Міністерство охорони здоров'я України
Харківський національний медичний університет

Епідеміологічні дослідження в профілактичній та клінічній медицині

Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю,
присвяченій засновнику західної епідеміології
Джону Сноу
(6 червня 2018 року, м. Харків)

За редакцією проф. Т.О. Чумаченко

Харків – 2018

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Епідеміологічні дослідження в профілактичній та клінічній медицині

Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю,
присвяченій засновнику західної епідеміології
Джону Сноу
(6 червня 2018 року, м. Харків)

За редакцією проф. Т.О. Чумаченко

Харків – 2018

УДК 616 – 036.22 – 084
Е 71
Епідеміологічні дослідження в профілактичній та клінічній медицині: Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю,присвяченій засновнику західної епідеміології Джону Сноу (6 червня 2018 року, м. Харків). – Х:. ТОВ «Планета-Прінт», 2018.- 113 с.

ISBN 978-617-7587-59-9

Редакційна колегія:

М'ясоєдов В.В. – проректор з наукової роботи ХНМУ, д-р мед. наук, професор.
Чумаченко Т.О. – завідувач кафедри епідеміології ХНМУ, д-р мед. наук, професор (відповідний редактор).
Шевченко О.С. – завідувач кафедри фтизіатрії та пульмонології, д-р мед.наук, професор.
Семішев В.І. – доцент кафедри епідеміології ХНМУ, канд. мед.наук, доцент.
Поливянна Ю.І. – асистент кафедри епідеміології ХНМУ (секретар).

У збірнику представлені результати теоретичних та практичних наукових досліджень, а також роботи практичних органів охорони здоров'я широкого кола питань з актуальних проблем епідеміології, діагностики, клініки, лікування та профілактики інфекційних та неінфекційних захворювань. Роглянуто сучасні проблеми військової медицини, питання історії медицини та педагогіки.
Матеріали подані мовою оригіналу (українська, англійська, російська).
Редакційна колегія зберігла авторський текст без істотних змін, звертаючись до корегування в окремих випадках.
Відповідальність за достовірність матеріалів несуть автори.
Для широкого кола наукових та практичних працівників медицини та інших суміжних галузей.

УДК 616 – 036.22 – 084

ISBN 978-617-7587-59-9

© Харківський національний медичний університет, 2018
© Кафедра епідеміології, 2018

ДЖОН СНОУ – ОТЕЦ ПРАКТИЧЕСКОЙ ЭПИДЕМИОЛОГИИ

Полывянная Ю.И.
Харьковский национальный медицинский университет,
г. Харьков, Украина

Эпидемиология как наука зародилась еще со времен Гиппократа. Одной из теорий распространения болезней была теория о миазмах, согласно которой невидимые, болезнетворные вещества из космоса или из недр земли проникали в организм человека и, тем самым, могли вызывать различные заболевания. Но, по мере развития и совершенствования методов наблюдения за болезнями, появились ученые, которые опровергали миазматическую теорию как ведущую в возникновении эпидемий. Одним из таких ученых стал британский врач, хирург и анестезиолог, а также основатель современной эпидемиологии Джон Сноу. Благодаря чрезвычайной наблюдательности, способности к аналитическому мышлению, умению собирать информацию и правильно ее обрабатывать и излагать, Сноу удалось опровергнуть мнение, что болезни могут возникать только при вдыхании невидимых частиц. Он доказал при расследовании вспышек холеры в Лондоне, что существуют и другие пути проникновения инфекционного начала в организм человека и что некоторые болезни можно предотвратить, соблюдая элементарные правила гигиены.

Джон Сноу родился 15 марта 1813 года в семье угольщика. Семья была бедная. У Джона было восемь младших братьев и сестер. Возможно, поэтому он чувствовал на себе какую-то ответственность перед родителями, которые пытались выкарабкаться из нищеты и дать детям хорошее воспитание и образование [1].

В школьные годы любимыми предметами Джона были история и математика, он изучал греческий язык и латынь. Также его всегда

интересовала медицина. Для того, что бы стать хорошим врачом ему следовало поступить в Кембриджский или Оксфордский университет. Но из-за отсутствия достаточных средств Сноу пришлось пойти в подмастерья к одному из хирургов того времени. На тот момент ему было всего 14 лет. Первым учителем Джона стал хирург Уильям Хардкастлиз Лонг Бентон, который кроме медицинских знаний приучил его к здоровому образу жизни. В 1831 году Джон Сноу попал в очаг холеры в Ньюкастле. Оказывая медицинскую помощь больным, он уже тогда стал задумываться о возможных причинах этого заболевания, что впоследствии пригодилось в его эпидемиологических расследованиях. После работы с больными холерой, Сноу стал больше интересоваться эпидемиологией как наукой.

В возрасте 25 лет Джон сдает экзамен и становится членом Королевской Коллегии Хирургов Англии (Medical Royal College of Surgeons). Затем он прошел лицензирование в Обществе Аптекарей (Licentiate of the Society of Apothecaries). Все это дало ему возможность работать практикующим врачом, самому изготавливать рецептуры для лекарств и затем продавать их. Для усовершенствования своих медицинских знаний молодой врач поступает в Лондонский университет. В 30 лет Джон Сноу получает степень бакалавра медицины, а затем степень доктора медицины. В 1847 году он опубликовал книгу «Об ингаляции эфира». В июне 1850 года Джону удается сдать экзамен на получение лицензии от Лондонской Королевской коллегии врачей (Licentiate of the Royal College of Physicians).

Вступив в Вестминстерское медицинское общество, Джон Сноу стал автором докладов об отравлениях ртутью и свинцом, алкоголизме, анемии, асфиксии и оживлении новорожденных, деформации грудной клетки у детей и многих других вопросах. Благодаря своим достижениям Сноу стал президентом этого

общества, которое позже было переименовано в Лондонское медицинское общество. В этот период жизни Джона Сноу наблюдается стремительный рост в его медицинской карьере не только как врача, но и как ученого. Он становится членом Королевских Медицинского, Хирургического, Эпидемиологического и Патологоанатомического обществ, а также членом Британской медицинской ассоциации [1].

В то время на территории Англии очень часто бушевали эпидемии холеры, которые уносили огромное количество человеческих жизней. Ученые того времени еще не знали о существовании бактерий, вирусов, грибов, гельминтов, которые могут проникать в организм человека или животного разными путями и иметь различные механизмы передачи. Но Джон Сноу еще при первой своей встрече с холерой в Киллингворте заметил связь между клинической картиной заболевания и возможностью заражения людей не через воздух, а через пищу, воду и грязные руки. Все свои наблюдения, исследования и логические заключения Джон опубликовал в виде памфлета «О способе заражения холерой». Но эпидемии холеры не прекращались. Лишь в августе 1854 года Джон смог доказать свою теорию после одной из крупнейших эпидемий холеры в Лондоне.

Активно работая в очаге холеры, Джон Сноу расследовал каждый отдельный случай этого заболевания, устанавливал, где жили и работали заболевшие и наносил на карту каждый случай холеры (точечная карта). Он отметил, что самое большое количество смертей: 500 за 10 дней, было среди людей, живущих на пересечении улиц CambridgeStreet и Broad Street. Как источник заражения Джон рассматривал много вариантов, но остановился на питьевой воде, понимая, что ее употребление может привести к такому количеству случаев заболевания и смерти. Он также нанес на карту расположение всех колодцев-насосов, из которых люди брали воду.

Эпидемический очаг холеры ограничивался одним из районов города и, следовательно, жители этого района могли пользоваться одним источником воды. Колонка на пересечении улиц Cambridge Street и Broad Street была самой посещаемой. Джон проделал колоссальную работу, изучив каждый отдельный случай заболевания и смерти. В результате расследования, он подтвердил свою гипотезу о едином источнике заражения – колонке на Broad Street. Джон изучил также случаи смерти людей, которые не жили вблизи источника инфекции. Но, как выяснилось, пострадавшим нравился вкус воды именно из этой колонки и каждый день им доставляли ее в бутылках. Но были и факты, которые могли сбить Сноу с правильного пути. Например, среди постояльцев работного дома и работников пивоварни не было случаев холеры, кроме тех, кто употреблял воду из канистры, привезенной с Broad Street. Джон Сноу выяснил, что не заболевшие люди употребляли воду из глубокого колодца, расположенного в подвале пивоварни, а также солодовый напиток, который ежедневно пивоварня предоставляла своим работникам. Жители района, где была вспышка, массово уезжали, оставляя свои дома. Люди полагали, что инфекция находится в воздухе, и бегство было единственным способом не заболеть. Джон Сноу обратился к приходскому совету. Он попытался доказать, что колонка является источником заражения и только прекращение употребления воды из этой колонки может остановить эпидемию холеры. Власти города недоверчиво отнеслись к словам Джона, но им ничего не оставалось делать, как послушать молодого врача. После запрета пользования колонкой эпидемия в Лондоне прекратилась [2, 3].

9 июня 1858 г. во время работы над своим научным трудом «О хлороформе и прочих анестетиках» у Джона Сноу случился апоплексический удар. Спасти его не удалось, он умер 16 июня 1858 года [1].

Джон Сноу сделал огромный шаг в развитии эпидемиологии, разрушив теорию о миазмах. Его работы являются классической иллюстрацией проведения эпидемиологических исследований от выдвижения гипотезы на основе описания появлений эпидемического процесса – кто, где, когда? (описательная эпидемиология) до ее проверки – как и почему? (аналитическая эпидемиология).

Эффективность применения эпидемиологического метода позже была продемонстрирована при изучении как инфекционных (например, борьба с натуральной оспой), так и неинфекционных заболеваний (например, доказательство связи курения и рака легких) и в настоящее время широко используется не только эпидемиологами, но и врачами других специальностей.

Основатель практической эпидемиологии Джон Сноу, может быть примером для современных молодых врачей, которые часто не понимают значение и место эпидемиологии в медицине.

Литература:

1. 13 марта 1813 г. [Электронный ресурс]: critical.ru/ Режим доступа: http://www.critical.ru/calendar/1503snow.htm
2. Ralph R. Frerichs – Dradly River. Cholera and Cover – up in Post – Eathquake [Electronic resource]: London epidemiological Society – Available at: ttp://dkhramov.dp.ua/Comp.JohnSnowMap#.WwGsCu6FNdg
3. Principles of Epidemiology in Public Health Practice // Richard C. Dicker // U.S. Department of Health and Human Services – Third Edition – p. 7-11 / October 2006 – Update May 2012

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ В КЛІНІЧНІЙ КАРДІОЛОГІЇ

Ащеулова Т.В., АмбросоваТ.М.
Харківський національний медичний університет,
Харків, Україна

Доказова медицина багато в чому формувалась на основі епідеміологічних досліджень, тому чисельні терміни і методологічні підходи, що використовуються в доказовій медицині, взяті з епідеміології.

Проведення епідеміологічних досліджень це практично постановка діагнозу на популяційному рівні. Значення епідеміологічних досліджень не обмежується вивченням поширеності захворювань і їх ускладнень, а дозволяє виявляти фактори, що сприяють формуванню та прогресуванню захворювань, оцінювати кількісний вклад цих факторів ризику в розвитку захворювань і їх подальший перебіг, стратифікувати популяцію за ступенем ризику і визначати прогноз, проводити моніторинг факторів ризику і оцінювати ефективність профілактичних програм, не чекаючи змін захворюваності або смертності (кінцевих точок), планувати клінічні дослідження, формулювати і перевіряти гіпотези. Саме багато в чому завдяки епідеміологічними дослідженнями, було показано значення дисліпідемії, артеріальної гіпертонії, куріння і цукрового діабету в розвитку серед населення епідемії атеросклерозу і пов'язаних з ним захворювань, були виконані клінічні дослідження і розроблені рекомендації по лікуванню і профілактиці цих захворювань, як на популяційному, так і індивідуальному рівнях.

Типовий приклад клінічної епідеміології - це класичне Фремінгемське дослідження, яке почалося у 1948 році з метою дослідження серцево-судинного здоров'я в місті Фремінгем, штат Массачусетс, під егідою Національного Інституту Серця

(в подальшому National Heart, Lungand Blood Institute; NHLBI). Спочатку дослідження охопило 5209 чоловіків і жінок. У 1971 р в нього увійшли 5124 представника другого покоління учасників. Зараз дослідники почали обстеження 3500 онуків тих осіб, хто увійшов у дослідження понад 50 років тому - "третє покоління". Дослідження не має собі рівних за тривалістю і величиною когорти і його значення для сучасної медицини, і в першу чергу кардіології, важко переоцінити. За роки ретельного спостереження за учасниками дослідження були виявлені основні фактори ризику, що ведуть до захворювань серцево-судинної системи: підвищений тиск, підвищений рівень холестерину, куріння, ожиріння, діабет тощо. За результатами Фремінгемськогодослідження було опубліковано близько 1200 статей в основних світових медичних журналах.

Використання принципів доказової медицини передбачає поєднання індивідуального клінічного досвіду і оптимальних доказів, отриманих шляхом систематизованого аналізу клінічних досліджень. Тому, не мають рацію ті, хто дотримується радикальних позицій таких, як заперечення принципів доказової медицини або надання абсолютного значення результатам клінічних досліджень. Кожен лікар повинен знати основні принципи доказової медицини та використовувати їх у своїй практичній роботі. Всі наші дії по лікуванню, профілактиці захворювань і зміцненню здоров'я населення України повинні ґрунтуватися на принципах доказової медицини, а не на думці окремих, навіть видатних вчених, громадських або політичних діячів.

ПІДГОТОВКА КВАЛІФІКОВАНИХ МЕДИЧНИХ КАДРІВ ЯК СКЛАДОВА СТРАТЕГІЇ ПО СТРИМУВАННЮ АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТІ

Бережна А.В., Чумаченко Т.О.
Харківський національний медичний університет
м. Харків, Україна

Відповідно до Глобальної стратегії Всесвітньої організації охорони здоров'я по стримуванню стійкості до протимікробних препаратів освітня складова та санітарно-просвітницька робота серед населення має важливе значення у боротьбі з антибіотикорезистентністю. Ключова роль у роботі з пацієнтами та населенням в цілому належить медичним працівникам, тому рівень їх професійної підготовки заслуговує особливої уваги.

Мета роботи. Оцінити рівень знань студентів медичних університетів з питань раціональної антибіотикотерапії та використання антибіотиків.

Матеріали і методи дослідження. Дана робота є частиною поперечного епідеміологічного дослідження, яке проводилось шляхом анкетування студентів медичних університетів. Запропонована анкета містила 87 питань, направлених на перевірку знань, вмінь та практик, пов'язаних з використанням антибіотиків. В рамках даної роботи оброблено 115 анкет студентів 5 - го року навчання та проведено аналіз блоку питань, де перевіряється базовий рівень знань респондентів.

Результати та їх обговорення. Більшість респондентів (83,4 %) вважала себе достатньо обізнаною стосовно антибіотиків та принципів їх використання. 7,0 % опитаних респондентів вважали себе не достатньо обізнаними стосовно питань пов'язаних з застосуванням антибіотиків. Іншим респондентам було важко

об’єктивно оцінити рівень своїх знань (8,7 %), один респондент (0,9 %) залишив питання без відповіді.

З твердженням, що антибіотики ефективні при лікуванні захворювань, викликаних бактеріальними агентами, погодились 89,5 % респондентів. Питома вага осіб, які вважали, що антибіотики ефективні при лікуванні вірусних інфекцій склала 11,3 %. Майже третина опитаних (29,6 %) вважала, що антибіотики ефективні при лікуванні паразитарних захворювань. Частка осіб, які не змогли дати однозначної відповіді стосовно ефективності застосування антибіотиків при паразитарних захворюваннях склала 10,4 %, двоє респондентів (1,7 %) залишили питання без відповіді. Таким чином, тільки 58,3 % опитаних студентів-медиків вважали, що використання антибіотиків при лікуванні паразитарних захворювань є недоцільним.

Відповіді на питання, пов’язані з ефектами, які чинять антибіотики, також були неоднозначними. Так, 16,5 % респондентів вважали, що антибіотики можуть зменшувати біль. Частка осіб, які вважали, що антибіотики можуть знімати запалення, склала 40,0 %. Питома вага осіб, у яких ці питання викликали труднощі, або вони не змогли дати однозначної відповіді, склала 10,4 % та 8,7 % відповідно. Троє респондентів (2,6 %) залишили питання про можливий знеболюючий ефект антибіотиків без відповіді.

Більшість респондентів (95,7 %) вважала, що антибіотики можуть знищувати власну мікрофлору людини. Між тим, 40,9 % опитаних вважали, що антибіотики не можуть бути причиною вторинних інфекцій, ще 19,1 % респондентів не дали однозначної відповіді. Це свідчить про те, що значна частина студентів не розуміє процеси, які відбуваються в організмі людини при прийомі антибіотиків, і наслідки, до яких може призвести нераціональне використання антибіотиків.

Переважна більшість респондентів (92,2 %) погодилась, що часте застосування антибіотиків може сприяти розвитку

лікарської стійкості мікроорганізмів. Дещо менше респондентів (88,7 %) погодилось, що ефективність від лікування антибіотиками знижується, якщо курс терапії не завершено. Питома вага студентів, які вважають, що застосування антибіотиків місцевої дії (у формі мазей, лініментів) в косметичних цілях може сприяти розвитку лікарської стійкості мікроорганізмів, склала тільки 63,5 %.

Висновки. В ході опитування виявлено недостатній рівень обізнаності студентів-медиків щодо питань, пов'язаних із показаннями до застосування, ефектами антибактеріальних препаратів та принципами раціональної антибіотикотерапії. Для поліпшення ситуації та поглиблення знань студентів в навчальних закладах медичного профілю необхідно впроваджувати елективні курси або проводити додаткові семінарські заняття, які будуть присвячені цій проблемі.

РОЛЬ МІСТ У ЛІКВІДАЦІЇ СОЦІАЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДНІПРОПЕТРОВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Гранкіна Н.В.[1] , Литвиненко Н.А.[2], Марченко Н.Є.[3], Ковальов В.О.[1]
[1]КЗ «ДОКЛПО «Фтизіатрія» ДОР»,[2] ДУ «Національний інститут фтизіатрії та пульмонології ім.Ф.Г.Яновського»,
[3]КЗ «Дніпропетровський обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом», м. Дніпр, Україна

Мета. Метою роботи є вивчення особливостей поширення ВІЛ-інфекції та туберкульозу (далі – ТБ), а також визначення ролі міст у подоланні епідемії соціально небезпечних захворювань у Дніпропетровській області.

Завдання. Визначити особливості поширення ВІЛ, ТБ у Дніпропетровській області та описати основні засади адаптації і реалізації міжнародних стратегій до регіональних особливостей,

а також напрацювання власних організаційних підходів до подолання бар'єрів у досягненні цілейщодо профілактики, виявлення та лікування ВІЛ/СНІДу та туберкульозу.

Матеріали і методи дослідження. В роботі використаний комплекс описово-оціночних та аналітичних прийомів епідеміологічного методу дослідження, ретроспективний епіданаліз захворюваності на ВІЛ-інфекцію та туберкульоз у Дніпропетровській області за період з 2013 по 2017 рр.

Результати та їх обговорення. Україна, як член Генеральної Асамблеї ООН, прийняла на себе зобов'язання зупинити епідемію ВІЛ/СНІДу та ТБв країні, як глобальну загрозу громадському здоров'ю і запровадила реалізацію Стратегії по ліквідації туберкульозу «Покласти край ТБ» та «Стратегії прискорення», одним із першочергових елементів якої є цілі «90-90-90», спільними компонентами яких вбачається розширення доступу ключових груп до медичних послуг, своєчасне виявлення та ефективне лікування ТБ та ВІЛ-інфекції, соціальна мобілізація та захист прав людей, які уразливі або живуть з ВІЛ, туберкульозом.

Реалізація Стратегії по ліквідації ТБ та ВІЛ у Дніпропетровської області надзвичайно важлива з оглядом на те, що регіон має високий тягарцих соціально небезпечних захворювань.Однак інтенсивність епідемічного процесу і тягар ТБ та ВІЛ розподілені в регіоні не пропорційно. У 2017 році на долю міст області припадає 75% та 77,4% нових випадків ВІЛ-інфекції та туберкульозу, а також 85,9% і 70,3% смертей від цих захворювань.Міста Дніпро та Кривий Ріг є самими крупними в регіоні і вносять найбільший внесок у загальний тягар ВІЛ, ТБ в області, складаючи від 20,0% до 37,3% серед загальної кількості нових випадків захворювання, поширеності та смертності від ВІЛ та ТБ.Це пояснюєтьсявисокою щільністю населення у містах, продовженням процесів урбанізації в регіоні, значною

та у подальшому зростаючою долею людей, які живуть з ВІЛ, туберкульозом та іншими соціально значимими захворюваннями.

Незважаючи на те, що високий рівень тягаря ВІЛ та ТБ пов'язаний з містами, саме міста мають необхідні ресурси для надання медичних послуг своїм громадянам та спроможні знайти підходи до вирішення такої складної і багатокомпонентної проблеми як епідемія ВІЛ та ТБ.

Проведення децентралізації влади та реформування галузі охорони здоров'я в Україні вбачає отримання територіальними громадами більшої автономності і повноважень у тому числі в розробці та впровадженні заходів з протидії соціально значимих захворювань.Кожна громада повинна самостійно визначити точки докладання зусиль у сфері подолання епідемій ВІЛ та ТБ, але ключовими заходами у цій діяльності повинні бути:багатосекторальнийпідхідзаснований на фактичних даних і орієнтовний на пацієнта, участь громади, стратегічне партнерство з міжнародними організаціями, конкретні цілі і відповідальність за результат, застосування інноваційних підходів для подолання бар'єрів і покращення результатів, прихильність правам людини.

Висновки. Однією з особливостей епідемічного процесу поширення ВІЛ та ТБ в регіоні є значна залученність міського населення, а також суттєвий вплив урбанізації на формування ключових груп, а також поширення серед них соціально значимих захворювань.

Важливим компонентом у досягненні прогресу з протидії ВІЛта ТБ у Дніпропетровській області є впровадження в містах багато секторального підходу, зосередження ресурсів влади, постачальників медичних послуг, представників соціального сектора, неурядових організацій, а також міжнародних партнерів. Це дасть змогу у повній мірі реалізувати міжнародні Стратегії та досягти позитивних зрушень у подоланні ВІЛ та ТБ.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Гуйда П.П., Молотягина С.П.
Харьковский национальный медицинский университет,
ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков, Украина

Ревматоидный артрит (РА) – хроническое системное соединительнотканное заболевание неизвестной этиологии со сложным аутоиммунным патогенезом, характеризующееся прогрессирующим эрозивно-деструктивным полиартритом.

РА занимает в настоящее время одно из центральных мест среди ревматических болезней как большая медико-социальная проблема. Он является наиболее частым заболеванием в группе хронических воспалительных болезней суставов.

Распространенность РА во всех странах мира среди взрослого населения колеблется от 0,6 до 1,3%. РА обусловливает большой процент нетрудоспособности – после 3 лет заболевания трудоспособность теряют 50 % больных. РА развивается, как правило, в возрасте 30-50 лет. Однако это заболевание нередко наблюдается в детском и подростковом возрасте (ювенильный ревматоидный артрит), а также развивается у лиц старшего возраста. Женщины болеют в 3-4 раза чаще, чем мужчины.

