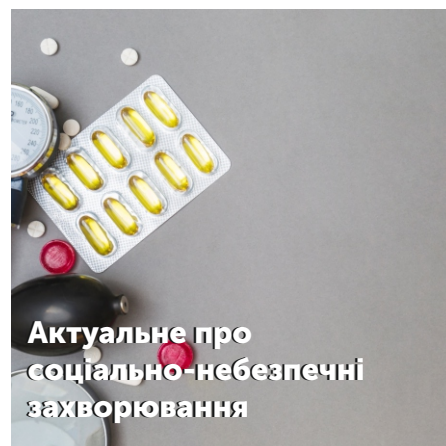




Сучасний стан
демографічної
ситуації

СУЧАСНИЙ СТАН ДЕМОГРАФІЧНОЇ СИТУАЦІЇ

Здоров'я населення є одним з найважливіших чинників економічного розвитку країни, передумовою соціального благополуччя та успішного функціонування держави. Здоров'я є не лише особистим надбанням людини, це – суспільне багатство, один з найважливіших показників добробуту народу, оскільки значною мірою впливає на процеси і результати економічного...



Актуальне про
соціально-небезпечні
захворювання

АКТУАЛЬНЕ ПРО СОЦІАЛЬНО-НЕБЕЗПЕЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Розвиток системи громадського здоров'я дав поштовх до розширення і удосконалення комплексу заходів щодо протидії таким соціально небезпечним захворюванням як туберкульоз та ВІЛ-інфекція/СНІД. В області, як і в Україні, триває епідемія: чутливого туберкульозу (виліковуються 70% хворих, лікування триває 6 місяців), хіміорезистентного...



Актуальні питання
інфекційного
контролю

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ІНФЕКЦІЙНОГО КОНТРОЛЮ (ІК)

Інфекційний контроль (далі – ІК) – це комплекс заходів спрямований на попередження виникнення та поширення інфекційних захворювань шляхом впливу на механізми передачі даної інфекції. Заходи ІК мінімізують ризики передачі інфекції та забезпечують максимально безпечні умови перебування пацієнтів...



Вивчення
ставлення населення
до тютюнокуріння

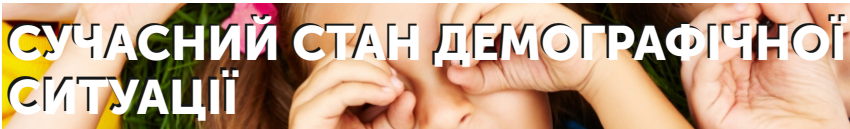
ВИВЧЕННЯ СТАВЛЕННЯ НАСЕЛЕННЯ ДО ТЮТЮНОКУРІННЯ

Вживання тютюну – одна з найсерйозніших небезпек для здоров'я, які коли-небудь виникали в світі. За даними ВООЗ щорічно глобальна тютюнова епідемія призводить майже до 6 мільйонів випадків смерті, з яких понад 5 мільйонів відбувається серед споживачів та колишніх споживачів тютюну і більше 600 тисяч – серед людей, що самі не курять, але підпадають під вплив вторинного тютюнового диму.



КЗ «ОБЛАСНИЙ ЦЕНТР ІНФОРМАЦІЙНО
АНАЛІТИЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ТА ПРОПАГАНДИ
ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ»
ЧЕРНІГІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ

Відповідальний за випуск: Тарасовський Володимир Олексійович



СУЧАСНИЙ СТАН ДЕМОГРАФІЧНОЇ СИТУАЦІЇ

Здоров'я населення - один з найважливіших чинників економічного розвитку країни, передумова соціального благополуччя та успішного функціонування держави.

Здоров'я - не лише особисте надбання людини, це – суспільне багатство, один з найважливіших показників добробуту народу, оскільки значною мірою впливає на процеси і результати економічного, соціального і культурного розвитку країни, демографічну ситуацію і стан національної безпеки. Здоров'я - важливий соціальний критерій ступеня розвитку і благополуччя суспільства. Для успішного вирішення питань у сучасному суспільстві важливе значення має визначення загальних закономірностей формування здоров'я, динаміки його основних показників – способу життя, впливу навколишнього середовища, спадковості, доступності і якості медичної допомоги.

Недоліки існуючої системи охорони здоров'я, кардинальні зміни у соціально-економічній сфері, несприятлива екологічна та критична демографічна ситуація, незадовільний стан здоров'я населення вимагають термінового вирішення актуальних проблем галузі, удосконалення організації і поліпшення її діяльності. Щорічне збільшення фінансування охорони здоров'я без запровадження інструментів підвищення ефективності використання ресурсів та мотивації медичних працівників до підвищення якості послуг, що надаються ними населенню, не дозволяє поліпшити якість медичного обслуговування.

З метою пошуку шляхів вирішення цих проблем першочерговим завданням є динамічний аналіз основних показників стану громадського здоров'я та особливостей функціонування галузі охорони здоров'я.

Через високий рівень постаріння населення депопуляція в Чернігівській області в найближчій перспективі триватиме навіть за умови підвищення народжуваності і зниження смертності. В області сформувалось замкнене коло – депопуляція викликає старіння населення, а старіння посилює депопуляцію, яке можна розірвати лише шляхом підвищення якості життя населення, що, у свою чергу, зумовить позитивні зміни у демографічній поведінці.

