

В перші 4 - 6 годин після операції у 10 (11,5%) хворих виник больовий плечелопатковий (френікус) синдром, який у 7 (70%) був ліквідований шляхом введенням спазмолітичних та нестероїдних протизапальних препаратів, а в 3(30%) після виконання поверхневої блокади шийного сплетення на рівні С4. (Патент № 92481 на корисну модель «Спосіб профілактики та лікування постлапароскопічного больового плече-лопаткового синдрому». Зареєстровано в Державному реєстрі патентів України на корисні моделі 26.08.2014.

**Висновки.** Мультимодальна програма FTS в поєднанні з електрозварювальними технологіями значно підвищує ефективність лапароскопічного втручання, забезпечує комфортний до-, інтра- та післяопераційний перебіг, сприяє скороченню термінів реабілітації та зменшенню витрат на лікування.

## **РИЗИКИ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ПОВ'ЯЗАНІ З НАДЗВИЧАЙНИМИ СИТУАЦІЯМИ**

*Мазуренко О.В.<sup>1</sup>, Роцін Г.Г.<sup>1</sup>, Ткаченко О.А.<sup>2</sup>,  
Сандрацький М.Г.<sup>2</sup>, Мацидонська І.В.<sup>2</sup>*

*Національна медична академія післядипломної освіти  
імені П.Л.Шурика<sup>1</sup>*

*Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної  
допомоги<sup>2</sup>*

Ризик для системи охорони здоров'я при виникненні надзвичайної ситуації (НС) асоціюється із збільшенням захворюваності та смертності населення потенційно небезпечних територій. Математично величину ризику відображують за допомогою основної функції: , де R - ступінь ризику, D - потенційна загроза, Vul - вразливість населення потенційно небезпечних територій та структурних елементів ОЗ до дії вражаючого фактору.

**Мета дослідження.** Покращити результати подолання медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій через



формалізацію ризику для охорони здоров'я потенційно небезпечних територій.

**Матеріал та метод.** Системного аналізу, бібліографічний, семантичний, експертних оцінок. Досліджено здоров'я постраждалого від надзвичайних ситуацій міжнародного рівня населення, з них 42 землетрусів та 42 повеней, для подолання медико-санітарних наслідків яких залучали міжнародні ресурси. Загальна кількість ураженого землетрусом населення групи дослідження склала 1907934,3 осіб, з них травмовано – 33633,6, загинуло - 12586,5.

**Результати.** Результати досліджень показали, що величина ризику збільшення смертності та захворюваності постраждалого від НС населення залежить від а) безпосередньої дії вражаючого фактору катастрофи, б) недостатності ресурсного забезпечення системи ОЗ, в) своєчасності та достатності надання екстреної медичної допомоги впродовж перших 72 годин (гострий період) перебігу катастрофи.

Впродовж I доби після землетрусу 53,85% потреб ОЗ не визначені через відсутність узагальнених даних стосовно відповідності потреба/наявність. При повені потреби охорони здоров'я обумовлені проведенням заходів попередження спалаху інфекційної захворюваності та організації первинної медико-санітарної допомоги (потреба в лікарських засобах складає 96,7% потреб охорони здоров'я). Через надзвичайні ситуації сейсмічного та топологічного характерів спостерігають погіршення здоров'я населення постраждалих територій: зростає смертність дітей віком до 5 років (+4,8% та +9,3% відповідно), материнська смертність (+7,8% та +6,0%) та доросла смертності (+4,3% та +1,6% відповідно), збільшується поширеність (+5,3% та 16,2%) та захворюваність (+15,8% та 5,4%) на туберкульоз, зменшується рівень специфічної імунопрофілактики дітей (АКДП: 4% та 9% та вакцинація проти кору: 1% та 6%).

На постраждалих від повені територіях показники захворюваності на гострі хвороби органів черевної порожнини та потреба



в здійсненні термінових хірургічних операцій залишаються на передкризовому рівні, проте кількість хворих, яких доставляють до закладу охорони здоров'я пізніше 24 годин, збільшується в середньому на  $8,9 \pm 3,1$  %.

Отже, за результатами досліджень ризик збільшення смертності та захворюваності на постраждалих від НС територіях залежатиме від: 1) своєчасності надання екстреної медичної допомоги, 2) відповідності виду медичної допомоги до потреб які існують, 3) достатності ресурсного забезпечення ОЗ, 4) узгодженості медико-санітарних заходів на постраждалих від НС територіях, 5) спадкоємності надання медичної допомоги, що вирішують через застосування єдиних протоколів надання медичної допомоги, які ґрунтуються на принципах доказової медицини.

**Висновки.** Ризик для системи ОЗ при розвитку НС асоціюється із збільшенням смертності та захворюваності населення постраждалих територій. Ідентифікація, оцінка та керування ризиком є обов'язковим компонентом управління системою ОЗ при подоланні медико-санітарних наслідків НС. Ризик для системи ОЗ при подолання медико-санітарних наслідків НС є багатокомпонентним, зменшення якого можливо досягти через розробку планів реагування органів та закладів ОЗ та їх достатнє ресурсне забезпечення. Зменшення ризику для ОЗ ґрунтується на вивченні здоров'я населення потенційно небезпечних територій та вразливості органів та закладів охорони здоров'я при НС.