволяють зробити висновок про високу клінічну ефективність запропонованого комплексу, який сприяє настанню позитивної динаміки та

стабільних змін у тканинах пародонту в більш ранні терміни, що підтверджується позитивною динамікою показників індексів.

ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ В УМОВАХ ВОЄННОГО ЧАСУ

*Завгородній І.В., Літовченко О.Л., Меркулова Т.В., Лисак М.С.
Харківський національний медичний університет, Харків, Україна*

Вивчення функцій професійної медичної діяльності, особливо в умовах воєнного часу, стає все більш актуальним у соціальному аспекті, це зумовлено великим практичним інтересом до ефективної роботи лікарів (*Dubale B.W. et al., 2019*).

Переважає більшість закладів охорони здоров'я м. Харкова підтримують повноцінну роботу та надають висококваліфіковану медичну допомогу в екстремальних (бойових) умовах починаючи з першого дня введення воєнного стану в державі. Медичні працівники продовжували забезпечувати цивільне населення всіма необхідними діагностичними, терапевтичними та хірургічними послугами. Робота медичного персоналу пов'язана зі складною розумовою працею, спілкуванням, терміновим прийняттям рішень, відповідальністю за здоров'я та життя пацієнтів (*I. Zavgorodnii et al., 2021*). Специфіка умов праці медичних працівників обтяжується бойовими діями та реорганізацією трудових відносин між працівником та роботодавцем згідно з Законом України № 2136-ІХ від 15.03.2022 р. «Про організацію трудових відносин в умовах воєнного стану» який передбачає збільшення норми робочого часу (до 60 годин на тиждень) та скорочення відпочинку (до 24 годин на тиждень).

У зазначених умовах підвищується ризик виникнення станів психологічного стресу, психосоматичних симптомів та психічної захворюваності, зокрема професійного вигорання (*Lama Bou-Karroum et al., 2020*), що може вплинути на якість і безпеку охорони здоров'я в цілому та додатково негативно відобразитися на економічному статусі держави.

Отже, охорона праці та здоров'я медичних працівників в умовах воєнного часу нині є досить актуальною.

Мета дослідження. Вивчити особливості організації трудового процесу медичних працівників м. Харкова та визначити їх емоційний стан в умовах воєнного часу.

Матеріали та методи. Було проведено анонімне анкетування медичних працівників різного профілю клініки Державної установи «Інститут медичної радіології та онкології ім. С. П. Григор'єва Національної академії медичних наук України», КЗОЗ «Обласна клінічна лікарня – центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф», Комунального некомерційного підприємства Міська клінічна лікарня швидкої та невідкладної медичної допомоги ім. проф. О.І. Мещанінова Харківської міської ради м. Харків, Україна. Анкета передбачала 22 питання за допомогою яких було оцінено організацію роботи до початку воєнного стану та після його впровадження, а також питання з опитувальника «Maslach Burnout Inventory – General Survey»

(MBI-GS) (Maslach & Jackson, 1981) для виявлення явищ емоційного виснаження, цинізму та редукції професійних досягнень.

Результати. Опитування показало, що загальна тривалість робочого тижня збільшилася у 35 % лікарів в середньому на третину. Це переважно працівники травматологічного й терапевтичного профілю, медицини невідкладних станів. Підвищення загального навантаження, тем більш в умовах воєнного стану, не могло не відбитися на загальному емоційному стані медиків. Так половина опитаних зазначили, що кілька разів на тиждень відчувають себе виснаженими наприкінці робочого дня, а 14 % відчувають виснаженість та спустошеність під час роботи щоденно.

Попри складність умов та інтенсивність робочого навантаження, переважна більшість лікарів є високо мотивованими та зібраними задля ефективного виконання професійних обов'язків. Про це свідчать відповіді респондентів, 71,4 % з яких беззаперечно впевнені у значущості своєї роботи, 85 % не мають сумнівів, що добре її виконують та відчувають задоволення від цього, ще 78 % готові щоденно розв'язувати складні проблеми та впевнені, що приносять користь закладу охорони здоров'я.

Проте слід зазначити появу певних явищ професійного вигорання серед учасників дослідження. Так, думки про необхідність прокидатися вранішній час та виконувати професійні обов'язки щоденно пригнічують 21,4 % опитаних, ще 28,6 % відчувають це принаймні щотижня. Дійсно великим навантаженням для себе 14,3 % лікарів вважають роботу щодня, без належної організації відпочинку. В умовах додаткового навантаження та появи нових складних професійних завдань 42,9 % респондентів зізналися, що хотіли б виконувати лише свої безпосередні обов'язки, а в інших випадках бажають, щоб їм «дали спокій».

Близько третини опитаних пов'язують зниження інтересу до професії із початком роботи в конкретному закладі, такі думки з'являються в лікарів декілька разів на рік. Відверто зізналися про прояви в себе цинічного ставлення щодо того чи корисна комусь їх робота 42,9 % респондентів.

Висновки. Інтенсифікація праці лікарів в нових складних умовах, які обумовлені воєнними діями в країні, відобразилася у збільшенні тривалості робочого часу, некоректному розподілі трудового навантаження та відпочинку, інверсії у змінності роботи тощо. Тривала робота в зазначених умовах призводить до психоемоційного напруження та підвищення ризику виникнення професійного стресу/вигорання, а також можливого зростання рівня неінфекційної патології серед лікарів окремих спеціалізацій.

З метою профілактики розладів здоров'я медичних працівників, що обумовлені явищами гострого стресу в надзвичайних умовах, на думку виконавців дослідження, необхідно:

- внесення до освітніх компонентів навчальних програм ЗВО, зокрема дисципліни «Охорона праці в галузі», тематик щодо ознак професійного вигорання й деформації, ефективних методів їх попередження;
- використання науково обґрунтованих методів психокорекції протягом отримання вищої медичної освіти, проходження виробничої практики,

проведення професійного відбору, враховуючи елементи підготовки до роботи у надзвичайних умовах;

- прийняття законодавчих ініціатив щодо безпечності умов, режиму праці, соціального захисту лікарів під час виконання професійних обов'язків в умовах надзвичайних станів.

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ЕТІОПАТОГЕНЕЗ ЦЕРВІКАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

Сидоренко В.Р, Олешко В.Ф.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

Мета роботи. На основі аналізу сучасних літературних джерел визначити основні етіопатогенетичні аспекти розвитку цервікальної недостатності.

Матеріали і методи дослідження: аналіз літературних джерел та джерел мережі інтернет

Результати та висновки. Проблема передчасних пологів (ПП) продовжує залишатись вкрай актуальною в сучасному акушерстві. ПП ускладнюють приблизно у 5-13% вагітностей, що зумовлює високий рівень захворюваності, інвалідизації та перинатальної смертності. В структурі ПП провідне місце займає цервікальна недостатність (ЦН), яка ускладнює до 30% всіх вагітностей, що завершуються передчасно.

На сьогодні питання етіопатогенезу ЦН залишається дискусійним. Однією з основних причин розвитку ЦН вважається маніфестація інфекційних захворювань сечостатевої системи. Причиною цього є порушення бар'єрної функції між шийкою матки та стерильною порожниною матки.

Порушення біотопу піхви також може призводити до несприятливих наслідків вагітності: ПП, ЦН, передчасного розриву плодових оболонок та післяпологових гнійно-септичних ускладнень. Дисбіоз піхви розглядається як фактор зараження ПСШ та маніфестації латентної вірусної та/або бактеріальної інфекції. Присутність інфекційних агентів в піхві та цервікальному каналі сприяє підсиленню біосинтезу фосфоліпази A_2 , що стимулює продукцію простагландинів, викликає активацію процесів безболісного дозрівання, вкорочення і розкриття шийки матки (ШМ). В свою чергу, реакція трофобласту полягає у відшаруванні хоріону (плаценти), в другій половині вагітності може підвищуватись збудливість матки, виникати її передчасна скоротлива діяльність.

Існує гіпотеза про наявність етіологічного зв'язку виникнення ЦН з підвищенням запальної відповіді організму, що супроводжується підвищенням вмісту цитокінів, простагландинів і матриксних металопротеїназ. Підтвердженням гіпотези є підвищений рівень поліморфізму в гені інтерлейкіна-10 у жінок з вищезазначеною проблемою.

Вітчизняні й зарубіжні автори підтверджують роль недиференційованої дисплазії сполучної тканини (НДСТ) у розвитку ускладненого перебігу вагітності. Дослідники пов'язують розвиток плацентасоційованих ускладнень вагітності у жінок з НДСТ з патологічним вродженням неповноцінної сполучної

тканини (СТ) у первинні мікрворсини на етапі плацентогенезу, що призводить до формування патологічних вторинних і третинних мікрворсин на етапі васкуляризації та після неї. Зміни темпів синтезу й побудови колагену та еластину, синтез незрілого колагену, недостатнє поперечне зшивання та, як наслідок, порушення структури колагенових та еластинових волокон є провідними причинами дисплазії СТ, що пояснює різноманітність проявів дефектів СТ.

Враховуючи наявність зв'язку між метаболізмом колагену та гормональним станом жінки під час вагітності, можна стверджувати про вплив біосинтезу естрогенів, прогестерону, пролактину, хоріогонічного гонадотропіну та інших гормонів на функціональний стан шийки матки.

Іншим вагомим фактором ризику розвитку ЦН є недостатність вітамінів та мікроелементів. Дефіцит вітаміну D асоціюється з підвищенням ризику розвитку прееклампсії та еклампсії, гестаційного діабету, невиношування, анемії, бактеріального вагінозу, кандидозу й низької ваги немовлят при народженні. Механізм протизапальної дії вітаміну D полягає в інгібіції антиген-індукованих Е-клітин, продукції цитокінів (інтерлейкіну-2 і γ -інтерферону) та молекул адгезії. Регуляція концентрації кальцію і фосфатів реалізується шляхом стимуляції їх всмоктування в тонкому кишечнику та реабсорбції цих мікроелементів у проксимальних ниркових канальцях. Кінцевий продукт подвійного гідроксилування загального вітаміну стимулює вихід іонізованого Ca^{2+} з кісткової тканини та знижує синтез колагену I типу остеобластами. Деякі гормони, зокрема пролактин стимулюють гідроксилування загального вітаміну D, шляхом негативного зворотного зв'язку ці процеси пригнічуються.

Дисбаланс макро- та мікроелементів зумовлює порушення синтезу та деградації СТ. У пацієнтів з НДСТ відмічаються порушення концентрації в сироватці крові магнію, кальцію, цинку, заліза, міді, селену та неорганічного фосфору.

Окремі дослідження акцентують увагу на ролі магнієвої недостатності в розвитку порушень колагеногенезу при НДСТ і, як наслідок, розвитку передчасного дозрівання ШМ. Ремодельовання колагенових волокон безпосередньо асоційоване з підвищеною активністю матриксних металопротеїназ і спричинене гальмуванням синтезу протеїнів у СТ при дефіциті Mg^{2+} , що є однією із патогенетичних ланок підвищення скоротливої здатності м'язів матки і передчасної скоротливої діяльності. Mg^{2+} відіграє важливу роль в процесах регуляції клітинної адгезії та стану клітинної мембрани, впливає на активний транспорт кальцію і калію. Водночас Ca^{2+} є регулятором низки внутрішньоклітинних процесів, серед яких слід виділити: проведення специфічних трансмембранних сигналів за рахунок зміни градієнту власної концентрації, забезпечення гнучкості волокон еластину, активація центрів еластаз. Порушення балансу кальцію загального та його іонізованої форми негативно впливає на властивості СТ та органів, які містять її у своєму складі.

Проведений огляд літературних джерел підтверджує, що на сьогоднішній день відсутній єдиний погляд на етіологію та патогенез цервікальної

недостатності. Провідними факторами ризику розвитку цервікальної недостатності є гормональний дисбаланс, недостатність лютетінової фази, недиференційована дисплазія сполучної тканини, недостатність вітамінів, дисбаланс макро- і мікроелементів та інфекційні фактори.

Грунтовне вивчення проблеми цервікальної недостатності та розуміння етіопатогенетичних аспектів її розвитку дозволить скоригувати медикаментозно стан вагітної, пролонгувати вагітність, запобігти нерациональним призначенням лікарських засобів та, безсумнівно, підвищить безпеку матері та дитини у лікарняному закладі.

ЕТИКО-ДЕОНТОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВЕДЕННЯ ПОЛОГІВ У ЖІНОК З АНТЕНАТАЛЬНОЮ ЗАГИБЕЛЛЮ ПЛОДА

Чеботарьова А.С., Бенюк В.О., Гичка Н.М.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

На сьогодні серед медичної спільноти особливо важливого значення набувають етико-деонтологічні аспекти відносин між пацієнтом та лікарем, пацієнтом і середнім медичним персоналом. Норма поведінки в медичній практиці, а особливо в акушерстві та гінекології, потребує конкретизації загальних принципів моралі, насамперед якщо це стосується життя та здоров'я пацієнток.

Поведінка медичного працівника базується на основних положеннях етики, таких як: повага до життя; повага до особистості пацієнта; повага до своєї професії; лікарська таємниця; заборона заподіяння шкоди пацієнту тощо.

Проблема етики та деонтології особливо загострюється під час воєнного стану в країні. Вагітні, що знаходяться в постійному стресі, зазнають переживань за майбутню дитину, чоловіка, який захищає Україну; страх за майбутнє своєї сім'ї.

Особливої уваги заслуговують пацієнтки з антенатальною загибеллю плода, так як жінці потрібно пройти складні психологічні етапи ще до пологів: усвідомлення факту відсутності рухів плода, підтвердження лікарем відсутності серцебиття ненародженої дитини, підготовка до пологів (що може зайняти певний час у підготовці пологових шляхів), переживання пов'язані із пологами та їх наслідками, думки про вірогідність позитивного результату при наступній вагітності.