Часто встречается развитие РА на фоне длительно существующего остеоартроза. Сочетание РА и остеоартроза наблюдается, как правило, у женщин пожилого возраста и характеризуется мало прогрессирующим течением ревматоидного процесса без выраженных экссудативных и пролиферативных изменений в суставах и без поражения внутренних органов.

Характер течения РА и дальнейший прогноз зависят от многих факторов – формы заболевания, активности ревматоидного процесса, возраста и пола больных и др. РА характеризуется упорным, неуклонно прогрессирующим течением с чередованием обострений и ремиссий. С каждым последующим обострением в процесс вовлекаются новые суставы, развиваются висцеропатии. Важно отметить, что и в период ремиссии отмечается прогрессирование заболевания, поэтому наступление ремиссии не должно служить поводом к прекращению лечения.

Наиболее тяжело протекают серопозитивный РА, РА с висцеритами, особенно с псевдосептическим синдромом. Серонегативный РА протекает более благоприятно с невысокой активностью процесса, не вызывает грубой костной деструкции. При этой форме РА могут наблюдаться длительные ремиссии.

У пожилых мужчин преобладает острое начало и более тяжелое течение РА с быстрым развитием деструктивных костных изменений. У подростков значительно чаще наблюдаются висцеропатии, псевдосептический синдром и эрозивный артрит.

Этиология РА до сего времени остается невыясненной. Предполагается мультифакториальный генез заболевания: влияние различных факторов на фоне генетической предрасположенности приводит к развитию иммунопатологических нарушений. По-прежнему большое значение как этиологическому фактору придается инфекции, в том числе наличию хронических очагов инфекции в организме. Однако роль инфекционного возбудителя в развитии РА до настоящего времени считается недоказанной. Большое внимание уделяется вирусам, особенно вирусам Эпштейна-Барр, краснухи, герпеса, ветряной оспы. Заслуживает внимания генетический фактор. Отмечено повышение частоты заболевания РА у родственников больных и у монозиготных близнецов, а также более частое

обнаружение у больных РА антигенов гистосовместимости локусов Д и ДR.

К факторам риска относятся профессиональные (работа, связанная с переохлаждением, сыростью) и жилищно-бытовые факторы, климатические условия, хроническая травматизация суставов, нервно-психическое перенапряжение, эндокринные нарушения и другие факторы, способствующие снижению реактивности организма.

Основой патогенеза РА в настоящее время считается развитие иммунопатологических реакций – синдрома иммунокомплексной болезни. Предполагается, что происходит нарушение регуляции иммунного ответа, наступающее вследствие дисбаланса функции Т и В-лимфоцитов. Иммунодефицит системы Т-лимфоцитов приводит к неконтролируемому синтезу В-лимфоцитами антител, в частности I_gG. В результате этого при повреждении этиологическим фактором синовиальной оболочки сустава возникает местная иммунная реакция с образованием агрегированных (измененных) иммуноглобулинов G, обладающих аутореактивностью и способностью вступать в реакцию по типу антиген-антитело. Плазматические клетки и лимфоциты вырабатывают к FC-фрагменту иммуноглобулина G антитела – ревматоидные факторы классов иммуноглобулинов G и М.

При взаимодействии ревматоидного фактора и иммуноглобулинов образуются иммунные комплексы, что в свою очередь вызывает ряд цепных реакций: активацию системы свертывания, выделение из лимфоцитов лимфокинов, активацию компонентов комплемента, обладающих способностью вызывать хемотаксис и повреждение клеток. Фагоцитоз иммунных комплексов нейтрофилами и их разрушение способствуют высвобождению медиаторов воспаления: протеолитических лизосомальных ферментов, простагландинов, кининов, гистамина и др., что ведет

к развитию воспаления, а в дальнейшем к деструкции в тканях сустава, сосудах и во внутренних органах.

Накопление в тканях аутоантител и сенсибилизированных лимфоцитов способствует непосредственному повреждению тканей, в частности суставов, и хронизации воспалительного процесса.

Существует так же гипотеза о важной роли в этиопатогенезе РА бактериальной флоры кишечника. Согласно этой гипотезе, РА развивается у генетически предрасположенных к нему лиц при антигенном воздействии бактериальной флоры кишечника на лимфоидную ткань кишки. При этом происходит «поломка» иммунокомпетентных клеток, образование мигрирующих лимфоцитов, обладающих тропностью к синовиальной оболочке сустава. Проникновение этих лимфоцитов в сустав и индуцирует при участии HLA II класса интимные механизмы хронического иммунного воспаления синовиальной оболочки, характерного для РА.

Знание врачами этиопатогенетических аспектов РА, особенностей клинических проявлений и характера течения заболевания в различных возрастных группах поможет своевременно установить правильный диагноз и назначить рациональную терапию уже в раннем периоде РА, что в конечном итоге улучшит дальнейший прогноз.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ

Гуйда П.П., Молотягина С.П.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков, Украина

Системная красная волчанка (СКВ) – хроническое системное аутоиммунное заболевание соединительной ткани и сосудов,

характеризующееся тяжелым течением, неуклонным прогрессированием и полисиндромностью клинических проявлений.

Наиболее полно отражает современные представления о болезни определение В.А. Насоновой, согласно которому СКВ представляет собой хроническое полисиндромное заболевание, развивающееся на фоне генетически обусловленного несовершенства иммунорегуляторных процессов, приводящего к неконтролируемой продукции антител к собственным клеткам и их компонентам, с развитием аутоиммунного и иммунокомплексного хронического воспаления.

СКВ встречается во всех странах мира. Распространённость болезни изучена недостаточно, но в настоящее время она уже не считается редкой. По данным эпидемиологических исследований, частота СКВ в популяции составляет 4-250 случаев на 100 000 населения в год. В некоторых регионах, в частности в ряде стран Дальнего Востока и бассейна Карибского моря, СКВ встречается так же часто, как и ревматоидный артрит.

Болеют преимущественно женщины – соотношение женщин и мужчин в среднем составляет 6-10: 1, а в детском и пожилом возрасте – 2:1. В 70% случаев СКВ возникаетв возрасте 14-40 лет, а пик заболеваемости регистрируется в 14-25 лет.

Длительное время считалось, что СКВ – заболевание девушек и молодых женщин. Однако в последние годы развитие СКВ, как и других ревматических болезней воспалительного генеза, нередко отмечается у лиц старшего возраста, в том числе у пожилых пациентов. По нашим наблюдениям, в настоящее время признаки типичной СКВ впервые появляются и в возрасте 70-80 лет. Из 88 больных с достоверной СКВ (74 женщины и 14 мужчин в возрасте от 17 до 82 лет) начало СКВ у 41 пациента отмечалось в возрасте 21-40 лет, а у 13 – СКВ возникла в 60 лет и старше, в том числе в 73 года – у 1, 77 лет – у 1, 78 лет – у 2, 82 года – у 1.

Несмотря на несомненный прогресс современной ревматологии, прогноз при СКВ по-прежнему остаётся достаточно серьёзным. Так, летальность составляет от 10 до 36%, а десятилетняя выживаемость – 80-90%. В настоящее время СКВ считается неизлечимым заболеванием, однако при своевременном распознавании заболевания, раннем назначении и систематическом проведении адекватной терапии удаётся добиться длительной ремиссии с практически полным купированием клинических проявлений и увеличить продолжительность жизни больных на многие годы.

Выраженность клинических проявлений и характер течения СКВ во многом зависят от возраста больных. Заболевание более тяжело протекает у детей и подростков, у которых преобладают острые, быстро прогрессирующие варианты течения СКВ. У подростков более четко проявляется также половая предрасположенность – соотношение девушек и юношей составляет 10-12 :1.

В пре- и постклимактерическом периодах характерно постепенное начало СКВ и преобладание хронических вариантов течения болезни. В клинической картине большой удельный вес занимает легочно-сердечный симптомокомплекс.

Этиология СКВ остаётся до конца невыясненной. В настоящее время важная этиологическая роль отводится вирусной, в том числе хронической инфекции. Имеются данные о значении в развитии СКВ вирусов кори, краснухи, парагриппа, паротита, Эпштейна-Барр, простого герпеса, цитомегаловируса. Однако, несмотря на наличие косвенных данных о роли вирусной инфекции при СКВ, прямых доказательств вирусной концепции этого заболевания сейчас не имеется.

Важную роль в возникновении СКВ играет также генетическая предрасположенность. Об этом свидетельствует развитие заболевания у 5-10% членов семей больных СКВ, выявление СКВ

у обоих монозиготных близнецов более чем в 70% случаев, частое (более чем у трети) наличие у практически здоровых членов семьи больных СКВ иммунологических нарушений, в частности гипергаммаглобулинемии, антиядерных и антилимфоцитарных антител и др. Кроме того, заслуживает внимания частота обнаружения при СКВ антигенов гистосовместимости.

Как и при других аутоиммунных заболеваниях, при СКВ важная роль отводится гормональному фактору, в частности влиянию пола на развитие болезни. Отрицательное влияние эстрогенов на течение СКВ подтверждается значительным ухудшением состояния больных во время беременности и непосредственно после родов.

Среди факторов, способствующих возникновению или обострению СКВ, общепризнанными являются ультрафиолетовое облучение, бактериальная и вирусная инфекция, переохлаждение, стрессовые ситуации, физические перегрузки, различные лекарственные препараты.

В патогенезе СКВ большое значение придается многообразным аутоиммунным нарушениям и иммунокомплексным процессам, что подтверждается обнаружением у больных СКВ различных антинуклеарных и противотканевых антител, а также иммунных комплексов. СКВ занимает центральное место в группе аутоиммунных заболеваний и является классическим примером иммунокомплексной болезни человека.

Знание врачами особенностей возникновения и распространенности СКВ, её этиопатогенетических аспектов, особенностей клинических проявлений и характера течения заболевания в различных возрастных группах будет способствовать своевременному установлению правильного диагноза и раннему назначению адекватной терапии, что позволит улучшить дальнейший прогноз и увеличить продолжительность жизни больных.

СКЛЕРОДЕРМИЧЕСКАЯ АРТРОПАТИЯ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ РОЛЬ

Гуйда П.П., Молотягина С.П.
Харьковский национальный медицинский университет,
ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков, Украина

Системная склеродермия (ССД) – прогрессирующее полисиндромное заболевание с характерным поражением кожи, опорно-двигательного аппарата, внутренних органов и распространёнными вазоспастическими нарушениями по типу синдрома Рейно.

Поражение суставов и костей является одним из наиболее частых клинических проявлений ССД (встречается практически у всех больных) и имеет большое диагностическое значение. Важен суставной синдром также в ранней диагностике заболевания, поскольку является одним из частых (в наших наблюдениях в 23% случаев) начальных признаков ССД. Ранняя диагностика ССД значительно затруднена при дебютировании заболевания суставным синдромом, особенно полиартралгиями, которые наблюдаются при многих заболеваниях. У подавляющего большинства больных с начальными артропатиями устанавливаются ошибочные диагнозы ревматоидного артрита, системной красной волчанки, реактивного артрита, остеоартроза и др. Диагностические ошибки при развитии в дебюте ССД суставного синдрома чреваты серьёзными последствиями, так как начальные артропатии более характерны для острого и подострого течения заболевания.

Выраженность суставного синдрома варьирует от кратковременных полиартралгий до тяжёлых артропатий с развитием деформации суставов, контрактур и анкилозов,

приводящих к выраженному нарушению функции суставов и инвалидности больных.

Склеродермическая артропатия может выражаться разными вариантами: 1) полиартралгиями; 2) склеродермическим (ревматоидоподобным) полиартритом с преимущественно экссудативными и экссудативно-пролиферативными изменениями в суставах или с преимущественно фиброзно-индуративными изменениями; 3) псевдоартритом (периартритом).

Полиартралгии могут быть изолированным проявлением суставного синдрома, нередко являясь единственным признаком на всём протяжении болезни. Обычно же полиартралгиями сопровождаются склеродермический полиартрит и псевдоартрит. Боли в суставах различны по интенсивности и продолжительности. Обычно они упорные, симметричные, с локализацией в суставах кистей и в крупных суставах. Нередко полиартралгии сопровождаются утренней скованностью, тугоподвижностью суставов и болевыми контрактурами.

Склеродермический полиартрит сходен по клинической картине с ревматоидным артритом, что и объясняет частые диагностические ошибки при дебютировании ССД суставным синдромом. Экссудативные изменения в суставах наблюдаются, как правило, в начальном периоде заболевания и нередки при обострении процесса. В дальнейшем по мере прогрессирования заболевания на первый план выступают пролиферативные изменения.

Более характерен для ССД второй вариант полиартрита с фиброзно-индуративными изменениями в суставах, встречающийся несколько чаще и отражающий типичные для склеродермии процессы фиброза и склероза.

Склеродермический полиартрит сопровождается упорным болевым синдромом, усиливающемся при движении, в той или иной степени выраженной скованностью, ограничением объёма движений

в суставах и развитием стойких сгибательных (реже разгибательных) контрактур и анкилозов.

Псевдоартрит (периартрит) характеризуется развитием деформации суставов вследствие фиброзно-склеротических изменений периартикулярных тканей без рентгенологических признаков поражения собственно суставов. Псевдоартрит чаще протекает с болевым синдромом, но может встречаться и его безболевой вариант.

Для поражения костей при ССД типично развитие остеопороза и остеолиза, являющихся прежде всего следствием сосудисто-трофических нарушений. Остеопороз, чаще диффузного характера, обычно выявляется в костях конечностей с нарастанием его интенсивности в дистальном направлении. Нами чаще определялся остеопороз кистей и области лучезапястных суставов, а также стоп, реже – локтевых, плечевых и коленных суставов; он отсутствовал в костях черепа и позвоночника. Ячеистый остеопороз особенно выражен в дистальных метаэпифизах костей.

Важным диагностическим признаком ССД считается остеолиз костей, возникающий обычно в позднем периоде. Чаще отмечается остеолиз ногтевых фаланг пальцев кистей, реже – стоп. Иногда выявляется остеолиз шиловидного отростка, верхней челюсти, лучевой и локтевой костей, ключицы и акромиального отростка. Нами у 8 больных ССД был обнаружен остеолиз рёбер, в одном случае с признаками патологического перелома.

У отдельных больных рентгенологически находили изменения в суставах типа артроза: краевые узуры суставных поверхностей, сужение суставной щели, уплотнение замыкающих пластинок, кистовидные просветления на фоне перестройки рисунка в мелких костях запястья, шиповидные разрастания и грубые деструктивные изменения. Такие изменения чаще всего определялись в костях запястья и в межфаланговых суставах.

Знание возможных вариантов склеродермического поражения суставов и костей, особенностей клинических проявлений склеродермической артропатии, частоты дебютирования ССД суставным синдромом будет способствовать своевременному установлению правильного диагноза и назначению рациональной терапии, особенно эффективной в раннем периоде заболевания, что позволит повысить эффективность лечения, улучшить течение заболевания и дальнейший прогноз.

ПРОБЛЕМА ГИГИЕНЫ РУК В КОНТЕКСТЕ ИНФЕКЦИЙ, СВЯЗАНЫХ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Денисенко Д.О., Бутов Д. О.
Харьковский национальний медицинский университет
г. Харьков, Украина

Актуальность. Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи (ИСМП), являются основной проблемой при обеспечении безопасности пациентов, поскольку из 100 госпитализированных пациентов какминимум 7 заражаются ИСМП. Большинство инфекций передается именно через руки. Поэтому предотвращение их возникновения должно быть приоритетной задачей для медицинских организаций любого профиля

Цель исследования. Выяснить влияние рук в передаче внутрибольничных инфекций и инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи.

Материалы и методы. Исследования, проведенные в госпитале Сиетла.

Результат. На сегодняшний день наблюдается тенденция пренебрежения врачами гигиены рук: врачи моют руки в 28 из 100 случаев, когда они были обязаны это сделать, медсестры – 43.

Это довольно опасная закономерность, т.к. руки играют большую роль в передаче инфекции, в первую очередь из-за непосредственного контакта, самозаражения и передачи микроорганизмов в окружающую среду. На смывах рук в 41% случаев был обнаружен устойчивый к ванкомицину энтерококк. После многих процедур уровень контаминации возрастает до 10^5-10^{10}. Для борьбы с этим существуют правила гигиены рук, регламентируемые приказом №798.

Вывод. Согласно статистическим материалам, после более правильного соблюдения гигиены рук удалось уменьшить частоту ВБИ, обусловленной КП, удалось элиминировать ЗС, уменьшить потребность в ванкомицине, это же удалось сделать в неонатальном отделении интенсивной терапии.

ОЦІНКА ОРГАНІЗАЦІЇ ХАРЧУВАННЯ В ЗОНІ ПРОВЕДЕННЯ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРЦІЇ НА СХОДІ УКРАЇНИ

Депутат Ю.М.
Науково-дослідний інститут проблем військової медицини
Української військово-медичної академії, м.Київ , Україна

Вивчення стану організації харчування військовослужбовців в зоні проведення АТО на території Донецької та Луганської областей проводилося за допомогою анкетно-опитувального методу. Для проведення досліджень були використані анкети, розроблені фахівцями Науково-дослідного інституту проблем військової медицини Української-військово-медичної академії.

Мета. Провести аналіз продовольчого забезпечення військовослужбовців ЗС України, які перебували в зоні проведення АТО у 2017-2018 рр.

Анкети військовослужбовцями були заповнені ретроспективно під час перебування їх на лікуванні і реабілітації у військовому шпиталі у 2017-2018 роках. Отримані анкетні дані опрацьовували за допомогою традиційних методів статистики.

Харчування військовослужбовців ЗС України в польових умовах під час проведення АТО яка передбачає триразовий режим харчування і відбувається за нормою №1 – загальновійськова або (у разі виконання завдань у відриві від пункту дислокації частини) за рахунок споживання так званого “сухого пайка”.

Результати. Отримані результати засвідчили, що при виконанні завдань за призначенням тільки близько 50% опитаних військовослужбовців мали змогу харчуватися три рази на добу, 35% – харчувалися два рази на добу і 15% – лише один раз. При чому, 25% з опитаних споживали гарячу їжу лише 1 раз на добу.

Харчування військовослужбовців під час виконання бойових завдань на лінії розмежування має особливості – 57% опитаних споживали їжу, приготовану власноруч чи бойовими побратимами.

В цілому близько 60% опитаних військовослужбовців не задоволені організацією харчування з боку держави в зоні проведення АТО: з них 80% вказують на низький асортимент страв та 77,5% – не достатню якість продуктів. При цьому, 57,2% опитаних відмічають покращення організації харчового забезпечення військовослужбовців в зоні проведення АТО в 2017-2018 рр. в порівнянні з 2014-2016 рр.

Не дивлячись на те, що 62% опитаних вказали на достатню вагову повноту порцій, 54,4% військовослужбовців відмічають почуття голоду між прийманнями їжі, що може свідчити про недостатню біологічну цінність страв. За цих же причин більше 50% військовослужбовців додатково споживали їжу, куплену за власні кошти.

При аналізі анкет щодо змін у харчовому статусі військовослужбовців виявилося, що 53,5% опитаних відмічають зменшення своєї маси тіла за час перебування в зоні АТО, у 39,5 % маса тіла не змінилась, і лише у 13,6 % опитуваних військовослужбовців відмічалося збільшення маси тіла.

Встановлено, що 47,3 % опитуваних характеризують своє самопочуття і здоров'я як незадовільне і пов'язують цей стан із харчуванням в зоні АТО. З них 42,9% відчували печію, 28,6% - скаржились на пронос та болі в животі, 14,3% – на закріп та нудоту.

Проведений кореляційний аналіз свідчить про сильний зв'язок (R=0,7-0,9) між ознаками погіршенням стану здоров'я та впливом на ці відчуття за параметрами: режим споживання їжі, споживання гарячої їжі, почуттям голоду, недостатня різноманітність страв, перебування безпосередньо на лінії розмежування та незадоволення опитаних харчуванням з боку держави.

Висновки. З вище вказаного можна зробити наступні висновки: по-перше, не дивлячись на зусилля з боку держави (збільшення коштів на харчування, розширення асортименту продуктів, введення нової норми №15 – добовий польовий набір продуктів) залишається багато невирішених проблем в системі харчування військовослужбовців в зоні проведення АТО; по-друге, погіршення стану здоров'я з боку травної системи захисників вітчизни тісно пов'язане з особливостями організації їх продовольчого забезпечення та потребує негайного вирішення.

ПОВОДЖЕННЯ З МЕДИЧНИМИ ВІДХОДАМИ В ПОЛЬОВИХ УМОВАХ

Депутат Ю. М., Горішна О.В., Іванько О.М.,
Кожокару А.А., Огороднійчук І.В.
Українська військово-медична академія, м. Київ, Україна

В Україні щорічно утворюється 380–400 тис. тонн медичних відходів, 90 % з яких змішують і вивозять разом із твердими побутовими на сміттєзвалища. У порівнянні з іншими розвиненими країнами в Україні більшість лікувально-профілактичних закладів не мають відповідної матеріально-технічної бази для забезпечення належного поводження з медичними відходами. Вони повинні укладати угоди з підприємствами, що мають ліцензію на здійснення операцій у сфері поводження з небезпечними відходами та мають відповідне сертифіковане обладнання. Однак, дотримання всіх вимог у процесі утилізації не завжди виконується і досить часто ці відходи просто потрапляють до сміттєзвалищ без будь-якої переробки, що становить загрозу здоров'ю населення та безпеці навколишнього середовища.

Правила поводження з медичними відходами розроблені та відображені в наказі МОЗ України від 08.06.2015 № 325.Правила не поширюються на порядок поводження з медичними відходами підприємств з виробництва фармацевтичної продукції та медичних відходів, що утворюються у побуті.Крім того, в ньому не висвітлені питання поводження з медичними відходами в польових умовах, що стало актуальним під час проведення антитерористичної операції.

Групою відходів, яка потребує першочергового вирішення в польових умовах, є відходи групи В - інфіковані та потенційно інфіковані відходи, які мали контакт з біологічними середовищами інфікованого матеріалу.

Був проведений аналіз існуючих міжнародних та вітчизняних нормативних документів щодо поводження з медичними відходами та стандартів НАТО. Виходячи з положень, вимог та рекомендацій цих документів рекомендуємо:

1. На передових позиціях доцільні та реально можливі лише етапи збирання, сортування та маркування медичних відходів у відповідні ємності та їх подальшаевакуація за межі оперативної зони (згідно однієї із рекомендацій стандартів НАТО-STANAG 2982 «Essential field sanitary requirements» (дотримання санітарно-гігієнічних вимог в польових умовах)).

2. При збиранні, сортуванні та маркуванні медичних відходів керуватись вимогами МОЗ України від 08.06.2015 № 325 «Про затвердження Державних санітарно-протиепідемічних правил і норм щодо поводження з медичними відходами».

3. В подальшому медичні відходи повинні транспортуватись до місць утилізації – мобільні та стаціонарні госпіталі, які мають бути обладнані пересувними або стаціонарними інсинераторами (при їх відсутності – укладати договори з сторонніми установами, які мають технічні засоби для безпечного знищення медичних відходів).

Зазначені рекомендації щодо поводження з медичними відходами в польових умовах відповідають вимогам міжнародного, вітчизняного законодавства та стандартам НАТО.

ЕПІДЕМІЧНА СІТУАЦІЯ З ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ В УКРАЇНІ

Зінов'єв В.А., Поливянна Ю.І.
Харківський національний медичний університет
м. Харків, Україна

Актуальність. За даними державної установи «Центр громадського здоров'я МОЗ України» З 1987 р. по 2017 р. в Україні офіційно виявлено 315618 випадків ВІЧ серед населення та 45074 смертельних випадків від хвороб, які виникли на фоні СНІДу. У Дніпропетровській, Одеській, Миколаївській, Донецькій областях України та у м. Київ живуть більш ніж 50 % ВІЧ – інфікованих людей. На території Донецької та Луганської областях і в Криму також проживають ВІЛ-інфіковані люди, інформація про яких недоступна.

