

Міністерство освіти та науки, молоді та спорту України
Міністерство охорони здоров'я
Сумський державний університет
Медичний інституту



АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Topical Issues of Clinical and Theoretical
Medicine

Збірник тез доповідей
III Міжнародної науково-практичної конференції
Студентів та молодих вчених
(Суми, 23-24 квітня 2015 року)

Суми
Сумський державний університет
2015

Якість донорства ми визначаємо як здатність системи здачі крові в певній країні (регіоні) забезпечити потреби у крові у необхідній кількості визначеної якості, що формується переліком індикаторів (зокрема, структурою донорів, інфекційною безпечністю та ін.).

Встановлено, що добровільні донори є найбезпечнішими, адже вони умотивовані альтруїстичними спонуканнями та бажанням допомогти іншим людям, а також відчуттям морального зобов'язання і соціальної відповідальності. Такі донори, зазвичай, добре поінформовані про критерії відбору і відмовляться здавати кров, якщо не будуть задовольняти їх. Це призводить до зменшення супутніх витрат через меншу кількість виявлених інфекцій при тестуванні крові. У ряді досліджень зареєстровані більш низькі рівні маркерів інфекцій серед регулярних добровільних донорів у порівнянні з іншими видами донорів.

Якість донорства визначає і вік донорів. «Найпродуктивнішими» донорами вважають чоловіки у молодому віці, адже вони, на відміну від жінок, не обмежені циклічними процесами в організмі. Багато розвинених країн зараз зіштовхнулись з проблемою: об'єм крові від донорів є достатнім, а вікова структура донорів загалом складається з осіб середнього віку.

Донори мають право на якісне обслуговування і допомогу впродовж кроводачі. Якість їх взаємодії зі службою переливання крові має вирішальне значення для їх задоволеності службою, що, у свою чергу, веде до збереження донорів. За відсутності якості донорського обслуговування служба переливання крові ставить під загрозу свою репутацію, ризикує втратити довіру спільноти та, безумовно, не зможе створити контингент активних регулярних добровільних донорів крові.

Таким, чином, якість донорства впливає на стан здоров'я населення різними шляхами: здоровий спосіб життя (критерії безпечного відбору донорів), рівні показників здоров'я (поширеність збудників інфекцій і тенденції у сфері захворювань), а також якість лікування і безпека пацієнтів (наявність і адекватність трансфузійної терапії).

АНАЛІЗ РІВНЯ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ ДО ОБЛАСНОЇ КЛІНІЧНОЇ ЛІКАРНІ ХВОРИХ З УРАЖЕННЯМ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ ІЗ СІЛЬСЬКИХ РАЙОНІВ (2012-2013 рр.)

Нагорна А.О. Нагорна К.О

Науковий керівник – к.мед.н. Васильєв Ю.К.

Сумський державний університет,

кафедра соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я

У структурі загальної захворюваності травми посідають третє місце.

Мета: Проаналізувати рівень госпіталізації в Сумську обласну клінічну лікарню (СОКЛ) залежно від віддаленості сільських районів до обласного центру та наявності спеціалізованої допомоги на місцях.

Матеріали та методи: Кількість направлених хворих з районних лікарень в СОКЛ на підставі щорічних звітів ортопедо-травматологічного відділення за 2012-2013 рр. Для виявлення зв'язку використовувався кореляційний аналіз.

Результати дослідження: Всі райони Сумської області були поділені на дві групи. Перша – в яких є лікар ортопед-травматолог, чи спеціалізоване відділення, та друга – без лікаря травматолога.

У першій групі є райони з яких направлення хворих в СОКЛ є відносно високим, це Білопільський з рівнем госпіталізації 13,3 ‰, Лебединський – 8,1 ‰, Тростянецький – 6,9 ‰. Це можна пояснити тим, що віддаленість від обласного центру не велика – 45 км, 52 км та 55 км відповідно. Та Липоводолинський – 11,4 ‰, Буринський – 9,3 ‰, віддаленість від Сум 88 км та 107 км. Пояснюється тяжкістю травм, та/або недостатньою кваліфікацією лікарів. Найнижчий рівень госпіталізації зареєстрований з тих районів, де допомогу могли надати у відповідних відділеннях, а саме Конотопський (1,25 ‰), Роменський (1,7 ‰), Шосткинський (2,4 ‰).