Мета: дослідити етико-деонтологічні аспекти ведення пологів та післяпологового періоду у жінок з антенатальною загибеллю плода (АЗП) шляхом визначення основних принципів поведінки медичного персоналу та розробки профілактичних заходів щодо виникнення психологічних і психічних розладів у післяпологовому періоді даного контингенту жінок.

Матеріали і методи: Нами оцінено психоемоційний стан 36 жінок з АЗП після постановки діагнозу, на етапі допологової підготовки, пологів і у післяпологовому періоді та особливості поведінки медичного персоналу на всіх етапах допомоги вагітним з АЗП.

Результати та висновки: Згідно поставленої мети на базі КНП «КМПБ№3» проведено семінарські заняття з медичним персоналом акушерського відділення з післяпологовими палатами: 5 лікарів, 16 акушерок, 10 працівників молодшого медичного персоналу, з приводу питань дотримання етики та деонтології, дотримання конфіденційності інформації про пацієток, дотримання медичним персоналом принципів конфіденційності інформації про стан здоров'я пацієнтки. Майже у 80% жінок (24 пацієнтки) з АЗП пологи проходили природними пологовими шляхами. У зв'язку з чим виникали певні специфічні деонтологічні проблеми у жінки і медичного персоналу щодо присутності партнерів на пологах, анестезіолога, молодих спеціалістів, інтернів. Під час пологів жінка відчуває страх при проведенні певних маніпуляцій, післяпологових наслідків для свого здоров'я і майбутнього народження здорової дитини. Першочерговою задачею лікаря є не тільки забезпечити сприятливий перебіг пологів для жінки, а й вселити надію на сприятливий перебіг даної маніпуляції для майбутнього народження здорової дитини. Створено основні принципи надання психологічної допомоги у жінок з АЗП. Вони включають: на всіх етапах надання медичної допомоги даній категорії пацієток повну конфіденційність, надання доступної інформації щодо її стану здоров'я, забезпечення перебування роділлі в індивідуальному пологовому залі і, в подальшому в індивідуальній післяпологовій палаті, можливе, за її бажанням, постійне перебування партнера (когось з її родичів). Індивідуально з кожною породіллею проводиться бесіда про подальшу долю мертвої дитини, що не суперечить чинному законодавству України. Пропонується забрати тіло для поховання з попереднім проведенням патолого-анатомічного розтину для виявлення причини виникнення АЗП, або без такої процедури; кремація тіла, чи взагалі відмова від тіла.

Медичний персонал систематично проходить психологічні тренінги щодо спілкування з жінкою з АЗП, її родичами. Основними моментами навчання є визначити який тип поведінки має даний пацієнт для подальшої розмови з ним. Упевнений індивід – такі пацієнти здатні адекватно оцінити ситуацію, розуміють причини та наслідки настання даної патології. Пасивний індивід – невпевнені в собі люди, намагаються втекти від проблеми, починають шукати іншого лікаря, клініку, надіючись, що хтось міг помилитись. Агресивний індивід – така категорія пацієнтів має ворожу поведінку щодо ситуації, проявляє агресію до оточуючих і до себе, шукає провину в інших. Такий тип поведінки приховує невпевненість в собі і страх проблеми, що виникла.

В післяпологовому періоді жінка знаходиться під постійним контролем медичного персоналу, особливо в перші 5 днів. Пацієнтка лише тоді починає повною мірою усвідомлювати що щось сталося, настає криза в нервовій системі. Тому персонал ретельно стежить за кожним своїм словом, бо інколи обговорення результатів обстеження в присутності жінки, може сприйматись неадекватно. Для прикладу: не можна говорити «могло бути гірше, час лікує, у вас ще можуть бути діти». Перинатальний психолог кожен день проводить тренінги з пацієнтками, ненав'язливо, по дружньому, намагаючись переконати, що вини жінки в даній трагедії не має, що потрібно жити далі, а даний епізод

забути як негативний досвід. Також навчає родичів як поводитись з жінкою до повного психологічного видужання.

Отже, на підставі специфічності та проблемності даного діагнозу, можемо розробити такий алгоритм ведення пацієнтки:

1. Встановлення діагнозу антенатальна загибель плода – в доступній формі пояснити пацієнтці, що плід внутрішньоутробно завмер, бажано підтвердити це ультразвуковим дослідженням з роз'ясненням пацієнтці, що серцебиття відсутнє.

2. Визначення подальшого плану ведення пологів – детально проінформувати жінку щодо підготовки і проведення розродження. Потрібно бути готовим до емоційних вибухів у жінки і її родичів, повторних методів підтвердження АЗП. Спільна робота психолога з акушер-гінекологом має забезпечити адекватний психологічний фон в пологовому залі.

3. Розродження – максимальна дбайливе ставлення до родиллі, адекватне знеболення, підтримка рідних людей. Після народження дитини обов'язково пропонувати подивитись на неї для підтвердження реальності її існування і розвіяння сумнівів у неправильно поставленому діагнозі.

4. Догляд в післяпологовому періоді. Робота проводять сумісно акушер-гінеколог, перинатальний психолог, постійна постова акушерка післяпологового відділення.

5. Виписка додому – проводиться в першій половині дня, за відсутності інших породіль, що виписуються з пологового будинку зі здоровою дитиною.

6. Планування наступної вагітності. Після даного епізоду, за медичними показаннями жінці не можна вагітніти на протязі 1 року, але розмови про наступну вагітність не повинні бути нав'язливими, категорично не можна казати «тобі потрібно завагітніти знову - весь біль пройде і забудеться».

Отже, питання етико-деонтологічного супроводу під час пологів і післяпологового періоду є актуальним в роботі не тільки акушер-гінеколога, психолога, а й середнього медичного персоналу. Та й потребує постійних розробок спеціалізованих рекомендацій поведінки персоналу зі специфічними пацієнтками акушерського стаціонару для підвищення безпеки перебування пацієнтки у лікарняному середовищі.

ГІПЕРПЛАСТИЧНІ ПРОЦЕСИ ЕНДОМЕТРІЯ НА ТЛІ ДИСФУНКЦІЇ ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ – КЛІНІКО-СОЦІАЛЬНИЙ АСПЕКТ

Абеді Астанег Нікі, Бенюк В.О., Курочка В.В.

*Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, м. Київ
кафедра акушерства і гінекології №3*

На сьогоднішній день питання безпечного підходу до діагностики та лікування поєднаної патології гіперплазії ендометрія (ГПЕ) на тлі дисфункції щитовидної залози (ЩЗ) залишаються остаточно не вирішеними та

дискутабельним. Вирішенню зазначених проблем сприятиме визначення клініко-анамнестичних особливостей хворих з ГПЕ на тлі гіпотиреозу.

У структурі гінекологічної патології частота ГПЕ складає 15-40%. Нерідко ГПЕ поєднуються з захворюваннями ЩЗ, що потребує ретельного підходу до діагностики та лікування. ГПЕ у жінок репродуктивного віку є потенційною причиною зниження фертильності та фактором ризику розвитку онкології.

Мета дослідження вивчення клініко-анамнестичних особливостей жінок з ГПЕ на тлі дисфункції щитовидної залози.

Матеріали і методи Обстежено 120 жінок з ГПЕ та гіпотиреозом (основна група). Групу порівняння склали 60 пацієток з ГПЕ без патології ЩЗ. Вивчалися вікові критерії, масово-ростові параметри, анамнестичні дані.

Результати дослідження Середній вік жінок з ГПЕ на тлі гіпотиреозу становив $32,1 \pm 5,9$ років. У групі порівняння цей показник склав $36,9 \pm 3,8$ років. Майже кожна третя жінка основної групи (32,4%) перебувала у віковому діапазоні 25-30 років, тоді як у групі порівняння пацієтки віком до 30 років відмічені лише у 15% випадків – рідше ніж у 2 рази. Даний факт свідчить, що патологія ЩЗ може зумовлювати зростання частоти виникнення ГПЕ в молодому віці.

Для всіх обстежених жінок із патологією ЩЗ середнє значення ІМТ склав $23,7 \pm 3,5$, що майже не відрізнялося від даних показників у групі порівняння – $23,5 \pm 2,6$ ($p > 0,05$).

Виходячи з наведених даних, зв'язок між ожирінням та гіпотиреозом відсутній. Проте привертає увагу наступний факт. Надмірна маса тіла серед жінок з гіпотиреозом відзначена в 25,8%, у той час як у групі порівняння даний показник становив 11,7%. Ожиріння I та II ступеня зустрічалось у поодиноких випадках, що не дозволило дійти певних висновків. Отримані результати припускають, що гіпотиреоз у жінок асоційований із надмірною масою тіла, але не ожирінням.

Така пильна увага до масо-ростових характеристик обстежених жінок обумовлена тим, що надмірна маса тіла та ожиріння відносяться до факторів ризику виникнення ГПЕ. За даними літератури, у жінок з ожирінням (ІМТ > 30 кг/м²) відмічено збільшення частоти атипової ГПЕ в 4 рази; серед жінок з ІМТ 40 кг/м² виявлено підвищений ризик виникнення ГПЕ з атипією в 13 разів.

Нами вивчено територіальне перебування та соціальний статус обстежених жінок, що зумовлено впливом еколого-географічних зон на функціональний стан ЩЗ. Більшість жінок були мешканками міста. Серед пацієток з гіпотиреозом мешканки міста становили 65,6%, а в групі порівняння – 73%. На наш погляд, той факт, що понад 2/3 всіх обстежених жінок проживали в місті, обумовлений не етіологічними факторами, а більшою доступністю спеціалізованої медичної допомоги в місті.

Кількість жінок, зайнятих фізичною та інтелектуальною працею, у всіх групах була подібною. Зазначено превалювання жінок, зайнятих інтелектуальною працею. Серед усіх жінок, які страждають на гіпотиреоз,

спеціалісти з інтелектуальною працею склали 54%, а в групі порівняння – 50%.

Проведено вивчення соматичного статусу досліджуваних груп. Найчастіше серед екстрагенітальної патології у обстежених жінок зустрічалася мастопатія (30,3%). Проте, у контрольній групі дана патологія складала 15%, що в двічі рідше, ніж у жінок з ГПЕ на тлі дисфункції ЩЗ ($p < 0,05$). Також часто спостерігалася у основній групі варикозна хвороба (16,5%). У групі порівняння дана патологія виявлена лише у 6,6% спостережень. Жовчнокам'яна хвороба та цукровий діабет зустрічалися в поодиноких випадках у обох досліджуваних групах.

Звертає на себе увагу висока частота синдрому полікістозних яєчників (СПКЯ) та гіперпролактинемії (ГПРЛ) серед жінок основної групи: СПКЯ - 19,9%, ГПРЛ – 22,4% проти 10% та 8,3% відповідно у групі порівняння.

У наших дослідженнях гіпотиреоз обумовлює зростання частоти ГПРЛ вдвічі. Класичне пояснення даного феномену полягає в тому, що знижений рівень тиреоїдних гормонів викликає надмірне вироблення тироліберину, що призводить до підвищення секреції не лише тиреотропного гормону, а й пролактину.

Проведено аналіз репродуктивного здоров'я: виявлено високу частоту викиднів 20,8% серед жінок основної групи, що в 7 разів перевищує даний показник у групі порівняння 3,3% ($p < 0,05$). Частота вагітності, що не розвивається, у жінок з дисфункцією ЩЗ відзначена в 9,1% жінок, що в 5,4 рази перевищує даний показник групи порівняння 1,7% ($p < 0,05$).

Гінекологічний анамнез обтяжений у 51,5% жінок основної групи, тоді як в групі порівняння лише у 28,2%. У жінок хронічні запальні захворювання статевих органів зустрічалися у 30,7% основної та 21,6% групи порівняння; патологія шийки матки – у 19,1% і 10% та кісти яєчників – у 11,6% і 6,6%, лейоміома матки – 10% і 5% відповідно. Неплідність в анамнезі відмічали пацієнтки основної групи у 1,5 рази частіше, ніж у групі порівняння.

Висновок За результатами клінічної характеристики обстежених жінок з ГПЕ на тлі дисфункції ЩЗ: на тлі дисфункції ЩЗ ГПЕ спостерігається у більш ранньому віці ($32,1 \pm 5,9$ років проти $36,9 \pm 3,8$ років у групі порівняння); гіпотиреоз - асоційований із надмірною масою тіла, але не ожирінням; у кожній третій пацієнтки діагностована мастопатія; частота таких ендокринних патологій, як СПКЯ та ГПРЛ, серед жінок з ГПЕ зростала майже вдвічі за наявності гіпотиреозу.

ДОСЛІДЖЕННЯ ПЕРЕБІГУ ПОСТКОВІДНОГО СИНДРОМУ В УКРАЇНІ

Троян В. І., Заяць М. М.

ЛНМУ ім. Данила Галицького, м. Львів

Станом на сьогоднішній день зафіксовано понад 600 мільйонів випадків зараження вірусом COVID-19, з них 5 мільйонів – в Україні. Хвороба спричинила пандемію по всьому світу, викликавши велику кількість смертей,

крім того, багато людей відчуло на собі наслідки так званого «постковідного синдрому», який часто виникає після перенесеного ковіду та має широкий спектр симптомів та негативних наслідків для організму.

Метою проведення анкетування було дослідження реальної картини перебігу захворювання та виявлення симптомів постковідного синдрому, для того, щоб в подальшому детальніше дослідити, які ж симптоми зустрічались у пацієнтів найчастіше та які лікарські препарати можуть їх усунути або ж принаймні покращити стан хворого. На даний момент в опитуванні взяло участь 44 респонденти з 6 областей України та з різними сферами зайнятості.