Мета. Вивчити та оцінити захворюваність на ВІЛ - інфекцію в Україні за 2015-2017 роки.

Матеріали та методи. У роботі використані дані МОЗ України, "ЦОЗ МОЗ України", "UNAIDS". Метод - ретроспективний епідеміологічний аналіз.

Результати дослідження. У 2017 р. в Україні зафіксовано 18194 вперше виявлених випадків ВІЛ – інфекції. У 2016 р. цей абсолютний показник склав 17066, а у 2015 р. - 15869. У 2017 р. показник захворюваності на ВІЛ-інфекцію зріс до 42,2 на 100 тис. населення, проти 40,0 на 100 тис. населення у 2016 р. и 37,0 на 100 тис. населення у 2015 р. Також у 2017 р. на обліку перебувало 139 934 ВІЛ-інфікованих людей (показник 329,6 на 100 тис. населення). Цей показник є найбільший за 2015-2017 роки (у 2015 р. - 127377; у 2016 р. – 132714 випадків). Було встановлено, що з усіх випадків вперше виявленої інфекції статевий шлях був провідним: у 2017 р. цей шлях передачі склав 63,8 %, у 2015 р.- 57 % та у 2016 р. – 61,6 %. У 2017 р. реєструвалась найбільша кількість випадків СНІДу,

виявлених в останні роки – 9308, темп приросту яких склав +6,0 % по відношенню до 2016 р. (8852 випадків СНІДу). Темп приросту захворюваності на СНІД у 2016 р. склав + 4,5 % по відношенню до 2015 р. – 8468 випадків СНІДу. У 2017 р. зафіксовано 3 364 випадків смерті від СНІДу (7,9 на 100 тис. населення), а у 2016 р. ця кількість склала 3253, у 2015 р. – 3032 випадків. Так, темп приросту летальних випадків у 2017 р. склав + 4,1 % по відношенню до попереднього року. У 2016 р. темп приростa склав + 7,6% по відношенню до 2015 р.

Висновки. В Україні спостерігається тенденція до зростання захворюваності на ВІЛ-інфекцію серед населення. Однією з причин цього може бути масове переселення населення з АР Крим, Донецької та Луганської областей, які перестали користуватися послугами для ВІЛ-інфікованих, і як джерело інфекції сприяли появленню нових випадків ВІЛ-інфекції серед населення в інших областях країни. Виходячи з того, що в Україні основним шляхом передачі ВІЛ є статевий, вважаємо за доцільне проводити масові санітарно-освітні заходи серед населення на тему способів передачі ВІЛ-інфекції та засобів запобігання інфікування.

ОСОБЛИВОСТІ МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВНУТРІШНЬОПЕРЕМІЩЕНИХ ІЗ ЗОНИ ПРОВЕДЕННЯ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ОСІБ

Карамян А.А., Макарова В.І.
Харківський національний медичний університет
г. Харьков, Украина

Пандемічне розповсюдження ВІЛ-інфекції з переважною кількістю інфікованих працездатного віку, залежність рівня інфікування та поширеності інфекції від особливостей соціальної

поведінки людей та економічного розвитку держави, що відображається на рівні та якості медичного забезпечення ВІЛ-інфікованих та імплементації нових соціальних програм профілактики, залишають ВІЛ-інфекцію однією з основних глобальних проблем людства [1, 2].

Мета роботи. Оцінити показники медичного забезпечення антиретровірусною терапією (АРВТ) ВІЛ-інфікованих осіб, які були переміщені із зони проведення антитерористичної операції на сході України.

Матеріали та методи. За офіційними даними Центру громадського здоров'я України проведено аналіз забезпечення АРВТ ВІЛ-інфікованих осіб за період з 01.01. 2014 р. по 01.07. 2017 р. р. Групи спостереження склали переміщені особи з Донецької (1 група) та Луганської (2 група) областей. В кожній групі відокремлювали наступні показники: пацієнти, які отримують АРВТ, які не отримують АРВТ, в тому числі діти, дорослі, вагітні для профілактики вертикальної трансмісії (ПВТ).

Результати. Згідно з офіційними даними станом на 01.07. 2017 р. з Донецької області було переміщено 1014 ВІЛ-інфікованих осіб, з Луганської області – 361 осіб по різним регіонам України. Найбільша кількість людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ) з даних регіонів оселились в Дніпропетровській (175 осіб), Харківській (303 особи) та Київській (264 особи) областях.

Аналіз медичного забезпечення осіб 1-ої групи виявив, що 29 % (294 особи) пацієнтів з ВІЛ-інфекцією не отримували АРВТ, з яких 90 % (265 осіб) – молоді, активні, працездатні люди, 9 % (27 осіб) – діти, 1 % (2 особи) – вагітні, які не отримували ПВТ. Найбільший відсоток таких пацієнтів зареєстровано в Київській – 37,8 %, Харківській – 15,3 %, Одеській – 13,3 % та Запорізькій – 12,6 % областях. Своєчасний та безперервний доступ до АРВТ мали 71 % пацієнтів 1-

ої групи спостереження, з них 92 % (663 особи) – люди працездатного віку, 7 % (44 особи) – діти, 1% (13 осіб) – вагітні.

При аналізі забезпечення АРВТ осіб з 2-ої групи спостереження встановлено, що 25 % (90 осіб) не отримували АРВТ, з них 89 % (80 осіб) – люди працездатного віку, 11 % (27 осіб) – діти, вагітних, які не отримують ПВТ не зареєстровано. При цьому виявлено, що найбільша кількість ВІЛ-інфікованих, не забезпечених АРВТ проживають в Київській (40 %) та Харківській (26,7 %) областях, а найменша в Дніпропетровській (3,3 %) та Запорізькій (5,6 %) областях. Також в 2-ій групі спостереження встановлено 75 % ЛЖВ (271 особа), які отримували АРВТ, з них 89 % (241 особи) – люди працездатного віку, 6 % (18 осіб) – діти, 5 % (12 осіб) – вагітні.

Співвідношення ЛЖВ 1 групи спостереження, які не отримують та отримують АРВТ в України, встановлено на рівні 1:3, а для 2-ої групи спостереження – на рівні 1:2,5. Відмічено значне коливання даного показника в залежності від регіону України – найкращі показники встановлено в Полтавській та Ніколаєвській – 1:10, Дніпропетровській областях - 1:9, найбільш складна ситуація в Одеській – 1:1,2, Київській – 1:1,4, Харківській – 1:2,5 областях.

Висновки. Проведений аналіз виявив високий відсоток ЛЖВ, що були переміщені з Донецької та Луганської областей у зв’язку з проведенням антитерористичної операції, які мали доступ до АРВТ, при цьому найбільша кількість ВІЛ-інфікованих осіб, які не отримували АРВТ мешкає в Київській, Харківській, Одеській областях.

Для покращення ситуації у вказаних регіонах необхідне ретельне вивчення проблем організації медичного забезпечення для ЛЖВ, залучання досвіду інших областей по вирішенню цього питання, перерозподілу ліків для АРВТ поміж регіонами з найбільшою та найменшою кількістю внутрішньо переміщених осіб.

Література:

1. Чумаченко Т.О., Ключник І.О. Епідемічний процес ВІЛ-інфекції у Луганській області в умовах дії факторів гуманітарної кризи / Профілактична медицина : науково-практичний журнал №3-4 (27), Київ, 2016 р. - К., 2016, с. 161-162.
2. Чумаченко Т.О., Ключник І.О. Особливості епідемічного процесу ВІЛ – інфекції/СНІДу на території Луганської області в сучасних умовах гуманітарної кризи та бойових дій / Профілактична медицина, 2015, №3-4 (25) (Додаток) Матеріали Шостої національної науково-практичної конференції з МІО «Зміцнення єдиної системи моніторингу та оцінки заходів протидії епідемії ВІЛ-інфекції в Україні: нові моделі та кращі практики» 7 - 9 грудня 2015 року, м. Львів, с. 73 – 75.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКО-РЕНТГЕНОЛОГІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ У ХВОРИХ НА КО-ІНФЕКЦІЮ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ ТА ВІЛ

Книгін М. В., Арциленко К. Ю., Бутов Д. О.
Харківський Національний Медичний Університет
м. Харків, Україна

Актуальність: На сьогоднішній день однією з найосновніших причин смертіхворих на ВІЛ є туберкульоз. ВІЛ найсильніший з усіх відомих факторів ризику, які активують латентний туберкульоз легенів. Імовірність формування активного туберкульозу у хворих на ВІЛ на порядок вище, ніж у людей без цього захворювання. Крімцього, ВІЛ-інфекція– це можливість відновлення туберкульозу, джерелом якого може бути або ендогенна реактивація, або екзогенна повторна інфекція.

Мета: вивчення особливостей клініко-рентгенологічної симптоматики у хворих з ко-інфекцією туберкульозу легенів і ВІЛ.

Матеріалита методи. Було проаналізовано 43 історії хвороби хворих з туберкульозом легень. Хворібулирозділені на 2 групи: 1 група - туберкульоз та ВІЛ, в яку входили 23 людини (53,5%); 2 група - туберкульоз, в яку входили 20 осіб (46,5%). Середусіхпацієнтівбулоприсутнє 35 чоловіків (81,4%) і 8 жінок (18,6%): в першійгрупі 18 чоловіків (78,3%) і 5 жінок (21,7%); у другійгрупі 16 чоловіків (80%) і 4 жінки (20%). У більшостівипадків ВІЛ передував виникненнютуберкульозу (84,6%), в 15,4% випадків ВІЛ і туберкульозбуловиявленооднаково по часу.

Результатита їх обговорення: У клінічних проявах у пацієнтів з ВІЛ - асоційованим туберкульозом мали місце різні скарги, зокрема переважали симптоми інтоксикації над бронхолегеневими проявами. Внаслідок ВІЛ інфекції туберкульоз частіше розвивався протягом 1 року (53,8%), через 5 років (30,7%), 8 років (15,3%). Найбільш часто була зареєстрована четверта (Б) стадія ВІЛ (92,3%). У першій групі померло 30,8% хворих, в більшості випадків (75%) спостерігався генералізований туберкульоз; у другій групі летальний результат був відсутній. У 90% випадків в першій групі у хворих спостерігався інфільтративний туберкульоз, а в другій - дисемінований. Наявність деструктивних змін в 1-ій групі спостерігалося у 8 пацієнтів (40%); у 2-ій групі у 19 пацієнтів (82,6%). Процес у хворих першої групи в більшій мірі локалізувався в нижніх відділах легень, а другої – у верхніх.

Висновок: Симптоми ВІЛ – асоційованого туберкульозу характеризуються переважанням проявів інтоксикації, а при туберкульозі виявлено переважання бронхолегеневих симптомів. Що стосується клінічних форм туберкульозу, частіше реєструвалася інфільтративна форма у хворих на туберкульоз, а дисемінована форма туберкульозу в більшій мірі реєструвалася

при поєднанні туберкульозу та ВІЛ. Велика деструкція легеневої тканини, бактеріовиділення і генералізація процесу частіше спостерігалася при туберкульозу без поєднання з ВІЛ - інфекцією. Найчастіше розвиток туберкульозу виявлено в 4Б стадії ВІЛ, через рік після зараження.

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ДИТЯЧОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА АКТИВНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ В УКРАЇНІ ЗА 2016-2017 РОКИ

Курчанова Ю. В., Івантеєва Ю. І., Матвєєва С. Л.
Харківський національний медичний університет,
м. Харків, Україна

За даними Всесвітньої організації охорони здоров’я, щороку у світі 8-10 мільйонів людей захворюють на туберкульоз і 1,5-2 мільйони людей помирають від цього захворювання, серед них до 1 мільйона дітей з яких реєструють до 150000-170000 летальних випадків. Це дає змогу вважати туберкульоз одним з основних захворювань, що призводять до смерті і представляють особливу загрозу для дітей та підлітків.

Мета. Провести порівняльний аналіз дитячої захворюваності на активний туберкульоз в Україні та Харківській області за 2016-2017 роки.

Матеріали та методи. Статистичні дані були отримані шляхом аналізу щорічного аналітичного та статистичного посібника "Туберкульоз в Україні" та пакету документів щодо захворюваності на туберкульоз в регіонах України, складеного спеціалістами ДУ "Міністерство охорони здоров'я України" та ДЗ "Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України ".

Результати. Згідно з отриманими матеріалами, захворюваність серед дітей віком 0-17 років на активну форму туберкульозу

(без рецидивів) на 2017 рік, у порівнянні з аналогічним періодом у 2016 році, може бути оцінена наступним чином. Найбільша захворюваність на 100 тис. населення у 2016 році серед усіх регіонів України спостерігається у Запорізькій області (24,2%), Херсонській області (17,2%), Дніпропетровській (17,1%), Черкаській (15,7%) та Одеській (14,9%) У 2017 році в Дніпропетровській області було зареєстровано 23,6 випадків на 100 тис. населення, у Запорізькій області - 20,7, у Одеській та Херсонській областях по 18,7, у Житомирській - 17,8. У Харкові та Харківській області в 2016 році налічується 7,8 випадків на 100 тис. населення, а в 2017 році - 12,0 на 100 тис. населення, тобто захворюваність збільшилась на 1,5%. Аналогічна тенденція спостерігається і в інших територіальних регіонах нашої країни, за винятком підконтрольних Україні регіонів Луганської (-40,1%) та Донецької (-18,9%) областей, Рівненської області (-34,2%), Хмельницької області (-29,5 %%), Чернігівської області (-24,8%), Черкаської області (-8,9%) та м. Києва (-38,8%), де ми спостерігаємо зниження захворюваності.

Висновки. Дитяча частина населення завжди різко реагує на різні зміни зовнішнього середовища. Підводячи підсумок, ми можемо впевнено сказати, що туберкульоз є складною медико-біологічною, а також соціальною та економічною проблемою. Всі зусилля повинні бути спрямовані на вплив на чинники, що сьогодні актуальні для України, аби, нарешті, запустити механізм зниження захворюваності на активну туберкульозну інфекцію у всьому світі серед дітей усіх вікових груп.

Література.

1. Всесвітня організація охорони здоров'я. Світ, вільний від туберкульозу. Режим електронного доступу: http://www.who.int/tb/ru/
2. Аналітично - статистичні матеріали з туберкульозу за 2017 рік. Режим електронного доступу:

https://phc.org.ua/pages/diseases/tuberculosis/surveillance/statistical-information
3. Бриліна І.В. Фактори ризику виникнення туберкульозу у дітей // Журнал ГГМУ. - 2003р. - №4. - С.20-25.

СОЦІАЛЬНА СТРУКТУРА ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИХ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ В УКРАЇНІ

Лєсна А.С., Чопорова О.І.
Харківський національний медичний університет
м. Харків, Україна

Мета дослідження: проаналізувати соціальну структуру вперше діагностованих хворих на туберкульоз (ТБ) в Україні.

Матеріал і методи дослідження: статистичні дані аналітичного центру міністерства охорони здоров'я України.

Результати дослідженнята їх обговорення. Серед хворих, які вперше захворіли на ТБ у 2014 році, близько 70% склали соціально незахищені верстви населення: 58,3% — тимчасово безробітні, 12,5% – хворі пенсійного віку, 2,4% – особи безхатні, 1,4% — працівники лікувальних закладів [1,2]. Серед хворих переважають чоловіки (68,8%), мешканці села (74,1%), люди вікової категорії 25-49 років (70,1%), з ВІЛ-інфекцією (45%). Серед уперше зареєстрованих хворих на ТБ I та III категорій обліку 12,1% склали хворі, які зловживають етанолом або сурогатами алкоголю та 7,0% – ін'єкційні наркомани [3].

Висновок. Структура вперше діагностованих хворих на ТБ вказує на потребу розвитку програм підтримки соціально незахищених пацієнтів, реформування проти туберкульозної служби з метою цільового використання державних коштів, покращення

взаємодії фтизіатричної служби та СНІД-центру задля своєчасного виявлення та зменшення смертності серед осіб, які живуть з ВІЛ.

Література.

1. Александрина Т.А. Особливості епідемії туберкульозу в Україні // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція.– 2012. – № 2 – С. 7-13.
2. Туберкульоз в Україні: аналітично-статистичний довідник за 2014 рік. – Кіровоград: ПОЛІУМ, 2014. – 105 с.
3. World Health Organization. Global tuberculosis Control report. WHO report. –2012. – Geneva, Switzerland. – 273 p.

ГЕОІНФОРМАЦІЙНІ СИСТЕМИ ЯК ІНСТРУМЕНТ ПРИЙНЯТТЯ РІШЕНЬ ПО ЗНИЖЕННЮ РІВНЯ ІНФЕКЦІЙНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ СЕРЕД ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

[1]Литовка С.Л., [2]Ліхова М.В., [1]Шмельов Ю.І.,
[1]Рожков А.В., [2]Іванько О.М.
[1]Центральне санітарно-епідеміологічне управління МО України,
[2]Українська військово-медична академія,
м. Київ,Україна

Вступ. Найважливішим завданням сучасної військової епідеміології є створення ефективної системи моніторингу за динамікою і рівнем інфекційної захворюваності серед військовослужбовців, що потребує додаткових методологічних підходів для її вивчення і визначеного алгоритму, що включає використання нових інформаційно-аналітичних інструментів.

Мета дослідження – провести аналіз існуючих програмних продуктів геоінформаційних систем (ГІС), які можливо

використовувати для збору даних та аналізу інфекційної захворюваності серед військовослужбовців.

Матеріали та методи дослідження. Предмет дослідження – ГІС - система. Дослідження проводилося з використанням бібліографічного, картографічного методів, метод моделювання.

Результати дослідження та їх обговорення. Існуюча на даний час автоматизована система збору інфекційної захворюваності в ЗС України в повної мірі відповідає потребам, але для аналізу інформації з візуалізацією і прийняття своєчасних управлінських рішень необхідно використання сучасних програмно-технічних засобів. Використання комп'ютерних геоінформаційних систем (ГІС) пропонує абсолютно новий шлях використання картографічних, графічних, числових та інших баз даних в епідеміології. Особливо важливо те, що з'явилася можливість надати графічний вигляд епідеміологічним даним в режимі реального часу.

В залежності від оперативності та доступності інформації в картографічному відображенні в наявності є багато ГІС-інструментів, які можливо розділити на 2 групи: доступні в середовищі Internet та без доступу до Internet, серед яких є умовно безкоштовні та тих, що є доступними після активації за додаткові кошти. Прикладами першої групи ГІС-інструментів, що найбільш відомі для використання в середовищі Internet є: Google Maps, Open Street Map.

Серед ГІС-інструментів, що доступні користувачу ПЕОМ без наявного Internet, можливо назвати пакет моделювання картографічного відображення інформації, що входить до складу програмного забезпечення Microsoft Excel 2016.

Найбільш потужними є програмні продукти сімейства ArcGIS, які в останній час використовують ЗС України для виконання військових завдань. В першу чергу провідні позиції даної ГІС обумовленні можливістю її використання в системах підтримки

прийняття рішень, при вирішенні складних задач планування, прогнозування розвитку різноманітних ситуацій та інших задач геообробки та геомоделювання.

Висновки. Застосування сучасних геоінформаційних технологій відкриває нові шляхи аналізу числових, графічних, картографічних та інших баз даних, в т. ч. в режимі реального часу. Це надає можливість підвищити ефективність роботи фахівців Служби превентивної медицини МО України та своєчасно приймати організаційно-управлінські рішення по зниженню рівня інфекційної захворюваності серед військовослужбовців та здійсненню відповідних профілактичних і протиепідемічних заходів з мінімальними витратами. Необхідно продовжити роботу з практичної реалізації даного напрямку.

ОСОБЛИВОСТІ ЕПІДЕМІЧНОГО ПРОЦЕСУ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ В ХАРКІВСЬКІЙОБЛАСТІ

Максуль Т.Є.[1], Бондаренко А.В.[2], Гордієнко А.І.[1], Бондаренко О.В.[1]
КЗОЗ Обласна клінічна інфекційна лікарня,
Національний медичний університет, м. Харків, Україна

Актуальність. У Харківській області гострі кишкові інфекції (ГКІ) займають одне з провідних місць серед інфекційної захворюваності населення, показники перевищують середні по Україні, що обумовлює актуальність цієї групи інфекцій.

Мета роботи – оцінка епідемічної ситуації щодо захворюваності на ГКІ у Харківській області за останні п’ять років.

Матеріали й методи. У роботі застосований епідеміологічний метод, використані дані епідеміологічного та мікробіологічного моніторингу ГКІ в Харківській області за 2013 – 2017 роки.

Результати. За останні п’ять років серед населення Харківської

області зареєстровано 37372 випадки ГКІ. Показники захворюваності на ГКІ впродовж періоду, що аналізується коливались від 267,9 на 100 тисяч (тис.) населення в 2013 р. до 289,1 на 100 тис. населення в 2015 р. Щорічно захворюваність на ГКІ перевищувала на 2,3–28,8% середні показники по Україні, за виключенням 2017 р. (показник по області –278,5 на 100 тис. населення проти середнього по Україні– 283,1 на 100 тис. населення).Перевищення показників захворюваності,у порівнянні з середніми по Україні, спостерігається по всім нозологіям за винятком ГКІ-збудник яких не був встановленим.

На долю ГКІ з встановленим збудником з числа зареєстрованих випадків ГКІ по області припало 58,7%. Питома вага зареєстрованих випадків шигельозу дорівнювала лише 6,0 %,сальмонельозу та ГКІ із невстановленим збудником по 17,9 %.Проведений аналіз структури захворюваності на ГКІ за етіологічним фактором вказує на тенденцію до зменшення питомої ваги хворих на сальмонельоз (з 23,7% у 2013 р. до 14,4 % у 2017 р.) та шигельоз (з 7,1 % у 2013 р. до 4,4 % у 2017 р.), але збільшення долі перехворілих на ГКІ, що обумовлені іншими збудниками (з 49,2% у 2013 р. до 66,8% у 2017 р.). Завдяки покращенню етіологічної розшифровки ГКІ відсоток ГКІ з невстановленим збудником за останні п’ять років у Харківській області зменшився (з 20,0 % у 2013 р. до 14,5 % у 2017 р.).

З числа захворілих на ГКІ питома вага дитячого населення склала 74,5 %. Серед дорослих щороку в Харківському регіоні реєструється від 1746 до 2122 випадків ГКІ. Враховуючі часто легку тяжкість захворювання у дорослих, необхідно звернути увагу на значну кількість незареєстрованих випадків, які відіграють важливу роль в епідемічному процесі. А у зв’язку з самолікуванням дорослого населення антибактеріальними препаратами на догоспітальному етапі захворюваність на ГКІ з невстановленим збудником вище ніж серед дітей.

Аналіз даних КЗОЗ Обласна клінічна інфекційна лікарня за 2013 – 2017 рр. виявив покращення відсотку етіологічної розшифровки гастроентероколітів. Так, частка верифікованих ГКІ збільшилась з 43,4 % у 2013 р. до 51,6 % у 2017 р. Значну роль в цьому відіграло покращення лабораторної діагностики(більш ніж на 65 %), питома вага ГКІ з встановленим збудником збільшилась з 26,5 % у 2013 р. до 44,7 % у 2017 р.