У другу групу ввійшли Краснопільський віддаленість від Сум – 41 км, Недригайлівський – 73 км, Ямпільський – 174 км, Середино-Будський – 210 км. Рівень госпіталізації з цих районів склав 28,8 ‰, 24,8 ‰, 7,4 ‰, 6,8 ‰ та 8,9 ‰ відповідно. При проведенні кореляційно аналізу залежність між досліджуваними ознаками – зворотна, сила зв'язку – висока.

Висновок: За рахунок використання кореляційного аналізу виявилась пряма залежність доступності спеціалізованої медичної допомоги від віддаленості району до СОКЛ (друга група). Рівень госпіталізації в СОКЛ залежить також від наявності лікарів-травматологів в сільських районах.

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ОХОРОНИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

Ольшанська А.

Запорізький державний медичний університет МОЗ України

Розвиток суспільства будь-якої країни значною мірою залежить від демографічних перспектив, які визначаються репродуктивними здібностями. Стійка тенденція скорочення чисельності населення внаслідок зниження рівня народжуваності та підвищення рівня загальної смертності ставить під загрозу майбутнє України. В Україні навіть при незначних позитивних змінах народжуваності спостерігається стійкий від'ємний природний приріст - 3,5‰ (2013р.). Охорона репродуктивного здоров'я визначена ВООЗ як пріоритетна галузь у відповідності до Резолюції Всесвітньої Асамблеї ООН з охорони здоров'я ще з 1995 р. Безпліддя є одним із важливих показників стану репродуктивного здоров'я, але не тільки жінок, а й чоловіків. Рівень безпліддя в нашій країні досягнув 18-20 %, кількість неплідних подружніх пар складає в Україні біля 1 млн., таким чином, кожна п'ята пара не може мати дітей. За науковими даними жіноче безпліддя в 2009 р. склало 80 % і 20 % - чоловіче; майже у 80 % випадків причиною безпліддя у жінок є аборт, у 15-25 % - запальні хвороби статевих органів. Вирішення цієї проблеми є важливим резервом поліпшення демографічної ситуації. Рівень абортів та їх наслідки все ще викликають велике занепокоєння, адже штучне переривання вагітності наносить непоправну шкоду здоров'ю, в першу чергу репродуктивному, впливаючи на фертильність жінок, перебіг наступних вагітностей та пологів. У структурі причин материнської смертності, якій можна було запобігти, аборти і пов'язані з ними ускладнення забирають життя майже кожної десятої жінки, що померла під час вагітності. Не зважаючи на тенденцію до зниження, рівень абортів в Україні залишається найвищим серед країн Європи, спостерігається несприятлива тенденція до підвищення кількості абортів у вперше вагітних, наслідком яких є високий рівень захворюваності та ризик безплідності: (у 2004 р. цей показник збільшився понад як у 2 рази, склавши 12,1 %, проти 5,6% у 1991 р.). В ході нашого дослідження встановлено, що $39 \pm 3,2$ % вагітних жінок мають в анамнезі один перенесений аборт, а $14,0 \pm 1,8$ % - два і більше. Одним із основних поведінкових чинників розладу репродуктивного здоров'я вважаються ПСШ (інфекції, що передаються статевим шляхом). Зазначені інфекції нерідко стають причиною безпліддя, невиношування вагітності, а також пренатального інфікування плода з можливими тяжкими наслідками і навіть вадами розвитку плода. Тривалий перебіг цієї групи хвороб також часто призводить до безпліддя, адже наслідком нездорового способу життя є запальні хвороби статевих органів. Частота даної патології залишається високою і має стійку тенденцію до зростання. Щорічне виникнення репродуктивних проблем у більш як 11 тис. жінок пов'язано із позаматковою вагітністю, рівень якої значною мірою впливає на репродуктивні процеси та втрати. Науковцями доведено, що ризик виникнення позаматкової вагітності після перенесеного запального процесу статевих органів збільшується в 6-10 разів. За даними нашого дослідження у $42,4 \pm 5,3$ % жінок в анамнезі були хронічні запальні процеси статевих органів. Треба відзначити, що не тільки медичні, а й соціально- економічні проблеми торкаються збереження репродуктивного здоров'я. Так, несприятливим чинником є значне число розпаду сімей незабаром після народження дитини. В ході нашого дослідження було встановлено, що