Найпотужнішим чинником постаріння населення була і залишається народжуваність: скорочення частки осіб молодших вікових груп структурно збільшує частку старших вікових контингентів – населення старіє. Роль смертності у процесах постаріння населення є неоднозначною. З одного боку, зниження смертності в молодших вікових групах призводить до збільшення їх питомої ваги. Зрозуміло, що це сприяє омолодженню населення. Зниження смертності старших вікових контингентів, вочевидь, означає посилення демографічного старіння.

Найбільших втрат внаслідок передчасної смертності зазнає чоловіче населення працездатного віку. Сучасний рівень смертності чоловіків працездатного віку у 4,2 разу перевищує смертність чоловіків країн ЄС. Внаслідок прискореного вимирання цього контингенту показники смертності чоловіків в сучасний період у 3–4 рази вищі, ніж у жінок. Нині стандартизований коефіцієнт смертності чоловіків у віці 15–29 років в 3,4 рази, віком 30–44 роки в 5,8 рази, віком 45–64 років в 4,1 рази вищий за відповідні показники для їх ровесників з країн ЄС. Серед українських жінок рівень смертності у працездатному віці майже утричі вище, ніж у ЄС. За поєднанням рівнів смертності у різних вікових групах на території України Чернігівську область слід віднести до територій з найвищим рівнем смертності у всіх вікових групах.

Сучасна структура причин смерті населення України поєднує у собі елементи традиційної і сучасної структур патологій, в яких високий рівень смертності від ендогенних захворювань (хвороб системи кровообігу і новоутворень) межує з не менш значущою смертністю від екзогенних причин (нещасних випадків, травм і отруєнь, інфекційних хвороб, захворювань органів дихання та органів травлення). В середньому до 85% усіх смертних випадків нині в Україні припадає на три основні класи причин смерті: хвороби системи кровообігу, зовнішні причини смерті і новоутворення. В області ці хвороби складають більш ніж 91% усіх смертних випадків: хвороби системи кровообігу 75,3% (13720 осіб), новоутворення 11,2% (2032 особи), зовнішні причини смерті 4,6% (846 осіб).

Чисельність населення Чернігівської області станом на 01.09.2018 року становить 1 003 313 осіб.

Процес відтворення населення вимагає рівноваги обох статей. Тому важливе значення має такий структурний фактор як чисельне співвідношення між чоловіками і жінками. В статевій структурі переважають жінки, питома вага яких становить 54,6% (чоловіки – 45,4%). Середній вік жінок 46,4 та 40,0 чоловіків. Все це обумовлює високий рівень загального демографічного навантаження, яке становить 695 осіб на 1000 населення працездатного віку (Україна 462).

Питома вага міського населення становить 64,3% (Україна – 68,9%), сільського – 35,7% (Україна – 31,1%).

За такої динаміки демографічних процесів за останні три роки чисельність населення області зменшилась на 35 тис. осіб і негативно позначилась на соціально-економічному становищі області.

У структурі причин смерті всього населення, розподіленого за критерієм працездатності (до працездатного, працездатного і після працездатного віку), формуються специфічні рівні причин смерті, властиві кожному з названих вікових контингентів у статевому розрізі.

Свої особливості має структура причин смерті дитячих контингентів, зокрема немовлят. Найбільш поширеними причинами малюкової смертності є стани, що виникають у перинатальному періоді, на вроджені вади розвитку припадає понад 74% від загальної кількості померлих дітей віком до 1 року.

Певною специфікою характеризується також структура причин смерті дітей віком 1–15 років. Юний організм ще не переобтяжений хронічними неінфекційними захворюваннями, тому основна частка у сукупності всіх померлих дітей належить екзогенній патології (зовнішніми причинами смерті, інфекційним та паразитарним захворюванням, хворобам органів дихання і травлення тощо).

Визначальними у структурі причин смерті населення, зважаючи на сукупність померлих і обсяги людських втрат внаслідок інтенсивного вимирання, є показники причин смерті населення працездатного і після працездатного віку.

В структурі причин смерті чоловіків працездатного віку провідну роль відіграють хвороби системи кровообігу, а жінок – новоутворення.

Характерною рисою причин смерті населення працездатного віку є провідна роль серцево-судинних захворювань. Внаслідок хвороб системи кровообігу Україна щодня втрачає понад 220 людських життів в інтервалі працездатного віку. В області в загальній структурі смертності щорічно ці хвороби становлять близько 86%.

Рівень та динаміка показників смертності від основних хвороб системи кровообігу як в області, так і в Україні значно відрізняються від таких у розвинутих країнах світу. Особливо помітні відмінності у показниках смертності від ішемічної хвороби серця: сучасний рівень смертності українських чоловіків майже утричі перевищує відповідний показник смертності у розвинутих країнах; смертність внаслідок цереброваскулярних захворювань не має значних відмінностей. Показники смертності українських жінок працездатного віку від ішемічної хвороби серця несуттєво перевищували рівень смертності від цієї патології даного контингенту у розвинутих країнах світу.

Наступний за значущістю клас причин смерті – новоутворення. Щорічно новоутворення спричиняють 15–17% усіх смертей осіб працездатного віку. Рівень онкологічної смертності у чоловічого населення працездатного віку перевищує такий у розвинутих країнах на 40%, а жіночого – на 20%. Головне місце серед локалізації раку в чоловіків посідають новоутворення трахеї, бронхів і легенів (20%) і меншою мірою – шлунку, кишечнику, прямої кишки (12%). У структурі смертності жінок першість належить новоутворенням молочної залози (16%) та жіночих статевих органів (5%).