Висновки. Епідемічна ситуація щодо захворюваності ГКІ у Харківській області в сучасних умовах характеризується високою інтенсивністю епідемічного процесу. В структурі захворюваності на долю сальмонельозу та шигельозу припадає лише по 17,9% і 6,0 %, відповідно. Покращення якості лабораторної діагностики хворих з ознаками ГКІ та верифікація збудників ГКІ дає можливість своєчасно об'єктивно оцінити розвиток епідемічного процесу ГКІ в області. Для профілактики цієї групи інфекцій слід активізувати санітарно-просвітницьку роботу серед населення та контроль закладів громадського харчування.

СОДЕРЖАНИЕ КРЕАТИНИНА И МОЧЕВИНЫ В МОЧЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ ПОВЕРХНОСТНО–АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Наконечная О.А., Безродная А.И., Толоконникова А.А.,
Ходош Я.Е.
Харьковский национальный медицинский университет,
г. Харьков, Украина

Объектом исследований послужил полиэтиленгликоль (марки ПЭГ-400), относящийся к группе поверхностно-активных веществ (ПАВ), который в настоящее время является крупнейшим химическим промышленным продуктом по масштабам использования

в производствах нефтехимического синтеза. В связи с этим, изучение механизмов биохимического действия веществ этого класса соединений является важной и актуальной задачей в проблеме охраны здоровья населения и окружающей среды.

Собственными исследованиями, а также по результатам работ других авторов [Луис Дж. Линг, 2006] доказано, что ПАВ, поступая в организм через пищеварительный тракт, могут вызывать наркотический эффект (раздражение верхних дыхательных путей, гиперемию кожных покровов, общее угнетение, которое сменяется возбуждением и агрессивностью), нефротоксическое и гепатотоксическое действие (в результате чего в моче появляется белок, а в крови - оксалаты кальция), а также поражение задних конечностей вплоть до развития параличей и клонических судорог. Установлено, что выведение из организма продуктов метаболизма осуществляется, главным образом, через почки [Б.А. Курляндский, 2002].

Цель работы. Изучить функциональное состояние почек белых крыс при токсическом воздействии ПАВ ПЭГ-400 на основании оценки уровней содержания в моче мочевины и креатинина.

Материалы и методы. Настоящее исследование является фрагментом общей программы изучения биохимических механизмов влияния на организм теплокровных ПЭГ-400, которое проведено в процессе подострого санитарно-токсикологического эксперимента на белых крысах линии WAG длительностью 45 суток. Животные находились в стандартных условиях вивария.

Опыт проведен на двух группах животных: контрольной и опытной в количестве по 30 животных в каждой. Водный раствор ПЭГ-400 в дозе 1/10 $ДЛ_{50}$ вводился перорально утром натощак с помощью металлического зонда. Контрольная группа крыс получала соответствующие объемы питьевой воды.

Содержание и наблюдение за животными проводились в соответствии с положениями «Общеэтических принципов

экспериментов на животных», одобренными Первым Национальным конгрессом по биоэтике (Киев, 2001), "Европейской конвенции о защите позвоночных животных, которые используются для экспериментальных и научных целей" (Страсбург, 1986). Измерение уровней креатинина и мочевины проводилось на 1, 14 и 45 сутки эксперимента на биохимическом анализаторе Lab Line – 80 (Австрия) с помощью наборов реагентов фирмы «Филисит-Диагностика» (Украина).

Результаты и обсуждение. Результаты исследований показали, что поступление в организм белых крыс ПЭГ-400 в дозе 1/10 $ЛД_{50}$ вызывает повышение содержание уровня креатинина в моче теплокровных с 5,65±1,23 ммоль/л в первые сутки эксперимента до 12,35±1,08 ммоль/л на 14 сутки. На 45 сутки опыта уровень содержания креатинина в моче возрос до 18,14±4,56 ммоль/л. Уровень мочевины в моче также имел тенденцию к росту: так в первые сутки её содержание составляло 8,34±2,30 ммоль/л; на 14 сутки – 12,07±3,36 ммоль/л, а на 45 сутки - 14,14±4,32 ммоль/л.

Выводы: 1. В процессе подострого санитарно-токсикологического эксперимента на белых крысах установлено, что полиэтиленгликоль (марки ПЭГ-400) нарушает функцию почек, вызывая повышение содержания в моче уровней креатинина и мочевины.

2. Воздействие ПЭГ-400 на организм белых крыс в дозе 1/10 $ЛД_{50}$ в подостром санитарно-токсикологическом эксперименте вызвало повышение уровня креатинина в моче на 14 сутки в 2,2 раза, на 45-е сутки – 3,2 раза. Уровни повышения мочевины в моче в эти сроки составили: 1,5 и 1,7 раза.

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ОБРОБКИ РУК

Неплях О.В., Поливянна Ю.І.
Харківський національний медичний університет
м. Харків, Україна

Актуальність: Епідеміологічне значення гігієнічної та хірургічної обробки рук в практичній охороні здоров'я медичним персоналом важко переоцінити. Вагомий внесок у виникнення ятрогенної інфекції вносять контаміновані руки працівників лікарні. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) ймовірність заподіяння шкоди пацієнту при наданні медичної допомоги складає 1 з 300. Останні данні свідчать, що завдання шкоди пацієнту у медичних закладах займає 14 місце серед причин захворюваності та смертності по всьому світу[1]. У середньому 61 % медичних працівників не дотримуються належної практики гігієни рук [2]. Менше половини медичних сестер знають послідовність дій при хірургічній обробці рук [3]. З урахуванням важливості проблеми з метою покращення гігієни рук в медичних установах у 2009 році ВООЗ проголосила щорічну глобальну кампанію «Рятуйте людські життя: дотримуйтесь чистоти рук» [4].

Мета. Дізнатися знання студентів медичного університету щодо методів обробки рук персоналу лікарень та епідеміологічного значення гігієни рук.

Матеріали та методи. Проведено анкетування студентів 3 – 5 курсів Харківського національного медичного університету. Опитування проводилось на основі анкети, що містила 10 запитань. У анкетуванні взяли участь 50 респондентів.

Результати. В результаті було з'ясовано, що всі студенти знають інфекції, що можуть передаватись через брудні руки, але серед 50 опитаних лише 10 % осіб мають уявлення про епідемічний процес. Майже всі студенти харчуються кожен день у місцях

суспільного харчування (90 %) та тільки 70 % вважають важливим дотримуватися правил гігієни рук. Респондентам відомі існуючі методи обробки рук. 95 % опитаних віддають перевагу гігієнічним методам обробки рук. Всі студенти вважають достатнім гігієнічне миття рук, щоб захистити себе від інфекції. На запитання «Чи можна вважати методи обробки рук медичним персоналом досконалими? І чи потрібно зробити зміни в цих методах?» 100 % опитаних думають, що обробка рук медичним персоналом може вважатись досконалою, змін вносити не потрібно.

Висновок. Студенти медичного університету виявилинедостатнізнання щодо методів обробки рук медичнихпрацівників. Для підвищення рівня обізнаності студентів щодо гігієни рук необхідно включення в освітні програми медичних навчальних закладів питань профілактики внутрішньолікарняних інфекцій та гігієнічної та хірургічної обробки рук.

Література.

1. WHO [Electronic resource]: 10 facts on patient safety. Updated March. 2018. – Available at: http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/ru/http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/en/

2. WHO [Electronic resource]: Health care with out avoid able infections. The critical role of infection prevention and control. WHO/HIS/SDS/2016.10World Health Organization. 2016.–Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246235/WHO-HIS-SDS-2016.10-eng.pdf?sequence=1

3. Результаты анкетирования медицинских сестер в оценке приверженности гигиене рук при выполнении профессиональных обязанностей / Чумаченко Т.А., Несвижська І.І., Лаута Г.С., Бережная А.В. // Експериментальна і клінічна медицина - 2016. – №3 (72). – С. 79 – 84.

4. WHO [Electronic resource]:WHO encourages patient participation for hand hygiene in health care. News release.// 3 MAY 2013– Available at:
http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/hand_hygiene_20130503/en/

ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА В УКРАИНЕ

Перепелица Д.С., Ахундова Г.А.
Харьковский национальный медицинский университет
г. Харьков, Украина

Цель: исследовать статистические показатели вакцинации БЦЖ в Украине на 2017 год, сравнить данные показатели с 2012 годом.

Задачи: определение факторов, влияющих на увеличения количества случаев отказа от вакцинации, изучить актуальность проведения прививки БЦЖ, как одного из наиболее эффективных средств профилактики заболеваемости туберкулезом в Украине.

Материалы и методы исследования: за основу исследования были взяты статьи из сайта Министерства здравоохранения Украины. Был проведен социологический метод, метод анализу и интерпретации данных.

Результаты: Хотя прививке против туберкулёза подлежат все новорожденные, у которых нет к этому противопоказаний, имеет место изменение процента вакцинированных детей каждый год. Дети, которые не были привиты в роддоме по любым причинам, подлежат обязательной вакцинации в детских поликлиниках, но родители/опекуны ребенка имеют право дать отказ от прививки БЦЖ. Статистические исследования показали, что причиной снижению процента вакцинированных детей послужил недоверия

населения к качеству вакцины и распространения недостоверной информации по поводу вакцинации, как таковой, в СМИ.

Центр общественного здоровья Минздрава обнародовал данные по вакцинации детей вакциной БЦЖ по состоянию на 1 декабря 2017 года.

По состоянию на 01.12.2017 выполнения плана прививок против туберкулеза среди детей первого года жизни вакциной БЦЖ составило 75,5%.

В то время, по состоянию на 01.12.2012 выполнения плана прививок против туберкулеза среди детей первого года жизни вакциной БЦЖ составило 94,3%.

На данный момент, самые низкие показатели выполнения плана вакцинации против туберкулеза на территории Украины в Житомирской области (52,6%), Ивано-Франковской области (66,0%), Черниговской области (67,0%). Самые высокие - в Сумской (88,4%), Киевской (87,6%) и Черновицкой (87,3%) областях. Темп роста показателя охвата вакцинацией против туберкулеза в ноябре 2017 составил 9,07%.

Вывод: При сохранении такого темпа роста, расчетные уровни охвата прививками на конец текущего года могут составить 82,3% при рекомендуемом уровне 95%. Для достижения лучшего результата следует проводить просветительные работы о пользе вакцинации среди населения.

ОЦІНКА ПРИЧИН СПАЛАХІВ САЛЬМОНЕЛЬОЗУ В УКРАЇНІ

Поливянна Ю.І., Чумаченко Т.О.
Харківський національний медичний університет
м. Харків, Україна

Актуальність. За даними ВООЗ кожен рік спостерігаються випадки захворювань харчового походження, на діарейні інфекції

щорічно страждає 550 млн. людей, 220 млн. з них – це діти молодше 5 років. Одним з головних патогенів, що спричиняє діарейні захворювання, є *Salmonella*. Людина може інфікуватись цим збудником від свійських або сільськогосподарських тварин та від іншої людини при вживанні продуктів тваринного походження або контактно-побутовим шляхом, оскільки *Salmonella* проявляє достатню стійкість у навколишньому середовищі [1]. В Україні захворюваність на сальмонельоз на 100 тис. населення склала 20,91 в 2016 р. та 17,35 в 2017 р. Останнім часом спостерігається зростання спалахової захворюваності на цю інфекцію.

Мета. Визначити основні фактори та умови, які спричинили виникнення харчових спалахів в Україні в нинішній соціально-економічній ситуації.

Матеріали і методи. Проведено ретроспективний епідеміологічний аналіз 15 харчових спалахів сальмонельозу (2016 р. – 8 спалахів, 2017 р. – 7 спалахів) за офіційними даними Державної служби України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів та Державними установами областей «Лабораторний центр» Міністерства охорони здоров'я України. Критеріями включення в дослідження були спалахи, пов'язані з пунктами громадського харчування або організованими дитячими закладами, критеріями виключення – сімейні осередки спалахів сальмонельозу.

Результати. Спалахи сальмонельозу, що були включені до аналізу, спостерігались у літньо-осінній період. Кількість постраждалих в осередках коливалась від 11 до 86 осіб, серед яких були як дорослі, так і діти до 17 років. У 16 спалахах збудником була *S.enteritidis*, водному спалаху – *S.blegdam*. При проведенні епідеміологічних розслідувань в осередках спалахів сальмонельозу встановлено, що факторами передачі збудника інфекції були м'ясні продукти (куряче м'ясо, кури-гриль, свиний фарш), яйця та риба. Провідними причинами захворюваності на сальмонельоз, що були

встановлені, виявились такі: недотримання на пунктах харчування санітарно – гігієнічного режиму, антисанітарні умови приготування страв, порушення умов зберігання харчових продуктів та продовольчої сировини, відсутність належної документації до придбаної продовольчої сировини, недотримання належного термічного режиму обробки кулінарних виробів, вторинне інфікування продукції. Серед робочого персоналу закладів громадського харчування, де виникли спалахи сальмонельозу, виявлені робітники, які не мали особистих медичних книжок і медичного огляду, але залучались до приготування та роздачі їжи. Після лабораторного обстеження працівників в декількох установах громадського харчування були виявлені носії *Salmonella*.

Висновки. Проведений аналіз показав, що в Україні в установах громадського харчування та організованих дитячих закладах існують умови для виникнення та розповсюдження сальмонельозної інфекції, що пов’язано з порушенням санітарно-гігієнічних норм і правил та протиепідемічного режиму на цих об’єктах.

Вважаємо за доцільне здійснювати санітарно-епідеміологічний нагляд в закладах підвищеного ризику виникнення харчових інфекцій, контролювати додержання санітарно-епідеміологічних вимог адміністрацією та персоналом установ громадського харчування та організованих дитячих закладів, технології приготування та реалізації харчових продуктів, виконувати санітарно-ветеринарний контроль за продуктами тваринного походження від виробництва до їх реалізації.

Література.

1. WHO Salmonella (non-typhoidal) [Electronic source]: 20 February 2018 /Available at:http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/salmonella-(non-typhoidal)

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА САЛЬМОНЕЛЬОЗ В УКРАЇНІ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

Райлян М.В., Коваленко І.М., Гаврилюк О.А.
Харківський національний медичний університет
м. Харків, Україна

Однією з найпоширеніших кишкових інфекцій являється сальмонельоз. У США 1,4 млн. осіб щорічно заражаються сальмонелами, а матеріальні витрати оцінюються в 1–2,3 млрд. доларів на рік [3]. В Україні стали частіше реєструватися спалахи цієї інфекції, а не спорадичні випадки [1]. Збільшення поширення сальмонельозів в глобальному масштабі викликане підвищенням міжнародної торгівлі продуктами тваринного походження, процесами урбанізації, розвитком мережі громадського харчування [2].

Збудником сальмонельозу являється бактерія роду Salmonella, за сучасною класифікацією до нього входять два види: S. enterica та S. bogori. Основним джерелом інфекції являються велика рогата худоба, свині та птахи, поширені в сільськогосподарській промисловості (качки, гуси, кури, індики). Найчастіше інфікування людини відбувається при споживанні їжі із сировини тваринного походження (м'ясо, яйця), коли під час приготування були порушені технічні умови (недостатня термічна обробка, неправильне збереження продуктів, використання неякісних продуктів, споживання готової продукції після довготривалого збереження) [2].

Мета роботи: оцінка рівня захворюваності на сальмонельоз в Україні в теперішній час.

Матеріали та методи: за офіційними даними проведений аналіз захворюваності на сальмонельоз в Україні за період 2011 – 2017 рр.

Результати. Середній показник захворюваності на сальмонельоз в Україні в період з 2011 по 2017 рр. дорівнював 19,8 на 100 тис. населення. Найбільші показники в цей період реєструвалися в 2013 р.

(22,1 на 100 тис. населення), в 2012 р. (21,5 на 100 тис. населення). Найменші показники захворюваності на сальмонельоз були в 2017 р. (17,4 на 100 тис. населення) і в 2011р. та 2014 р. (складали по 18,5 на 100 тис. населення).

В Україні за період 2014 – 2017 рр. було зареєстровано і розслідувано 33094 випадків сальмонельозу, що сталися в організованих колективах і домашніх осередках. В період з 2016 р. по 2017 р. в Україні відбулося зниження показника захворюваності на сальмонельоз на 17,3 %, в 2016 р. зареєстровано 8941 випадок сальмонельозу, в 2017 р. – 7391 випадок, інтенсивний показник знизився з 20,9 до 17,4 на 100 тис. населення.

Аналіз рівня захворюваності на сальмонельоз серед дорослого сільського та міського населення виявлено, що рівень захворюваності міського населення був вищій, ніж у жителів села, середня інцидентність серед міського населення за 2014 – 2015 рр. склала 23,3 на 100 тис. міського населення, а серед жителів села 11,2 на 100 тис. сільського населення, що може бути пов’язане частішим відвідуванням закладів громадського харчування міськими жителями, наявність постійного доступу до медичного обслуговування та проведення лабораторної діагностики для встановлення кінцевого діагнозу. Захворюваність на сальмонельоз міського населення в 2015 р. перевищувала захворюваність сільського в 2,1 рази (23,37 проти 10,85 на 100 тис. відповідного контингенту), в 2016 р. цей показник знизився до 1,9 рази (24,43 на 100 тис. міського населення проти 13,13 на 100 тис. сільського населення).

Серед дітей віком до 17 років рівень захворюваності в 2014 р. та 2015 р. у місті був найбільший, середній інтенсивний показник склав – 59,9 на 100 тис. населення, а серед дітей жителів села - 24,3 на 100 тис. населення.

Висновки. Отже, сальмонельоз являється актуальною проблемою громадського здоров’я як в Україні, так і у світі загалом.

В сучасних умовах в Україні захворюваність на сальмонельоз залишається на високому рівні, тому треба вдосконалити систему епідеміологічного нагляду в Україні, посилити ветеринарний нагляд за тваринами, проводити роз'яснювальну роботу, щодо можливих шляхів і факторів передачі сальмонельозу, особливо серед жителів міста.

Література.

1. Чумаченко Т.А. Проявления эпидемического процесса сальмонеллеза в условиях крупного промышленного города в современных условиях / Т.А. Чумаченко, М.В. Райлян // Инфекционные болезни. – 2017. - т. 15, №1– С. 313.
2. Чумаченко Т.А. Оценка основных путей и факторов передачи возбудителей сальмонеллезов в городе Харькове / Чумаченко Т.А., Райлян М.В., Полывянная Ю.І. // Сучасні проблеми біобезпеки в Україні : матеріали Всеукраїнської науково-практичної Інтернет-конференції, Полтава, 2018 г. – С.54-58.
3. Борьба с сальмонеллёзом: роль ветеринарии и пищевой гигиены: Доклад ВООЗ. – Женева : ВООЗ, 1991. – 82 с.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ А

Райлян М.В., Рассолова А. С., Гольник Я. В.
Харьковский национальный медицинский университет
г. Харьков, Украина

Актуальность. Вирусный гепатит А (ВГА) — острое инфекционное заболевание, относящееся к группе вирусных гепатитов (ВГ), которое характеризуется фекально-оральным механизмом передачи, повсеместным распространением, и проявляется интоксикационным синдромом, гепатоспленомегалией,

желтухой, а также безжелтушным и бессимптомным течением. Вирусные гепатиты остаются одной из актуальнейших проблем здравоохранения во всем мире. По официальным данным ВГ занимают 2 место по числу пораженных после гриппа, значительно опережают его по числу тяжелых форм, экономическим затратам, неблагоприятным исходам. По данным ВОЗ ежегодно в мире заражается и болеет ВГА около 1,5 млн. людей.

Цель исследования. Оценка закономерностей эпидемического процесса ВГА в Украине на современном этапе для совершенствования профилактических мероприятий.

Материалы и методы. В рамках описательного и аналитического этапов ретроспективного эпидемиологического анализа изучена заболеваемость ВГА в Украине за период 1990 г. – 01.05.2018 г.

Результаты и их обсуждение. За последние годы по данным Министерства здравоохранения (МЗ) Украины показатель заболеваемости ВГА вырос на 9 %. За изучаемый период максимальные показатели заболеваемости ВГА зарегистрированы в 1990 - 1997 гг. и составили 134,3 - 302,7 на 100 тыс. населения. За отрезок 1998 - 2000 гг. заболеваемость ВГА колебалась на уровне 81,9 - 60,4 на 100 тыс. населения. С 2001 г. заболеваемость резко снизилась до 3,9 на 100 тыс. населения в 2011 г. В 2017 г. было зарегистрировано 3128 случаев заболевания ВГА, что на 3,3 % больше, чем в предыдущем году, интенсивный показатель был 7,34 на 100 тыс. населения, в 2016 г. – 7,08 на 100 тыс. населения. За 2 мес. 2018 года заболеваемость ВГА увеличилась на 34,1 %, интенсивный показатель составил 1,61 на 100 тыс. населения (в 2016 г. – 1,19 на 100 тыс. населения). За 4 месяца 2018 г. в Украине зарегистрировано 7 вспышек ВГА, однако показатели заболеваемости не превышали средние многолетние уровни. В связи с циклическим повышением заболеваемости МЗ Украины прогнозирует очередной

эпидемический подъем заболеваемости острым ВГА в 2019-2020 гг. В возрастной структуре заболевших ВГА на современном этапе удельный вес взрослых выше, чем детей. Так, в период с 2011 г. по 2016 г. удельный вес детей до 17 лет составил 38,6 % случаев. Немаловажно, что заболеваемость в сельской местности на 30 % выше, чем в городской, что свидетельствует о незначительной осведомленности жителей сел о возможных путях и факторах передачи инфекции, а также отсутствии надлежащего санитарно-гигиенического обеспечения в местах их проживания и интенсификации загрязнения внешней среды.

Выводы. Таким образом, установлены эпидемиологические особенности ВГА на современном этапе, характеризующиеся повышением уровня заболеваемости, преобладанием взрослого населения в возрастной структуре заболевших, что требует совершенствования подходов к эпидемиологическому надзору и улучшению санитарно-гигиенических условий жизни населения, проведения разъяснительной работы о возможных рисках инфицирования данной инфекцией.

ДІЯЛЬНІСТЬ ХАРКІВСЬКОГО БАКТЕРІОЛОГІЧНОГО ЗАГОНУ ПІД ЧАС РОСІЙСЬКО-ЯПОНСЬКОЇ ВІЙНИ 1904–1905 рр.

Робак І. Ю., Ільїн В. Г.
Харківський національний медичний університет
м. Харків, Україна

Метою тез є висвітлення діяльності одного з двох бактеріологічних загонів, що боролись з інфекціями на Далекому Сході під час війни. Створення загону Харківським губернським земством і Харківським медичним товариством стало прикладом

громадської самоорганізації та плідною ініціативою місцевого самоврядування на початку ХХ ст. Ознайомлення з цим сюжетом розширить уявлення про харківських медиків минулого, буде актуальним в контексті реформи децентралізації влади в Україні.

Виділені земством 40 тис. руб. дали змогу спорядити загін лабораторіями, великою кількістю вакцин і дезінфекційних засобів, які дозволяли обробити 400 тис. одиниць одягу, до 100 тис. відер питної води [1, с. 78–79, 464]. Способи знезараження води запропонував співзасновник Бактеріологічного інституту ХМТ В. І. Недригайлов, який свого часу організував перше в Європі виробництво протидифтерійної сироватки [2, с. 124]. Керівниками загону обрали асистента Бактеріологічного інституту Г. Я. Острянина й приват-доцента кафедри гігієни Харківського університету В. В. Фавра [там само; 1, с. 464]. Допомагали лікарям студент медичного факультету, фельдшер і 10 дезінфекторів.