За результатами анкетування можна зробити висновок про те, що приблизно половина опитуваних (51,2%) після перенесеної хвороби мала на додачу постковідний синдром. Найбільший відсоток респондентів – молоді люди, віком 20-22 роки, які працюють, навчаються або поєднують ці види зайнятості, а також ведуть активний спосіб життя і відвідують громадські заклади, в тому числі магазини, кафе, салони краси та спортивні зали, де є велике скупчення людей, а, отже, і високий ризик заразитись COVID-19.

38,6% опитуваних – представники освітньої сфери, а саме вчителі, які можуть захворіти внаслідок частого контакту з дітьми, навіть якщо ті не мають симптомів, оскільки вони можуть перенести вірус набагато легше (в силу свого юного віку), аніж дорослі.

59,1% людей, які взяли участь в опитуванні, зазначили, що вони перехворіли на коронавірус в період з березня 2020 року по сьогоднішній день як мінімум 1 раз, зокрема третина з них вважає, що хворіла 2 рази, а 4,5% - мали COVID-19 цілих 3 рази.

Щодо перебігу захворювання, то 35,1% респондентів вказали, що симптоми тривали протягом 2 тижнів, причому це люди, які перед тим не були вакциновані від хвороби, відповідно вакцинація – дієвий спосіб захисту від COVID-19 з урахуванням того, що у тих, хто пройшов повний її курс, симптоми зберігались максимум 1 тиждень або навіть кілька днів.

34,1% опитуваних після основного захворювання помітили, що симптоми зникли лише частково і в них виник постковідний синдром, який являє собою широкий спектр проблем зі здоров'ям. У половини респондентів симптоми постковіду виникли одразу ж після перенесеної хвороби або через місяць після неї. Основними проявами синдрому були втома (59,1%), м'язова слабкість (50%), проблеми з нюхом і смаком (45,5%), головний біль (34,1%) та кашель (29,5%).

Також, опираючись на анкетування, можна зробити висновок, що 43,2% людей перенесли хворобу на ногах, не звертаючись до лікаря чи провізора та не приймаючи ніяких медичних заходів для полегшення симптомів хвороби, внаслідок чого, можливо, і виник постковідний синдром.

Серед людей, які всі ж таки звернулись за кваліфікованою допомогою, 37,5% в якості противірусного препарату приймали Аміксин ІС, який крім того ще є імуномодулятором та показав високу ефективність у лікуванні вірусних гепатитів, герпесу, цитомегаловірусної інфекції, та, врешті-решт, вірусу грипу, який по симптоматиці близький до ковіду.

Друга частина опитування була присвячена масковому режиму, який став невід'ємною частиною пандемії COVID-19. Більша частина респондентів (40,9%) використовувала захисну маску протягом 3-4 годин на день, третина (31,8%) носила її 1 годину, а решта опитуваних зазначили, що використовували маску 6 годин на день і більше (це, в основному, працівники сфери обслуговування та медичної галузі).

Якщо ж говорити про тривалість використання однієї маски, то в основному люди змінювали її не рідше ніж раз на кілька днів, але, на жаль, були респонденти, які або носили одну й ту ж маску весь час, або, якщо ж і брали нову, то робили це дуже рідко.

В 35% опитуваних внаслідок використання маски з'явилися проблеми зі шкірою обличчя і, в основному, це були ті люди, які змінювали маску не частіше ніж раз на тиждень.

Також було задане питання про тип шкіри, щоб виявити можливу залежність появи проблем на обличчі від будови шкіри. 59,1% респондентів зазначили, що мають комбіновану шкіру, 18,2% - суху, а 11,4% - жирну і, згідно з результатами, можна зробити висновок, що тип шкіри практично ніяк не впливає на появу висипів чи інших проблем, пов'язаних з носінням маски. Можливим фактором, який викликав появу подразнень і недоліків, є неправильно підібраний догляд за шкірою обличчя (або взагалі його відсутність) та нерегулярна зміна маски.

Отже, проаналізувавши всі відповіді, можна зробити висновок, що велика частина людей зіткнулась з такою проблемою як постковідний синдром, але, на жаль, більшість із них ніяким чином не намагаються усунути його симптоми та не звертаються з цією проблемою до лікаря. Крім того, актуальною темою є поява подразнення та висипу на шкірі внаслідок носіння маски, тому що респонденти, як видно з опитування, не коригували свій догляд за шкірою обличчя та дещо зневажливо відносились до регулярної зміни захисної маски.

ОЦІНКА ДІАГНОСТИЧНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ДО МАЛІГНІЗАЦІЇ ВУЗЛОВИХ НОВОУТВОРЕНЬ ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ГЮРТЛЕ-КЛІТИННОЇ АДЕНОМИ, АСОЦІОВАНОЇ З АДЕНОМОЮ ПАРАЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ

Єрохович В.М., Бобрик М.І.

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

Мета: дослідити ризики малігнізації вузлових утворень щитовидної залози на основі аналізу даних медичної літератури;

описати алгоритм обстеження пацієнта з вузловою патологією щитовидної та паращитовидних залоз;

описати патологічні параметри, які входять до початкової стратифікації ризику раку щитовидної залози;

відмітити високу необхідність поетапної діагностики для встановлення остаточного діагнозу та вибору лікувальної тактики на прикладі опису клінічного випадку Гюртле-клітинної аденоми.

Матеріали і методи: описано результати власного динамічного спостереження за пацієнтом з вузловою патологією щитовидної залози в перед- та післяопераційному періоді;

проведено аналіз даних сучасної вітчизняної та іноземної медичної літератури з інтернет джерел, вибраної за принципами релевантності та новизни.

Результати та висновки:

Питання діагностики вузлової патології щитовидної залози (ЩЗ) завжди було актуальним у тиреоїдології. Протягом останніх років у світі спостерігається тенденція до зростання захворюваності ЩЗ, малігнізації вузлових утворень внаслідок дії йододефіциту, радіаційного та атомного впливу, додаткових факторів ризику вузлоутворення, враховуючи також вищий рівень науково-дослідних можливостей, інформаційної обізнаності пацієнтів та кращий доступ до багатьох сучасних методів обстеження. Висока частота виникнення раку щитовидної залози розвивається на тлі доброякісної тиреоїдної патології, найчастіше на тлі колоїдного зобу та аутоімунного тиреоїдиту, далі, за частотою зустрічаємість йде фолікулярна аденома і дифузний токсичний зоб; Гюртле-клітинна карцинома найчастіше виявляється на тлі аутоімунного тиреоїдиту, проте не буває з дифузним токсичним зобом.

При вузлових утвореннях ЩЗ зазвичай використовуються такі лабораторно-інструментальні методи обстеження: ультразвукове дослідження, тонкоіголова аспіраційна біопсія із цитологічним і цитохімічним дослідженням, визначення тиреотропного гормону, вільного тироксину, вільного трийодтироніну, кальцитоніну, антитіла до тиреопероксидази, антитіла до рецепторів тиреотропного гормону, ларинготрахеоскопія, КТ, МРТ органів шиї та середостіння (за показаннями), сканування з ^{131}I або $^{99\text{m}}\text{Tc}$ -пертехнетатом чи технетрилом (МІВІ — метоксиізобутилзонітрил) при підозрі на патологію прищитоподібних залоз, інтраопераційне дослідження (при операційному втручанні). Також слід відмітити молекулярно-генетичне дослідження пунктату ЩЗ, яке відображає агресивність папілярної карциноми ЩЗ, дозволяє провести стратифікацію ризику, прогнозувати ефективність лікування, персоніфікувати тактику лікування. Оскільки мутація T1799A гену BRAF не зустрічається при доброякісних пухлинах щитовидної залози, вона є специфічним діагностичним маркером раку.

Патологічними параметрами, які входять до початкової стратифікації ризику раку ЩЗ, є гістологічний тип і варіант новоутворення, капсулярна інвазія, наявність і ступінь судинної інвазії та екстратиреоїдного поширення, кількість лімфатичних вузлів з метастатичним ураженням та розмір метастатичних вогнищ. Для патологоанатомів стає все більш важливим повідомляти про ці параметри, а для клініцистів — розуміти потенційний вплив таких параметрів на лікування пацієнтів.

За результатами власного спостереження за пацієнткою 60 років, яка мала ознаки вузлового зобу й прояви гіперпаратиреозу, а також аналізу перед- та післяопераційних висновків її медичної документації, було відмічено високу

цінність і необхідність у поетапній діагностиці для встановлення остаточного діагнозу та вибору лікувальної тактики, а також обґрунтовано потребу хірургічного втручання в даному клінічному випадку. Кінцевий діагноз «Гюртле-клітинна аденома щитовидної залози з аденомою парашитовидної залози» вдалось встановити після отримання результатів патогістологічного дослідження тканини щитовидної залози. В даному клінічному випадку не підтвердився злякисний процес, проте радикальна тиреоїдектомія була обґрунтованою через високі ризики малігнізації новоутворення з клітин Гюртле, а також оперативне втручання було вибором при лікуванні гіперпаратиреозу при наявності аденоми прищитовидної залози.

Доопераційне розрізнення між двома видами новоутворень з клітин Гюртле (аденома та карцинома) є дуже складним і можливе лише за наявності патогістологічного висновку видаленої пухлини. Первинний етап діагностики, цитологічна оцінка таких новоутворень за допомогою тонкоголкової аспіраційної біопсії ускладнюється через наявність клітин Гюртле як в клітинній аденомі Гюртле, так і в карциномі.

Наголошуємо на важливості раннього виявлення ризику чи наявності злякисного процесу для вибору вірної тактики лікування чи спостереження хворого, враховуючи безсимптомний перебіг та неспецифічність симптоматики вузлової патології ЩЗ.

РЕЗУЛЬТАТИ МОНІТОРИНГОВОГО СКРИНІНГУ СТАНУ ЛІКАРНЯНОГО СЕРЕДОВИЩА В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я МІСТА ХАРКОВА

Райлян М.В., Чумаченко Т.О.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Відповідно до даних Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) в середньому кожен десятий пацієнт інфікується при отриманні медичної допомоги в стаціонарних умовах. Медична допомога повинна бути нешкідливою, але сьогодні існують певні перепони на шляху створення безпечного середовища для пацієнтів та медичного персоналу, що призводить до виникнення випадків інфекцій, пов'язаних з наданням медичної допомоги (ІПНМД). В країнах з високим рівнем доходів розповсюдженість ІПНМД в стаціонарах закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) становить до 5 %, а в країнах з низьким рівнем доходів до 10 %. В Україні в 2018 році показник поширеності ІПНМД становив 0,04 %, в 2019 році склав 0,035 %, що нижче показників країн світу і вказує на неповний епідеміологічний нагляд за ІПНМД в ЗОЗ, які надають стаціонарну медичну допомогу, що потребує ретельного вивчення причин ситуації, що склалася, визначення проблемних питань сьогодення та подальшого вдосконалення профілактичних і протиепідемічних заходів, спрямованих на створення безпечного лікарняного середовища.

Мета роботи: Аналіз результатів мікробіологічного моніторингу, проведеного в лікарні міста Харкова в лютому 2022 року (до початку воєнних дій в Україні).

Матеріали та методи: На виконання плану ДУ «Харківський ОЦПКХ МОЗ» проведення моніторингу факторів навколишнього середовища і контролю параметрів режимів стерилізації бактеріологічним методом (паровим та повітряним стерилізаторами), проведено відбір проб для лабораторних досліджень (30 змивів з епідеміологічно значущих об'єктів внутрішнього середовища на мікробіологічні показники; 15 змивів на стерильність з виробів медичного призначення та медичного обладнання).

Результати: За отриманими результатами встановлено, що 16,7 % змивів з виробів медичного призначення та обладнання були позитивними, а саме: у ЛОР-кабінеті 303 мікроорганізми були виявлені в змивах з пелюшки на маніпуляційному столі та рук медичної сестри; у жіночий консультації – в змивах з гінекологічного крісла; в змивах у малій операційній, у стаціонарі – з поверхні безтіньової лампи, столу стоматологічної установки.

Мікробний пейзаж виділених мікроорганізмів включав ізоляти, резистентні до хіміотерапевтичних препаратів. Виділені штами *S.aureus* були резистентні до пеніциліну, ампіциліну, офлоксацину, оксациліну, ципрофлоксацину, гентаміцину, еритроміцину, норфлоксацину, цефазоліну, хлорамфеніколу, лінезоліду, ванкоміцину. Ізоляти *E. cloacae* були не чутливими до ампіциліну, цефазоліну, цефотаксіму, цефтріаксону, гентаміцину, ципрофлоксацину, офлоксацину, норфлоксацину, іміпенему, Ко-тримаксозолу, хлорамфініколу. Отримані дані свідчать про циркуляцію мікроорганізмів, які можуть викликати ІПНМД у пацієнтів та медичного персоналу, та існуючу проблему антибіотикорезистентності в лікарні, де проводилось дослідження.

За результатами мікробіологічних досліджень на стерильність медичного інструментарію встановлено, що 6,7 % проб перев'язувального матеріалу були нестерильними, що може стати причиною ІПНМД в установі та диктує необхідність перевірки, яким чином в 303 здійснюється дезінфекція, передстерилізаційне очищення та стерилізація медичних виробів.

Встановлено, що згідно з даними офіційної статистики в цьому 303 за 2021 рік та поточний період 2022 року не було зареєстровано випадків ІПНМД, що свідчить про відсутність настороженості у медичного персоналу щодо ризиків виникнення випадків ІПНМД, неякісне проведення епідеміологічного моніторингу та подачі звітності про випадки ІПНМД.

Висновки. В 303, де проводилось дослідження, встановлена наявність умов для розповсюдження штамів мікроорганізмів – потенційних збудників ІПНМД. Негативною ознакою епідемічної ситуації в закладі є циркуляція антибіотикорезистентних штамів.