Наступний за значущістю клас причин смерті – зовнішні причини. Нині внаслідок різного роду нещасних випадків, травм та отруєнь гине понад 60 тис. осіб, до 70% з яких перебуває у працездатному віці. Характерною рисою смертності від зовнішніх причин є вражаюча статева диференціація, яка полягає у значному перевищенні показників смертності чоловіків над відповідними показниками жінок. Якщо чоловіча смертність від усіх причин у віці 16–59 років майже утричі перевищує жіночу, то від зовнішніх причин смерті – у 5 разів.

У структурі причин смерті населення після працездатного віку за класами провідними



є хвороби системи кровообігу, новоутворення, хвороби органів дихання, інфекційні та паразитарні хвороби (майже 80% від загальної кількості померлих у віці, старшому за 60 років), хвороби органів травлення. Загалом, як свідчить аналіз динамічних і структурних змін нозологічного та вікового профілів смертності, ситуація в цій сфері залишається вкрай складною і неблагополучною.

Смертність і тривалість життя в області обумовлені низкою чинників, вирішальними серед яких є рівень екологічного неблагополуччя, стан самозбережувальної поведінки людей і вплив стресових факторів. Територіальна диференціація смертності визначається переважно смертністю у тих самих вікових групах (від 20 до 65 років), які зробили основний внесок у зниження тривалості життя всього населення країни.



Розвиток системи громадського здоров'я дав поштовх до розширення і удосконалення комплексу заходів щодо протидії таким соціально небезпечним захворюванням, як туберкульоз та ВІЛ-інфекція/СНІД.

В області, як і в Україні, триває епідемія: чуливого туберкульозу (виліковуються 70% хворих, лікування триває 6 місяців), хіміорезистентного (виліковуються близько 40% хворих, лікування довготривале 20 місяців і вартісне) і з поєднаною патологією ТБ/ВІЛ (виліковується ТБ у 60% хворих, ХР ТБ у 30% при одночасному прийомі ПТП та препаратів АРТ).

Стаціонарним лікуванням у 2018 році охоплено 90% хворих на туберкульоз, а 10% - лікуються лише амбулаторно. Після завершення лікування в стаціонарі (середній термін перебування ТБ – 3 місяці, ХР ТБ – 6 місяців), хворі продовжують отримувати протитуберкульозні препарати амбулаторно.

Забезпечення ефективного лікування хворих, як в стаціонарі, так і на амбулаторному етапі,

є одним з ключових заходів для контролю за ту беркульозом. На стаціонарному етапі показник успішного лікування становить 85% для чутливого і 72% для хіміорезистентного туберкульозу. Після завершення амбулаторного етапу показник успішного лікування чутливого туберкульозу становить 71%, а хіміорезистентного туберкульозу – 36%. Тобто, слабкою ланкою у процесі лікування є контроль за прийомом ліків на амбулаторному етапі. Тому, в області активно впроваджуються сучасні пацієнт–орієнтовані моделі амбулаторного лікування: лікування у ДОТ-кабінетах ЦРЛ, ЧОПТД (253 особи), у т.ч. із оплатою проїзду (12 осіб), використанням скайп-зв'язку (20 осіб), лікування у тимчасових ДОТ-кабінетах на базі закладів ЦПМСД (189); соціальний супровід БО «Чернігівська МЕРЕЖА» (419). Як свідчить практика, найвища ефективність тієї моделі лікування, де послуга найбільш наближена до пацієнта.

Ситуація з ВІЛ-інфекції/СНІДу в світі характеризується як пандемія, що має катастрофічні демографічні наслідки для багатьох країн. Сьогодні головними проблемами у сфері ВІЛ є недостатні обсяги тестування на ВІЛ та ухилення пацієнтів з позитивним результатом від медичного нагляду, відповідно - і від специфічного лікування.

В області забезпечений широкий доступ населення до безоплатного тестування на ВІЛ-інфекцію. Протягом 2018 року в медичних закладах області та громадських організаціях, що працюють в сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, обстежено на ВІЛ 57 607 осіб, що становить 6% від населення області, з них більше 6 тис. обстежені швидкими тестами. З груп ризику обстежено 12 749 осіб, що становить 22% від всіх обстежених. При проведенні обстежень на ВІЛ виявлено 506 позитивних результатів. Рівень інфікованості населення становить 0,9%.

Також забезпечений доступ ВІЛ-інфікованих дорослих та дітей до проведення антиретровірусної терапії. У 2018 році проведена велика робота по децентралізації медичної допомоги та наближення її до місця проживання ВІЛ-інфікованих. Протягом 2018 року відкрито 17 сайтів АРТ. На даний час у всіх районах області функціонують сайти АРТ. Антиретровірусну терапію отримує 2773 особи, з них 438 на сайтах АРТ. Протягом 2018 року підготовлено та взято на АРТ 340 осіб.

З кількості осіб, які вперше були зареєстровані та взяті під медичний нагляд АРТ, охоплено 86%, з них протягом перших двох тижнів з моменту реєстрації 87%, від 2 тижнів до місяця – 5%, від 1 до 6 місяців – 8%.

Згідно з Новою Стратегією боротьби зі СНІДом, мета якої «90-90-90», близько 90% всіх інфікованих повинні пройти ретельне обстеження стану здоров'я і отримати необхідну інформацію про хворобу. З них 90% інфікованих повинні отримати антиретровірусну терапію, яка стримує поширення вірусу імунодефіциту в організмі і підвищує тривалість життя. Згодом у 90% пацієнтів вірус має настільки ослабнути, що їхня імунна система буде здатною сама чинити йому опір.