Працюючи на Далекому Сході з червня 1904 р. по серпень 1905 р., загін неодноразово змінював місце роботи внаслідок відступу російської армії. У Ляояні загін встановлював етіологію дизентерії та черевного тифу, здійснював щеплення [3, с. 465]. Найтриваліший час загін разом зі шпиталем на 250 ліжок працював в Куачендзи, де виявив етіологію маньчжурського тифу, обстежував джерела води, дезінфікував залізничні вагони [там само, с. 466].

У Мукдені загін організував вкрай складну санітарну очистку з метою упередження епідемій, що могли спалахнути в армії внаслідок контактів з населенням цього 300-тисячного міста. Персонал склав правила санітарного нагляду за лазнями, пекарнями та борделями й виявив поширені серед мукденців хвороби [там само, с. 467]. В Іркутську загін обслуговував шпиталі, Г. Я. Острянин з’ясовував характер епідемій у Забайкаллі [там само, с. 468].

Враховуючи достатню забезпеченість військ медичною допомогою, загальноземська організація 15 серпня 1905 р. відкликала

з Далекого Сходу земські санітарні загони, включно з Харківським бактеріологічним [4]. Внаслідок мобільного характеру війни Харківський бактеріологічний загін задіяли не повною мірою. Тим не менш, його учасники набули цінний досвід з очистки великого міста, подібного до Харкова за своїми розмірами, отримали дані щодо діагностики інфекційних захворювань. Керівник загону В. В. Фавр 1905 р. очолив харківську міську санітарну службу, якісно змінивши її обличчя [2, с. 7]. Г.Я. Острянін висловив пораду здійснювати щеплення воякам під час тривалих зупинок у великих містах дорогою на фронт. Харківське губернське земство співпрацювало з іншими земствами в рамках всеросійської організації, розширивши свою компетенцію та самостійність.

Література

1. Отчет о деятельности Российского общества Красного Креста во время русско-японской войны. Том. I. – СПб : Типография Главного Управления Уделов, 1911.
2. Робак І. Ю. Організація охорони здоров’я в Харкові за імперської доби (початок XVIII ст. – 1916 р.) / І. Ю. Робак. – Харків : ХДМУ, 2007. – 346 с., 24 с. іл.
3. Отчет о деятельности Российского общества Красного Креста во время русско-японской войны. Том II. – СПб : Типография Главного Управления Уделов, 1911.
4. Телеграмма с Дальнего Востока // Харьковские губернские ведомости. – 1905. – 25 августа.

СУЧАСНИЙ СТАН ІМУНОПРОФІЛАКТИКИ У ЗС УКРАЇНИ

Сімперович С.В., Депутат Ю.М., Маркович І.Ф.
Науково-дослідний інститут проблем військової медицини
Української військово-медичної академії
м. Київ, Україна

Вступ. Запобігання інфекційним хворобам досягається проведенням комплексу заходів щодо нейтралізації джерел інфекції, розриву механізму передачі інфекції і створення резистентності організму до інфекційних захворювань [1,2]. Одним із заходів щодо створення резистентності організму до біологічних агентів є імунопрофілактика.

Мета – встановити спроможність компетентних структур до імунологічного захисту військовослужбовців на особливий період в Україні.

Завдання – оцінити існуючий стан з імунопрофілактики військовослужбовців Збройних Сил України (далі – ЗС України) на особливий період.

Матеріали і методи. Проаналізовані результати військових навчань, індивідуальна медична документація військовослужбовців. Використано метод порівняння та системного аналізу.

Результати та їх обговорення. Встановлено, що при масовому поступленні поранених в умовах напруженого ведення бойових дій в активній фазі, браку медичного персоналу до 35% та відсутності запасу сучасних дієвих імунопрепаратів та антибіотиків, роль імунопрофілактики є очевидною.

Донедавна керівними документами [3] (що скасовані у 2016 році) визначалося проведення планових профілактичних щеплень особовому складу ЗС України за одним із двох переліків щеплень особливого періоду: **перелік 1** (основний) – це щеплення проти чуми, натуральної віспи, правця та ботулізму; **перелік 2** (додатково

до переліку 1) – щеплення за епідемічними показаннями проти сибірки, туляремії.

Щепленню підлягали: військовослужбовці, військовозобов'язані, працівники ЗС України – за переліком 1; особовий склад військ (сил), бойові дії (розташування) яких заплановані на території активнодіючих природних осередків та у разі загрози біологічного тероризму – за переліком 2.

Для активної специфічної імунопрофілактики чуми, натуральної віспи, ботулізму (типів А, В, Е), правця та газової гангрени (типів перфрінгенс та едематієнс), або іншого складу, що містить крім згаданих вище, ще і черевнотифозний компонент, ці схеми передбачали застосування комплексного препарату секстанатоксину очищеного сорбованого сухого (Sexta anatoxinum purificatum adsorptum).

На теперішній час через відсутність секстанатоксину (препарат виробляється у Російській Федерації) чи його аналогів, профілактичні щеплення військовослужбовців при призові не проводяться взагалі. За необхідності існує ряд сучасних імунопрепаратів які не менш ефективні за секстаанатоксин і можуть бути застосовані більш цілеспрямовано, але вони не акредитовані в Україні.

Висновки.

1. Відсутність імунологічного захисту військовослужбовців може призвести, під час ведення активної фази бойових дій, до підвищення санітарних втрат серед військовослужбовців, збільшення термінів лікування, ускладнення перебігу деяких хвороб та поранень, збільшення безповоротних втрат.

2. На теперішній час, заходи із імунологічного захисту військовослужбовців в Україні не врегульовані законодавчо, тому заходи з імунопрофілактики на особливий період у ЗС України не виконуються.

3. Відсутність запасів необхідних імунобіологічних препаратів на особливий період в Україні є наслідком відсутності національного виробництва цих препаратів, а закордонні – не ліцензуються.

Література

1. Беляков В.Д. Военная эпидемиология (учебник) – Л., 1976. – 380 с.
2. Беляков В.Д., Жук Е.Г. Военная гигиена и эпидемиология: Учеб. пособие. – 2-е изд., перераб. и доп.– М.: Медицина, 1988.– 320 с., ил.
3. Наказ Міністра оборони України від 26.11.2005 року №702.

ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ ЩІЛЬНОСТІ НАСЕЛЕННЯ НА НАПРУЖЕНІСТЬ ЕПІДЕМІЧНОГО ПРОЦЕСУ ТУБЕРКУЛЬОЗУ НА ТЕРИТОРІЇ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Сухорукова М.Ф., Чумаченко Т.О.
Харківський національний медичний університет,
м. Харків, Україна

В Україні понад 25 років триває епідемія туберкульозу. Рівень захворюваності відрізняється на окремих територіях. Визначилися регіони з стабільно високою захворюваністю (Донецька, Херсонська області), проте у деяких областях (Тернопільська, Хмельницька, Чернівецька) туберкульоз не набув епідемічного розповсюдження.

У Харківській області показники захворюваності не перевищували середні по Україні та значно різнилися між окремими територіями. Враховуючи, що основним шляхом передачі туберкульозу є повітряно-крапельний, реалізація якого відбувається легше при високій скупченості населення, представляло інтерес дослідження зв’язку між щільністю населення та розповсюдженням туберкульозної інфекції на території Харківської області.

Мета: вивчити вплив щільності населених пунктів та населення на напруженість епідемічного процесу туберкульозу на окремих територіях області.

Матеріали і методи. Проведений ретроспективний епідеміологічний аналіз, використано дані захворюваності на туберкульоз населення різних районів Харківської області за 2010-2017 рр.

Результати та їх обговорення. За період, що аналізується, у Харківській області відмічалось поступове зниження захворюваності на туберкульоз з 54,0 на 100 тис. населення у 2010 р. до 38,0 на 100 тис. населення у 2014 р., а з 2015 р. спостерігалась стабілізація епідемічного процесу з тенденцією до росту захворюваності (інтенсивний показник склав 39,5 - 39,8 на 100 тис. населення).

Щільність населення склала 87,6 осіб на 1 км^2 (від 13,8 у Близнюківському районі до 127,9 у Харківському). Щільність населених пунктів в районах області встановила 1 пункт на 15,9 км^2 (від 1 пункту на 7,2 км^2 у Валківському районі до 39,0 км^2 у Печенізькому).

Райони області було розподілено на групи з урахуванням середньобагаторічного показника захворюваності: I група – райони, де туберкульоз не набув епідемічного розповсюдження та показник захворюваності не перевищував середньообласний багаторічний показник (інтенсивний показник був нижче 43,6 на 100 тис. населення), II група - райони з показником захворюваності 43,6-60,0 на 100 тис. населення, III група – райони, де показник захворюваності перевищував 60,0 на 100 тис. населення.

У I групі щільність населення склала 40 осіб на 1 км^2: від 21,0 (Шевченківський район) до 105,2 (Дергачівський район) на 1 км^2. Щільність населених пунктів була від 1 пункту на 7,2 км^2 у Валківському районі та на 25,1км^2 у Ізюмському районі.

Найбільш висока захворюваність на туберкульоз реєструвалась в районах з середньою щільністю населення, в 2,5 рази нижчою за середню по області (34,1 осіб на 1 км^2): Барвінківський район – 76,1 на 100 тис. населення та 16,1 осіб на 1 км^2, Близнюківський район – 69,6 на 100 тис. населення та 13,8 осіб на 1 км^2 відповідно. Тільки у Зміївському та Куп'янському районах (інтенсивний показник захворюваності 63,3 та 62,1 на 100 тис. населення відповідно) відмічалась висока щільність населення, але була у 1,5 рази нижча за середню по області. Щільність населених пунктів у районах з III групи менша середньої по області (крім Близнюківського району).

У районах з II групи також не виявлено зв'язку між щільністю населення (від 15,9 осіб на 1 км^2 у Дворічанському, 18,4 осіб на 1 км^2 у Сахновщанському до 127,9 осіб на 1 км^2 у Харківському районах) та рівнем захворюваності на туберкульоз (середньобагаторічний показник у зазначених районах встановив 46,4 на 100 тис. населення, 44,2 та 47,5 відповідно). Середня щільність населення встановила 35,2 осіб на 1 км^2. Щільність населених пунктів складала від 1 пункту на 12,9 км^2 у Харківському районі до 39,0 км^2 у Печенізькому районі.

Висновки. Щільність населених пунктів та населення в районі не впливає на розповсюдження туберкульозу та не обумовлює напруженість епідемічного процесу на території.

РАК ШЕЙКИ МАТКИ: ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И ПРОФИЛАКТИКА В РАЗНЫХ СТРАНАХ МИРА

Сымкина В.Е., Макарова В.И.
Харьковский национальный медицинский университет
г.Харьков, Украина

Актуальность. Актуальность рака шейки матки (РШМ) обусловлена высоким уровнем заболеваемости и смертности,

в первую очередь среди молодых женщин, более высокой интенсивностью эпидемического процесса данной патологии в странах с развивающейся экономикой, наличием или отсутствием национальных скрининговых и профилактических программ. На сегодняшний день в мире РШМ занимает четвертое место в структуре онкопатологии женщин и второе место для женщин возрастной группы от 15 до 44 лет. По последним данным в мире ежегодно диагностируется примерно 527624 тысячи новых случаев РШМ и 265762 тысяч случаев смерти от этого злокачественного новообразования в год [1, 2].

Цель исследования. оценить уровень заболеваемости РШМ и организацию профилактики РШМ в разных странах.

Материалы и методы. По официальным данным Информационного центра Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по профилактике РШМ проведен ретроспективный анализ заболеваемости РШМ в разных странах, оценены основные факторы риска РШМ, национальные программы профилактики.

Результаты исследования. Ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости РШМ выявил, что частота встречаемости данной патологии в мире составляет 14,0 на 100 тыс. популяции риска, причем имеется существенная разница в интенсивности эпидемического процесса РШМ в странах с развивающейся и развитой экономикой – 15,7 и 9,9 на 100 тыс. женщин соответственно. При этом показатель смертности на 100 тыс. популяции риска от РШМ в мире составил 6,8, для развивающихся стран – 8,3, для стран с высоким уровнем социально – экономического развития – 3,3.

Среди факторов, которые повышают риск развития РШМ, выделяют следующие: наличие вредных привычек, особенно курение, раннее начало половой жизни (до 16 лет), частую смену половых партнеров (более 2 - 3 в год), инфицирование вирусом папилломы

человека (ВПЧ), наличие других урогенитальных инфекций. При оценке распространенности факторов риска РШМ среди женщин США и Украины установлено, что в этих странах курят приблизительно 21 % женщин, раннее начало половой жизни (раньше 15 лет) отмечают 16 % женщин, барьерные методы контрацепции используют 14 - 16 % женщин в возрасте 15-49 лет. При этом уровень заболеваемости РШМ в США в 2 раза ниже, чем в Украине. По данным за 2012 год заболеваемость РШМ в США составляла <7,98 случаев на 100 тысяч женщин в год, в странах южной Африки <29,92 случаев, в Украине 16,90 случаев, в других странах европейского региона этот показатель колеблется на уровне 8,0 (Франция - 6,8, Испания - 7,8, Германия - 8,2, Великобритания - 7,1).

Значительная разница уровня заболеваемости объясняется различным подходом при организации диагностики РШМ. Так, национальный скрининг в США имеет контроль качества и включает как цитологию для женщин в возрасте 21 - 65 лет, так и обнаружение ВПЧ в полимеразной цепной реакции (ПЦР) для женщин старше 30 лет, обследование проводят каждые 3 года. В Украине из доступных скрининговых программ применяется цитология, анализ на обнаружение ВПЧ в ПЦР возможно сделать только в частных медицинских центрах. Кроме того с 2006 года в США была введена национальная программа вакцинации девушек в возрасте 10 - 12 лет, в то время как в Украине этот вопрос до сих пор открыт.

Выводы. Снижения уровня заболеваемости и распространенности рака шейки матки возможно добиться при дополнении рутинного цитологического скрининга обязательной диагностикой ДНК вируса папилломы человека с определением высокоонкогенных штаммов возбудителя в ПЦР на национальном уровне, а также включением вакцинации против вируса папилломы человека в календарь профилактических прививок для подростков, начиная с 9 - 10 лет. Сочетание данных мер является наиболее

эффективным способом профилактики рака шейки матки и снижения уровня заболеваемости и смертности от данной онкопатологии, однако внедрение этих мероприятий в практику здравоохранения требует значительных материальных затрат, которые должны быть предусмотрены в бюджете страны.

Литература:

1. ICO/IARC HPV Information Centre Human Papillomavirus and Related Diseases Report/ Version posted at www.hpvcentre.net on 27 July 2017.
2. Волченко А.Н. Эпидемиологическая характеристика папилломавирусной инфекции ипрофилактика ВПЧ-ассоциированной патологии шейки матки (на примере Гомельской области) // Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.02.02 – эпидемиология. – Минск, 2014.

НАПРЯМКИ ПЕРВИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ХРОНІЧНИХ ДЕРМАТОЗІВ

Топчій С. В., Райлян М.В.
Харківський Національний Медичний Університет
м. Харків, Україна

Незважаючи на те, що система реєстрації та реальної статистичної обробки даних дерматозів відсутня, за останні десять років розповсюдженість деяких дерматологічних захворювань в Україні стає все більш поширеною. При цьому, занадто мало уваги приділяється профілактиці їх виникнення. Вони можуть проявитися в будь-якому віці і в результаті різних причин. Найпоширенішою причиною появи захворювань шкіри є спадковість. Стан внутрішніх систем і органів також грає важливу роль, будь-які зміни

в їх ункціонуванні можуть дати початок розвитку патологічних процесів. Тому роль первинної профілактики не може бути перевищеною щодо дерматозів, особливо таких як псоріаз, контактний та атопічний дерматити.

Мета дослідження: обґрунтування необхідності первинної профілактики системних дерматозів.

Матеріали та методи: джерелами інформації є стан захворюваності системними дерматозами, що міститься в офіційній статистичній звітності.

Основні методи, які були використані уданій роботі, є епідеміологічний, статистичного аналізу.

Результати. Аналіз офіційної звітності показав зростання інтенсивного показника системних дерматозів за останні 10 років. Для аналізу ми використали інтенсивні показники захворюваності. На псоріаз на 100000 населення цей показник зріс на 18 %, атопічний дерматит – 23 %, контактний дерматит– на 9 %. Найбільшими темпами зростають показники в Волинській, Черкаській, Чернівецькій та Хмельницькій областях. При цьому захворюваність на псоріаз у Харківському регіоні за останні 10 років перевищує середні показники в Україні на 7 %, на КД на 15 %, на АД – 18 %. Нами був проведений аналіз причин виникнення цих захворювань з метою обґрунтування первинної профілактики, яка поряд із заходами медичного характеру включає різні соціальні заходи щодо усунення безпосередніх соціальних причин і умов, викликаючих такі дерматози. Тому особливого значення при первинній профілактиці набуває виділення факторів ризику, починаючи з соціальних і закінчуючи станом окремого організму.

Серед них ми виділили: 1. Особисту гігієну, яка включає гігієну тіла, гігієну волосся, гігієну порожнини рота, гігієну натільної білизни та одягу і взуття, гігієну спального місця, санацію кишківника; 2. Щадний психоохоронний режим, який включає

дотримання режиму дня з урахуванням індивідуальних особливостей організму; корекцію емоційно-вольової сфери; соціально-психологічну адаптацію; оволодіння здоров'язберігаючими технологіями з урахуванням особливостей психоемоційної сфери та індивідуальних особливостей організму; 3. Створення сприятливих умов для життя, а саме: спортивну гігієну, профілактику перенавантажень, санацію приміщення, гіпоалергенну дієту з обмеженням спецій; екзотичних фруктів, цитрусових, ягід; цільного молока; яєчного білка; ковбас, сосисок, напівфабрикатів; копчених і маринованих продуктів; морепродуктів; меду; горіхів; кави, шоколаду та ін.

Висновок. Дотримання заходів первинної профілактики допомагає попередити виникнення дерматозів, знизити ризики їх виникнення, покращити стан органів і систем, сприяючи їх повноцінному функціонуванню.

ВИДОВОЙ СПЕКТР МИКРООРГАНИЗМОВ, ВЫДЕЛЕННЫХ ИЗ РАН ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В СТАЦИОНАРАХ ДНЕПРОПЕТРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Филипченко[1] С.Н., Штепа[2] А.П., Чумаченко[3] Т.А.
Харьковская медицинская академия последипломного образования
Государственное учреждение «Днепропетровский областной лабораторный центр Министерства здравоохранения Украины»
Харьковский национальный медицинский університет
Харьков, Днепр, Украина

Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи (ИСМП), представляют серьезную медицинскую проблему, приводя к значительному социальному, медицинскому и финансовому ущербу, обусловленному высокой заболеваемостью, инвалидизацией,

дополнительными днями пребывания пациента в стационаре, возможными повторными операциями и др. [1-3]. В Украине, несмотря на наличие регламентирующих документов, случаи ИСМП практически не регистрируются и не учитываются, что затрудняет планирование и проведение эффективных и рациональных профилактических и противоэпидемических мероприятий [4, 5]. Однако изучение циркулирующих в стационарах хирургического профиля микроорганизмов позволяет медицинским работникам оценить интенсивность эпидемического процесса ИСМП, прогнозировать развитие эпидемической ситуации в стационаре и провести рациональные профилактические мероприятия.

Целью работы была сравнительная оценка видового состава штаммов микроорганизмов, выделенных из области оперативного вмешательства пациентов хирургических стационаров Днепропетровской области в 2015 г. и 2016 г.

Материалы и методы. В Днепропетровской области в 2015 г. и 2016 г. было проведено соответственно 26252 и 25071 исследований содержимого ран хирургических больных, при этом выделено 12359 штаммов в 2015 г. и 12889 штаммов в 2016 г. Выделение микроорганизмов и их идентификация проведены общепринятыми методами [2].

Результаты. Доля позитивных находок из отделяемого ран хирургических больных увеличилась с 47,0 % в 2015 г. до 51,4 % в 2016 г., стафилококков – с 46,1 % в 2015 г. до 49,0 % в 2016 г. В структуре стафилококков превалировал Staphylococcus aureus (63,5 % и 64,3 % в 2015 г. и 2016 г. соответственно). Также увеличился с 2015 г. по 2016 г. удельный вес выделенных клинических штаммов таких микроорганизмов как Enterococcus spp. – с 6,9 % до 7,1 %, Klebsiella pneumonia с 6,3 % до 6,7 %, и Enterobacter spp. – с 3,6 % до 4,1 %; практически не изменилась доля клинических изолятов Pseudomonas aeruginosa (7,9 % – в 2015 г. и 8,0 % –

в 2016 г.); и уменьшилась доля выделенных штаммов Escherichia coli – с 18,1 % до 13,4 % и незначительно уменьшилась доля Acinetobacter baumanii – с 3,0 % до 2,8 %. Следует отметить снижение в 2016 г. доли микроорганизмов, вошедших в группу «Другие», что свидетельствует об улучшении идентификации клинических изолятов.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о динамических изменениях видовой структуры микроорганизмов, выделенных из ран хирургических больных в стационарах Днепропетровской области. Среди клинических изолятов доминирует грамположительная микрофлора с преобладанием Staphylococcus aureus. Среди грамотрицательных микроорганизмов, выделенных из области хирургического вмешательства больных, преобладает E.coli, Pseudomonas aeruginosa, Enterococcus spp., Klebsiella pneumonia. Также следует обратить внимание на выделение Enterobacter spp., Acinetobacter baumanii, т.к. эти микроорганизмы часто вырабатывают устойчивость к антибактериальным препаратам [6].

Микробиологический мониторинг, проводимый в стационарах хирургического профиля, позволяет своевременно выявлять осложнения эпидемической ситуации, связанной с ИСМП, диагностировать вспышки этих инфекций и проводить рациональные профилактические мероприятия.

Литература.

1. WHO. Report on the burden of endemic health-care-associated infection worldwide. World Health Organization, Geneva; 2011. Assess: http://www.who.int/infection-prevention/publications/burden_hcai/en/

2. Allegranzi, B, Bagheri Nejad, S, Combescure, C et al. Burden of endemic health-care-associated infection in developing countries: systematic review and meta-analysis. Lancet. 2011; 377: 228–241.

3. Global infection prevention and control priorities 2018–22: a call for action Allegranzi, Benedetta et al. The Lancet Global Health, Volume 5 , Issue 12 , e1178 - e1180.

4. Чумаченко Т.О. Біобезпека, глобалізація та інфекції, пов'язані з наданням медичної допомоги // Біоетика та біобезпека: мультидисциплінарні аспекти : матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю, присвяченої 105-річчю пам'яті В. К. Високовича, Харків, 23–24 травня 2017 р.. - С. 161–163.

5. Чумаченко Т.О., Семішев В.І. Комлексная профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, как ключевая стратегия сдерживания формирования антибиотикорезистентности возбудителей // Матеріали науково-практичної конференції за участю міжнародних спеціалістів в рамках реалізації глобальної кампанії ВООЗ "Антибіотики: використовуйте обережно!" та Другого Всесвітнього тижня правильного застосування антибіотиків, Харків, 23 листопада 2016 р. – С. 154-156.

