

Material and methods. Were examined 41 hypertensive patient with type 2 diabetes, 18 obese hypertensive patients, 9 – non-obese hypertensive patients, 18 – control. Serum levels of VEGF were determined by immunoenzyme assay. Statistical analysis was performed by use Mann-Whitney U-test and Person's. The data were presented as means±SD.

Results. Were found an increased serum level of VEGF in hypertensive patients with type 2 diabetes compared to control (60,26±11,07 and 25,08±2,29 ng/ml respectively, p<0,01), in hypertensive patients with obesity compared to control (44,46±8,86 and 25,08±2,29 ng/ml respectively, p<0,01), and in non-obese hypertensive patients compared to control (31,53±1,8 and 25,08±2,29 ng/ml respectively, p<0,01).

Also, the level of VEGF correlated with the serum levels of HbA1c, blood glucose, insulin, HOMA, key markers of lipid metabolism, body mass index.

Conclusion. The revealed change could reflect an endothelial dysfunction in this pathological state. Hyperglycemia, dyslipidemia, insulin resistance, obesity appears to be significant factor to contributing elevation of VEGF.

УДОСКОНАЛЕННЯ ФОРМИ ЗВІТУ ІНДЕКСУ БЕЗПЕКИ ЛІКУВАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ

Рошнін Г. Г.¹, Близнюк М. Д.², Іванов В. І.², Дорош В. М.³

¹ Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (Україна)

² ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України» (Україна)

³ Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги (Україна)

Актуальність. Поняття безпеки лікарні було введено країнами Американського регіону разом з більш ніж 160 держав-членів ВОЗ/ПАОЗ у 2005 році з метою оцінки можливості лікарень або інших медичних установ продовжувати роботу в умовах стихійного лиха.

Мета дослідження. Визначення сучасних викликів і проблем управлінських рішень з надання медичної допомоги постраждалим під час надзвичайних ситуацій та визначення проблемних питань щодо розбудови сучасної системи медичного захисту населення України.

Матеріали та методи. Було застосовано «Контрольний запитальник для оцінки безпеки лікарень», який використовується для визначення «Індексу безпеки лікарень».

Фома звіту № 1 передбачає надання загальної інформації про лікувальний заклад, а саме: назву закладу, адресу, телефон (включно код міста), веб-сайт і електронну адресу, підпорядкованість та місце в загальній структурі закладів охорони здоров'я, фактичну схему закладу з розміщенням обслуговуючих служб навколо лікарні, інформацію про обслуговуючий персонал, розміщення та кількість населення, що обслуговується територіально, загальну кількість ліжок, рівень госпіталізації та обслуговування хворих в звичайних умовах. Окремо визначається потужність лікарні, що передбачає наявність відділень інтенсивної терапії, терапевтичного і хірургічного профілю та операційний блок, а також, необхідно вказати площі, що потенційно здатні збільшити потужність існуючих відділень та можливість використання необхідної апаратури.

Фома звіту № 2, яка включає оціночні модулі, що пов'язані з географічним розміщенням лікарні, структурною безпекою та функціональною можливістю лікарні, передбачає використання карти загроз, що враховує наступні явища: геологічні, гідрометерологічні, соціальні, хімічні і/або технологічні, а також, геотехнічні властивості ґрунтів. Також беруться до уваги елементи, що належать до аспекту структурної безпеки будівлі, які враховують колишні події, що вплинули на безпеку лікарні та безпеку конструктивної системи і види матеріалів, що використалися при будівництві. Також, визначається аспект неструктурної безпеки будівлі, що складається з оціночних модулів, які враховують елементи життєво важливих систем, системи опалювання та вентиляції повітря в найбільш важливих підрозділах, медичне і лабораторне устаткування, архітектурні компоненти будівлі. Окремо визначають функціональну здатність лікарні, враховуючи: в якому ступені персонал лікарні підготовлений до масштабних надзвичайних ситуацій і стихійних лих, і як план дій в надзвичайних ситуаціях вводиться в дію.

Результати та їх обговорення. За даними аналізу «Контрольного запитальника для оцінки безпеки лікарень» встановлено, що окремі пункти модулю, який стосується організації роботи лікарні під час масштабних надзвичайних ситуацій, не вказані елементи адміністрування та прийняття управлінських рішень щодо здійснення організаційно-правових заходів відповідно до особливостей медичної евакуації та клініко-епідеміологічної характеристики пошкоджень у постраждалих під час надзвичайної ситуації військового характеру.

Висновок. На сучасному етапі розвитку українського суспільства, що ускладнюється проведенням контртерористичних операцій, виконання плану функціонування лікарні в умовах прилеглих до територій соціального конфлікту повинні враховувати заходи, які попереджають негативні наслідки в організаційно-лікувальній роботі з надання невідкладної медичної допомоги постраждалим під час надзвичайних ситуацій військового характеру.