Важливою складовою у комплексі заходів протидії ТБ і ВІЛ-інфекції/СНІДу є робота по про веденню моніторингу і оцінці ефективності проведених заходів. Питанням розбудови системи моніторингу у сфері ТБ, ВІЛ приділяється значна увага. Початком відліку існування в області системи моніторингу у сфері ТБ, ВІЛ було створення відділу моніторингу і оцінки виконання Програмних заходів (далі МіО) з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу у КЗ «Обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом» за погодженням МОЗ України наказом УОЗ ОДА від 31.12.2009 року №342 у складі закладу окремо від організаційно-методичного відділу. Відділ містить 5 посад: зав. відділом, лікар, економіст, соціальний працівник, оператор комп'ютерного набору.

На виконання наказу МОЗ України від 15.05.2014 року №326 «Про відділ моніторингу і оцінки заходів протидії захворюванню на туберкульоз у протитуберкульозних закладах» у КЛПЗ «Чернігівський обласний протитуберкульозний диспансер» наказом від 23.12.2014 року №117-О було створено відділ моніторингу і оцінки заходів протидії захворюванню на туберкульоз. Відділ складається з кабінетів: медичної статистики; програмного моніторингу; обробки інформації та забезпечення функціонування електронного Реєстру ТБ.

На фоні триєдиної епідемії туберкульозу, ВІЛ-інфекції та поєднаної патології ТБ/ВІЛ наказом УОЗ Чернігівської ОДА від 08.07.2015 року №153 започатковано діяльність Робочої групи з оптимізації виконання програм протидії ТБ та ВІЛ/СНІДу в умовах реформування системи

охорони здоров'я та забезпечення безперервності надання допомоги. Мета діяльності робочої групи – покращення взаємодії ТБ та ВІЛ служб у прийнятті адекватних управлінських рішень щодо епідемії ТБ, ВІЛ та ТБ/ВІЛ безпосередньо в районах і містах області.

Наступним кроком у розбудові системи МіО – створення наказом УОЗ ОДА від 05.02.2016 року №35 об'єднаного відділу МіО ТБ, ВІЛ. Затверджено положення, проводилися засідання об'єднаного відділу МіО з протидії ТБ, ВІЛ: 2016 рік – 3; 2017 рік – 4; 2018 рік – 3.

Після реалізації Рішення 10 сесії сьомого скликання Чернігівської обласної ради від 22 серпня 2017 року «Про реорганізацію ОЦПБ зі СНІДом, Бахмацької ПТЛ, Ніжинського та Прилуцького ПТД, обласного дитячого протитуберкульозного санаторію «Зелений гай» шляхом приєднання до Чернігівського обласного протитуберкульозного диспансеру» з 01.10.2018 року розпочав діяльність новостворений відділ МіО ТБ/ВІЛ.

Робота відділу МіО по ефективному функціонуванню системи моніторингу та оцінки програмних заходів протидії ТБ, ВІЛ в області проводиться згідно Плану розвитку регіональної системи МіО, який щорічно затверджується на засіданні Обласної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу при Чернігівській ОДА. Забезпечено щоквартальний моніторинг стану його виконання.



Інфекційний контроль (далі – ІК) – це комплекс заходів, спрямований на попередження виникнення та поширення інфекційних захворювань шляхом впливу на механізми передачі даної інфекції. Заходи ІК мінімізують ризики передачі інфекції та створюють максимально безпечні умови перебування пацієнтів, відвідувачів та персоналу в закладах охорони здоров'я, мають вирішальне значення в отриманні успіхів від лікування, а також є одним із показників якості медичної допомоги. Оскільки епідемічне значення має повітряний шлях передачі інфекції, заходи ІК за ТБ повинні спря

мовуватися на зменшення викиду інфекційного аерозолю, зниження його концентрації в повітрі закритих приміщень і ризику проникнення в дихальні шляхи людини.

Об'єктом інфекційного контролю є:
-Нозокоміальна/внутрішньолікарняна інфекція або інфекція пов'язана з наданням медичної допомоги (надалі ІПНМД). Це захворювання інфекційного походження, що виникає у хворого під час його лікування або обстеження в лікарняному/соціальному закладі, або після виписки з нього.

-ВЛІ виникають у пацієнтів, в яких вони були відсутні на момент візиту у лікувальний заклад – після відвідування лікарень або проведення специфічних медичних маніпуляцій вдома (внутрішньовенна терапія, сестринський догляд, катетеризація, тощо), протягом 48 годин після госпіталізації/маніпуляції/відвідування лікарні, а також протягом 30 днів після операції чи процедури гемодіалізу та протягом 90 діб після перебування в будинку для пристарілих чи закладах тривалого перебування, за умови, що на момент початку лікування пацієнт не знаходиться в інкубаційному періоді іншого інфекційного захворювання.

За даними МОЗ України, статистичної форми №2 по Чернігівській області проблеми нозокоміальної інфекції в нашій державі та регіоні фактично не існує, а зареєстровані випадки скоріше виняток.

Кількість випадків ВЛІ в лікувально-профілактичних закладах області за останні 5 років становить від 3 до 20 випадків, що, виходячи з загальної кількості пацієнтів та проведених втручань та маніпуляцій майже у 50 разів нижче, ніж аналогічні показники у країнах ЄС.