6. WHO. Global action plan on antimicrobial resistance. ((accessed Aug 2, 2017).)World Health Organization, Geneva; 2015. Assess: http://www.who.int/antimicrobial-resistance/publications/global-action-plan/en/

ДИНАМІЧНА ОЦІНКА ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ЛЮДИНИ ЯК ПРЕДИКЦІЯ ДЕЯКИХ СОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Чайковський І.А.[1], Талалаєв К.О.[2], Тверезовський М.В.[3], Борейко М.О.[1]

[1]Інститут кібернетики ім. В.М.Глушкова, НАН, Київ, Україна

[2]Одеський національний медичний університет,

[3]Військова академія, м. Одеса, Україна

Актуальність. Поняття "функціональний стан" організму людини в сучасній науковій літературі часто використовується для

характеристики загального стану людини, пов'язаного з виконанням трудової, навчальної діяльності і знаходженням в певному морально-психологічної оточенні, що вкрай актуально під час її зміни, або зміни умов її проведення. На формування функціонального стану людини значно впливає адекватність виконуваної діяльності.

На даний час існує багато прийомів і способів оцінки функціонального стану організму людини, від анкетування до програмно-апаратної діагностики.

Нами для оцінки функціонального стану організму людини використовувався програмно-апаратний комплекс «Кардіоплюс П». В зазначеному програмно-апаратному комплексі реалізований принцип багатостороннього аналізу електрокардіограми, який дозволяє отримати багатосторонню та повну фізіологічно обґрунтовану інформацію, яка складається з 4-х блоків: аналізу варіабельності ритму серця, амплітудно-часових показників ЕКГ, порушень ритму серця та психоемоційного стану.

В останні роки виявлено, що є надійний зв’язок між деякими особливостями варіабельності ритму серця, у першу чергу спектральними характеристиками та психоемоційним статусом, через що розроблена модель так званої нервово-вісцеральної інтеграції (The Model of Neurovisceral Integration). Цей факт дав змогу створити програму кількісної оцінки психоемоційного стану за даними електрокардіограми та включити цей аспект у її багатосторонній аналіз.

Ґрунтовна дослідна експлуатація розробленого програмно-апаратного комплексу у клінічних та позаклінічних умовах, у тому числі серед студентів ВНЗ, військовослужбовців силових структур, безпосередньо у зоні АТО, виявила його мультифункціональність, тобто доцільність його використання для вирішення низки різних завдань, а саме:

а) об’єктивна оцінка тяжкості стану хворих, які потребують невідкладної допомоги, а також аналіз післятравматичного пошкодження серцево-судинної системи у пацієнтів з бойовою травмою;

б) оперативна діагностика існуючих захворювань серця та судин у студентів, визначення ризику їх маніфестації та виникнення ускладнень їх перебігу у майбутньому;

в) забезпечення об’єктивного контролю успішності процесу фізичної та психологічної реабілітації військовослужбовців силових структур.

Матеріали та методи. Дослідження проводилися за допомогою портативного електрокардіографічного програмно-апаратного комплексу «Кардіоплюс П» НВП «Метекол», м. Ніжин створеного в інституті кібернетики ім. В.М.Глушкова у співдружності з лікарями ГВМКЦ «ГВКГ». За допомогою вищеописаного комплексу було обстежено 84 особи, які навчаються на першому курсі вищого навчального закладу. Обстеження зазначеної групи проводилося двічі – під час вступної компанії та через 10 місяців навчання. Тривалість реєстрації ЕКГ становила 3 хв.

Динаміка комплексного показника функціонального стану (КПФС) оцінювалася в порівнянні з попередніми результатами отриманими під час вступу до ВНЗ. Так, збільшення на 7% та більше визнавалося позитивною динамікою, зменшення на 7% та більше визнавалося негативною динамікою, зміни менш ніж на 7% відсотків свідчили про відсутність суттєвої динаміки.

Окрім аналізу результатів ЕКГ, у кожної особи збирався анамнез стосовно звернень до медичних закладів під час навчання з приводу захворювань внутрішніх органів. За даними анамнезу вони поділялися на 3 групи: 1) не зверталися; 2) зверталися, була надана допомога в амбулаторному режимі; 3) зверталися, були госпіталізовані.

Результати та обговорення. Під час обстеження зазначеної групи в період вступної компанії зазначені особи не пред'являли скарг на стан здоров'я і програмно-апаратним комплексом «Кардіоплюс П» не було виявлено патологічних змін морфології електрокардіограм, тому вони були визнані, як «практично здорові».

Під час повторного обстеження через 10 місяців зазначена група осіб знову підпала під комплексну оцінку функціонального стану організму, але за результатами електрокардіографічного дослідження у 3-х осіб виявлені порушення діяльності серцево-судинної системи, у вигляді поодиноких шлуночкових екстрасистол, у тому числі у одного з них – часті (більше 6-ти за хвилину). В той же час жоден з даних осіб, що навчається, скарг на стан здоров'я не пред'являв, відчуває себе задовільно.

За результатами КПФС, у 44 (52,38%) осіб не знайдено суттєвої динаміки, у 17 (20,24%) – позитивна динаміка, тобто організм не реагує на навантаження, у 23 (27,38%) – негативна динаміка, що свідчить про знижені компенсаторні можливості, і дані особи, з нашої точки зору, вимагають поглибленого обстеження та диспансерного нагляду і подальшої оцінки наявних навантажень. В той же час відмічається, що у більшості осіб (82 %) з негативною динамікою КПФС протягом минулих 6-ти місяців була зафіксована госпіталізація з приводу запалення легень.

Висновки.

1. Проведене дослідження довело можливість створення індивідуального профілю (паспорту) функціонального стану організму особи, яка навчається з метою об'єктивного контролю на протязі навчання. Такий профіль в залежності від динаміки наочно демонструє ступінь можливої компенсації на отримання навантаження, як порогову чи надпорогову величину.

2. Напрацювання показників індексів функціонального стану за особливо важкими професіями, які вимагають поєднаного

фізичного та нервово-психічного навантаження (працівники сфери транспорту, диспетчерська служба, військові, працівники АЕС тощо), надасть можливість своєчасно оцінювати стан організму.

3. Застосування показників функціонального стану організму надасть можливість встановлювати об'єм фізичного навантаження для визначення групи занять фізичною підготовкою і спортом школярів, студентів.

4. Диспансерне спостереження за особами з негативною динамікою комплексних показників функціонального стану організму надасть можливість оцінювати якість медичної та психологічної реабілітації.

4. Мобільність портативного електрокардіографічного програмно-апаратного комплексу «Кардіоплюс П» дає можливість використовувати його в медичко-санітарних частинах, закладах первинної медико-санітарної ланки, медичних закладах силових структур.

АНАЛІЗ ДИНАМІКИ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ НА АКТИВНІ ФОРМИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ У ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Шевченко О.С., Погорєлова О.О., Черних М.В.
Харківський національний медичний університет
м. Харків, Україна

Захворюваність на туберкульоз дітей є одним з найважливіших показників епідемічної ситуації в країні.

Саме тому **метою** нашої роботи було оцінити динаміку захворюваності на активні форми туберкульозу серед дітей в Харківській області за 2015-2017 рр.

Матеріали і методи. В ході дослідження були використані дані електронного реєстру з туберкульозу в Україні «E-TB Manager».

Результати і обговорення. Захворюваність дітей активними формами туберкульозу склала: у 2015 р. – 15,0 на 100 тис. нас., 2016 – 6,3 та у 2017 – 10,3. Тобто в період з 2015 по 2016 рік ми бачимо зменшення захворюваності серед дитячого населення у 2,4 рази та збільшення з 2016 по 2017 р. у 1,6 разів.

Таким чином протягом останніх трьох років є тенденція до зниження показника захворюваності на туберкульоз дітей з різким зниженням у 2016 р. Це пов'язано як низьким охопленням профілактичними оглядами, так і з тим, що є такі форми туберкульозу, які виявляються тільки при зверненні до лікаря. Непокоє те, що серед захворівших, росте відсоток дітей раннього віку (біля 28%). Це показник напруженої епідситуації щодо туберкульозу в області. За останні три роки зросла кількість дітей, які отримують лікування з приводу хіміорезистентного туберкульозу (21 %), що також свідчіть про складну епідситуацію по туберкульозу в області.

Висновки. Аналіз захворюваності на активні форми туберкульозу в Харківській області у 2015-2017 рр. показав значне зниження показника більш ніж вдвічі у 2016 році та збільшення в 1,6 разів в 2017 році, що вірогідно може бути пов'язано з недостатнім виявленням захворювання через низький рівень охоплення дитячого населення профілактичними оглядами.

ДИНАМІКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ РІЗНИХ ТИПІВ ВИПАДКІВ ТУБЕРКУЛЬОЗУ У ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ ЗА 2015-2017 РОКИ

Шевченко О.С., Погорєлова О.О., Грома Є.В.
Харківський національний медичний університет
м. Харків, Україна

Відповідно до стратегії ВООЗ “EndTB”, для подолання туберкульозу, до 2025 р. ефективність лікування туберкульозу має становити не менше 90%.

Метою даної роботи було простежити ефективність лікування різних типів випадків туберкульозу в Харківській області.

Матеріали і методи. Нами були вивчені історії хвороби та результати лікування хворих, які проходили стаціонарний етап протитуберкульозної терапії у Харківському обласному протитуберкульозному диспансері № 1 у 2015-2017 рр. Хворі були поділені за типами випадків на: вперше діагностований туберкульоз (ВДТБ), випадки повторного лікування (ПЛ) та мультирезистентний туберкульоз (МРТБ).

Результати та обговорення. Буловстановлено, що ефективність лікування ВДТБ склала: у 2015 р. – 89,7%, 2016 – 84,0%, 2017 – 72,2%. Ефективність протитуберкульозної терапії у випадках ПЛ була дещо нижчою: у 2015 р. – 84,5%, 2016 – 81,7%, 2017 – 74,1%. Найнижчою була ефективність лікування МРТБ: у 2015 р. – 60,5%, 2016 – 65,0%, 2017 – 72,9%. Аналіз причин недостатньої ефективності лікування виявив низький рівень прихильності до лікування, адже 70% хворих відносяться до категорії осіб соціального ризику, серед них 56,4% осіб, які у працездатному віці та не працюють, 7% - не мають постійного місця проживання. Вказаний контингент здебільшого не витримує безперервний процес лікування, який триває від 6 до 20 місяців.

Висновки. Аналіз ефективності лікування різних типів випадків туберкульозу показав зниження рівня цього показника серед вперше діагностованих хворих та випадків повторного лікування та підвищення серед випадків мультирезистентного туберкульозу у період з 2015 по 2017 р. В цілому показник ефективності лікування залишається недостатнім, що значною мірою зумовлено низькою прихильністю хворих до лікування.

РЕЗУЛЬТАТИ МОНІТОРИНГУ ЗА ІНФЕКЦІЯМИ, ПОВ'ЯЗАНИМИ З МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ, НАСЕЛЕННЯ ДОНЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ ЗА 2014-2016 р.р.

Шишова Г. А., Гончаренко В.І., Біломеря Т.А.
ДУ «Донецький обласний лабораторний центр МОЗ України»
м. Краматорськ, Україна

Нозокоміальні інфекції мають важкий клінічний перебіг, обумовлюють ускладнення основного захворювання. Летальність від них коливається від 14% до 58,6%, а іноді до 82,2% [1, 2].

Мета дослідження: Проаналізувати сучасну клініко-епідеміологічну ситуацію щодо захворюваності на ІПМД на території Донецької області.

Матеріали і методи Застосовувалися: ретроспективний епідеміологічний аналіз, описово-оцінювальні методи. Проаналізована форма №2 річна «Звіт про окремі інфекційні та паразитарні захворювання» за період 2014-2016 рр., результати бактеріологічних досліджень біологічного матеріалу хворих ВЛІ та зовнішнього середовища ЛПЗ.

Результати та обговорення.У Донецькій області за період 2014-2016 рр. показник ІПМД складає 0,1 на 1000 госпіталізованих. Серед захворілих на госпітальні інфекції переважають дорослі (81,3%).

Питома вага дітей до 17 років серед захворілих складає 18,7%. У структурі дитячої захворюваності превалює вікова група першого місяця життя (88,8%), питома вага вікових категорій від 1 місяця до 1 року та від 1 року до 17 років становить по 5,6%.

Найбільш поширені серед ІПМД у Донецькій області інфекції, що виникають внаслідок хірургічних та терапевтичних втручань – 53,0%, інфекції вагітності, пологів та післяпологового періоду – 18,0%, шкіри, підшкірної клітковини та органів дихання по 7,0%, органів ока та придаткового апарату - 0,5%, репродуктивних органів - 0,5%, органів травлення - 2,0%, окремих станів, що виникають в перинатальному періоді - 4,0%, кістково- м'язової системи та сполучної тканини - 6,0%.

При бактеріологічному дослідженні біологічного матеріалу від хворих з ВЛІ позитивний результат отримано у 29,8% випадків. Серед хворих з лабораторно підтвердженим діагнозом переважно пацієнти пологових відділень (50%), хірургічних відділень - 45,1%. Серед збудників ВЛІ провідна роль належить st. aureus (51%).

Відмічається різна частота виявлення випадків ВЛІ по відділенням ЛПЗ: хірургічні стаціонари – 44,0%, пологові будинки – 29,0%, амбулаторно-поліклінічні установи – 19,0%, інші відділення - 5,0%, дитячі відділення – 1,0%, терапевтичні відділення – 2,0%.

Фахівцями філій ДУ «ДОЛЦ МОЗ У» проводяться дослідження зовнішнього середовища лікувальних закладів. Відхилення у змивах на УПМФ та ПФ складає 1,6%, в змивах на якість поточної дезінфекції - 1,2%, у пробах повітря - 0,3%, нестерильні вироби медичного призначення - 0,3%. Найбільша кількість відхилень у лабораторних дослідженнях у хірургічних відділеннях та родопомічних закладах. Відхилення у змивах на УПМФ та ПФ складає 2,3% та 1,9% відповідно; в змивах на якість поточної дезінфекції - 2,2% та 1,7%. В пейзажі мікрофлори превалює St.aureus – 31,7%.

Висновок. Рівень захворюваності ВЛІ залежить від якості інфекційного контролю в лікувально-профілактичних закладах. У ЛПЗ Донецької області потрібні подальші дослідження для вивчення фактичного розповсюдження та властивостей збудників нозокоміальних інфекцій.

Література:

1. Салманов А.Г., Салманов Э.А. Основы инфекционного контроля / А.Г. Салманов, Э.А. Салманов.– К.: Аграр Медіа Груп – 2015. – 658 с.ISBN 978-617-646-288-0.
2. Салманов А.Г., Салманов Є.А. Инфекционный контроль и антимикробная резистентность. Учебное пособие / А.Г. Салманов, Э.А. Салманов. .– К.: Аграр Медіа Груп – 2016. – 640 с. ISBN 978-617-646-349-8

ЩОДО МОНІТОРИНГУ ЗА ІНФЕКЦІЙНОЮ ЗАХВОРЮВАНІСТЮ НАСЕЛЕННЯ СЛОВ'ЯНСЬКОГО РАЙОНУ У 2017р.

Г.А. Шишова, С.В. Моховик, С.Л. Скрипнік, Л.Г. Мазанкова, Л.О. Василенко
Слов'янська районна філія
ДУ «Донецький обласний лабораторний центр МОЗ України»,
м. Слов'янськ, Україна

Інфекційні хвороби по розповсюдженості у світі займають третє місце після хвороб серцево – судинної системи та онкоутворювань. За даними ВООЗ смертність внаслідок цих хвороб складає друге місце у світі. В Україні офіційно реєструються 52 нозологічні форми інфекційних хвороб, щорічно хворіє від 8 до 10 млн. осіб. У 2017 р. в порівнянні з 2016р. інфекційна захворюваність населення України збільшилася по 23 нозологічним формам.

Мета дослідження. Проаналізувати епідеміологічну ситуацію щодо інфекційної захворюваності населення Слов'янського району у 2017 р.

Матеріали і методи. Застосовувалися методи епідеміологічної діагностики: ретроспективний епідеміологічний аналіз, описово-оцінювальні методи. Проаналізовані форма №1,2 річна «Звіт про окремі інфекційні та паразитарні захворювання» за період 2016 – 2017 рр.

Результати та обговорення. У Слов'янському районі у 2017 р. епідемічна ситуація з інфекційної захворюваності була не стабільною, показник склав 12002,07 на 100 тис. населення, що нижче середньообласного рівня на 25,91%, минулого року на 33,57%. Знизилася захворюваність у порівнянні з минулим роком ГРВІ на 34,53%, питома вага ГРВІ становить 96,5%. Разом з тим, викликає занепокоєння захворюваність дитячого населення. У 2017 р. серед дітей спостерігався ріст захворюваності сальмонельозом на 118%, гастроентероколітами невстановленої етіології на 118,5%, лямбліозом у 2,2 рази, іксодовим кліщовим бореліозом у 2,7 разів, кором на 100%, педікульозом на 74,5%.

Сумарна захворюваність ГКІ населення вище попереднього року на 12,4%. Збільшилася захворюваність гастроентероколітами невстановленої етіології на 32,3%, що свідчить про недостатню лабораторну діагностику. Захворюваність сальмонельозом складає 33,1 на 100 тис. нас., що вище середньообласного показника на 109,0%, минулого року в 4,5 рази. Істотний вплив на захворюваність ГКІ має водопостачання. Відмічається погіршення якості питної води. При дослідженнях централізованого 7,6% проб та 45,3% проб децентралізованого водопостачання не відповідали санітарно – хімічним показникам. На бактеріологічні показники не відповідали 13,6% проб централізованого та 40,6% проб децентралізованого водопостачання.

В 2017 році в районі зареєстровані випадки кору, показник на 100 тис. населення 8,29, що на 5,0% вище середньообласного показника.

Рівень захворюваності туберкульозом органів дихання населення становить 80,79 на 100 тис. населення, що вище середньообласного на 49,66%. Питома вага не вчасно виявленого туберкульозу - 8,1%. Лабораторно підтверджений туберкульоз - 53,8%.

Захворюваність менінгококовою інфекцією склала 6,3 на 100 тис. насел., що вище обласного показника у 6 разів, показника минулого року на 100%.

Суттєво збільшилася захворюваність Лайм-Бореліозом: вище в 3,1 рази в порівнянні з минулим роком, в 3,6 рази з середньообласним показником.

Ураженість педикульозом збільшилася на 72,58%, склала 31,07 на 100 тис. населення, але нижче обласного показника на 42,82%.

У 2017 р. лабораторно підтверджено 3 випадки сказу у тварин.

Висновок: Епідемічна ситуація у Слов'янському районі не стабільна. Рівень інфекційної захворюваності знизився внаслідок зниження захворюваності ГРВІ. Зростає захворюваність інфекційними хворобами дитячого населення. Погіршилася якість питної води централізованого та децентралізованого водопостачання.

Література:

1. Форма №1 «Звіт про окремі інфекційні та паразитарні захворювання» населення України за 2016, 2017рр.

2. Инфекционные заболевания как медико-социальная проблема Пономарев С.И., Яковлев С.А. Синергия. 2017г.

ОСНОВНІ ФАКТОРИ ПЕРЕДАЧІ ВІРУСУ ГЕПАТИТУ С У ДНІПРОПЕТРОВСЬКОМУ РЕГІОНІ

Шостакович-Корецька Л.Р.[1], Шевченко-Макаренко О.П.[1], Галущенко С.А.[1], Резвих В.Г.[2], Кисельов Д.А.[2], Гавриленко Л.О.[3], Ахундова Ю.К.[3]

[1]ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»,

[2]ДУ "Дніпропетровський обласний лабораторний центр МОЗ України",

[3]КЗ „Дніпропетровська міська клінічна лікарня № 21 ім. проф. Є.Г.Попкової" ДОР", м. Дніпро, Україна

Мета і завдання: вивчити основні фактори передачі вірусу гепатиту С у Дніпропетровському регіоні серед вперше встановлених випадків гострого та хронічного вірусного гепатиту С (ВГС та ХВГС).

Матеріали і методи. Було вивчено основні фактори передачі вірусу гепатиту С у Дніпропетровському регіоні серед вперше встановлених випадків ВГС та ХВГС за даними епідеміологічних досліджень з використанням історій хвороб госпіталізованих хворих та карт епідеміологічних розслідувань. Враховуючи парентеральний механізм передачі, у хворих обов'язково з'ясовувались імовірні фактори трансмісії гепатиту С, такі як, парентеральні втручання в медичних закладах (переливання крові та її препаратів; оперативні втручання; стоматологічні обстеження та санація ротової порожнини; ендоскопічні та інші парентеральні обстеження; контакт з біоматеріалом, як що це медпрацівник та інші), не пов'язані з діяльністю медичних закладів (послуги в перукарнях, косметологічних салонах, татуювання; введення наркотичних засобів; отримання медичних маніпуляцій поза межами медичних установ) та інші обставини (спілкування з хворими, носіями маркерів ВГ, статевий шлях; вертикальний шлях від матері до дитини, тощо). Для

порівняння було обрано випадки за 2015 та 2017 роки. Статистичний аналіз отриманих результатів проводився за допомогою програмних продуктів Exceli Statistica v.6.1.

Результати та їх обговорення. У 2015 році всього зареєстровано 67 хворих на ВГС та 421 хворий на ХВГС, відповідно, у 2017 році – 54 та 570 хворих. Картина факторів трансмісії гепатиту відрізнялась при гострих та хронічних випадках. Так, у¾ хворих обставини не були встановлені. При детальному розгляді - у 2015 році це спостерігалось у більшості випадків ХВГС (96,20%), у 2015 р. – у 427 хворих (74,91%), а при ВГС – від 70,15% до 74,07%. Серед усіх з'ясованих причин було встановлено, що основними шляхами передачі виявились: вживання ін'єкційних наркотиків та незахищений секс. Причому, питома вага статевого шляху передачі як фактору трансмісії ХВГС зростає з 4 випадків (0,95%) у 2015 році до 81 випадку (14,21%) у 2017 році, а при ВГС остається на тому ж рівні 14,9%.

Висновки. Основними шляхами трансмісії ВГС та ХВГС виявились: вживання ін'єкційних наркотиків та незахищений секс, причому роль статевого шляху передачі ХВГС значно зростає з 4 випадків (0,95%) до 81 випадку (14,21%), що потребує зміни вектору профілактичних заходів на інші ключові групи та групи ризику порівняно з попередніми роками, таким чином змінюється обличчя пересічного хворого на гепатит С.

Література.

1. Динник Н.В. Актуальні питання етіології, патогенезу та клініки хроніного вірусного гепатиту С / Н.В. Динник // Український науково-медичний молодіжний журнал. – 2012. - №2. – С.73-78.
2. Захворюваність на хронічний гепатит С у структурі інших хронічних вірусних гепатитів у Дніпропетровському регіоні та Україні / [О.П. Шевченко-Макаренко, Л.Р. Шостакович-Корецька,

С.О. Величко та ін.] // Вісник наукових досліджень. – 2018. - №1. – С.156-160. DOI 10.11603/2415-8798.2018.1.8791
3. Характеристика и тенденции развития эпидемического процесса гепатита С в Украине / [А.Л. Гураль, В.Ф. Мариевский, Т.А. Сергеева и др.] // Профілактична медицина. – 2011. – №1(13). – С. 9-18.

ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МЕДИЧНОЇ БЕЗПЕКИ ПАЦІЄНТІВ ПРИ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ

Чумаченко Т.О.
Харківський національний медичний університет,
м. Харків, Україна

Створення безпечного середовища перебування пацієнтів і персоналу в установах, які надають медичну допомогу, є однією з важливих задач охорони здоров'я будь-якої держави. Широке розповсюдження інфекцій, пов'язаних з наданням медичної допомоги (ІПМД), обумовлює виникнення негативних медичних, соціальних та економічних наслідків для пацієнтів, медичного персоналу та охорони здоров'я.

