

5. The World Report on Disability. WHO, World Bank. P 30. http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf.
6. UNICEF Fact Sheet: A summary of the rights under the Convention of the Rights of the Child. http://www.unicef.org/crc/files/Rights_overview.pdf. Accessed December 12, 2015.
7. UNICEF Convention on the Rights of the Child. <http://www.unicef.org/crc/>. Accessed December 12, 2015.
8. Whitney R, Hilton CL. Intervention effectiveness for children and youth. *Am J Occup Ther* 2013;67:e154-65.
9. World Health Organization. Health topics: rehabilitation. <http://www.who.int/topics/rehabilitation/en/>. Accessed December 12, 2015.
10. World Health Organization. <http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>. January 16, 2018.

Ожсак Г.А.

Реєстр пацієнтів на гострий інфаркт міокарда як показник якості медичної допомоги в Полтавській області

Українська медична стоматологічна академія

Смертність населення від ішемічної хвороби серця (ІХС) при хворобах системи кровообігу (ХСК), традиційно максимальна. Цей показник серед працездатного населення незмінно становить 54,3-54,4%. Це означає, що більша половина причин смерті осіб працездатного віку при ХСК припадає на ІХС, тому на початку 60-х років її назвали епідемією 20 століття і найбільшим медико-соціальним тягарем у розвинених країнах світу [1,2]. Розвиток ІХС та гострого інфаркту міокарду (ГІМ), зокрема, обумовлено комплексним впливом багатьох факторів ризику, тому аналіз впливу окремих з них може не повністю відображати справжнє їх значення в етіології ХСК [6]. Для вирішення цих завдань створені й успішно використовуються реєстри. Найбільш оптимальною вважається програма «Реєстр гострого інфаркту міокарда» (РГІМ). Дана програма була розроблена ще в 1968-1969 рр., для вивчення захворюваності гострим ІМ, робочою групою по плануванню діяльності Європейського регіонального бюро ВООЗ в області боротьби з ХСК. Будучи класичним прикладом проспективного, наглядово-популяційного дослідження, заснованого на стандартній методиці, дана програма відкрила новий етап в епідеміології ГІМ і стала інструментом обліку та аналізу якості надання медичної допомоги хворим із загостренням ІХС, як на догоспітальному, так і на госпітальному етапах [3,4].

Мета дослідження. На основі існуючих реєстрів гострого інфаркту міокарда створити локальний, як показник якості медичної допомоги хворим з гострим інфарктом міокарда в Полтавській області.

Матеріал та методи дослідження. Для створення локального реєстру використовували існуючий та на основі аналізу карти вибувшого зі стаціонару о066 його доповнювали.

Результати. Щорічно у Полтавській області реєструється 1800-1900 хворих з гострим інфарктом міокарда.

У Полтавській області проживає 1 439 млн населення. За рік в області проводиться близько 300 ТЛГ.

В області існує 3 центри, що здатні проводити ЧКВ при ГІМ:

- відділення інтервенційної радіології Полтавської обласної клінічної лікарні (ПОКЛ);
- відділення інтервенційної радіології Полтавського обласного клінічного кардіологічного диспансеру (ПОККД);
- клініка «Альфамедика» м. Кременчук.

Ургентну допомогу хворим в режимі 24/7/365 надає лише відділення інтервенційної радіології Полтавської обласної клінічної лікарні. За 2016 рік на базі відділення інтервенційної радіології ПОКЛ виконано 689 коронарографій (обстеження артерій серця), 404 стентувань коронарних артерій, близько 300 з яких виконано з приводу ГКС. На базі відділення інтервенційної радіології ПОККД виконано 187 коронарографій, 15 стентувань коронарних артерій, 1 – з приводу ГКС. На базі клініки «Альфамедика» м. Кременчук виконано 53 коронарографії, 12 стентувань, 6 – з приводу ГКС. Виданий наказ Департаменту охорони здоров'я Полтавської обласної державної адміністрації «Про впровадження в області медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при гострому коронарному синдромі з елевацією сегмента ST», де для надання допомоги хворим зі STEMI область поділили на 2 території: ближнього та дальнього розташування до обласного центру міст і районів Полтавської області для госпіталізації хворих з до- та госпітальним тромболізисом при гострому коронарному синдромі на відтерміновані (до 24 годин) перкутанні втручання у відділенні інтервенційної радіології ПОКЛ імені М.В.Скліфосовського, туди увійшли наступні райони: м. Кременчук, м. Комсомольськ, м. Лубни та Лубенський район, м. Миргород та Миргородський район., м. Гадяч та Гадяцький район, Великобагачанський, Диканський, Глобинський, Гребінківський, Зінківський, Карлівський, Кобеляцький, Козельщинський, Котелевський, Кременчуцький, Лохвицький, Машівський, Новосанжарський, Оржицький, Пирятинський, Семенівський, Решетилівський, Хорольський, Чорнухинський, Чутівський, Шишацький райони. Найбільша кількість хворих які були проліковані в кардіоінтервенційному відділенні Полтавської обласної клінічної лікарні з Полтавського району. Це можна пояснити тим, що даний район має найближче розташування, отже приїзд

швидкої медичної допомоги (ШМД) вкладається в терапевтичне вікно надання кардіоінтервенційної допомоги. Фахівцями з кардіоінтервенційного втручання був розроблений та впроваджений локальний протокол надання допомоги хворим зі STEMI, були розписані тромболітичні препарати між закладами охорони здоров'я області. Світовий банк включив Полтавську область у проект «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей», де регіональним субпроектом став «Запровадження інноваційної моделі системи надання послуг хворим на артеріальну гіпертензію в Полтавській області».