Для забезпечення безпеки пацієнтів та медичного персоналу необхідно налагодити ефективне функціонування системи інфекційного контролю та

профілактики ІПНМД, важливою складовою якої є організація та проведення навчання медичного персоналу, яке повинно включати вивчення ризиків виникнення випадків ІПНМД, діючих вимог нормативної документації, питання дезінфекції та стерилізації медичного інструментарію. Слід своєчасно та ефективно проводити профілактичні заходи та підвищувати настороженість медичного персоналу щодо можливих ризиків інфікування в лікарні. Необхідно проводити обов'язкову реєстрацію випадків ІПНМД для подальшої оцінки проблеми, проводити постійний епідеміологічний та мікробіологічний моніторинг, аналізувати результати, на підставі яких розробляти заходи інфекційного контролю та профілактики ІПНМД в ЗОЗ.

КЛІНІКО-СТАТИСТИЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОЛОГІВ ЗА ДАНИМИ КНП «КМПБ» №3 МІСТА КИЄВА ПІД ЧАС ВІЙСЬКОВОГО СТАНУ

Фурса-Совгира Т.М., Гичка Н.М., Бенюк С.В., Чеботарьова А.С.

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

Повномасштабне вторгнення держави-агресора внесло значні корективи в наше життя. Найбільш вразливими стали вагітні жінки, які несуть відповідальність не тільки за себе, а і за здоров'я свого малюка. Вимушене переселення, відсутність звичних умов підвищують рівень тривожності та призводять до дезадаптації. Стан постійного стресу може призвести до низки ускладнень, які негативно впливають, як на вагітну, так і на плід, та, на жаль, в деяких випадках призвести до незворотніх процесів. Сумісна робота перинатальних психологів та лікарів пологового будинку спрямована на покращення психоемоційного статусу вагітної, роділлі та породілі, створення умов, максимально наближених до домашніх, використання новітніх технологій ведення пологів сприяє зниженню стресового стану вагітної та ускладнень в пологах.

Мета: Вивчити клініко-статистичні характеристики пологів в умовах Київського міського пологового будинку № 3 під час військового стану

Матеріали і методи: Згідно поставленої мети нами проаналізовано клініко-статистичні випадки в пологів у КНП «КМПБ» №3 міста Києва в період з 24.02 по 24.08.2022 року на основі журналу пологів (форма 010/о), журналу акушерських операцій (форма 008/о), історій вагітності та пологів (форма 096/о).

Оцінено кількість пологів по місяцях з 24.02.2022 по 24.08.2022, їх перебіг – фізіологічний чи ускладнений; вивчені причини патологічного перебігу пологів та шляхи їх усунення.

Результати та висновки: В період з 24.02 по 31.03.2022 року під час активної фази бойових дій в місті Києві та Київській області значно знизилась кількість пологів за рахунок активної евакуації населення (рис. 1).

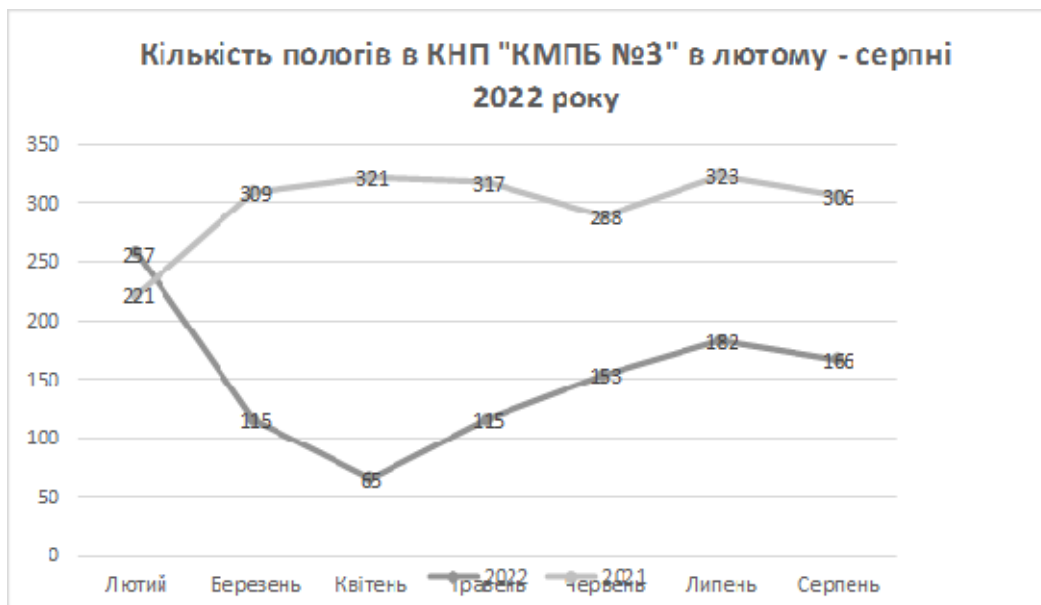


Рис 1. Кількість пологів в КНП «КМПБ №3» в лютому-серпні 2022р

Проте з 24.02 по 15.03.2022 року в КНП «КМПБ №3» проведено 115 пологів з них 32 (27,8%) вагітності завершилися операцією кесарева розтину, 35 (30,5%) 48 (41,7%) пологів з фізіологічним перебігом та 47 (40,8 %) пологів з ускладнення (епізiotомія 17,3%, ручна ревiзiя стiнок порожнини матки 11,3%, вакуумекстракцiя плоду 5,2%, передчасний розрив плодових оболонок 3,4%, дистресс плоду 27,8%, передчаснi пологи 10,4%) та однi пологи з антенатальною загибеллю плоду в термiнi вагiтностi 34 тижнi (0,8 %). Збiльшення кiлькостi пологiв у цей час пояснюється тим що у вагiтних, якi знаходилися в пологовому будинку в термiнi вагiтностi 35-40 тижнiв гострий стрес став тригером початку пологiв. Крім того, вагiтнi, якi у цей час знаходились в пологовому будинку, враховуючи ситуацiю пов'язану з окупацiєю частини Київської областi та постійними бомбардуваннями Києва, залишалися під наглядом лiкарiв аж до термiну пологiв, оскiльки почувалися тут бiльш захищено, могли отримати харчування, швидкий доступ до бомбосховища, постійний нагляд акушера-гiнеколога та психолога.

Характерною особливiстю роботи пологового будинку в даний перiод є перебування вагiтних, родiль i породiль в спецiально обладнаних примiщеннях нульового поверху (бомбосховищi), де, в тому числi i проводились пологи, надавалась допомога новонародженим i т.д.

З 16.03 по 30.04.2022, на тлi зниження загального населення м.Києва, кiлькiсть пологiв рiзко зменшилась, загальна кiлькiсть склала 108 пологiв, з них 32(29,7%) вагiтностi завершилися операцiєю кесарева розтину та 76 (70,3%) мали фізіологічний перебіг.

Можливiсть повернутися до своїх домiвок пiсля деокупацiї Києва та Київської областi позитивно вплинула на показники акушерської допомоги КНП «КМПБ №3». У травнi – 115 пологiв, з них 48 (41,7%) вагiтностi завершилися операцiєю кесарева розтину та 67 (58,2%) мали фізіологічний

перебіг, червень - 153 пологів, з них 42 (27,4%) вагітності завершилися операцією кесарева розтину та 111 (72,5%) мали фізіологічний перебіг, липень - 182 пологів, з них 51 (28 %) вагітності завершилися операцією кесарева розтину та 131 (71,9%) мали фізіологічний перебіг та за період з 01.08 по 24.08.2022 року 166 пологів, з них 48 (28,9 %) вагітності завершилися операцією кесарева розтину та 118 (71,0 %) мали фізіологічний перебіг.

Активна робота перинатальних психологів та акушерів-гінекологів КНП «КМПБ №3» призвела до покращення акушерсько-перинатальних наслідків та повернення до «довоєнних» технологій в процесі родорозршення: партнерські пологи, «лотосові» пологи, пологи «у воді» і т.д. Найбільш популярними серед новітніх технологій для роділь стали пологи у воді, що у травні-серпні 2022 року склали 23% від загальної кількості фізіологічних пологів. За результатами наших досліджень використання водних процедур в пологах позитивно впливає на психоемоційний стан жінки, надає змогу налаштуватися та заспокоїтися, зменшує кількість медичних втручань в пологах та використання медикаментозних методів знеболення.

Таким чином, незважаючи на військовий стан в країні співробітники КНП «КМПБ №3» продовжують надавати ефективну та сучасну допомогу вагітним, роділям та породіллям з використанням новітніх технологій для підвищення якості надання медичної допомоги.

АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО ЗДОРОВ'Я ЖІНОК З РЕЦИДИВУЮЧОЮ ДИСПЛАЗІЄЮ ЕПІТЕЛІЮ ШИЙКИ МАТКИ В ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ

Ласкава Т.Г., Щерба О.А., Ластовецька Л.Д., Іванюта С.О.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, кафедра акушерства і гінекології №3, м. Київ, Україна

За даними Національного канцер-реєстру України 2021 року рак шийки матки продовжує займати високі позиції і посідає 3-тє місце серед злоякісних захворювань жіночих статевих органів, а в загальній структурі онкопатології – 5-тє місце. Тому у фокусі уваги сучасних лікарів - своєчасна профілактика раку шийки матки, діагностика і лікування передракових процесів. Найбільша частота даного захворювання встановлена у жінок старшої вікової категорії.

Відомо, що фізичний стан людини впливає на емоційний стереотип поведінки. Так проявляється вплив соматики на психіку. Останнім часом у світі активно вивчається проблема психологічного здоров'я та його критеріїв у поширенні захворювань, у тому числі жіночих статевих органів. Найбільш сучасними є наукові погляди про розуміння здоров'я у психологічному змісті, як здатності людини до самореалізації, самоактуалізації, адекватного прийняття себе та навколишнього світу. Важливою складовою психологічного здоров'я особистості є наявність сенсу життя; міжособистісні відносини як важливий критерій психічного та психологічного здоров'я. Досліджувались такі внутрішні передумови здоров'я, як опора на власну сутність та автентичність. Вивчався вплив уявлень про здоров'я та ціннісне ставлення до

нього на формування здорового способу життя. Відсутність усвідомлюваності цілей життя виступає однією з причин втрати психологічної рівноваги у відносинах суб'єкта та зовнішнього світу.

Мета дослідження: вивчення особливостей психоемоційного здоров'я у жінок, що не народжували з рецидивуючою дисплазією плоского епітелію шийки матки в перименопаузальному періоді.

Матеріали і методи: Нами обстежено 98 жінок в перименопаузальному періоді. Основну групу склали 60 жінок, які не народжували із рецидивуючою плоскоепітеліальною екзоцервікальною дисплазією плоского епітелію шийки матки. Контрольна група – 38 жінок у відповідному віковому періоді без гінекологічної та соматичної патології. Всі жінки обстежені згідно регламентуючих наказів МОЗ України. Оцінка нейровегетативних та психоемоційних проявів виконана за індексом Куппермана, показниками визначення якості життя, та кольоровим тестом Люшера.

Результати та висновки: Середній вік жінок основної групи склав $50,7 \pm 2,3$ років, в контрольній – $48,2 \pm 3,2$ роки. Діагноз рецидивуючої плоскоепітеліальної екзоцервікальної дисплазії епітелію шийки матки у всіх випадках підтверджений клінічними і лабораторними дослідженнями. CIN 1 виявлено у 56%, CIN 2 - у 44% спостереженнях.

Проведене дослідження критеріїв психоемоційного стану показало підвищення менопаузального індексу Куппермана майже у 1,5 рази у жінок основної групи, а також значне зниження показників психосоціальної адаптації за Люшером майже на 40% (основна група $5,07 \pm 0,41$, в контрольна – $2,92 \pm 0,36$). Це свідчить про підвищення невротичності, іпохондричності, тривожності, непевності у своїх силах, зниженні настрою у жінок перименопаузального періоду із рецидивуючою дисплазією шийки матки. Аналіз показників якості життя виявив також зниження їх рівнів в основній групі обстеження по відношенню до контрольної. Так у пацієток основної групи загальний фізичний компонент здоров'я склав $72,5 \pm 6,4$ бали, загальний психічний компонент здоров'я - $54,2 \pm 4,1$ бали. В контрольній групі дані були у межах $93,1 \pm 4,7$ бали і $91,4 \pm 2,3$ бали відповідно.

Таким чином, проведене дослідження висвітлює дані, що у жінок, які не народжували, з рецидивуючою плоскоепітеліальною екзоцервікальною дисплазією епітелію шийки матки на тлі менопаузальних змін значно знижені показники психоемоційного здоров'я, про що свідчать більш виражені клімактеричні прояви, зниження фізичної і соціальної активності, емоційного статусу, і в цілому загального здоров'я жінки. Такі виражені зміни перебігають у жінок з низьким рівнем опору стресу є результатом хронічної стрес-реакції, яка є загальною ланкою в патогенезі численних серйозних захворювань організму людини. При цьому перехід стресу з ланки адаптації, при відсутності домінуючої функціональної системи, може мобілізувати структури і енергетичні ресурси організму, що відбувається з їх виснаженням.

ОЦІНКА КОЛЬПОЦИТОЛОГІЧНОЇ КАРТИНИ ТА ПІХОВОГО БІОТОПУ В ДИНАМІЦІ ЛІКУВАННЯ У ЖІНОК ЗІ СТРЕСОВИМ НЕТРИМАННЯМ СЕЧІ НА ТЛІ ТЕРАПІЇ СО₂-ЛАЗЕРОМ

Пучко М.С., Усевич І.А., Момот А.А.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, кафедра акушерства і гінекології №3, м. Київ, Україна

Мета . Визначити гормональну насиченість слизової оболонки піхви та її біоценоз у жінок зі стресовим нетриманням сечі на тлі терапії СО₂-лазером.