ВЛІ є важливою причиною захворюваності та смертності. Приблизно 1 з кожних 20 стаціонарних пацієнтів має інфекцію, пов'язану з лікувальною допомогою. Ці інфекції коштують системі охорони здоров'я та гаманцю пацієнтів мільйони гривень.

Комісія з Інфекційного Контролю.
В усіх медичних та протитуберкульозних закладах області визначена структура управління заходами інфекційного контролю – створені Комісії з інфекційного контролю (КІК). Водночас рішення комісій мають достатньо формальний

характер, однією з причин є велика кількість учасників (в середньому налічує близько 15 членів), відсутність повноважень та офіційно затверджених функціональних обов'язків з інфекційного контролю у членів комісій, що призводить до не ефективної роботи по напрямку інфекційного контролю.

План Інфекційного Контролю.
Відповідно до оцінки планів з інфекційного контролю за ТБ, їх виконання, аналіз правильності розрахунку необхідного бюджету на заходи з ІК та реальні обсяги їх фінансування. Кожний заклад має план реалізації заходів інфекційного контролю, але виявлено, що даний план зазвичай носить формальний характер, а розрахунок фінансування здійснюється не в повному обсязі в багатьох областях.

Зонування приміщень.
На планах закладів розподіл всіх відділень відповідно до ступеня ризику інфікування позначений кольорами (червоний, жовтий, зелений). Проте, як показали результати моніторингових візитів, дуже рідко такий поділ відповідає реальності. Не вдається організувати дотримання вимог до зон середнього та низького ризику через непристосовану конструкцію будівель протитуберкульозних закладів, недостатність повітряних шлюзів, механічної вентиляції та інших адміністративних заходів. Тому насправді є лише одна зона - високого ризику інфікування на ТБ.

Розподіл потоків.
У всіх ПТЗ має здійснюватися розподіл потоків хворих за результатами мікроскопії мазка мокротиння на КСБ та даними чутливості до протитуберкульозних препаратів. Але під час візитів впродовж звітнього періоду жоден із закладів не мав ефективного розподілу потоків хворих в стаціонарі.

Організація кімнати збору мокротиння.
Виявлено, що під час організації збору мокротиння у лікувально-профілактичних закладах перевага надається збору поза приміщеннями, на відкритих майданчиках у відповідності до вимог Стандарту щодо майданчиків для збору мокротиння. Поряд з цим, у незначній кількості закладів, виділені кімнати для збору мокротиння. Більшість цих кімнат не відповідають вимогам Стандарту в частині обладнання та контролю за ефективністю роботи локальних вентиляційних

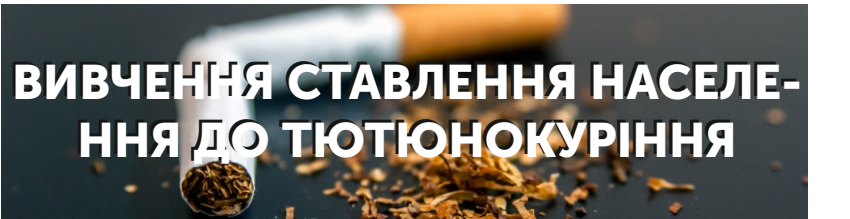
установок та фактично є зоною високого ризику, де не діють засоби контролю за станом повітря.
Навчання персоналу.
Питання підвищення рівня знань з інфекційного контролю перебуває на низькому рівні. В багатьох закладах наявні графіки навчання персоналу, але проведення занять в більшості випадків не здійснюється, або носить формальний характер.

Інженерний компонент (контроль за станом повітря закритих приміщень)
У протитуберкульозних закладах для видалення інфекційного аерозолю із зон високого та середнього ризику зазвичай використовується локальна вентиляція (рентген-кабінет, кабінет ендоскопії, кімната для збору мокротиння, шафи біологічної безпеки, лабораторії). Вентиляція загального типу встановлена в усіх протитуберкульозних закладах, але знаходиться в неробочому стані або працює не ефективно, вмикається лише періодично, не обслуговується, або не вистачає коштів на електроенергію для забезпечення цілодобового режиму роботи. Як правило, моніторинг роботи вентиляційних систем з боку відповідальних осіб протитуберкульозних закладів відсутній через брак необхідного устаткування в закладі, або через брак коштів для укладання договорів із спеціалізованими організаціями, які можуть здійснити оцінку ефективності роботи вентиляційних систем.
Індивідуальний компонент (захист органів дихання)

Для забезпечення індивідуального захисту органів дихання медичні працівники повинні використовувати респіратори в зонах високого та середнього ризику інфікування на туберкульоз та під час проведення аерозоль-генеруючих процедур. За звітними даними забезпеченість респіраторами в області – 68,8% із розрахунку – 1 респіратор орієнтовно на 8 годин роботи в зонах ризику. Охоплення медпрацівників тестуванням на щільність прилягання респіратора здійснюється лише в обласному протитуберкульозному диспансері.

