

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 ПКВ у визначений проміжок часу:

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

**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**

**С**учасні 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

жувальних м'язів, судоми, сенсорні порушення, сіалорея, контрактури суглобів. Та все це диктує необхідність створення програми профілактики стоматологічних захворювань та, перш за все, гігієнічного виховання та навчання дітей з обмеженими можливостями в організованих колективах.

**Мета.** На підставі комплексного стоматологічного обстеження, вивчення рівня гігієнічних знань і навичок, харчових звичок, обґрунтувати методику медико-гігієнічного стоматологічного виховання дітей віком 3-6 років з порушеннями опорно-рухового і нервово-м'язового апарату, що відвідують ДДНЗ Закарпатської області.

1. Визначити рівень стоматологічної захворюваності у дітей з порушеннями ОРА в порівнянні зі здоровими дітьми дошкільного віку.

2. Провести порівняльний аналіз деяких місцевих факторів ризику виникнення основних захворювань порожнини рота у дітей з порушеннями і без порушень ОРА.

3. Обґрунтувати методику медико-гігієнічного виховання дітей з обмеженими можливостями з урахуванням віку.

4. Провести аналіз ефективності гігієнічного стоматологічного виховання дітей-інвалідів.

**Матеріали і методи дослідження.** Проведено стоматологічне обстеження дітей з порушеннями ОРА і практично здорових дітей у віці від 3 до 6 років, які постійно проживають в Закарпатській області. Групи обстежених формувалися з урахуванням рівномірного розподілу за віковими періодами розвитку. Було обстежено 26 дітей з порушеннями ОРА. Рухові порушення відповідали легкому та середньому ступеню. До групи контролю увійшли 120 здорових дітей.

При оцінці стоматологічного статусу заповнювали розроблену нами карту обстеження, проводили згідно методик, прийнятими в дитячій стоматології. Стан зубів визначали за методикою, рекомендованою ВООЗ. Поширеність і інтенсивність захворювань пародонта оцінювали за індексом РМА. Рівень гігієни визначали за допомогою індексу гігієни. Швидкість слиновиділення визначалася в мл/хв. Водневий показник змішаної слини вивчали експрес-методом шляхом занурення в слину на дно порожнини рота індикаторного паперу рН 0-12. Для визначення вмісту кальцію, фосфору в ротовій рідині використовували набори реагентів.

Інформаційно-аналітичне вивчення рівня гігієнічних навичок і звичок харчування у дітей дошкільного віку проводили за розробленою нами анкетною-опитувальником для дітей, які відвідують ДДНЗ Закарпатської області.

Проведено анкетування 22 батьків дітей з обмеженими можливостями та 10 педагогів, які працюють з даною категорією дітей.

Оцінку отриманих результатів проводили з використанням індексів рівня гігієнічних знань.

Спостереження стійкості гігієнічних навичок проведено протягом 9 місяців в двох групах дітей 5-річного віку до і після індивідуального навчання стандартним методом чистки зубів. Першу групу склали здорові діти, другу – діти з порушеннями ОРА. Всі діти-учасники навчалися в ДДНЗ Закарпатської області. Для дослідження використовувалися нові однакові дитячі мануальні зубні щітки. Процес чищення зубів записувався відеокамерою. При вивченні відеоматеріалу оцінювали захоплення ручки мануальної зубної щітки, типи рухів зубною щіткою при чищенні зубів, загальний час чищення зубів, час чищення окремих сегментів зубних рядів [3].

**Результати.** Аналіз результатів проведеного стоматологічного обстеження показав велику частоту порушень таких функцій щелепно-лицевої ділянки, як ковтання і мовна артикуляція у дітей з порушеннями ОРА в порівнянні зі здоровими дітьми. Крім того, у дітей з порушеннями ОРА частіше реєструвалися захворювання пародонту, некаріозні ураження твердих тканин зубів, адентії постійних зубів [4]. Поширеність карієсу зубів була висока і не відрізнялася в обох групах спостереження.

Інтенсивність карієсу зубів у дітей з порушеннями ОРА в порівнянні зі здоровими дітьми була вище, з максимальними значеннями у вікових періодах 3 і 6 років. У структурі вторинних адентій нижні перші постійні моляри займають перше місце, верхні перші постійні моляри – друге.

Висока поширеність гіпоплазії емалі у дітей-інвалідів була характерна для тимчасових і постійних зубів, що стало свідченням глибоких порушень метаболічних процесів в організмі плода та новонародженого.

Найбільш висока частота аномалій оклюзії зубних рядів виявлена в віці 5-6 років. У структурі патології найпоширенішою була дистальна оклюзія з переважанням у дітей з порушеннями ОРА. У дітей-інвалідів 3-6 років вертикальна різцева дизоклюзія була обумовлена інфантильним типом ковтання і шкідливою звичкою смоктання сосок.

Вивчення основних параметрів змішаної слини показало, що у 43% дітей з порушеннями ОРА була підвищена, у 30% нормальна швидкість слиновиділення, а гіперсекреція слини – у 47%. У дітей у віці 5-6 років швидкість слиновиділення в 2,5 рази перевищувала її у здорових дітей того ж віку. Однак поряд із значним збільшенням кількості змішаної слини у 75% дітей-інвалідів, в порівнянні зі здоровими дітьми (51%), виявлені низькі значення вмісту загального кальцію (0,8 ммоль/л) і вкрай низькі значення неорганічного фосфору в змішаній слині (0,6-0,8 ммоль/л).