Матеріали та методи дослідження. Обстеження 189 пацієнток зі стресовим нетриманням сечі (СНС), яких розподілено на основну (113 жінки пременопаузального віку зі СНС, яким з метою корекції проявів СНС запропоновано терапію із застосуванням СО₂-лазера у поєднанні з місцевою гормональною терапією) та групу порівняння (76 жінок з проявами СНС, яким призначалась лише терапія з місцевим застосуванням естріолу протягом 7 місяців).

Для визначення кислотності піхвового середовища (рН) використовувались діагностичні тест-смужки СІТОЛАВ (Pharmasco, Україна). Для визначення наявності бактеріального вагінозу (БВ) хворим з СНС проводили амінний тест. Проведення мікробіологічних досліджень виконувалось за допомогою методики “Фемофлор-16”. Корекцію виявлених відхилень проводили патогенетично-обумовленими місцевими антибактеріальними засобами з подальшим призначенням пероральних та вагінальних капсул на основі штамів *Lactobacillus rhamnosus* GR – 1ТМ – 10 мг і *Lactobacillus reuteri* RC – 14ТМ – 41 мг на 14 днів. Кольпоцитологічне дослідження виконувалось класичним методом на 5-7 день менструального циклу.

Результати та висновки.

За результатами кольпоцитологічного дослідження у переважної більшості обстежуваних жінок – 102 (53,9%) зареєстровано гіпоестрогенний тип мазка, що є одним з провідних факторів виникнення СНС. Атрофічний кольпоцитологічний тип зафіксовано у 23 (12,2%), запальний тип у 52 (27,5%), цитолітичний тип у 12 (6,3%), змішаний тип піхвових мазків у 18 (9,5%) обстежених жінок. Під час первинного обстеження усім жінкам з СНС напередодні лазерного лікування проводилось визначення рН піхвового вмісту. Як свідчать отримані результати, у 82 (43,3%) жінок значення показника рН зміщувалось в лужний бік, коливаючись в межах 4,7 – 5,4, а середнє значення становило 5,0±0,28.

Бактеріоскопічне дослідження аналізу виділень у 63,4% (52 випадки) обстежених жінок з патологічними значеннями рН виявило III ступінь чистоти піхвового мазка за Херліном, а в 21,9% (18 випадках) з них відзначено позитивний тест на БВ.

У 82 жінок з III ступенем чистоти піхви проведено культуральний аналіз піхвових виділень методом “Фемофлор-16”. Отримані результати демонструють суттєве зниження кількості лактобактерій *Lactobacillus* spp.,

достатня кількість яких відмічено у 22 (26,8%) обстежених жінок. Факультативно-анаеробні мікроорганізми виявлено у 26 (31,7%) жінок з СНС. Облігатно-анаеробна мікрофлора - *Gardnerella vaginalis* у поєднанні з *Prevotella bivia* та *Porphyromonas spp.* виявлялась у 31 (37,8%) жінок і займала перше місце серед виявлених мікроорганізмів. Другими за чистотою виявлення став *Mobiluncus spp.* у асоціації з *Corynebacterium spp.*, які виявлялись у 21 (25,6%) з обстежених жінок. Третє місце за частотою виявлення займав *Atopobium vaginea*, який діагностувався у 14 (17,1%) обстежених. Бактеріологічне обстеження жінок з СНС засвідчило про переважання облігатно-анаеробних мікроорганізмів у виділеній мікрофлорі – *Gardnerella vaginalis* в асоціаціях з *Prevotella bivia*+*Porphyromonas spp.* середня концентрація яких становила $4,9 \pm 0,44$ КУО/мл. Середня концентрація *Mobiluncus spp.* у асоціації з *Corynebacterium spp.* становила $4,2 \pm 0,37$ КУО/мл, а *Atopobium vaginea* - $3,4 \pm 0,21$ КУО/мл. Також в матеріалі, отриманому із статевих шляхів досліджуваних жінок виявлено суттєве зниження лактобацил ($\lg 3,8 \pm 0,31$ КУО/мл).

На тлі запропонованої патогенетично-обумовленої місцевої антибактеріальної терапії, призначеної відповідно до отриманих результатів обстеження “Фемофлор-16” нам вдалось у всіх 189 жінок зі стресовим нетриманням сечі досягти необхідного рівня рН піхвового вмісту, який не перевищував 4,4. Подальше стійке підтримання рН піхвового вмісту на стабільному рівні відбувалось шляхом тривалого призначення пероральних капсул на основі штамів *Lactobacillus rhamnosus GR – 1TM* – 10 мг і *Lactobacillus reuteri RC – 14TM* – 41 мг. Впровадження етіопатогенетичного підходу до корекції виявлених порушень біоценозу піхви сприяло достовірному зменшенню запальних та повній відсутності цитолітичних та змішаних типів на тлі практично незмінного атрофічного типу мазку.

РЕЗУЛЬТАТИ ПРОВЕДЕННЯ ГІГІЄНИЧНОЇ ОЦІНКИ УМОВ ПРАЦІ ЛІКАРІВ ХІРУРГІЧНИХ ВІДДІЛЕНЬ

Паустовський Ю.О., Зенкіна В.І., Брухно Р.П.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Вплив комплексу шкідливих і небезпечних факторів виробничого середовища в хірургічних відділеннях закладів охорони здоров'я створює зону підвищеного ризику як для медичного персоналу, так і для пацієнтів.

Вивчення умов праці лікарів хірургів проводили на робочих місцях у хірургічних відділеннях багатопрофільних лікарень міста Києва. Були застосовані загальноприйняті санітарно-гігієнічні дослідження умов і характеру праці, які дозволили дати гігієнічну оцінку з урахуванням можливого впливу небезпечних і шкідливих факторів виробничого середовища, а також важкості та напруженості трудового процесу відповідно до критеріїв “Гігієнічної класифікації праці за показниками шкідливості та небезпечності факторів виробничого середовища, важкості та напруженості трудового процесу”, затвердженої наказом МОЗ України № 248 від 08.04.2014.

Лікарі-хірурги під час виконання функціональних обов'язків зазнають значного нервово-емоційного навантаження, яке пов'язане з великою відповідальністю за можливу небезпеку для життя й здоров'я пацієнтів, з ризиком небезпеки для власного життя і відповідальністю за безпеку інших осіб; необхідністю вирішення хірургом складних завдань при відсутності алгоритму; особистим керівництвом в складних ситуаціях; роботою в умовах дефіциту часу та інформації з підвищеною відповідальністю за кінцевий результат при виконанні оперативних втручань (особливо ургентних), встановленні діагнозу та виборі тактики лікування хворих тощо.

Тому, ведучими несприятливими виробничими чинниками на робочому місці лікарів-хірургів визначено високу напруженість праці, обумовлену інтелектуальним та емоційним навантаженням, нераціональним режимом праці і відпочинку та дію біологічних чинників.

Праця лікарів-хірургів характеризується високою напруженістю (клас 3.2), високою вірогідністю впливу інфекційних агентів (клас 3.3 та 4), шкідливим впливом фізичних виробничих чинників (клас 3.1), що за критеріями загальної гігієнічної оцінки умов праці за ступенем шкідливості та небезпечності дозволяє віднести до класу 3.3 («шкідливий») та 4 («небезпечний») відповідно.

Встановлено, що умови праці лікарів-хірургів характеризуються такими рівнями шкідливих факторів виробничого середовища і трудового процесу класу 3.3 («шкідливий»), які, крім зростання хронічної захворюваності, призводять до розвитку професійних захворювань. А небезпечні умови праці 4 класу – створюють загрозу для життя, високий ризик виникнення гострих професійних уражень, у тому числі й важких форм. У даному випадку йдеться про виникнення особливо небезпечних інфекцій у медичних працівників.

Результати нашого дослідження вказують на необхідність термінового запровадження профілактичних заходів, спрямованих на оздоровлення умов праці лікарів-хірургів.

БЕЗПЕЧНЕ МАТЕРИНСТВО І ЯКІСТЬ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

*¹Гнатко О.П., ²Цемашко С.В., ²Семенюк Л.Л., ¹Сольський С.Я., ¹Дрозд О.О.,
¹Марущенко Ю.Л., ¹Кириченко Ю.А., ¹Жеребак Н.М.*

¹НМУ імені О.О. Богомольця, кафедра акушерства і гінекології №2;

²КНП Київський міський пологовий будинок №6

Проголошення ініціативи безпечного материнства мало на меті зменшення поширеності материнської смертності в усьому світі, оскільки на момент її заснування багато жінок щорічно померали під час вагітності і пологів. Ініціатива безпечного материнства зосередила свої зусилля на різних напрямках визначення складових проблеми материнської смертності, серед яких першочерговими було вивчення причин материнської смертності та оцінка якості надання медичної допомоги як інтегрального показника рівня медичної допомоги в країні і передбачала

розробку та впровадження стандартів ведення ситуацій, які пов'язані з материнською смертністю та захворюваністю.

Аналіз причин материнської смертності показав найбільший відсоток невідкладних акушерських ситуацій, пов'язаних материнським сепсисом, акушерською кровотечею, венозною тромбоемболією та важкою гіпертензією. Саме відносно цих станів були першочергово розроблені та впроваджені ефективні стандартні підходи до діагностики та лікування для забезпечення зниження негативних наслідків екстремальних ситуацій в акушерстві з урахуванням соціально-економічного розвитку тієї чи іншої країни.

В процесі накопичення досвіду поступово розширювались і з'ясовувались фактори ризику розвитку невідкладних станів, які, як виявилось, стосувались не тільки перебігу вагітності та пологів, а й безпосередньо, здоров'я самої жінки, умов життя і праці. Тому безпечне материнство передбачало низку ініціатив, практик, протоколів і рекомендацій щодо надання послуг, структурованих для надання матерям високоякісного гінекологічного догляду, догляду за плануванням сім'ї, допологового та післяпологового догляду з метою досягнення оптимального здоров'я матері, плода.

Забезпечення того, щоб усі жінки отримували необхідний догляд, щоб бути безпечними та здоровими під час вагітності та пологів.

Завдяки підвищенню уваги до проблем, пов'язаних із здоров'ям матерів, спеціалісти з охорони здоров'я матерів намагалися зробити акцент на тому, які конкретні заходи необхідні для покращення здоров'я матерів у всьому світі. Деякі з цих пропозицій включали збільшення достатньої кількості медичних працівників, що навчаються, постачання необхідних ліків і медичного обладнання для вагітності та пологів, а також заохочення нової урядової політики підтримки материнського здоров'я.

Одним з головних завдань забезпечення безпечного материнства було визначено підвищення якості надання медичної допомоги, яке передбачало безперервне підвищення кваліфікації медперсоналу, взаємодію лікарів декількох спеціальностей при веденні однієї пацієнтки, що оптимізує процеси діагностики та лікування, уніфікує підходи до ведення пацієнтки акушерами-гінекологами та лікарями інших спеціальностей на різних етапах гестації, особливо при наявності екстрагенітальної патології у пацієнтки.

Усі ці клінічні заходи та програми спеціально розроблені для того, щоб надати матерям відповідну інформацію, яка допоможе їм до вагітності, під час вагітності та після пологів, а також забезпечить їх участь в профілактиці ускладнень і, тим самим, в процесі зниження материнської та дитячої захворюваності і смертності.

ПИТАННЯ БЕЗПЕКИ ПАЦІЄНТІВ У СИСТЕМІ БЕЗПЕРЕРВНОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

*Гнатко О.П., Чорна О.О., Чубатий А.І., Скурятіна Н.Г., Манащук С.І.,
Михайлюта М.А.*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
кафедра акушерства і гінекології №2*

Ускладнення медичних технологій в лікувально-діагностичному процесі потребує інтенсифікації праці всіх медичних працівників і, водночас, підвищує ризик негативних наслідків для пацієнтів. Безпека пацієнта – це інтегративні знання з різних сфер медичної практики.

Формування ставлення до безпеки пацієнта відбувається вже під час навчання студентів і опанування практичних вмінь не тільки з професійних питань, а і з питань щодо проявів безпеки пацієнтів.

Знайомлячись з лікувально-діагностичними можливостями надання медичної допомоги пацієнтці майбутній лікар повинен вміти оцінити конкретну ситуацію (вік, соматичні захворювання, наявність спадкової або вродженої патології та ін.) і обрати ефективну, безпечну тактику діагностично-лікувального процесу.

Набуваючи знань на кожному практичному занятті, увагу студента потрібно повернути на забезпечення умов щодо безпеки пацієнтки. Це стосується і виконання заходів особистої професійної безпеки, дотримання протиепідемічного режиму та охорони праці під час надання медичної допомоги пацієнтці, при проведенні хірургічних операцій, інструментальних методах дослідження, під час прийому пологів. Засвоєнню знань і вмінь з дисципліни щодо безпеки пацієнтки, особливо вагітної жінки сприяють сучасні можливості різних форм проведення занять, а саме використання клінічно-ситуаційних задач, в яких модулюються ситуації, схожі до тих, з якими може зустрінутись майбутній лікар в практичній діяльності. Це допоможе уникнути помилок в роботі і звести до мінімуму ризику для пацієнтки.

Сьогодення підвищує вимоги щодо якості медичної допомоги, що потребує особливої уваги до неналежного виконання професійних обов'язків, допущення лікарських помилок, які можливо було б попередити і не втрачати людське життя. Чималий відсоток медичних втручань не є обгрунтованим і не потрібним, а іноді і ризикованим для пацієнтки. Призначення як хірургічного, так і медикаментозного лікування повинно визначити «користь і шкоду» вибору в плані безпеки пацієнтки.