Висновки з питань організації інфекційного контролю.
Медичні заклади області не відповідають необхідним критеріям інфекційного контролю. Спостерігається низька якість організаційних та управлінських заходів щодо інфекційного контролю в регіонах, таких як планування заходів з

ІК, розрахунки фінансового забезпечення та своєчасна їх подача розпоряднику коштів, розподіл потоків хворих та проведення оптимізації ліжок. Не досягнуто рівня, встановленого Стандартом з ІК, щодо заходів індивідуального захисту органів дихання та роботи з бактерицидними лампами. Відсутність якісної оцінки ефективності роботи бактерицидних ламп та вентиляційних систем, а також коштів для енергозабезпечення механічної вентиляції. Відсоток працівників, що пройшли ФІТ-тест є основною причиною зниження ефективності заходів контролю за станом повітря у закритих приміщеннях. Розпорядники коштів (структурні підрозділи з питань охорони здоров'я обласних не забезпечують запланованого рівня виділення коштів відповідно до потреби для реалізації заходів інфекційного контролю (у районах забезпеченість медпрацівників респіраторами не досягає 70%). Не завершена у ряді закладів розробка СОПів, що також відноситься до недоліків реалізації адміністративних заходів. Наявність захворюваності медичних працівників свідчить про порушення вимог інфекційного контролю.



Вживання тютюну – одна з найсерйозніших небезпек для здоров'я, які коли-небудь виникали в світі. За даними ВООЗ, щорічно глобальна тютюнова епідемія призводить майже до 6 мільйонів випадків смерті, з яких понад 5 мільйонів відбувається серед споживачів та колишніх споживачів тютюну і більше 600 тисяч – серед людей, що самі не курять, але підпадають під вплив вторинного тютюнового диму. Кожні 6 секунд через вживання тютюну помирає одна людина, тобто фіксується кожен десятий випадок смерті серед дорослих людей. Майже 80% з більш ніж одного мільярда курців в світі живе в країнах з низьким і середнім рівнем доходу, на які припадає найважчий тягар пов'язаних з тютюном хвороб і смертності. В Україні тютюнокуріння призводить до смерті 110-120 тисяч людей щороку.

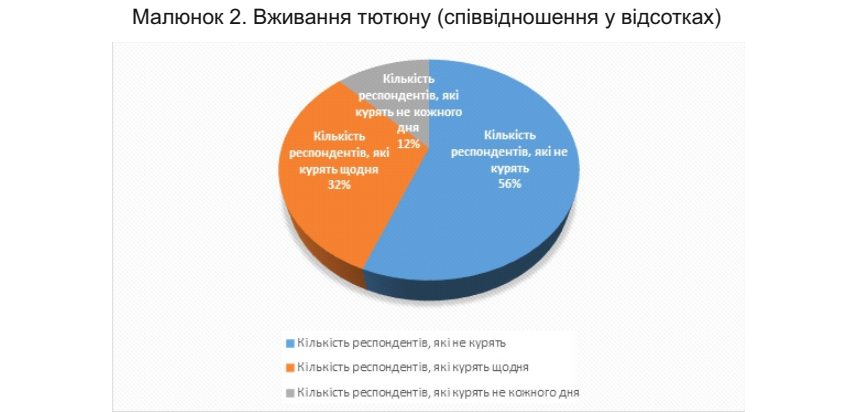
З метою вивчення рівня поширеності куріння серед населення, визначення ставлення до куріння, потреб для обґрунтування заходів щодо його скорочення і підвищення освіченості з питань тютюнокуріння обласним центром інформаційно-аналітичних технологій та пропаганди здорового способу життя проведено опитування жителів області. В анкетуванні взяли участь 425 осіб, з них 52,2% чоловіків та 47,8% жінок з Куликівського (86 осіб), Ічнянського (159 осіб), Н.-Сіверського (110 осіб), Менського районів (41 особа) та м. Чернігова (29 осіб).

Середній вік респондентів 39 років. Наймолodший респондент – 15 років, найстарший – 80 років.

Серед осіб, що взяли участь в опитуванні, 16,0% мають базову середню освіту, 19,1% – по вну загальну середню освіту, 37,2% – середню спеціальну та 27,7% – вищу освіту.

По сфері зайнятості особи, що взяли участь у анкетуванні, розподілились наступним чином: працівники бюджетних установ та держслужбовці – 36,5%, зайняті в приватному секторі – 17,9%, пенсіонери – 11,1%, безробітні – 10,6%, зайняті домашнім господарством – 10,1%, студенти/учні – 8,2%, підприємці – 5,6%.

Аналізуючи відповіді, встановлено, що 44% респондентів – теперішні споживачі тютюнових виробів. Переважну частку курців становлять чоловіки – 82%.



Індивідуальне опитування показало – щодня курять 31,8% респондентів, з них 88% чоловіків та 12% жінок. Не кожного дня вживають тютюнові вироби 12,2% опитаних осіб, з них 65% чоловіків та 35% жінок.