З 01.01.2016 року Полтавська область включена в пілотний проект МОЗ України «Реперфузійна мережа в дії» яка охоплює 8 областей.

З метою покращення організації системи надання допомоги хворим при ГІМ за єдиними підходами та стандартами, з правильною взаємодією служби екстреної медицини та лікувальних закладів всіх рівнів надання медичної допомоги в рамках національного реєстру була створена "Карта пацієнта з гострим інфарктом міокарду відділення інтервенційної радіології", яка на основі моніторингу покликана оцінити якість надання медичної допомоги цим хворим.

Моніторингові показники етапів діагностики та лікування хворих на ГІМ

1. Відсоток хворих, які своєчасно звернулись за медичною допомогою:

Кількість хворих які звернулись до ШМД через 30-60 хвилин від початку симптомів*100/ загальна кількість госпіталізованих хворих з ГІМ

2. Коефіцієнт швидкості постановки діагнозу :

(Кількість хворих яким було знята ЕКГ через 10 хв. після виклику ШМД + кількість хворих яким була знята ЕКГ через 11-20 хв. після виклику ШМД) * 100/ загальна кількість хворих госпіталізованих в ВІР через ШМД

3. Відсоток пацієнтів які госпіталізуються у ВІР у визначений проміжок часу:

(Кількість хворих які прибули в приймальне відділення через 10 хв після зняття ЕКГ + кількість хворих які прибули в приймальне відділення через 10 – 20хв. після зняття ЕКГ + кількість хворих які прибули в приймальне відділення через 20 – 40хв. після зняття ЕКГ)*100/ загальна кількість госпіталізованих хворих з ГІМ

4. Питома вага пацієнтів яким проведено перкутанне коронарне втручання ПКТ у визначений проміжок часу:

Кількість хворих яким проведено (ПКВ) через 60-120 хв. від зняття ЕКГ* 100/ загальна кількість хворих, яким проведено ПКТ

Висновок. Таким чином, запропонований нами локальний реєстр хворим з гострим інфарктом міокарда в Полтавській області здатний забезпечити динамічне спостереження за пацієнтами, аналіз статистичних показників, що характеризують поширення захворювання в досліджуваній популяції, оперативність постановки діагнозу та госпіталізації хворих з ГІС. Точний облік поширеності ІМ і його результатів має важливе значення для охорони здоров'я. Отримані при цьому дані дозволяють оцінити ефективність застосовуваних заходів на всіх рівнях надання медичної допомоги в боротьбі з ІХС.

Список використаної літератури

1. Коваленко В.М. Динаміка стану здоров'я народу України та регіональні особливості (Аналітично-статистичний посібник) / В.М. Коваленко, В.М. Корнацький. – К., 2012. – 210 с.
2. Roger, V.L. Heart disease and stroke statistics – 2011 update: a report from the American Heart Association // V.L. Roger, A.S. Go, D.M. Lloyd-Jones // Circulation. – 2011. – Vol. 123. – P. 18-209.
3. World Health Organization Media Center (2013). The top 10 cause of death. Fact Sheet №310.
4. Center for Disease Control and Prevention, 2012. National Vital Statistics Reports. – Vol. 61(1). – P. 3-4.

Пришляк Н.М., Горзов В.В., Дуткевич-Іванська Ю.В.

Стоматологічний статус і особливості гігієнічного виховання дітей віком 3–6 років з обмеженими можливостями в Закарпатській області

**ДВНЗ «Ужгородський національний університет», стоматологічний факультет,
факультет здоров'я та фізичного виховання, м. Ужгород, Україна**

Сучасні епідеміологічні дослідження свідчать, що 35–40% дітей-інвалідів – це інваліди внаслідок перинатальних уражень нервової системи [1]. Рухові розлади займають домінуюче становище в структурі перинатальних уражень головного мозку, і у розподілі дітей-інвалідів по обмеженням становлять 35,9% [2, 5].

Наявність великої кількості хронічних захворювань у дітей з наслідками перинатальної патології центральної нервової системи (ЦНС) обумовлює інтенсивний розвиток стоматологічних захворювань – карієсу зубів, патології тканин пародонта, зубошелепних аномалій та деформацій, різноманітних функціональних порушень – жування, ковтання, мови і інше. Складність проведення у таких дітей лікувально-корекційних маніпуляцій в порожнині рота обумовлена наявністю симптомів ураження центральної нервової системи, такими як параліч артикуляційних і