Низькі значення макроелементного складу змішаної слини, критичний рівень кислотно-лужного стану порожнини рота (7,32 рН у дітей з порушеннями ОРА) свідчать про виражену рухливість і інтенсивність процесів демінералізації і ремінералізації в порожнині рота і відображають нестійкість гомеостазу твердих тканин зубів, більш зміщену в бік демінералізації [6].

Аналіз анкетних даних показав, що більшість дітей-інвалідів чистили зуби 1 раз в день, в той час як здорові діти – двічі в день. На питання про участь батьків у контролі за чищенням зубів діти обох груп відповіли негативно.

Знання батьків дітей-інвалідів по догляду за порожниною рота, про раціональність харчування були задовільними, однак 47% батьків не контролювали і не допомагали своїй дитині здійснювати догляд за порожниною рота.

Проведений аналіз стійкості мануальних навичок чищення зубів показав, що в процесі чистки зубів діти двох груп найбільш часто використовували косе, дистально косе і силове утримання ручки зубної щітки. Дані види утримання ручки зубної щітки пов'язані із недостатнім розвитком моторики пальців рук. Загальний час чищення зубів у дітей обох груп в усі періоди спостереження становило менше 1 хвилини.

Таким чином, отримані дані дозволили сформулювати основні принципи гігієнічного виховання дітей-інвалідів в організованих колективах.

**Висновки.** Стоматологічний статус дітей дошкільного віку з порушеннями опорно-рухового апарату, в порівнянні зі здоровими дітьми, характеризувався високою частотою порушень функцій ковтання і мовної артикуляції, захворювань пародонта, адентія постійних зубів, некаріозних уражень твердих тканин тимчасових і постійних зубів, а також більшою інтенсивністю розвитку карієсу.

Аналіз місцевих факторів ризику виникнення основних захворювань порожнини рота у дітей з порушеннями опорно-рухового апарату показав знижену структурно-функціональну резистентність емалі зубів, більш високі значення індексів гігієни, наявність змін складу і властивостей змішаної слини.

Гігієнічний стан порожнини рота у дітей з порушеннями опорно-рухового апарату залежить від обмеження рухової функції верхніх кінцівок, зниження швидкісних можливостей, пов'язаних з особливостями дрібної моторики кистей рук, швидкої втрати набутих мануальних навичок по догляду за порожниною рота та відсутності контролю і допомоги з боку батьків.

Встановлено низький рівень гігієнічних стоматологічних знань у дітей-інвалідів дошкільного віку. Оцінка рівня гігієнічних знань педагогів вище, ніж у батьків дітей-інвалідів. Педагоги, що працюють з дітьми з обмеженими можливостями, мають потребу в інформації з питань профілактики стоматологічних захворювань для викладання уроків гігієни.

#### Список використаної літератури

1. Аухадеев Э. И. Стратегия коррекции развития детей при различных формах детского церебрального паралича / Э. И. Аухадеев, Ш. С. Усманов // Проблемы реабилитации в детской неврологии. – М., 2000. – С. 10-11.
2. Бадалян Л. О. Детские церебральные параличи / Л. О. Бадалян, Л. Т. Журба, О. В. Тимонина. – М. : Медицина, 1988. – 329 с.
3. Бортфельд С. А. Двигательные нарушения и лечебная физкультура при детском церебральном параличе / С. А. Бортфельд, Л. : Медицина, 1971. – 247 с.
4. Захворювання пародонта : атлас / Н. Ф. Данилевский, Е. А. Магид, Н. А. Мухін, В. Ю. Мілікевич. – М. : Медицина, 1993. – 328 с.
5. Морозов В. И. Последствия перинатальных поражений нервной системы у детей / В. И. Морозов // Педиатрия. 1998. – № 1. – С.35-37
6. Вільям Ф.Ганонг Фізіологія людини: Львів 2002.

*Саксонов С.Г.*

## Моніторинг масштабів та динаміки інвалідності населення внаслідок очної патології як підґрунтя профілактичних програм

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, м. Київ, Україна

Досягнення цілей сталого розвитку будь-якого суспільства потребує обґрунтування та розробки політики, спрямованої на прогрес у різних секторах, включаючи такий важливий сектор як охорона здоров'я. На глобальному, регіональному та національному рівнях напрацьовано низку документів, які сприяють виробленню консолідованих рішень, планів дій, комплексних заходів щодо збереження і зміцнення здоров'я населення, попередження та мінімізацію наслідків негативних зрушень у здоров'ї населення.

Визначальним у даному контексті є документ ВООЗ «Здоров'я–2020: Основи Європейській політики в підтримку дій всієї держави і суспільства в інтересах здоров'я і благополуччя», який окреслює цілі, пріоритетні сфери та механізми досягнення здоров'я для всіх у XXI столітті [1]. В положеннях цього стратегічного документу наголошується на необхідності боротьби з неінфекційними захворюваннями, серед яких офтальмологічна патологія займає вагомe місце. Вона робить значний внесок у формування глобального тягаря нездоров'я, інвалідності, погіршення якості життя населення.

Стратегію і тактику досягнення офтальмологічного здоров'я населення викладено в документі ВООЗ «Загальний доступ до здоров'я очей: Глобальний план дій на 2014-2019 рр.», що має на меті скорочення масштабів порушень зору, які можна попередити [2]. Досягнення викладеної у Глобальному плані мети потребує моніторингу масштабів і причин порушень зору, їх негативних наслідків, аналізу діяльності офтальмологічних служб, розробки та реалізації комплексної