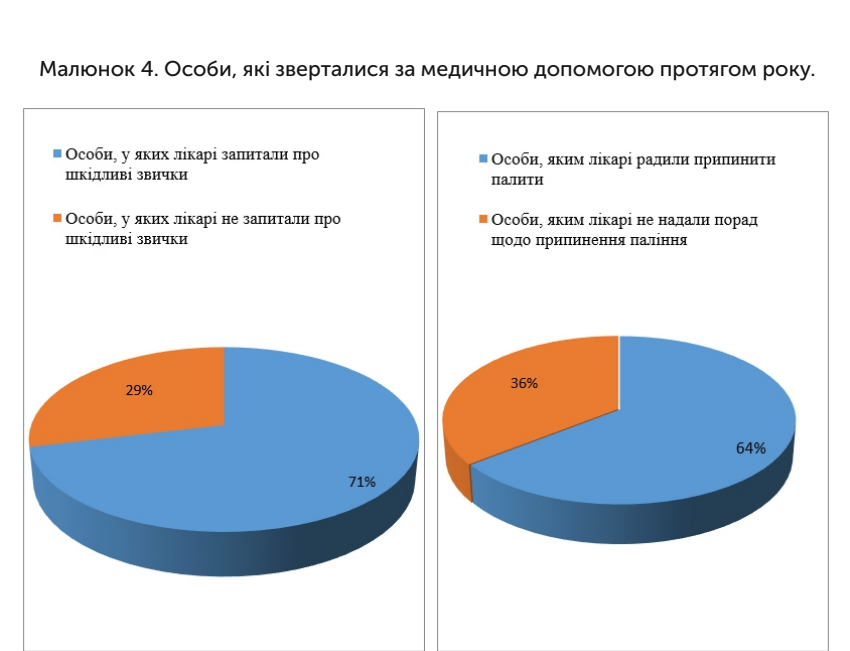
В минулому палили 51,1% респондентів, зовсім не курили 48,9% осіб. При опитуванні виявлено, що більша частина респондентів почала курити у віці 18-20 років. Кількість цигарок, що викурюють опитувані, коливається від 5-10 до 30 на добу та у більшості випадків в середньому становить 15 штук на добу.

Нинішнього року 84 особи (43,3% теперішніх курців) планували або думали про те, щоб припинити курити. Для цього зверталися за консультацією до лікаря 34,0% опитаних, використовували нікотину заміщувальну терапію 38,3% респондентів, 27,7% – використовували інші методи.

Протягом останніх 12 місяців за допомогою до лікарів зверталися 34,4% анкетованих осіб. Під час візиту у 71,2% випадків медики запитували про те, чи курять респонденти.

Оскільки майже третина хворих, що курять, відвідують лікарів протягом року, то медичні працівники мають практичну можливість надавати поради щодо припинення куріння. При анкетуванні 64,4% пацієнтів зазначили, що такі поради отримують.

Респонденти зазначили, якщо ціна на тютюнові вироби істотно зросте, то почнуть палити дешевші вироби – 38 (20,3%) осіб; почнуть курити менше – 57 (30,5%) осіб; припинять курити – 51 (27,3%) особа; ніколи не припинять палити 41 (21,9%) особа.



За результатами опитування найближчим часом 22,5% споживачів тютюнових виробів хотіли б припинити куріння, в майбутньому – 51,9%. Отже, медичним працівникам слід постійно запитувати пацієнтів про куріння, налаштовувати їх на позбавлення цієї звички та надавати необхідну допомогу в позбавленні куріння. Консультування та медикаменти здатні більш ніж подвоїти ймовірність того, що спроби курця кинути курити увінчаються успіхом.

Проведене дослідження продемонструвало, що далеко не всі люди розуміють небезпеку для здоров'я, пов'язану з вживанням тютюну. Так про те, що куріння призводить до розвитку інсульту, знають 67,3% респондентів, інфаркту – 57,4%, раку легенів – 80,7%, раку сечового міхура – 28,9%, бронхіту – 50,6%, імпотенції – 44,0%, захворювань шлунку – 47,1%.

Переважна більшість респондентів (88,7%) вважають, що вдихання вторинного тютюнового диму шкідливе для здоров'я, в той же час 4,2% опитаних відповіли, що воно не впливає на здоров'я, а 7,1% – не змогли відповісти на запитання.

89,2% осіб, які прийняли участь в анкетуванні вважають, що достатньо проінформовані щодо впливу тютюну на органи людини, недостатньо – 6,8% та погано – 4,0%.

Проведене дослідження виявило, що більшість опитаного населення вважають необхідним отримання знань з надання допомоги пацієнтам у відмові від куріння.

Щодо профілактичної інформації, респонденти хотіли би отримувати її з спеціальних передач по телебаченню – 62,8%, з інтернету – 44,5%, з публікацій в пресі – 28,9%, на лекціях медичних працівників – 30,8%, бесідах педагогів – 19,1%, тематичних вечорах – 16,5%, з буклетів, брошур, пам'яток – 19,8%.

Куріння – один з провідних чинників ризику для громадського здоров'я і значно поширене серед населення. Згідно з Міжнародної статистичної класифікації хвороб та проблем, пов'язаних зі здоров'ям (МКХ-10) куріння класифікується як захворювання з категорії токсична дія інших та не уточнених речовин (Т65), тютюну та нікотину (Т.65.2). Саме тому нікотинова залежність необхідно розглядати як патологічний стан, що вимагає діагностики та відповідного лікування.

У рекомендаціях ВООЗ підкреслюється:

- Кожен медичний працівник несе відповідальність у боротьбі з епідемією куріння.
- Існують методи, що дозволяють медичним працівникам амбулаторних закладів надавати допомогу пацієнтам у припиненні куріння.
- Припинення куріння – не тільки профілактика захворювань, його необхідно розглядати як одне з призначень пацієнту при лікуванні різних захворювань і реабілітації.
- Медичні працівники повинні бути прикладом для пацієнтів у відмові від куріння.

Під час прийому хворого лікаря необхідно виявляти осіб, що курять та слід проводити опитування кожного пацієнта про шкідливі звички. Кожному курцеві лікар має надавати обґрунтовані рекомендації кинути курити; за бажанням відвідувача, допомагати йому із застосуванням медичних та психологічних засобів на період стримування від тютюнокуріння; проводити подальші консультації.