Інтенсивний розвиток і вдосконалення лікувально-діагностичних можливостей пов'язано з постійною необхідністю безперервної освіти медика не тільки з професійних питань, а й питань безпеки пацієнтів. Тому так важливо при проведенні заходів, які присвячені різним напрямкам підвищення кваліфікації молодого спеціаліста, медичного працівника включати питання безпеки пацієнтки.

ПРОТЕКТОРНІ ВЛАСТИВОСТІ ТІОЦЕТАМУ ПРИ ОТРУЄННІ СПОЛУКАМИ КАДМІЮ (ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ)

Анихтіна О.Л.

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

Кадмій та його сполуки є глобальними забруднювачами навколишнього середовища і належить до високотоксичних речовин, характеризуються мутагенною та генотоксичною та канцерогенною дією, мають високі кумулятивні властивості, при тривалому впливі на організм проявляють переважно нефро-, гепато-, імуно- та остеотоксичну дію. Із розвитком нанотехнологій почалося впровадження наночастинок (НЧ) сполук кадмію у різні галузі промисловості, що обумовлює необхідність вивчення механізму їх дії як на клітинному рівні, так і на рівні органів і систем, визначення біомаркерів їх впливу та пошук ефективних засобів профілактики та лікування інтоксикації.

Серед засобів, які застосовуються для лікування та профілактики кадмієвої інтоксикації, провідне місце займають препарати, що володіють адаптогенними, антиоксидантними, мембраностабілізуючими властивостями та не мають виражених побічних ефектів. Лікарський засіб Тіоцетам®, який являє собою фіксовану комбінацію тіотриазоліну та пірацетаму належить до групи цереброактивних засобів, має ноотропні, протишемічні, антиоксидантні та мембраностабілізуючі властивості.

Мета роботи: дослідити ефективність протекторної дії тіоцетаму при інтоксикації сполуками кадмію в нано- та в іонній формі.

Матеріали і методи. У роботі були використані НЧ сульфід кадмію (НЧ CdS) середнім розміром 4–6 нм та 9–11 нм та хлорид кадмію (CdCl₂). НЧ сульфід кадмію отримували методом хімічного синтезу, із використанням стабілізатора поліфосфату натрію (NaPO₃)_n. Розміри НЧ були встановлені методом електронної мікроскопії. Дослідження проводили на щурах-самцях статевозрілого віку лінії Вістар вагою 160–180 г. Щури були розподілені на 3 дослідні групи та контрольну. 1 дослідній групі вводили НЧ CdS розміром 4–6 нм, 2 – НЧ CdS розміром 9–11 нм, 3 – CdCl₂; контрольній – фізіологічний розчин. Досліджувані речовини вводили внутрішньоочередово щоденно 5 разів на 1 тиждень у дозі 0,08 мг/кг у перерахунку на кадмій. Токсичні ефекти оцінювали за інтегральними (маса тіла тварин, маса внутрішніх органів, м'язова витривалість), гематологічними та біохімічними показниками після 30 введень (1,5 міс.), 60 введень (3,0 міс.) та через 1,5 міс. після припинення експозиції. Статистичну обробку первинних даних проводили за допомогою програми Microsoft Excel 2003 та SPSS 21.0. Достовірність відмінностей між показниками оцінювали за U-критерієм Манна-Уїтні.

Результати та висновки. У тварин за умов експозиції сполуками кадмію виявлено зміну інтегральних, гематологічних, біохімічних показників функціонального стану. CdCl₂ та НЧ CdS при тривалому введенні спричиняли зниження середньої маси тіла тварин та її приросту. Зменшення середньої маси тіла щурів, експонованих НЧ CdS обох розмірів наставали раніше, порівняно із

показниками маси тіла тварин, експонованих CdCl_2 , проте за дії CdCl_2 ці зміни були більш виражені, що може свідчити про більш ранній розвиток інтоксикації у тварин при уведенні НЧ CdS. Відносна маса внутрішніх органів є досить чутливим показником, що відображає морфо-функціональні зміни у внутрішніх органів та характеризує ступінь розвитку інтоксикації. У тварин дослідних груп спостерігалось істотне зростання відносної маси головного мозку, печінки та селезінки. Загалом, НЧ CdS розміром 9-11 нм викликали більші зміни, ніж НЧ CdS розміром 4-6 нм. У тварин, експонованих сполуками кадмію, спостерігається суттєве зниження показника м'язової витривалості, причому найбільш виражене у першому періоді за дії НЧ CdS розміром 4-6 нм, а у другому та у постекспозиційному періоді – за дії CdCl_2 .

Сполуки кадмію спричиняли істотні морфо-функціональних зміни клітин крові: зниження концентрації гемоглобіну, гематокриту, зменшення кількості еритроцитів, середнього об'єму еритроцитів та зростання показника гетерогенності еритроцитів, зростання відносної та абсолютної кількості гранулоцитарних лейкоцитів та зменшення кількості лімфоцитів, зростання тромбокриту, середнього об'єму тромбоцитів та показника гетерогенності тромбоцитів. Порівняно з CdCl_2 , НЧ CdS спричиняли більш істотні порушення досліджуваних показників: більші відхилення показників клітин еритроцитарного ряду, гемоглобіну та тромбоцитів спостерігались за дії НЧ CdS розміром 4-6 нм, у той час НЧ CdS розміром 9-11 нм викликали виражені відхилення у клітинах лейкоцитарного ряду.

У сироватці спостерігались виражені зміни біохімічних показників. Порушення білкового обміну проявлялось зниженням рівня загального білку, альбуміну в сироватці крові та порушенням співвідношення білкових фракцій, що може бути обумовлено зниженням білок синтетичної функції печінки, порушення фільтраційної функції нирок, особливо за дії хлориду кадмію. Порушення обміну ліпідів характеризувалось зниженням концентрації загальних ліпідів і холестерину та підвищенням концентрації тригліцеридів, особливо за дії НЧ CdS. НЧ CdS також спричиняли зростання рівня глюкози в крові на відміну від CdCl_2 . Зростання активності лужної фосфатази, АЛТ, АСТ в сироватці крові щурів після введення сполук кадмію свідчить про ураження печінки та серця, особливо за дії НЧ CdS. Істотне підвищення концентрації сечовини та креатиніну у дослідних тварин обумовлено порушенням фільтраційної функції нирок, а вираженість цих змін у постекспозиційному періоді свідчить про стійкість та незворотність уражень нирок.

Уведення тіоцетаму щурам, які зазнали впливу сполук кадмію як в іонній, так і у наноформі сприяло суттєвому підвищенню маси тіла дослідних тварин, певному покращенню окремих показників відносної маси внутрішніх органів та м'язової витривалості тварин; покращенню гематологічних показників клітин еритроцитарного, лейкоцитарного ряду, тромбоцитів та гематокриту (окремі з них вказують на стимуляцію еритропоезу та тромбоцитопоезу, модулюючий вплив на клітини крові лейкоцитарного ряду); покращенню біохімічних показників сироватки крові: зниження рівня глюкози, концентрації креатиніну, активності лужної фосфатази, АЛТ, АСТ та коефіцієнта де Рітіса, а також

зниженню вмісту кадмію у внутрішніх органах (головному мозку, серці, аорті, селезінці), підвищенню виведенню нирками, що свідчить про позитивний вплив препарату на обмін речовин, наявність нефро-, гепато-, нейротекторних властивостей.

ПСИХОЛОГІЧНІ І БЕЗПЕКОВІ АСПЕКТИ РОБОТИ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ ТА БОРОТЬБИ З ПАНДЕМІЄЮ COVID 19

Н.В. Устяк

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

В нинішній час країна перебуває в умовах надзвичайного гуманітарного стану, яким є війна та коронавірусна хвороба, й за умов якого утворюється багатогранний спектр гострих надзвичайних ситуацій. Постійне перебування під таким впливом призводить до виникнення стресу, у вигляді емоційних, когнітивних та соматичних реакцій.

Виробничий процес в умовах воєнного стану пов'язаний з багатьма новими, у тому числі із смертельними ризиками. Україна несе великі втрати у зв'язку з агресією Росії, ці втрати постійно зростають.

Проблема прогнозування поведінки людини в екстремальних умовах діяльності та оцінка ймовірності збереження її психічного здоров'я й працездатності після впливу життєво важливих факторів завжди займала важливе місце серед питань вчених, практичних психологів і психіатрів.

Зважаючи на заявлені виклики варто виділити головні аспекти, серед них: питання забезпечення особистої (фізичної та психологічної) безпеки медичних працівників, а також їх успішна адаптація до стресових умов перебування в прифронтових зонах чи комунікації з пацієнтами, що пережили психотравмувальні події.

Медичні працівники зіштовхнулися з новими викликами в організації роботи та змушені реагувати: змінювати підходи та ухвалювати швидкі рішення.

Заклади охорони здоров'я є першими хто зустрічає людей, що пережили психотравмувальні події. Після отриманих різноманітних сильних емоцій пацієнт має комунікації з лікарем, але цей досвід є дуже індивідуальним, що підвищує ризики психологічної безпеки медичних працівників. Іноді різні реакції пережитого проявляються згодом. Психічне здоров'я людини може значно погіршитися на протязі днів чи тижнів відколи спадає зовнішня небезпека. Часто самі лікарі переживають травматичні стрес-фактори.

Отже, підсумовуючи роботу медичних працівників, як наслідок впливу на їх виробничий процес гуманітарного стану більшість з них можуть піддаватися перевтомі (хронічна втома).

Хронічна втома (або хронічна перевтома) може призвести до розвитку захворювань нервово-психічного генезу: неврозів, неврастенії, підвищення

рівня загальної захворюваності, що в свою чергу потребує застосування корекційних, реабілітаційних та лікувально-профілактичних заходів.

Варто зважити на те, що всупереч втомі фізіологічні та патофізіологічні процеси, які відбуваються в організмі внаслідок хронічної втоми, не є зворотними у повній мірі.

Хронічна втома без прийняття спеціальних заходів, спрямованих на відновлення функціонування стану організму через якийсь час може призвести до виникнення перенапруження. Варто також зазначити, що при зтяжньому стані перевтоми, тобто синдрому хронічної втоми, який характеризується як патологічний стан організму, що близько 6 місяців не відновлює сили.

Постійне психоемоційне навантаження призводить до формування феномену професійного вигорання «burnout», що становить об'єднаний комплекс реакцій організму, який виникає як наслідок впливу довготривалого професійно-обумовленого стресу та зниження рівня відповідальності за результати роботи тощо.

Висновок: З метою профілактики перевтоми і професійного вигорання медичних працівників у період надзвичайного стану внаслідок війни та пандемії Covid 19 варто застосовувати загальні та спеціальні заходи, серед них: активно відпочивати в неробочий час, оволодіти навичками та методами психологічної саморегуляції, застосовувати техніки релаксації. Крім того, слід відзначити індивідуальні особливості медичних працівників щодо профілактики втоми, а саме: поступове входження і дотримання правил організації виробничого процесу, чітке визначення цілей, рівномірність і ритмічність в роботі, чергування праці та відпочинку, обмінюватися досвідом з колегами та постійно удосконалювати свої навички, приймати участь у конференціях, симпозіумах тощо.



Консенсусна заява
Роль політиків і керівників охорони здоров'я в реалізації
Глобальної безпеки пацієнтів
План дій 2021–2030

Ця консенсусна заява ґрунтується на політиках, викладених у численних глобальних і регіональних резолюціях і рішеннях щодо безпеки пацієнтів, прийнятих керівними органами Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) та інших міжнародних організацій. Він заснований на матеріалах Форуму політиків ВООЗ, підкреслюючи центральну та особливу роль політиків і керівників охорони здоров'я у впровадженні Глобального плану дій щодо безпеки пацієнтів на 2021–2030 роки на всіх рівнях у всіх країнах.

Приблизно 310 учасників з приблизно 90 країн світу, в тому числі високопоставлені політики, керівники охорони здоров'я, експерти з безпеки пацієнтів на національному, субнаціональному, регіональному, організаційному рівнях і рівнях закладів охорони здоров'я, захисники безпеки пацієнтів і представники ключових міжнародних організацій – зустрілися (віртуально) 23–24 лютого 2022 року для участі у Форумі політиків, організованому Флагманським підрозділом безпеки пацієнтів, штаб-квартира ВООЗ, Женева, Швейцарія.

1. Підтвердження та зобов'язання

1.1. Вітаємо і підтримуємо бачення Глобального плану дій щодо безпеки пацієнтів на 2021-2030 рр. для поступу до усунення шкоди, якої можна уникнути, у сфері охорони здоров'я та його загальної мети покращити безпеку пацієнтів, щоб зменшити шкоду, якої можна уникнути, і систематично усунути ризики шкоди у сфері охорони здоров'я;

1.2. Ми визнаємо, що безпека пацієнтів є глобальним пріоритетом охорони здоров'я, який вимагає термінових дій з боку держав-членів і всіх партнерів, щоб зменшити нинішній неприйнятний у всьому світі тягар шкоди, якої можна уникнути;

1.3. Ми ще раз підтверджуємо нашу відданість виконанню резолюції WHA72.6 «Глобальні дії щодо безпеки пацієнтів», ухваленої Сімдесят другою сесією Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я в травні 2019 р., і рішення WHA74(13), яким Сімдесят четверта сесія Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я в травні 2021 р., прийняли Глобальний план дій із безпеки пацієнтів на 2021–2030 рр.;

1.4. Ми визнаємо важливість зосередження уваги на семи стратегічних цілях та їхніх 35 стратегіях (викладених у Глобальному плані дій щодо безпеки пацієнтів на 2021–2030 рр.) як фундаментальній організаційній основі для впровадження та планування пріоритетних дій;

1.5. Ми приймаємо вирішальність ролі та обов'язку політиків і керівників охорони здоров'я виконувати резолюції та рішення Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я щодо безпеки пацієнтів, щоб реалізувати глобальне бачення підвищення безпеки медичної допомоги, яка надається пацієнтам, і зменшити шкоду, якої можна уникнути, пов'язану з плануванням та наданням медичних послуг;

1.6. Ми стверджуємо, що це означає, що безпека пацієнтів стає ключовим пріоритетом для політики та програм сектору охорони здоров'я, а також для професійної практики охорони здоров'я та передбачає вжиття на національному, субнаціональному, організаційному рівнях та рівнях закладів охорони здоров'я комплексного спектру заходів, викладених у Глобальному плані дій із безпеки пацієнтів на 2021–2030 рр.;

1.7. Зазначаємо важливість впровадження флагманських ініціатив ВООЗ, таких як Глобальні виклики безпеки пацієнтів і Всесвітній день безпеки пацієнтів.

