

Стан нормативно-правового забезпечення на рівні первинної медичної допомоги у Збройних Силах України

О.О. Микита, Д.В. Ковида, К.С. Гутченко, С.О. Моргун, Д.В. Сокирко

Українська військово-медична академія, м. Київ

Відповідно до Указу Президента України № 771/2012 від 29 грудня 2012 року «Про рішення Ради національної безпеки і оборони України «Про Стратегічний оборонний бюлетень України», удосконалення медичного забезпечення Збройних Сил України здійснюватиметься шляхом проведення організаційно-структурних перетворень у медичній службі з метою пріоритетного розвитку військової медицини, поліпшення медичного забезпечення безпосередньо на рівні первинної медичної допомоги з урахуванням інтеграції системи медичного забезпечення у загальнодержавну систему охорони здоров'я.

Метою роботи було дослідження стану нормативно-правової бази Збройних Сил України щодо надання первинної медичної допомоги.

Матеріалами дослідження слугувала існуюча нормативно-правова база МО України.

На сьогодні на військово-медичну службу покладені завдання щодо медичного забезпечення не лише військовослужбовців, а й членів їхніх сімей, ветеранів військової служби, працівників Збройних Сил України, загальною чисельністю яких у багато разів перевищує чисельність військовослужбовців Збройних Сил України. Це несе значне навантаження на медичних працівників первинної ланки Збройних Сил України, не враховуючи специфіку роботи

військових медиків. Тому сьогодні система медичного забезпечення Збройних Сил України перебуває на рівні з'єднання, військової частини не спроможна повною мірою виконати покладені на неї завдання.

Провівши аналітичний огляд існуючої нормативно-правової бази щодо медичного забезпечення Збройних Сил України на рівні первинної медичної допомоги було виявлено відсутність адаптованих стандартів, а також відомчих клінічних протоколів.

Проте відповідно до статті 14 Основ законодавства України про охорону здоров'я від 19 листопада 1992 року (зі змінами), додержання стандартів медичної допомоги (медичних стандартів), клінічних протоколів, табелів матеріально-технічного оснащення є обов'язковим для всіх закладів охорони здоров'я.

Тому в рамках Указу Президента України № 771/2012 від 29 грудня 2012 року «Про рішення Ради національної безпеки і оборони України «Про Стратегічний оборонний бюлетень України» та підвищення якості медичної допомоги потрібно впроваджувати стандарти надання первинної медичної допомоги на відповідному рівні шляхом внесення змін в нормативно-правові документи медичної служби Збройних Сил України.

Стан перекисного окиснення білків та ліпідів при недиференційованій дисплазії сполучної тканини у дітей

Т.В. Починок¹, Т.В. Веселова²

¹Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

²Національна академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

Дослідженнями, проведеними раніше, було доведено, що у дітей при недиференційованій дисплазії сполучної тканини (НДСТ) відбувається оксидативний стрес, в умовах якого при взаємодії NO та супероксиданіону надмірно синтезується пероксинітрит, при нерадикальному розпаді останнього утворюється нітрат азоту (NO_3^-), а при радикальному – генерується ОН-радикал, який, як відомо, є активатором аргінази. Причому було встановлено, що при НДСТ у дітей виявляються позитивні кореляційні зв'язки між рівнем оксипроліну у добовій сечі (маркер метаболізму сполучної тканини) та NO_3^- : $r = + 0,79$.

Слід зазначити, що окисний стрес призводить до підвищення синтезу попередників колагену та до обмеження утворення оксиду азоту ендотеліальною NO синтазою (eNOS) внаслідок конкуренції eNOS та аргінази за спільний субстрат – L-аргінін. Наявність такої конкуренції обмежує доступність оксиду азоту з розвитком ендотеліальної дисфункції та підтримує прозапальні, протромботичні, проліферативні та вазоконстрикторні процеси в організмі дітей з НДСТ. Активация ПОЛ можлива при стійкому порушенні фізіологічної рівноваги між анти- та прооксидантними процесами в бік останніх, що супроводжує ушкодження клітин організму. Для нейтралізації АФК в клітині є система антиоксидантного захисту (АОСЗ), яка поєднує декілька ферментів: супероксиддисмутазу (СОД), каталазу (КТ) та

глутатіонпероксидазу. За останнє десятиліття встановлено, що процеси модифікації білка є початковою реакцією клітини на зміни умов її функціонування. Одночасно з цим модифікація білка є сигналом для зміни метаболізму клітини. Виходячи з викладеного, метою дослідження було вивчення стану окиснювальної модифікації білків та ліпідів, а також дослідження активності СОД та КТ у дітей з НДСТ підліткового віку.

Об'єктом дослідження були 63 дитини (28 дівчаток та 35 хлопчиків) віком 11–18 років, серед яких 33 дитини з НДСТ (13 дівчаток та 20 хлопчиків) склали основну групу дослідження, а 30 дітей (15 дівчаток та 15 хлопчиків) без диспластичних змін (ДЗ) – контрольну групу. Дітей обстежували на базі дитячої клінічної лікарні № 4 м. Києва у спокійному періоді поза респіраторної та іншої патології, через 1 міс після перенесення гострого процесу. Для діагностики НДСТ (на етапі клінічного обстеження) застосовували клінічні критерії за Нью-Йоркською асоціацією кардіологів (1992) та розроблену і запатентовану спеціальну таблицю фенотипових ознак ДЗ (Т.В. Починок та співав., 2006). При наявності 6 та більше фенотипових ознак дисплазії встановлювали діагноз НДСТ.

Матеріалом для лабораторного дослідження дітей була венозна кров, яку забирали вранці натщесерце. Метаболізм сполучної тканини (СТ) у дітей вивчали за динамікою екс-