В економічно розвинених країнах за даними Всесвітньої організації охорони здоров‘я (ВООЗ, 2011 р.)частота випадків ІПМД в середньому склала 7,6%. В Європі ІПМД щорічно вражають 4,13 - 4,54 млн пацієнтів, а смертність від внутрішньолікарняних інфекцій становить 25 000 випадків на рік. У США, за оцінками Центрів контролю та профілактики захворювань (2012 р.), щорічно реєструють близько 1,7 мільйона випадків ІПМД, викликаних всіма типами мікроорганізмів; з них щорічно призводять або супроводжують смертельні наслідки 99 000, тобто 5,82 % від загальної кількості випадків внутрішньолікарняних інфекцій [1,

2]. У той час як інфекції сечовивідних шляхів є найбільш поширеною формою ІПМД в країнах з високим рівнем доходу, інфекції області хірургічного втручання - найбільш часта патологія в країнах з низьким і середнім рівнем доходу. В установах з обмеженими ресурсами страждає до третини прооперованих хворих; це в дев'ять разів вище, ніж в розвинених країнах [2].

Як відомо, глобальною всесвітньою проблемою є інфекції, що викликані резистентними до антибіотиків штамами мікроорганізмів [3, 4, 5].

В Україні не налагоджена належним чином реєстрація ІПМД, що створює додаткові умови для поширення внутрішньолікарняних інфекцій. Недостатнє фінансування лікарень призводить до браку забезпеченості лікувально-профілактичних установ дезінфектантами, антисептиками, миючими засобами, медичними рукавичками та інструментарієм, іншими засобами, що забезпечують профілактику ІПМД. У багатьох клініках обладнання для стерилізації інструментарію та матеріалів застаріле та зношене, є порушення в роботі вентиляційних, водопровідних і каналізаційних систем, перебої в тепло - та енергопостачанні.

Серед передумов епідемічного неблагополуччя також можна виділити дефіцит медичного персоналу, недостатню кваліфікацію фахівців в області інфекційного контролю, нераціональне застосування антибіотиків, антисептиків і дезінфектантів. У разі занесення в лікувально-профілактичний заклад госпітальних штамів мікроорганізмів, що не циркулювали раніше на даній території, можна прогнозувати ускладнення епідемічної ситуації та виникнення спалахів ІПМД.

Раціональна організація дієвого епідеміологічного нагляду в стаціонарах та суворе дотримання правил інфекційного контролю дозволить не допустити поширення і вкорінення госпітальних штамів мікроорганізмів, в тому числі полірезистентних, в стаціонарах

України. Розробка і впровадження заходів біобезпекиразом із суворим дотриманням правил інфекційного контролю стануть запорукою епідемічного благополуччя лікувально-профілактичних закладів та надання якісної медичної допомоги в безпечних для пацієнтів і персоналу умовах.

Список використаної літератури

1. A CDC Framework for preventing infectious diseases. Sustaining the Essentials and Innovating for the Future OCTOBER 2011 Atlanta, Georgia 33 p. http://www.cdc.gov/oid/docs/ID-Framework.pdf
2. Lunt, Neil, Daniel Horsfall, and Johanna Hanefeld, eds. Hand book on Medical Tourism and Patient Mobility. (Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing, 2015), accessed Sep 20, 2015, <http://www.elgaronline.com/view/9781783471188.xml>.
3. Carlet JI, Pulcini C, Piddock LJ. Antibiotic resistance: a geopolitical issue // ClinMicrobiolInfect. 2014 Oct;20(10):949-53. doi: 10.1111/1469-0691.12767.
4. Gunnar S. Simonsen, John W. Tapsall, BenedettaAllegranzi, Elizabeth A. Talbot, and Stefano Lazzari The antimicrobialresistance containmentand surveillance approach--a public health tool // Bull World Health Organ. 2004 Dec; 82(12): 928–934. Published online 2005 Jan 5.
5. European Centre for Disease Prevention and Control. Systematic review of the effectiveness of infection control measures to prevent the transmission of carbapenemase-producing Enterobacteria ceaethrough cross-bordertransfer of patients. Stockholm: ECDC; 2014.

ХАРЧУВАННЯ ТА ОСНОВНІ ПРОБЛЕМИ СТАНУ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ В УКРАЇНІ

Чумаченко Т.О., Райлян М.В., Поливянна Ю.І.
Харківський національний медичний університет,
м. Харків, Україна

Здоров'я та благополуччя населення є головною складовою економічного та соціального розвитку держави. Збереження здоров'я дітей – це суттєвий вклад в майбутнє благополуччя населення країни. Тривале реформування систем освіти та охорони здоров'я, яке відбувається в Україні в теперішній час, змінює умови навчання дітей шкільного віку, режими їх праці, відпочинку, що в свою чергу впливає на функціональний стан дитини, соматичне та психічне здоров'я, його майбутнє життя. Серед складових, які істотно позначаються на стані здоров'я школярів, слід виділити фактичне харчування дітей.

Мета дослідження: оцінка стану здоров'я та харчування дітей в Україні за період 2012 – 2016 рр.

Матеріали та методи: згідно з офіційними статистичними даними ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» проведено вивчення і аналіз стану здоров'я дітей в Україні за 2012 – 2016 рр. Додатково для оцінки якості харчування дітей та підлітків використані дані Продовольчої та сільськогосподарської Організації Об'єднаних Націй з питань продовольчої безпеки (ФАО) в Європі за 2014-2017 рр.

Результати: За результатами дослідження встановлено високий рівень поширеності неінфекційних хвороб серед дітей до 17 років в Україні. Показники коливались в межах 1922,8 – 1777,16 на 1000 дитячого населення, захворюваність склала 1385,0 – 1316,07 на 1000 дитячого населення. Захворюваність дітей 0-17 років на ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин (ЕХ, РХ,

ПОР) за період спостереження коливалась від 19,45 до 15,11 на 1000 дитячого населення. Також спостерігався високий рівень захворюваності дітей на хвороби органів травлення (ХОТ), який дорівнював 50,22 на 1000 дітей в 2012 р. та 45,46 на 1000 дітей в 2016 р. Звертає увагу зростання рівня поширеності хвороб з віком. Так, у 2016 р. поширеність ЕХ, РХ, ПОР на 1000 дітей відповідного віку складала 22,86 серед дітей 0-6 років, 90,21 серед дітей 7-14 років та 150,34 серед підлітків 15-17 років. Поширеність ХОТ на 1000 дітей відповідного віку в 2016 р. склала 60,82 серед дітей 0-6 років, 140,82 серед дітей 7-14 років, 191,93 серед підлітків 15-17 років.

Така негативна динаміка, на наш погляд, пов'язана з тим, що діти віком від 6 до 17 років основний час знаходяться у школі, тому навчальні заклади відіграють головну роль у формуванні здоров'я дітей. Високий темп життя, реформування навчального процесу, інформаційні перенавантаження, недотримання режиму харчування у дітей сприяють виникненню функціональних розладів, які з часом призводять до формування стійкої патології. За даними Державної медичної статистики, протягом останніх 5 років навчання у школі в 1,5 рази зростає частота порушень зору, у 3–4 рази – патологія органів травлення, у 2–3 рази – порушення опорно-рухового апарату, в 1,5 рази частіше розвиваються нервово-психічні розлади. Порушення з боку органів травлення призводять до порушень інших органів та систем школярів.

Недотримання раціонального режиму харчування призводить до розладів метаболічних процесів, тому все частіше виявляються діти з надлишковою масою тіла. Ожиріння та надлишкова маса тіла призводять до розвитку серцево-судинної патології, цукрового діабету 2 типу, захворювань суглобів, безпліддя, жирового гепатозу, гіперурикемії, злоякісних новоутворень та інших захворювань. Ожиріння у дорослих у більшості випадків формується ще у дитинстві.

ФАО провела аналіз продовольчої безпеки та стану харчування в регіонах Європи та Центральної Азії. За результатами аналізу Україна була віднесена до країн з потрійним тягарем неповноцінного харчування, де одночасно спостерігаються проявлення недоїдання при стійкому дефіциті мікронутрієнтів та збільшенням поширеності ожиріння та надлишкової маси тіла.

Встановлено недостатнє споживання вітаміну А, дефіцит якого відмічається у 23,8 % дітей (ФАО, 2015). За даними 2014 р. тільки 47,3 % дітей щоденно споживають фрукти і 53,3 % дітей - овочі, серед дівчаток цей показник був вищим: щоденно споживали фрукти 52,9 % дівчаток проти 41,8 % хлопчиків, щоденно споживали овочі 58,3 % дівчаток проти 48,3 % хлопчиків. Така структура харчування впливає на формування переїдання, розвиток ожиріння та ендокринних порушень.

В Україні у віковій структурі хворих на ожиріння частка дітей становить близько 20 %. У структурі хвороб ендокринної системи та розладів харчування дитячого населення України, поширеність яких у 2016 р. становила 70,34 на 1000 дитячого населення віком 0–17 років, ожиріння посідає друге рангове місце (13,44 на 1000 дитячого населення віком 0–17 років). Причинами значної поширеності є нездорові харчові звички з переважанням вуглеводів у щоденному раціоні та низька фізична активність.

Протягом 2001 – 2014 рр. в Україні відмічаються характерні тенденції соціальної нерівності. При цьому серед хлопчиків з сімей з високим достатком спостерігається збільшення поширеності ожиріння. Підлітки з більш забезпечених сімей частіше споживають солодощі та газовані напої, що також збільшує ризики виникнення ендокринних розладів.

Найвищий показник поширеності ожиріння серед дітей у 2016 р. спостерігався у Вінницькій області (27,39 на 1000 дітей віком 0 – 17

років), найнижчий – у Луганській області (6,47 на 1000 дітей віком 0 – 17 років).

За період 2012 – 2016 рр. спостерігається значне збільшення поширеності ожиріння серед дитячого населення у Житомирській, Закарпатській, Івано-Франківській, Львівській, Рівненській, Тернопільській та Чернівецькій областях. Це може бути пов'язано з традиціями в сім'ях та особливостями харчування на цих територіях.

Висновки. Таким чином, в Україні спостерігається високий рівень поширеності неінфекційних хвороб та захворюваності на ці недуги серед дитячого населення до 17 років. Ці показники зростають з віком дитини, що слід ураховувати при формуванні політики держави щодо збереження здоров'я дітей. Виявлені недоліки в харчуванні дітей в Україні, що потребує проведення санітарно-освітньої роботи серед дітей та батьків щодо правильного, раціонального, здорового харчування.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПЕРВИЧНОГО ТУБЕРКУЛЕЗНОГО КОМПЛЕКСА У РЕБЕНКА ГРУДНОГО ВОЗРАСТА С БРОНХООБСТРУКТИВНЫМ СИНДРОМОМ

Яновская Е.А., Клименко В.А, Дундич Ю.Ю.
Харьковский национальный медицинский университет
КУОЗ «Областная детская клиническая больница №1»
г.Харьков, Украина

Цель публикации - повышение уровня знаний врачей про клинические особенности туберкулёза у детей раннего возраста. Также целью настоящей публикации является улучшение верификации этиологии обструкции у детей раннего возраста путем

информирования врачей про редкие, сложно диагностируемые, причины обструктивного синдрома, в частности, - туберкулёз.

Результаты исследования и их обсуждения: Девочка Ш. 6 месяцев, госпитализирована в пульмонологическое отделение КУОЗ «ОДКБ №1» г. Харькова 18.05.2015 г. с жалобами на одышку, кашель, шумное дыхание, которое появилось с месяца жизни ребенка и нарастало в утреннее время, слабость, снижение аппетита.

Из анамнеза известно, что ребенок переведен из Артемовской ЦРБ, куда поступил 05.05.2015. На момент поступления в ЦРБ состояние ребенка расценивалось как среднетяжелое за счет обструктивного синдрома. Рентгенограмма ОГК (05.05.15) - инфильтративных изменений в легких не выявлено, данные в пользу острого бронхита. Получал лечение: амоксициллин с клавулановой кислотой, дексаметазон, ингаляции с сальбутамолом, флютиказономпропионатом. Состояние ребенка в динамике ухудшилось, ребенок переведен в ОДКБ №1 г. Харькова.

При поступлении в ОДКБ №1 состояние ребенка средней степени тяжести за счет респираторных нарушений. Ребенку проведена рентгенограмма органов грудной клетки №1(18.05.15). Заключение – левосторонняя полисегментарная (S2-S3) пневмония. Предварительный диагноз при госпитализации: госпитальная левосторонняя полисегментарная (S2-S3) пневмония, осложнённая бронхообструктивным синдромом, острое течение. Врожденный стридор.

Из обследования в ОДКБ №1: клинические анализы крови – гипохромная анемия (Hb – 86 г/л). Клинический анализ мокроты: лейкоциты – до ¼ поля зрения, микобактерии туберкулеза - не обнаружено. Бактериологический посев слизи из зева и носа: S.epidermidis 10*3, P.alcaligenes 10*3, E.cloacae 10*3, Str.pneumoniae 10*6, Str.spp 10*5. Бактериологический посев мокроты: Klebsiella pneumoniae 10*3, Acinetobactor Levoffii 10*3 Str.spp 10*3. КТ ОГК

(28.05.15). Заключение: Левостороння яполисегментарная пневмония (проекция 1-3-го сегментов). Рентгенограмма №2 (02.06.15). Заключение: положительная динамика в виде частичного рассасывания пневмонической инфильтрации в левом легком.

Проведена консультация фтизиатра (2.06.15). Заключение: реакция на пробу Манту с 2 ТЕ от 26.05.15 - 6 мм, что говорит в пользу инфицирования микобактериями туберкулеза у ребенка раннего возраста, не привитого вакциной БЦЖ. По сравнению с исследованием от 28.05.15 – без значительной динамики. КТ-картина более характерна для специфического процесса.

В туберкулезном отделении выставлен диагноз: МРТБ (мультирезистентный туберкулез – 11.08.2015 г.) левого легкого (первичный туберкулезный комплекс (ПТК)) Дестр – (фаза инфильтрации) МБТ +, М +, МГ + (R+) К + Резист.1+(HRZES) Резист.20 Гист.0 Кат.4 Ког.3 (2015).

В настоящее время ребенок продолжает лечение в туберкулезном отделении. Проявления обструктивного синдрома ликвидированы.

Выводы. С учетом эпидемиологической ситуации в Украине, при наблюдении ребенка с затяжным течением бронхообструктивного синдрома дифференциальный диагноз следует проводить, в том числе со специфическим бронхоаденитом и поражением легких. Основными патогенетическими механизмами развития бронхообструктивного синдрома на фоне специфического туберкулёзного процесса являются: сдавление воздухоносных путей увеличенными бронхопульмональными лимфоузлами.

Литература

1. Мордык А.В. Современныемеждународные и национальныеконцепцииборьбы с туберкулезом / А.В. Мордык, Л.В. Пузырева, Л.П. Аксютина // Дальневосточный журнал инфекционной патологии. — 2013. — № 22(22). — С.92—97.

2. Соловьева Н. А. Бронхообструктивный синдром у детей грудного возраста / Н. А. Соловьева, Н. А. Ильенкова, С. В. Смирнова / Российский педиатрический журнал. - 2014. - №4 (17). - С. 32-38.
3. Білогорцева О. І. Особливості стану імунітету у дітей хворих на вперше діагностований туберкульоз / О.І. Білогорцева, Г.П. Победьонна, О.М. Рекалова, Я.І. Доценко // Український пульмонологічний журнал. – 2015. - №3. – С. 6-9.
4. Been J. V., Lugtenberg M. J., Smets E., van Schayck C. P., Kramer B. W., Mommers M. et al. Preterm birth and childhood wheezing disorders: a systematic review and meta-analysis. PLoS Med. – 2014. - №11(1)
5. Dosanjh D., Hinks T., Innes J. et al. Improved diagnostic evaluation of suspected tuberculosis. Ann Intern Med. – 2008. - №148. – P. 325-336.

INTELLIGENT AGENT-BASED TECHNOLOGIES IN PREDICTING THE EPIDEMIC PROCESS

Chumachenko D.
National Aerospace University “Kharkiv Aviation Institute”,
Kharkiv, Ukraine

The urgency of developing problem-oriented control systems for the epidemic process of population dynamics systems is beyond question. The most important tool for studying these systems are adequate mathematical models for predicting the dynamics of the spread of the epidemic process. To date, a significant number of such theoretically valid models have been created, based on a complex mathematical apparatus. A common shortcoming of existing models is the low accuracy of forecasting, as well as its short-term.Thus, today the scientific task of developing new models and methods for constructing intelligent agent-based systems is urgent, which will allow to take into

account the knowledge bases of agents, their communication, and also to avoid complicating the analysis with respect to population dynamics related to the behavior of agents similar to real systems and their decision-making.

The aim of the research is to develop a complex of intelligent systems for agent-based modeling of the dynamics of the epidemic process of infectious diseases.

The agent-based model of the epidemic process is based on the concept of the epidemic process of L.V. Gromashevsky, according to which the epidemic process exists with the continuous interaction of the three main components – the source of infection, the mechanism of transmission and the susceptible organism. When constructing the models, the duration of the incubation period, the period of the height of clinical manifestations and convalescence, duration of carriage, and also the characteristics of infection were taken into account.The main ways of transmission of the virus were taken into account. The official statistics on Kharkiv (Ukraine) were used.The model is represented as a system with a set of agent objects interacting with each other and with the environment. Agents have properties (age, sex, the probability of transitions between areas of the system and between states). Objects of the system can be in a variety of states, which differ depending on the type of disease. So, for example, the next states are defined for the HIV infection: S – susceptible, I – infected, C – carrier, R – recovered; for hepatitis B – S – susceptible, E – exposed, I – infected, C – carrier, R – recovered; for Ebola fever – S – susceptible, E – exposed, I – infected, R – recovered, D – dead, F – funeral, etc. Also, two types of agents are identified: prudent and risky, depending on the type, the probabilities of transitions between states are determined (probability of getting sick, recovering, getting immunity, etc.).

The environment is a set of cells and is divided into three zones: "Risk zone", "Hospital" and "Safe environment". Depending on the location

of the agent in one of the zones, the probabilities of transitions between states are changing. Thus, in the risk zone, the probability of disease increases, in the area of the hospital, the recovery time decreases and the probability of detecting an infection increases.

The main feature of the proposed approach is the availability of knowledge base of agents, which allows simulating the epidemic process in the most similar way with the real world. Based on the knowledge base and analysis of the environment and the conditions of other agents in the same area, the agent decides on further behavior (reducing the likelihood of transition to the risk zone, increasing the likelihood of visiting the hospital, etc.). Since the environment surrounding the agent is partially observable, the agent develops a policy of his behavior based on Bayes games and searching for Pareto's optimal Nash equilibrium.

The software package includes modules for modeling the dynamics of spreading and forecasting the incidence of influenza and acute respiratory viral infections, hepatitis B, skin and venereal diseases (for example, syphilis), HIV infection, diphtheria. All models were tested on real statistical data on morbidity in the Kharkiv region of Ukraine. It is planned to develop and configure modules for other relevant diseases not only in Ukraine, but all over the world.

This study is promising and allows us to take timely preventive measures to reduce morbidity. This will reduce the incidence of disease in a given area, which has not only a high social, but also economic significance, since will save money for health protection systems.

EPIDEMIOLOGICAL ASPECT OF GLOBAL DRACUNCULIASIS ERADICATION

Kalyan V.V., Myronova I.I., Ahmed Younus, Aishath Hana
Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

The Guinea worm (*Dracunculus medinensis*), known as “fiery serpent”, affected millions of people in Africa and Asia in the past. Due to high morbidity it became not just a medical problem for endemic countries but it had devastating social and economic consequences for society as well. However, the understanding of the Guinea worm life cycle gave the chance to fight with this disease even though there is no drug against dracunculiasis or a vaccine to prevent it and humans do not develop immunity to the disease. In 1986, the Carter Center joined the battle against the disease and, in partnership with WHO and UNICEF, has since been in the forefront of eradication activities. Since 1986, situation was incredibly changed. Previously endemic countries become certified free of dracunculiasis by WHO. That is why university's textbooks in Medical Parasitology very often do not contain the up-to-date information about current Guinea worm geographical distribution.

The purpose of our work was to represent the up-to-date outlook on Guinea worm disease (GWD) epidemiology.

Since 1986, combined efforts have decreased the number of GWD cases 99.99%. In 1986, total number of GWD cases estimated to be 3.5 million cases annually [1]. In 2015 GWD was registered in 4 countries: in Chad were described 9 human cases, in South Sudan – 5 human cases, in Mali – 5 human cases and in Ethiopia – 3 human cases. Totally, 22 human cases were reported in 2015 year [2]. In 2016, 3 countries were affected by GWD. This year Mali has shown zero cases of GWD. The other countries have registered totally 25 human cases: Chad (16); Ethiopia (3) and South Sudan (6) each respectively [3]. In 2017, only two countries in the World remained affected by GWD. Chad has reported 15

human cases in 16 villages and Ethiopia 15 human cases in 6 villages. South Sudan has joined other counties which show zero reported cases [3]. Unfortunately, Guinea worm is able to reside the dog's and baboon's body as well. The global incidence of dog's invasion is rather high and is estimated to be 517 dogs, 1036 dogs and 837 dogs in 2015, 2016, 2017 years respectively [4]. In 1986, since start of Guinea worm disease eradication programme, 21 countries were endemic for dracunculiasis [1]. In 1995, The International Commission for the Certification of Dracunculiasis Eradication (ICCDE) was established by WHO. Since its creation, it has certified 187 countries as free of Guinea worm. In February 2018, during its 12th meeting, the ICCDE recommended that WHO certify Kenya as free of dracunculiasis transmission [4]. Still Sudan is only one country at precertification stage. A few countries do not have any GWD cases but yet to be certified, such as, Angola and Democratic Republic of the Congo [1]. According to The Carter Center and WHO dates, an estimated $ 214 million is needed between 2015 and 2020 to fully eradicate Guinea worm disease and to certify that the disease has been eradicated [1].

To sum up, dracunculiasis is expected to become the second disease after smallpox to be eradicated and the first disease that have been eradicated without any drugs or vaccines.

References

1. The Carter Center, Eradication of Guinea worm disease. Case statement. 2016. Available on: https://www.cartercenter.org/resources/pdfs/health/guinea_worm/2016-gw-case-statement. pdf

2. The Carter Center, Distribution of 22 indigenous cases of dracunculiasis reported during 2015. 2015. Available on: https://www.cartercenter.org/resources/pdfs/news/health_publications/guinea_worm/distr-indigenous-cases-dracunculiasis-2015.pdf

3. The Carter Center, Reported cases of dracunculiasis by country during January –December 2016 and 2017. 2017. Available on: https://www.cartercenter.org/
resources/pdfs/news/health_publications/guinea_worm/guinea-worm-cases-by-country-comparison-by-year.pdf
4. WHO, Dracunculiasis eradication. Epidemiology. 2018. Available on: http://origin. who.int/dracunculiasis/epidemiology/en

KNOWLEDGE AND ATTITUDES REGARDING ZIKA VIRUS AMONG RESIDENTS OF AN URBAN COMMUNITY IN MALAYSIA

Lugova H.
Faculty of Medicine and Defence Health,
University of National Defence University of Malaysia
Kuala Lumpur, Malaysia

Introduction: Zika virus (ZIKV)is an emerging global pathogen, and the number of people tested positive for ZIKV is growing in South-East Asia. Survey of awareness about ZIKV among populations at risk of its transmission helps to rapidly obtain insightful information in order to better address people's needs at community level. The objective of this study is to assess the community knowledge and attitudestowards ZIKVin order to inform public health authorities in context of public health response to ZIKV in Malaysia.