2. Відстоювання та підтримка основних цінностей

2.1. Сильно наголошуємо, що першочерговим завданням керівників усіх рівнів є встановлення та підтримка культури безпеки пацієнтів у всіх закладах та установах, де планується, організовується та надається медична допомога;

2.2. Ми присвячуємо себе забезпеченню того, щоб досвід пацієнтів і сімей, особливо тих, хто зазнав шкоди, якої можна було уникнути, ставав фундаментальною формуючою силою в розробці та наданні безпечної медичної допомоги, а також сприянні їхньому наданню активної участі в програмах безпеки пацієнтів;

2.3. Будемо просувати спосіб мислення про безпеку пацієнтів, згідно з яким виявлення, передбачення та пом'якшення ризиків шкоди, якої можна уникнути, надається таке саме значення, як і навчання на її виникненні;

2.4. Ми зробимо це нашою справою – забезпечити, щоб досягнення цілей безпеки пацієнтів було невід’ємною частиною досягнення загального охоплення медичними послугами;

2.5. Ми завжди будемо уважними щодо необхідності тестування всіх заходів для покращення безпеки пацієнтів, щоб вони сприяли справедливості та захищали вразливі верстви населення;

2.6. Ми зобов’язуємося забезпечити відкритість і прозорість для пацієнтів, медичних працівників і громадськості щодо практик безпеки пацієнтів, ефективності та результатів, включаючи несприятливі події та шкоду пацієнту.

3. Створення імпульсу для впровадження

3.1. Будемо плекати і заохочувати усі кроки та програми, необхідні для розвитку лідерського потенціалу для зміцнення систем і процесів безпеки пацієнтів;

3.2. Будемо плекати сильне та ефективне партнерство та співпрацю в широкому діапазоні секторів та організацій, включаючи професійні організації, спеціалізовані агентства, неурядові організації (включаючи організації пацієнтів та професійні організації), а також академічні та дослідницькі установи;

3.3. Будемо просувати важливість інтеграції концепцій і практики безпеки пацієнтів і медичних працівників у плани готовності до надзвичайних ситуацій, реагування та відновлення для більш безпечних і стійких систем охорони здоров’я на основі досвіду та досліджень, проведених під час пандемії COVID-19;

3.4. Будувати допоможемо глобальна солідарність у досягненні безпечнішого догляду за пацієнтами;

3.5. Будемо шукати синергію, яка підвищить перспективи успішного впровадження, особливо у співпраці з галузями високого ризику та високої надійності (такими як авіаційна, ядерна, нафтова та газова), щоб обмінюватися знаннями та досвідом, а також прийняти або адаптувати їхні методи безпеки та розуміння людських факторів та застосування ергономіки в безпеці критичних ситуацій.

4. Створення умов та засобів для більш безпечного догляду

4.1. Ми скористаємось найкращими технічними консультаціями і досвідом в проектуванні, розробці та вдосконаленні систем звітності про інциденти безпеки пацієнтів для отримання знань (у тому числі за допомогою інструментів і методів розслідування та аналітики);

4.2. Ми забезпечимо загальні концепції безпеки пацієнтів, які охоплюють і консолідують конкретні сфери безпеки, клінічні програми та програми системи охорони здоров'я, такі як безпека ліків, хірургічна безпека, профілактика та контроль інфекцій, безпека переливання крові, безпека ін'єкцій, безпечна ідентифікація пацієнтів, радіаційна безпека, безпека імунізації, діагностична безпека, якість медичної допомоги, антимікробна резистентність, материнське здоров'я, психічне здоров'я, інфекційні та неінфекційні захворювання – у всіх сферах охорони здоров'я, а також в інших суміжних сферах, таких як соціальні науки, етика та право;

4.3. Будемо заохочувати призначення агенції або центру, що відповідає національному контексту та на різних рівнях, щоб взяти на себе відповідальність за координацію впровадження безпеки пацієнтів;

4.4. Будемо впроваджувати освітні та навчальні програми безпеки пацієнтів у всіх навчальних закладах і в програмах для медичних працівників у межах нашої юрисдикції;

4.5. Будемо заохочувати або доручати дослідження, інновації та розробки рішень для створення безпечніших систем охорони здоров'я;

4.6. Ми зробимо необхідні кроки щоб забезпечити безпеку медичних працівників і безпечне робоче середовище.

5. Надання технічної підтримки та керівництва

5.1. Ми приведемо організації і окремих осіб до найбільш відповідних систем управління, розробки політики, лідерства та менеджменту, а також моніторингу та оцінки для покращення безпеки пацієнтів відповідно до їхніх обставин і умов;

5.2. Встановимо (або допоможемо встановити) національні та субнаціональні мережі безпеки пацієнтів для обміну та поширення найкращих практик і взаємного навчання з метою зменшення шкоди для пацієнтів;

5.3. Ми надамо доступ та вказівки щодо того, як створити культуру, яка функціонуватиме прозоро та некарально та заохочуватиме говорити відкрито;

5.4. Ми допоможемо розвивати інструменти та інформацію для допомоги лідерам у сфері безпеки пацієнтів, наприклад, рамки встановлення пріоритетів, дані про економічний вплив, стандарти та критерії оцінки та показники моніторингу;

5.5. Ми допоможемо розвивати інструменти для проактивного розпізнавання помилок, спричинених технологіями, і впровадження процесів для зменшення цих ризиків і забезпечення безпеки пацієнтів;

5.6. Ми будемо сприяти адаптації розробки та впровадження практик і програм безпеки пацієнтів до всього спектру закладів догляду (включаючи служби первинної медичної допомоги, служби психічного здоров'я, будинки для людей похилого віку, заклади для дорослих і дітей з обмеженими можливостями, а також лікарні та клініки).

6. Висновок

6.1. Ми обіцяємо отримати широке прийняття та прихильність цій консенсусній заяві серед наших колег, які розробляють політики, і лідерів охорони здоров'я в усьому світі.

WHO/UHL/IHS/PSF/2022.3 –© Всесвітня організація охорони здоров'я, 2022

Рекомендоване цитування .Роль політиків і керівників охорони здоров'я в реалізації Глобального плану дій із безпеки пацієнтів на 2021–2030 рр.: консенсусна заява. Женева: Всесвітня організація охорони здоров'я; 2022 (WHO/UHL/IHS/PSF/2022.3). Ліцензія:CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Відмова від відповідальності

Ця консенсусна заява є результатом Форуму політиків ВООЗ щодо забезпечення безпеки пацієнтів 23–24 лютого 2022 р. Вона не обов'язково відображає рішення чи політику Всесвітньої організації охорони здоров'я чи всіх представлених урядів і організацій.

Ліки без шкоди - Глобальна безпека пацієнтів щодо безпеки ліків

*Ліки без шкоди – Глобальна безпека пацієнтів щодо безпеки ліків.
Женева: Всесвітня організація охорони здоров'я, 2017. Ліцензія:
CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2017.6>*

Попередні глобальні виклики безпеки пацієнтів

Починаючи з 2004 року, Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ), працюючи в партнерстві з (тоді ще) Всесвітнім альянсом безпеки пацієнтів, ініціювала два попередні Глобальні виклики безпеки пацієнтів: **Чистий догляд – безпечніший догляд**, а через кілька років **Безпечна хірургія рятує життя**.

Обидва мали на меті завоювати прихильність у всьому світі та розпочати дії, спрямовані на зменшення інфекцій **Додаток** у сфері охорони здоров'я та ризику, пов'язаного з хірургічним втручанням, відповідно.

Третій глобальний виклик безпеки пацієнтів – Ліки без шкоди

ВООЗ ініціює третій Глобальний виклик безпеки пацієнтів на тему безпеки ліків.

Це встановлюється в рамках філософії безпеки пацієнтів, раніше розробленої ВООЗ, а саме, що помилки є неминучими та спровоковані значною мірою слабкими системами охорони здоров'я, тому завдання полягає в зменшенні їх частоти та впливу. Виклик було започатковано в березні 2017 року на Глобальному міністерському саміті з питань безпеки пацієнтів у Бонні, Німеччина.

Домагаючись прихильності делегатів високого рівня, міністрів охорони здоров'я та експертів, запуск створив можливість для лідерів рухати зміни та працювати разом, щоб реально змінити життя пацієнтів, сімей та медичних працівників на передовій.

Кожна людина в усьому світі в якийсь момент свого життя прийматиме ліки для запобігання або лікування хвороби. Медицина назавжди змінила нашу здатність жити з хворобою і загалом збільшила тривалість нашого життя. Однак ліки іноді завдають серйозної шкоди, якщо їх приймати неправильно, недостатньо контролювати або внаслідок помилки, нещасного випадку чи проблеми комунікації.

Досвід інших галузей високого ризику та багаторічна робота ВООЗ з експертами з безпеки охорони здоров'я показують, що люди рідко роблять помилки через недбалість, а натомість через те, що системи, процеси та процедури, з якими вони працюють, часто мають недоліки або не працюють. Це неминуче призводить до помилок, і шкода ліків не є винятком із цього правила. Усіх помилок у лікуванні потенційно можна уникнути. Таким чином, їх можна значно зменшити або навіть запобігти удосконалення систем і практик лікування, включаючи замовлення, призначення, приготування, відпуск, адміністрування та моніторинг. Зважаючи на те, що тема настільки обширна, підхід цього третього виклику спрямований на порятунок життів і зменшення шкоди, пов'язаної з прийомом ліків, спричиненої небезпечними практиками та помилками, шляхом усунення слабких місць у наданні послуг і розробки більш ефективних систем охорони здоров'я.

Серйозність проблеми

- Небезпечні методи лікування та помилки в лікуванні є основною причиною шкоди, якої можна уникнути, у системах охорони здоров'я в усьому світі.
- Масштаби та характер цієї шкоди різняться між країнами з низьким, середнім та високим доходом. У всьому світі витрати, пов'язані з помилками в лікуванні, оцінюються в 42 мільярди доларів США на рік.
- Пацієнти, які живуть у країнах з низьким рівнем доходу, втрачають вдвічі більше років життя з поправкою на інвалідність через ліки, ніж пацієнти в країнах з високим рівнем доходу.
- Помилки в лікуванні виникають, коли слабкі системи лікування та/або людські фактори, такі як втома, погані умови навколишнього середовища або нестача персоналу, впливають на практику призначення, транскрипції, відпуску, адміністрування та моніторингу, що може призвести до серйозних травм, інвалідності та навіть смерті.
- Помилки найчастіше трапляються під час введення, однак існують ризики на різних етапах процесу лікування.

Загальна мета

Глобальний виклик безпеки пацієнтів щодо безпеки ліків зосереджується на покращенні безпеки ліків шляхом зміцнення систем для зменшення помилок при лікуванні та шкоди, якої можна уникнути.

Знизити рівень серйозної шкоди, пов'язаної з ліками, якої можна уникнути, на 50% протягом 5 років у всьому світі

Метою третього Глобального виклику безпеки пацієнтів щодо безпеки ліків є залучення в усьому світі зобов'язань і дій для зменшення серйозної

шкоди, пов'язаної з прийомом ліків, якої можна було б уникнути, на 50% протягом наступних п'яти років, зокрема шляхом усунення шкоди, спричиненої помилками або небезпечними методами через недоліки в системах охорони здоров'я. Завдання спрямоване на вдосконалення кожного етапу процесу лікування, включаючи призначення, відпуск, адміністрування, моніторинг і використання.

Цілі Глобального виклику з безпеки ліків

Глобальний виклик безпеки пацієнтів щодо безпеки ліків сприятиме зміцненню систем і практик, які можуть ініціювати коригувальні дії в країнах для покращення безпеки пацієнтів і зменшення шкоди, якої можна уникнути, пов'язаної з ліками.

Щоб досягти цього, Challenge передбачає п'ять конкретних цілей.

1. **ОЦНТИТИ** обсяг і характер шкоди, якої можна уникнути, і посилити системи моніторингу для виявлення та відстеження цієї шкоди.
2. **СТВОРИТИ** рамки для дій, спрямовані на пацієнтів, медичних працівників та держави-члени, щоб сприяти вдосконаленню замовлення, призначення рецептів, підготовки, практики видачі, адміністрування та моніторингу, які можуть бути прийнятні та адаптовані державами-членами.
3. **РОЗВИВАТИСЯ**: настанови, матеріали, технології та інструменти для підтримки створення систем безпечнішого використання ліків для зменшення помилок при лікуванні.
4. **ЗАЛУЧИТИ** ключові зацікавлені сторони, партнерів і галузь для підвищення обізнаності про проблему та активних зусиль для підвищення безпеки ліків.
5. **РОЗШИРЕННЯ ДОПОМОГИ** пацієнтам, сім'ям та особам, які за ними доглядають, брати активну участь і брати участь у прийнятті рішень щодо лікування чи догляду, ставити запитання, виявляти помилки та ефективно керувати своїми ліками.