РОЛЬ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ–СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В НАДАННІ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З КО-ІНФЕКЦІЄЮ ТУБЕРКУЛЬОЗ/ВІЛ

Степанова Т. В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (Україна)

Актуальність. Для сучасних світових тенденцій щодо розширення доступу до послуг охорони здоров'я характерним є перерозподіл спеціалізованих медичних послуг з діагностики та лікування соціально-небезпечних захворювань на рівень надання первинної медичної допомоги. Це стає особливо актуальним для України, коли в умовах обмежених ресурсів необхідно досягти 90% виявлення та охоплення ВІЛ-інфікованих і хворих на туберкульоз специфічним лікуванням, яке має бути ефективним.

Результати та їх обговорення. Відповідно до міжнародних зобов'язань нашої держави, в рамках Стратегії ЮНЕЙДС «На шляху прискорення для подолання СНІДу» до 2020 року має бути виявлено і взято на облік не менше 198 тисяч ВІЛ-інфікованих (90 % від оціночної кількості). Станом на 01.06.2016 р. на обліку перебувало лише 130,4 тисячі (65,9 %). При цьому, кількість ВІЛ-інфікованих, які отримують антиретровірусну терапію має бути збільшена на 63 % до 178,2 тисяч. Не менш амбітними є цілі визначені в «Глобальному плані з ліквідації туберкульозу на 2016–2020 роки»: охопити протитуберкульозним лікуванням як мінімум 90 % людей, які його потребують, у тому числі 90 % представників основних груп ризику. При цьому, у порівнянні з оціночними даними ВООЗ, у 2015 році залишилися невиявленими 10,8 тисяч (22,5 %) хворих на активний туберкульоз і 3,4 тисячі (35 %) хворих з ко-інфекцією туберкульоз/ВІЛ.

Висновки. Без залучення лікарів загальної практики – сімейної медицини активного виявлення випадків ВІЛ-інфекції, туберкульозу та ко-інфекції, забезпечення супроводу амбулаторного лікування таких пацієнтів, подолання цих епідемій в Україні буде неможливим.

ОЦІНКА РІВНЯ ВІТАМІНУ D У СИРОВАТЦІ КРОВІ ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ З ГОСТРИМ СТЕНОЗУЮЧИМ ЛАРИНГОТРАХЕЇТОМ

Романько М. Р.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (Україна)

Актуальність. Гострий стенозуючий ларинготрахеїт (ГСЛТ) – важкий прояв гострих респіраторних вірусних інфекцій (ГРВІ) у дітей, що супроводжується розладами дихання.

Вітамін D здійснює вплив на систему імунної специфічної відповіді та практично на всі механізми неспецифічного захисту від інфекційних агентів.

Мета дослідження. Вивчити оцінку рівня вітаміну D у сироватці крові дітей раннього віку з гострим стенозуючим ларинготрахеїтом.

Матеріали та методи. Обстежено 80 дітей у віці від 1 місяця до 3 років ($20,7 \pm 1,2$ місяців), що перебували на лікуванні у ДКЛ № 1 м. Києва з ГСЛТ у зимовий період 2015–2016 рр. Для оцінки забезпечення дітей вітаміном D визначався рівень 25 (ОН) D у сироватці крові за допомогою електрохемилюмінесцентного методу на аналізаторі Elecsys 2010.

Отримані дані опрацьовані статистично з використанням пакету програм Statistica 6.0, Excel 2010. Досліджувані ознаки не мали нормального розподілу, тому для подальшого статистичного аналізу використовували непараметричні методи.

Результати та їх обговорення. Рівень 25 (ОН) D у сироватці крові в обстежених дітей віком 1–36 міс. склав 5,4–114,3 нг/мл. Медіана рівня 25 (ОН) D – 31,8 нг/мл ($Q_1=18,4$; $Q_3=47,4$).

Рівень 25 (ОН) D у сироватці крові дітей віком 0–12 міс. – 43,8 нг/мл ($Q_1=35,0$; $Q_3=58,0$), 12–24 міс. – 37,8 нг/мл ($Q_1=26,5$; $Q_3=58,1$), 24–36 міс. – 18,8 нг/мл ($Q_1=13,2$; $Q_3=30,2$) і був достовірно нижчим у дітей третього року життя, порівняно з дітьми першого року життя ($p=0,000015$). Дані анамнезу вказували на часті ГРВІ у $50,0 \pm 8,3$ % (18 з 36) дітей третього року життя; у $33,3 \pm 7,9$ % (12 з 36) цих пацієнтів вже мав місце епізод ГСЛТ.