Methods: A cross-sectional study was conducted in Kuala Lumpur, Malaysia. A total of 327residents of an urban low-cost housingarea were selected based on systematic sampling method. Data were collected via self-administered pre-tested structured questionnaires. Data were analysed descriptively. A univariate general linear regression model was generated to assess the effects of socio-demographic factors on the total knowledge and attitude scores. When appropriate, group differences were examined.

Results: The overall response rate was 80.5%. Majority of the respondentswere females (66.7%), mean age was43.3±15.6 years. Most of the respondents showed a low knowledge (223; 75.6%) and a negative attitude (189; 62.4%) towards ZIKV and its prevention. Only a small proportion of participants considered that ZIKV can be transmitted sexually (59, 18.4%), and can cause severe problems with health (80; 25.5%). On average, half of respondents replied correctly to questions related to the risk of ZIKV for pregnant women. A large proportion of respondents (129; 41.0%) considered they had no personal responsibilities in ZIKV prevention.

Effect of age [F (4) = 3.66, p = 0.006] and ethnicity [F (2) = 4.18, p = 0.016] were found for total knowledge score about ZIKV. Respondents aged 50-59 (12.9±5.5) and 30-39 (12.2±5.5) reported significantly higher knowledge than did the respondents aged 60 years and older (9.0±6.5). Malay (12.2±0.5) reported significantly higher knowledge than Indian (10.2±0.6).

Conclusion: There is a need to increase knowledge about ZIKV. This would help to nurture positive attitudes and maintain good preventive practices among the public as it is critical for adequate public health response to potential ZIKV spread in Malaysia.

TEACHING EPIDEMIOLOGY AND RESEARCH METHODOLOGY TO UNDERGRADUATE MEDICAL STUDENTS – THE EXPERIENCE OF A PUBLIC UNIVERSITY IN MALAYSIA

Lugova H.
Faculty of Medicine and Defence Health,
University of National Defence University of Malaysia
Kuala Lumpur, Malaysia

Introduction: Increasing number of undergraduate health programs and post-graduate qualifications, such as medicine, public health and

nursing, recognize epidemiological concepts as essential components of their curriculum. Research methodology and critical appraisal skills play an important role in health care practice. There are various factors associated with the effective teaching of basic concepts of health-related research to undergraduate medical students. The aim of this study is to identify and address particular challenges in the teaching of epidemiology and research methodology to undergraduate medical students.

Methods: Medical education literature related to public health teaching was reviewed. The authors' six years' experience in curriculum design and teaching of epidemiology and research methodology to pre-clinical medical students was analyzed. We used the example from the Medical Doctor (MD) program offered at the National Defence University of Malaysia, Faculty of Medicine and Defence Health. The MD program covers, inter alia, the continuum of public health disciplines from basic epidemiological concepts, environmental and occupational health through to health promotion and health management.

We use examples from the Bachelor of Public Health (BPH) program offered at the Bendigo campus of La Trobe University, Victoria. The BPH program provides education and training for the health promotion and environmental health workforces. It is informed by a primary health care philosophy and has themes in social, behavioural and life sciences, research and epidemiology, health systems and health policy. The BPH program also includes a number of applied health promotion areas covering the continuum of health promotion approaches from policy action, community development and health education through to social marketing.

Results and Discussion: Epidemiology and research methodology courses are taught to year 2 medical students, the mode of delivery includes lectures, tutorials, computer laboratory hands-on sessions, seminars and self-directed learning. It was found that conventional lectures

accompanied by different teaching approaches, such as group work for students to share reflections, resulted in a valuable strategy for deeper learning and engaging large classes. Small group discussions are superior to didactic lectures in terms of students' understanding of the topic, and can achieve learning objectives through interaction with other students and possibility of immediate exchange of questions and answers with lecturers. Tutorial classes in small groups were useful for the students who had poor numeracy skills and mathematical literacy levels, and were struggling in the following activities: calculating z-score, confidence intervals, risk ratios, odds ratios, sensitivity, specificity, etc. The students with stronger mathematical confidence level could support struggling students in small learning groups of 10-15 individuals. Using hands-on classes in the computer laboratory, we used SPSS package to engage students in the process of statistical data analysis using rea-life examples, for example providing demographic data from their own hometowns. When teaching about emerging and re-emerging infectious diseases we organize a seminar encouraging students to use real scenarios from the local settings, such as Nipah virus encephalitis outbreak in Malaysia 1998-1999, which enhances students' interest in the learning activities. Finally, self-directed learning is supplemented with exercises and quizzes (via E-learning portal) where students can assess their level of knowledge of concepts and practise technical skills.

Conclusions: There is a great emphasis on enhanced learning outcomes in public health education. Medical graduates are required to have a core understanding of epidemiology and biostatistics. This study provides the experience of effective teaching of basic epidemiological and biostatistical concepts to undergraduate medical students, including useful teaching approaches and resources. The implementation of teaching strategies presented in this paper result in the formation of epidemiological skills that will help medical graduates in their professional practice and health-related research activities.

TUBERCULOSIS BURDEN IN INDIA

Sachin H. Jain
Saifee Hospital, Mumbai, India

Tuberculosis (TB) is the contagious bacterial infection which leads to medical, social and financial burden worldwide first of all in countries with low and middle income, where more than 90 % of TB cases are registered. According of World Health Organization (WHO) experts 10.4 mln new cases of TB and 1.7 mln deaths from TB were in the world in 2016. Also 47677 cases of TB were reported among people living with HIV.

India is a country located in the South Asia. It has one of the largest economies in the world. Despite this, a large part of the population lives below the poverty line. More than 50 years India has been engaged in Tuberculosis. Every year there are around 2.2 million people on average who develop it and around 220,000 die from it in India. There is the burden TB and multi-drug resistant TB (MDR TB) together in India too. Every year 79.000 patients with MDR TB are registered. India is the second country (the first country is being South Africa) which has huge HIV associated TB cases. So there were 2,8 mln were such cases in India in 2016, and 450 000 people died from TB. Million and more cases of TB are unaccountable or undiagnosed in this country.

TB affects everyone irrespective of any age, class, caste and it affect most people with poor sanitary and unhygienic condition without proper place to line like in slums. It slums the economy of the country. It cost around 340 billion USD between 2006 and 2015 and around 2.5 million in 2015 in India [1]. It is estimated that about 40% of the Indian population is infected with TB bacteria, the vast majority of whom have latent TB.

The government of India has created Revised National TB Control Programme (RNTCP) to achieve the goal of eliminating TB in the country.

RNTCP strategy is based on WHO recommendation for the treatment and care TB and adapted to the India situation and conditions.

The RNTCP was started in 1997 and then it expanded across the country. Implementation of this program is provided through the government health system and also through the private sector health providers. Under this program around 1,192 mln people joined in 2010. In 2015 the RNTCP covered a population of 1.28 billion in India.

Taking up of sputum smear microscopy for early diagnosis of TB was implemented in the general health services. And sputum smear microscopy around 9,132,306 cases were examined. Out of there 1,423,181 people were diagnosed and registered for TB treatment. As the result total rate of TB cases notified to RNTCP.

Therefore only 58 % TB cases were notified. Over 1/3 cases are not diagnosed or diagnosed but not treated or treated but not notified to RNTCP. This could be ever higher. WHO estimation according that possibly 1 mln Indians with TB are not notified.

One of the reasons for the low case notification is the largely unregulated and unmonitored private sector which accounts for almost half of the TB care delivered in India.

In March 2017 the Government of India declared the new aim with regard to TB in India. There should be less than 1 case of TB for a population of a million people by 2025.

India in the term of public health system and services for new guidelines of TB, has managed to do well that treats more than 10 million TB patients under RNTCP. The target should be met by 2030 Sustainable Development Goals (SDG) but the rate of decline is too slow and its ending is at 2035. The resources have been underutilized in terms of meeting the needs of policy makers for quantitative analysis, still sufficient expert methods exists to make TB program, so that can be implemented in control of TB policy programme. Four strategic pillars have been identified for TB elimination «Detect – Treat- Prevent - Build» (DTPB).

«TB Mukt Bharat» which is the national «Sweep out TB» is a huge, strong and influencing programme by Community at panchayat, district and state level.

By taking a Detect – Treat – Prevent – Build approach the national programme can achieve significant positive change and make a real difference in the lives of the many people it serves. The impact of this NSP will be seen with commensurate investments, proposed as Rs 16500 mln in the National TB Program.

Conclusion. Worldwide India is the country with the high burden of TB. The Government of India has developed the National TB elimination plan for control TB in the country. This plan follows WHO recommendations for diagnostic, treatment, care and prevent TB strategy. The implementation of the plan will reduce TB burden in India.

References.

1) WHO. Global TbContro, Geneva, 2015 [Electronic resourses] Available on :www.who.int/tb/publications/global_report/

2) "Basic Statistics: About Incidence, Prevalence, Morbidity, and Mortality – Statistics Teaching Tools", Department of Health, New York//[Electronic resourses] //www.health .ny.gov.

THE ACTIVITY OF OUTSTANTING UKRAINIAN MEDICOLEGIST PROFESSOR M. S. BOKARIUS AT THE BEGINNING OF THE 20TH CENTURY

Semenenko O. V.

Kharkiv national medical university, Kharkiv, Ukraine

Nowadays, during the time of the Ukrainian nation building, the revival of the names of outstanding figures who contributed greatly to the establishment of the domestic science became very important. Among those scientists whose contribution to the development

of the Ukrainian science cannot be overstated was the founder of domestic forensic medicine and criminalistics M. S. Bokarius.

The aim of the given work is to study the early period of the activity of M. S. Bokarius in order to understand how it influenced further development of professor M. S. Bokarius as a scientist.

Professor M. S. Bokarius was born in Odessa in 1869 in the family of the teacher of Rishel'evska gymnasium S. Ph. Bokarius. In 1895 M. S. Bokarius graduated from the medical faculty of the Imperial Kharkiv University. After graduation he took a position of an attending physician not on permanent stuff in the faculty's surgical clinic. In 1903 he was invited to be a freelance university lecturer at the department of forensic medicine at Kharkiv University.

Till the end of the 19th cent. students of medical and juridical faculties of Russian universities studied forensic medicine mostly on foreign translated textbooks. Only at the beginning of the 20th cent. orignal Russian textbooks came out. One of the first domestic scientists who wrote textbooks on forensic medicine was professor M. S. Bokarius.

The first M. S. Bokarius' fundamental work was his doctor's thesis "Florance's Crystals, their Chemical Nature and Importance for Forensic Medicine", which he published and successfully defended in 1902. In this work M. S. Bokarius gave an answer to the existing differences among scientists about evidential importance of Florance's crystals for semen spots.

The next scientific work of M. S. Bokarius "On the Importance of the Constriction Mark in Hanging" was published in 1904. It was devoted to the problems of microscopic diagnostics of the constriction mark in hanging. M. S. Bokarius described peculiarities of blood distribution in the constriction mark, which allowed to differentiate its intravital character. Beside the latter, he developed methodology for the constriction mark study, which was later named "Bokarius' test" and widely used by medicolegists till now.

In 1910 M. S. Bokarius received professor's title and took a position of the head of the department of forensic medicine, which he headed for more than thirty years, till the end of his life.

M. S. Bokarius' growth as a scientist took place at the beginning of the 20th cent., which was a controversial period in the history of the Russian Empire. He actively participated in the reformation of Ukrainian educational system. M. S. Bokarius became a pioneer in the establishment of an independent domestic forensic medicine and contributed greatly to its further development.

References

1. Бокариус, Н. Н. Работа засл. проф. Н. С. Бокариус в области исследования вещественных доказательств / Н. Н. Бокариус // Сборник рефератов докладов расширенной научной конференции, посвященной 25-й годовщине со дня смерти засл. проф. Н. С. Бокариус. 23 – 26 декабря 1956 года. Х., 1956. – С. 10-11.
2. Колмаков, В. П. Заслуженный профессор Николай Сергеевич Бокариус / В. П. Колмаков // Проблемы криминалистической и судебной экспертизы. Сборник работ, посвященный 25-летнему юбилею института. – Х., 1948. – С. 35 – 41.
3. Лакиза, Б. С. Вклад Н. С. Бокариуса в становление судебно-медицинской экспертизы вещественных доказательств / Б. С. Лакиза // «Бокаріусовські читання»: Матеріали Першої міжнар. наук.-практ. конф. Судових медиків і криміналістів, присвяч.. 75-річ. З дня смерті Засл. Проф. М. С. Бокаріуса (Харків) 8 – 9 груд. 2006 р. – Х., - С. 17 – 19.

ЗМІСТ

Стор.

ДЖОН СНОУ – ОТЕЦ ПРАКТИЧЕСКОЙ ЭПИДЕМИОЛОГИИ
Поливянна Ю.І…….. 3

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ В КЛІНІЧНІЙ КАРДІОЛОГІЇ
Ащеулова Т.В., АмбросоваТ.М……
8

ПІДГОТОВКА КВАЛІФІКОВАНИХ МЕДИЧНИХ КАДРІВ ЯК СКЛАДОВА СТРАТЕГІЇ ПО СТРИМУВАННЮ АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТІ
Бережна А.В., Чумаченко Т.О…….. 10

РОЛЬ МІСТ У ЛІКВІДАЦІЇ СОЦІАЛЬНО - НЕБЕЗПЕЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДНІПРОПЕТРОВСЬКІЙ ОБЛАСТІ
Гранкіна Н.В., Литвиненко Н.А., Марченко Н.Є.,
Ковальов В.О……. 12

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА
Гуйда П.П., Молотягина С.П…… 15

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ
Гуйда П.П., Молотягина С.П…… 18

СКЛЕРОДЕРМИЧЕСКАЯ АРТРОПАТИЯ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ РОЛЬ
Гуйда П.П., Молотягина С.П…… 22

ПРОБЛЕМА ГИГИЕНЫ РУК В КОНТЕКСТЕ ИНФЕКЦИЙ, СВЯЗАНЫХ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
Денисенко Д.О., Бутов Д. О…….. 25

ОЦІНКА ОРГАНІЗАЦІЇ ХАРЧУВАННЯ В ЗОНІ ПРОВЕДЕННЯ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРЦІЇ НА СХОДІ УКРАЇНИ
Депутат Ю.М…….. 26

ПОВОДЖЕННЯ З МЕДИЧНИМИ ВІДХОДАМИ В ПОЛЬОВИХ УМОВАХ
Депутат Ю. М., Горішна О.В., Іванько О.М., Кожокару А.А., Огороднійчук І.В…… 29
ЕПІДЕМІЧНА СІТУАЦІЯ З ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ В УКРАЇНІ
Зінов'єв В.А., Поливянна Ю.І……... 31
ОСОБЛИВОСТІ МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВНУТРІШНЬОПЕРЕМІЩЕНИХ ІЗ ЗОНИ ПРОВЕДЕННЯ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ОСІБ
Карамян А.А., Макарова В.І……. 32
ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКО-РЕНТГЕНОЛОГІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ У ХВОРИХ НА КО-ІНФЕКЦІЮ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ ТА ВІЛ
Книгін М. В., Арциленко К. Ю., Бутов Д. О……... 35
ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ДИТЯЧОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА АКТИВНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ В УКРАЇНІ ЗА 2016-2017 РОКИ
Курчанова Ю. В., Івантеєва Ю. І., Матвєєва С. Л……... 37
СОЦІАЛЬНА СТРУКТУРА ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИХ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ В УКРАЇНІ
Лєсна А.С., Чопорова О.І……... 39
ГЕОІНФОРМАЦІЙНІ СИСТЕМИ ЯК ІНСТРУМЕНТ ПРИЙНЯТТЯ РІШЕНЬ ПО ЗНИЖЕННЮ РІВНЯ ІНФЕКЦІЙНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ СЕРЕД ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ
Литовка С.Л., Ліхова М.В., Шмельов Ю.І., Рожков А.В., Іванько О.М……. 40
ОСОБЛИВОСТІ ЕПІДЕМІЧНОГО ПРОЦЕСУ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ В ХАРКІВСЬКІЙОБЛАСТІ
Максуль Т.Є.[1], Бондаренко А.В.[2], Гордієнко А.І.[1], Бондаренко О.В.[1] 42
СОДЕРЖАНИЕ КРЕАТИНИНА И МОЧЕВИНЫ В МОЧЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ ПОВЕРХНОСТНО–АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ
Наконечная О.А., Безродная А.И., Толоконникова А.А., Ходош Я.Е……... 44
ЕПІДЕМІОЛОГІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ОБРОБКИ РУК
Неплях О.В., Поливянна Ю.І…… 47
ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА В УКРАИНЕ
Перепелица Д.С., Ахундова Г.А……... 49

ОЦІНКА ПРИЧИН СПАЛАХІВ САЛЬМОНЕЛЬОЗУ В УКРАЇНІ
Поливянна Ю.І., Чумаченко Т.О…….. 50
ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА САЛЬМОНЕЛЬОЗ В УКРАЇНІ
В СУЧАСНИХ УМОВАХ
Райлян М.В., Коваленко І.М……. 53
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ
ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ А
Райлян М.В., Рассолова А. С., Гольник Я. В…….. 55
ДІЯЛЬНІСТЬ ХАРКІВСЬКОГО БАКТЕРІОЛОГІЧНОГО ЗАГОНУ ПІД
ЧАС РОСІЙСЬКО-ЯПОНСЬКОЇ ВІЙНИ
1904–1905 рр.
Робак І. Ю., Ільїн В. Г…… 57
СУЧАСНИЙ СТАН ІМУНОПРОФІЛАКТИКИ У ЗС УКРАЇНИ
Сімперович С.В., Депутат Ю.М., Маркович І.Ф……. 60
ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ ЩІЛЬНОСТІ НАСЕЛЕННЯ
НА НАПРУЖЕНІСТЬ ЕПІДЕМІЧНОГО ПРОЦЕСУ ТУБЕРКУЛЬОЗУ
НА ТЕРИТОРІЇ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ
Сухорукова М.Ф., Чумаченко Т.О……. 62
РАК ШЕЙКИ МАТКИ: ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И ПРОФИЛАКТИКА В
РАЗНЫХ СТРАНАХ МИРА
Сымкина В.Е., Макарова В.И…… 64
НАПРЯМКИ ПЕРВИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ХРОНІЧНИХ
ДЕРМАТОЗІВ
Топчій С. В., Райлян М.В…… 67
ВИДОВОЙ СПЕКТР МИКРООРГАНИЗМОВ, ВЫДЕЛЕННЫХ ИЗ
РАН ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В СТАЦИОНАРАХ
ДНЕПРОПЕТРОВСКОЙ ОБЛАСТИ
Филипченко[1] С.Н., Штепа[2] А.П., Чумаченко[3] Т.А…….. 69
ДИНАМІЧНА ОЦІНКА ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ЛЮДИНИ ЯК
ПРЕДИКЦІЯ ДЕЯКИХ СОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ
Чайковський І.А., Талалаєв К.О., Тверезовський М.В.
Борейко М.О…… 72
АНАЛІЗ ДИНАМІКИ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ДИТЯЧОГО
НАСЕЛЕННЯ НА АКТИВНІ ФОРМИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ У
ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ
Шевченко О.С., Погорєлова О.О., Черних М.В……... 76

ДИНАМІКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ РІЗНИХ ТИПІВ ВИПАДКІВ ТУБЕРКУЛЬОЗУ У ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ ЗА 2015-2017 РОКИ
Шевченко О.С., Погорєлова О.О., Грома Є.В……. 78
РЕЗУЛЬТАТИ МОНІТОРИНГУ ЗА ІНФЕКЦІЯМИ, ПОВ'ЯЗАНИХ З МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ НАСЕЛЕННЯ ДОНЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ ЗА 2014-2016 р.р.
Шишова Г. А., Гончаренко В.І., Біломеря Т.А…… 79
ЩОДО МОНІТОРИНГУ ЗА ІНФЕКЦІЙНОЮ ЗАХВОРЮВАНІСТЮ НАСЕЛЕННЯ СЛОВ'ЯНСЬКОГО РАЙОНУ У 2017Р.
Шишова Г.А., Моховик С.В.,. Скрипнік С.Л, Мазанкова Л.Г., Василенко Л.О…… 81
ОСНОВНІ ФАКТОРИ ПЕРЕДАЧІ ВІРУСУ ГЕПАТИТУ С У ДНІПРОПЕТРОВСЬКОМУ РЕГІОНІ
Шостакович-Корецька Л.Р., Шевченко-Макаренко О.П., Галущенко С.А., Резвих В.Г., Кисельов Д.А., Гавриленко Л.О., Ахундова Ю.К…… 84
ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МЕДИЧНОЇ БЕЗПЕКИ ПАЦІЄНТІВ ПРИ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ
Чумаченко Т.О…… 86
ХАРЧУВАННЯ ТА ОСНОВНІ ПРОБЛЕМИ СТАНУ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ В УКРАЇНІ
Чумаченко Т.О., Райлян М.В., Поливянна Ю.І…… 89
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПЕРВИЧНОГО ТУБЕРКУЛЕЗНОГО КОМПЛЕКСА У РЕБЕНКА ГРУДНОГО ВОЗРАСТА С БРОНХООБСТРУКТИВНЫМ СИНДРОМОМ
Яновская Е.А., Клименко В.А, Дундич Ю.Ю……. 92
INTELLIGENT AGENT-BASED TECHNOLOGIES IN PREDICTING THE EPIDEMIC PROCESS
Chumachenko D…… 95
EPIDEMIOLOGICAL ASPECT OF GLOBAL DRACUNCULIASIS ERADICATION
Kalyan V.V., Myronova I.I., Ahmed Younus, Aishath Hana…….. 98

KNOWLEDGE AND ATTITUDES REGARDING ZIKA VIRUS AMONG RESIDENTS OF AN URBAN COMMUNITY IN MALAYSIA
Lugova H…….. 100
TEACHING EPIDEMIOLOGY AND RESEARCH METHODOLOGY TO UNDERGRADUATE MEDICAL STUDENTS – THE EXPERIENCE OF A PUBLIC UNIVERSITY IN MALAYSIA
Lugova H…… 101
TUBERCULOSIS BURDEN IN INDIA
Sachin H. Jain…… 104
THE ACTIVITY OF OUTSTANTING UKRAINIAN MEDICOLEGIST PROFESSOR M. S. BOKARIUS AT THE BEGINNING OF THE 20TH CENTURY
Semenenko O. V…… 106

Епідеміологічні дослідження в профілактичній та клінічній медицині

Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю,

присвяченій засновнику західної епідеміології

Джону Сноу

(6 червня 2018 року, м. Харків)

За редакцією проф. Т.О. Чумаченко

ТОВ «Планета-Прінт» 61002, м. Харків, вул. Багалія, 16

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи:
серія ДК № 4568 від 17.06.2013 р.

ISBN 978-617-7587-59-9

Підп. до друку 01.06.2018. Формат 60×84 1/16.
Папір офсетний. Гарнітура Times New Roman. Різографія.
Ум. друк. арк. 4,75. Обл. вид. арк. 6,84.
Наклад 300 прим.

Друк ФОП Заночкин Д. Л.,
м. Харків, вул. Плеханівська, 16
(057) 757-93-82