Формування виклику – стратегічна структура

Уроки успіху, витягнуті з попередніх Глобальних викликів безпеки пацієнтів, включають високу видимість, політичну та професійну відданість, багаторівневі «провідні» заходи та здатність ВООЗ керувати та мобілізувати світову спільноту для досягнення запропонованих цілей.

Стратегічна структура для цього виклику має активізуватися зобов'язання зменшити кількість помилок при лікуванні та шкоду, пов'язану з прийомом ліків, а також посилити системи вимірювання та моніторингу безпеки.

Чотири фундаментальні проблеми лежать в основі стратегічної основи:

- Пацієнти та громадськість не завжди залежать від медикаментів. Надто часто їх змушують бути пасивними одержувачами ліків, не інформують і не мають повноважень зіграти свою роль у тому, щоб зробити процес лікування безпечнішим.
- Медичні працівники можуть іноді призначати та вводити ліки у способи та за обставин, що підвищують ризик заподіяння шкоди пацієнтам.
- Препарати інколи складні та можуть бути загадковими своїми назвами чи упаковкою, а іноді з недостатньо чіткою інформацією. Плутання «схожих» назв ліків та/або маркування та упаковки є частими джерелами помилок і шкоди, пов'язаної з прийомом ліків, яку можна вирішити.
- Системи та методи лікування є складними та часто нефункціональними, і їх можна зробити більш стійкими до ризику та шкоди, якщо їх добре зрозуміти та спланувати.

Дії, заплановані в цьому виклику, базуються на чотирьох сферах роботи, по одній для кожної визначеної фундаментальної проблеми. Це:

- пацієнти і громадськість
- медичні працівники
- препарати
- систем і практик лікування.

У кожній із цих областей існує багато способів, якими використання ліків у які може завдати шкоди, що може бути відвернутою. Також є багато способів зробити догляд безпечнішим.

Ключові напрями діяльності

Першочергові дії. Попросіть країни та ключові зацікавлені сторони взяти тверді зобов'язання, визначити пріоритети та вжити заходів на ранній стадії, а також ефективно керувати трьома ключовими сферами захисту пацієнтів від шкоди, а саме:

- ситуації високого ризику
- поліпрагмазія
- переходи в догляді

Програми розвитку. Попросіть країни скликати експертів, медичних працівників і лідерів, ключових зацікавлених сторін і представників пацієнтів

для розробки цільових програми змін і вжиття заходів для підвищення безпеки в кожній із чотирьох областей рамки виклику:

- 1) пацієнти та громадськість;
- 2) ліки;
- 3) медичні працівники;
- 4) системи та методи лікування.

Глобальна дія. Мета ВООЗ:

- а) надавати вказівки та розробляти стратегії, плани та інструменти для забезпечення того, щоб процес прийому ліків мав безпеку пацієнтів у своїй основі в усіх закладах охорони здоров'я;
- б) зміцнити потенціал людських ресурсів через розвиток лідерства та формування навичок;
- в) підвищити якість даних моніторингу;
- г) сприяти та підтримувати дослідження в цій галузі як частину загального порядку денного досліджень безпеки пацієнтів;
- д) продовжувати взаємодію з регуляторними органами та міжнародними акторами та постійно підвищувати безпеку ліків за допомогою вдосконаленого пакування та маркування;
- е) розробити механізми залучення та розширення можливостей пацієнтів для безпечного керування власними ліками.

Виклик «Матері за ліки без шкоди»

Моя старша донька Марта пішла вчитися на медсестру з великим бажанням доглядати за хворими. Але у неї були певні проблеми зі здоров'ям. У неї була хронічна гіпокаліємія або низький рівень калію, час від часу вона приймала добавки, і її ЕКГ завжди були ненормальними. Навіть коли проводили подальші серцеві тести, аномальні результати вважалися для неї нормальними, і результати просто записувалися, а ми з Мартою не знали про її серцевий стан. Пізніше у неї почалися зміни настрою, які вважалися симптомами біполярного афективного розладу, і їй призначили літій, який допоміг регулювати її настрій. Ми разом прочитали інформаційний листок і шукали препарат в Інтернеті, але ми не знали про попередження в її медичній картці, яке б спеціально рекомендувало не призначати літій, і нам не сказали про серйозні побічні реакції, на які слід звернути увагу. Незважаючи на те, що її серце іноді починало прискорюватися, дозу літію збільшували. А через 13 днів одного ранку батько пішов її розбудити й знайшов Марту на підлозі спальні, де вона померла.

Вона не змогла підійти до дверей, щоб покликати на допомогу. У двадцять

два роки, наша дочка перенесла смертельну серцеву аритмію. Хоча трагічна серія медичних помилок і побічних реакцій на ліки забрали життя Марти, жодних повідомлень не було, і її смерть просто ідентифікували як «природну». Щоб довести, що смерть Марти була спричинена лікарською помилкою, знадобилося шість років великих зусиль, широке висвітлення в ЗМІ та ще дві перевірки смерті розслідування та внесення значущих змін, щоб допомогти запобігти подібним смертельним випадкам.

Отже, як пацієнти та сім'ї, що ми можемо зробити, щоб уникнути шкоди, пов'язаної з прийомом ліків? Є дві речі, які виділяються:

- 1) Ми можемо заохочувати звітування та навіть самі повідомляти про несприятливий випадок прийому ліків;
- 2) Ми можемо брати активну участь у власному медичному догляді пацієнта та лікуванні ліками.

Давайте вшануємо тих, хто постраждав, як Марта, не приховуючи те, що сталося, а вимагаючи прозорості та централізованого звітування, щоб ці трагічні події могли сприяти підвищенню безпеки ліків для всіх.

Ситуації високого ризику

Вплив помилок при лікуванні більший за певних клінічних обставин, наприклад, коли пацієнти стаціонарно перебувають у лікарні, а не під час амбулаторного лікування. Це може бути пов'язано з більш гострими або серйозними клінічними ситуаціями в цих умовах і використанням більш складних схем лікування. Маленькі діти та люди похилого віку більш схильні до несприятливих наслідків, а також ті, у кого є супутні захворювання нирок або печінки. Лікарські помилки за таких обставин часто пов'язані з призначенням неправильної дози, використанням неправильного шляху та недотриманням схеми лікування.

Розуміння ситуацій, коли докази свідчать про вищий ризик шкоди від конкретних ліків, є ключовим для цього виклику. Інструменти та технології можуть допомогти медичним працівникам, які використовують ліки високого рівня готовності (які пов'язані з високим ризиком серйозної шкоди при неправильному застосуванні), а також покращити знання пацієнтів і розуміння цих ліків.

Поліпрагмазія

Поліпрагмазія – це рутинне одночасне використання пацієнтом чотирьох або більше безрецептурних, рецептурних та/або традиційних ліків.

Поліпрагмазія різко зросла зі збільшенням очікуваної тривалості життя та тим, що літні люди живуть із кількома хронічними захворюваннями. Поліпрагмазія збільшує ймовірність побічних ефектів, а також ризик взаємодії між ліками та може ускладнити дотримання режиму лікування. Якщо пацієнту потрібно багато ліків, їх потрібно використовувати оптимальним чином, щоб ліки належним чином призначаються та, щоб гарантувати, що вони дають прямі та вимірні переваги з мінімальними побічними ефектами. Стандартизація політик, процедур і протоколів має вирішальне значення для поліпрагмазії. Це стосується всіх етапів, від початкових практик призначення ліків до регулярних оглядів ліків.

Пацієнти можуть відігравати важливу роль, якщо їм нададуть правильну інформацію, інструменти та ресурси для прийняття обґрунтованих рішень щодо своїх ліків.

Переходи в догляді

Перехід в догляді відбувається, коли пацієнт переміщується між установами, секторами та членами персоналу; наприклад: переведення з відділення невідкладної допомоги до відділення інтенсивної терапії, з будинку престарілих до лікарні, від лікаря первинної ланки до спеціаліста або від однієї медсестри до іншої під час зміни зміни. Зміна медичної допомоги збільшує ймовірність помилок у спілкуванні, що може призвести до серйозних помилок у лікуванні. Пацієнти знаходяться в групі підвищеного ризику під час переходу від лікування, тому серйозні помилки можуть статися і відбуваються, зокрема, в цей час.

Хороша комунікація є життєво важливою, включаючи офіційне порівняння ліків до та після лікування, так зване примирення ліків. Пацієнти можуть бути цінними та активними учасниками цього процесу, ведучи поточний список ліків, який оновлюється, коли відбуваються будь-які зміни в ліках.

Політичне лідерство, відданість і підтримка

Глобальний виклик безпеки пацієнтів щодо безпеки ліків пропонує державам-членам ВООЗ визначити пріоритетність безпеки ліків на національному рівні. Потрібна продемонстрована прихильність і лідерство, щоб суттєво знизити рівень серйозної шкоди, якої можна уникнути, пов'язаної з ліками в їхніх країнах протягом п'яти років. Наголос робиться на розробці країнами власних пріоритетів і програм дій, використовуючи структуру Challenge для підтримки своєї роботи.

Для полегшення усиновлення розроблено план із п'яти пунктів:

1. Вживайте ранніх заходів, щоб захистити пацієнтів від шкоди, спричиненої: ситуаціями високого ризику; поліпрагмазія; переходи в догляді.
2. Скликати національних експертів, керівників систем охорони здоров'я та практиків для розробки вказівок і планів дій для кожної з цільових областей.
3. Запровадити механізми, включно з використанням інструментів і технологій, для підвищення обізнаності та знань пацієнтів про ліки та процес використання ліків, а також роль пацієнтів у безпечному управлінні власними ліками.
4. Призначити національного координатора, який очолить Глобальний виклик безпеки пацієнтів щодо безпеки ліків.
5. Регулярно оцінюйте прогрес.

Успіх Завдання залежатиме від високого пріоритету безпеки ліків у системах охорони здоров'я, досягнення широкого сприяння зацікавлених сторін, переходу до основного напрямку діяльності з надання медичної допомоги та вжиття конкретних заходів для запобігання шкоди.

Дії ВООЗ

У просуванні Глобального виклику безпеки пацієнтів щодо безпеки ліків ВООЗ надаватиме підтримку в 10 ключових сферах:

1. Очолюйте процес змін і вживайте глобальних дій, щоб досягти прогресу в сферах програми Challenge.
2. Сприяти розробці та впровадженню державних програм.
3. Звіти експертів Комісії, щоб створити відправну точку для роботи в країні з розробки вказівок і планів дій у кожній із областей Завдання.
4. Розробити стратегії, рекомендації, плани та інструменти для забезпечення безпеки медичної практики.
5. Опублікуйте стратегію з визначенням пріоритетів дослідження та мобілізуйте ресурси для міжнародного дослідження госпіталізації через вплив ліків.
6. Проведення регіональних презентаційних заходів у кожному регіоні ВООЗ після глобальних запусків.
7. Створити та реалізувати комунікаційну та адвокаційну стратегію та глобальну кампанію, а також виготовити рекламні та навчальні матеріали.
8. У рамках програми ВООЗ «Пацієнти за безпеку пацієнтів» переконайтеся, що пацієнти та сім'ї тісно залучені до всіх аспектів Завдання, і розробіть інструмент, який допоможе пацієнтам захистити себе від шкоди.

9. Відстежуйте та оцінюйте вплив Завдання.

10. Мобілізація ресурсів для забезпечення повної та успішної реалізації Завдання.

Протягом усього процесу реалізації ВООЗ також прагнути розвинути набагато краще розуміння особливих проблем шкоди, пов'язаної з прийомом ліків, у країнах із низьким і середнім рівнем доходу та змінити форму Завдання для задоволення потреб у різноманітних умовах.

Співпраця та партнерство

Співпрацюючи з міжнародними експертами, партнерами та зацікавленими сторонами, ВООЗ розробить рекомендації, інструменти, технології та необхідні матеріали та співпрацюватиме співпраця з країнами для реалізації виклику.

Хто має виступати каталізатором змін?

- Міністерства охорони здоров'я та керівники системи охорони здоров'я
- Навчальні та науково-дослідні установи
- Регуляторні органи
- Професійні товариства охорони здоров'я
- Групи захисту прав пацієнтів
- Донори та партнери з розвитку
- Фармацевтична промисловість

Вирішуючи загальну мету та напрямки дій Завдання, ВООЗ працюватиме з широким колом зацікавлених сторін, включаючи: міністерства охорони здоров'я, національні координатори або керівники програм з безпеки ліків, керівники систем охорони здоров'я, експерти, навчальні заклади, дослідники, практика безпечного лікування центри, регуляторні органи, представницькі органи пацієнтів, професійні товариства та промисловість.

За додатковою інформацією звертайтеся до наступних відділів:

Надання послуг і безпека Всесвітня організація охорони здоров'я Avenue Appia 20 CH-1211 Geneva 27 Switzerland Електронна пошта: patientsafety@who.int www.who.int/patientsafety	Основні ліки та медичні товари Всесвітня організація охорони здоров'я Avenue Appia 20 CH-1211 Geneva 27 Switzerland Електронна пошта: empinfo@who.int www.who.int/medicines
--	--

Підп. до друку 09.09.2021 р. Формат 60x84/16
Гарнітура “Таймс”. Фіз. друк. арк. 9,25.
Зам. № 1149/22. Наклад 100.

МВЦ «Медінформ»
03179, м. Київ, вул. Котельникова, 95
Тел./факс (044) 501-35-69
Свідоцтво про внесення суб’єкта видавничої справи
до Державного реєстру видавців,
виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції
ДК № 1194 від 15.01.2003 р.