Припинення куріння – не тільки профілактичне питання, це одне з призначень лікаря пацієнту при лікуванні захворювань та реабілітації. Важливим у роботі з курцем є партнерський підхід, коли лікар не примушує пацієнта кинути курити, а шляхом переконання формує у пацієнта усвідомлене рішення.

ВСЕСВІТНІЙ ДЕНЬ БОРОТЬБИ ПРОТИ РАКУ

4 ЛЮТОГО



За даними ВООЗ, щорічно у світі діагностується близько 14 млн випадків раку і до 2030 року цей показник може вирости до 21 млн. У 2018 році від цього захворювання померли 9,6 млн чоловік.

Злоякісні новоутворення є другою з основних причин летальності у світі та практично кожної шостої смерті. Більше третини випадків раку можна уникнути завдяки профілактиці. Крім того, тягар раку можна зменшити шляхом його раннього виявлення та ведення пацієнтів, у яких розвиваються онкологічні захворювання. На Чернігівщині щороку діагностується близько 4000 пацієнтів, що захворіли на рак вперше.

Якщо говорити про локалізацію онкозахворювань, то у жінок на першому місці – рак молочної залози, на другому – рак кишківника, на третьому – рак шкіри, четверте місце посідає рак шлунку. У чоловіків лідером є рак легенів, потім рак кишківника, міхурової залози та шкіри. На жаль, хвороба не оминає і дітей – щорічно такий невтішний діагноз вперше встановлюється понад 25 хлопчикам та дівчаткам області.

Приблизно в третині випадків захворюваність на рак обумовлена п'ятьма основними факторами ризику, пов'язаними з поведінкою та раціоном харчування. Це високий індекс маси тіла, нездорове харчування, низький рівень споживання фруктів та овочів, відсутність фізичної активності, вживання тютюну та алкоголю.

Рак виникає в результаті перетворення нормальних клітин в пухлинні клітини в ході багатоетапного процесу, під час якого передракові ураження переходять в злоякісну пухлину. Ці зміни відбуваються в результаті взаємодії між генетичними факторами людини і трьома категоріями зовнішніх факторів, що включають:

-фізичні канцерогени, такі як ультрафіолетове та іонізуюче випромінювання;

-хімічні канцерогени, такі як азбест, компоненти тютюнового диму, афлатоксини (забруднювачі харчових продуктів) та миш'як (забруднювач питної води);

-біологічні канцерогени, такі як інфекції, викликані деякими вірусами, бактеріями або паразитами.

ПРИСЛУХАЙТЕСЯ ДО СВОГО ОРГАНІЗМУ І НЕ ІГНОРУЙТЕ ЙОГО СИГНАЛИ!



4ЛЮТОГО

Ключовий момент в успішному лікуванні раку – своєчасна діагностика. Раннє виявлення будь-якого онкологічного захворювання дуже важливе, тому що через стрімке метастазування при несвоєчасному діагностуванні пухлини подолати хворобу вкрай важко, а подекуди і неможливо. Ще до появи таких симптомів, як біль або слабкість, наявність пухлини можна виявити за специфічними маркерами в крові або за допомогою УЗД та МРТ. Біопсія тканин пухлини дозволить дізнатися, доброякісна вона чи злоякісна, і продумати лікування. При ранній діагностиці та відповідному лікуванні існує висока вірогідність успішного лікування багатьох видів раку.

Існує велика кількість видів ракових хвороб. При цьому виникнення різних пухлин може супроводжуватися відмінними один від одного симптомами. Але є спільні першочергові ознаки, на які важливо звернути увагу, так як своєчасна діагностика може врятувати життя. Наступні симптоми можуть сигналізувати про розвиток злоякісної пухлини в організмі і при їх наявності необхідно обов'язково звернутися до лікаря для подальшого обстеження:

-втрата ваги без дієт або фізичного навантаження. Якщо зменшення обсягів тіла складно пояснити –**однозначно** потрібно звертатися до фахівця. З даним симптомом злоякісна пухлина може ховатися в підшлунковій залозі, стравоході, в шлунку або в легенях; **-нічим не обґрунтований постійно локалізований біль**. Один з яскравих прикладів – біль в грудях. Жінка ні в якому разі не повинна терпіти такий біль або заглушати його знеболюючими. Слід негайно звернутися до лікаря; **-поява припухлостей або деформацій молочних залоз чи інших частин тіла** можуть сигналізувати про початок хвороби; **-підвищена температура тіла**. Пухлина послаблює організм, а імунна система реагує на це зміною температури тіла, посилаючи сигнал «у нас проблема!». Даний показник зазвичай зберігається в межах 37-37,2 градуса; **-відчуття тяжкості в певній частині тіла**, як ніби на тобі висить важка ноша, може бути явною ознакою розвитку ракової пухлини; **-збої в роботі шлунково-кишкового тракту та сечового міхура**, тривалі запори, нетипова форма калу, виділення крові з сечею або випорожненнями кишківника та незвичайні виділення або нерегулярні кровотечі у жінок є приводом пройти медичне обстеження; **-тривалий кашель без видимої на то причини** або при палінні може говорити про рак горла, гортані, трахеї чи легенів; **-рак шкіри** характеризується зовнішніми ознаками: від зміни кольору і форми родимки, до появи плям. Рани, що довго не загоюються або свищі також є приводом звернутися до лікаря.