

мистецтво субстанції, якою є філософське письмо, бо воно актуальне завжди, спрямоване на розв'язання вічних проблем і конфліктів.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Бачинин В.А. Философия права и преступления. Харьков. Фолио, 1999. - 607 с.
2. Голобородько К.Ю. Ідіостиль Олександра Олеся: лінгвокогнітивна інтерпретація: [монографія] / Костянтин Голобородько. Харків, 2010. – 527, [1]с.
3. Михайлин І.Л. Іван Перепеляк: Літературний портрет. Харків, 2014. – 218с.
4. Перепеляк І.М. Поезії та поеми. Т.1. Харків, 2013. 592с.
5. Перепеляк І.М. Поезії та поеми. Т.2. Харків, 2013. 632с.
6. Перепеляк І.М. Над Сулою-рікою: Поезії. Харків, 1983. 95с.

УДК 614.446.1

ІНФЕКЦІЇ ПОВ'ЯЗАНІ З НАДАННЯМ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Горзов Людмила Федорівна

к.мед.н., доцент, в.о. завідувача
кафедри терапевтичної стоматології

Кривцова Марина Валеріївна

к.б.н., доцент, доцент кафедри генетики
фізіології рослин та мікробіології

Гангур Іван Юрійович

ст.викл. кафедри терапевтичної стоматології
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Анотація: в статті проаналізовані характеристика епідемічного процесу, джерела збудників, шляхи та фактори передачі та прояви епідемічного процесу інфекцій пов'язаних з наданням медичної допомоги.

Ключові слова: медична допомога, епідеміологічний процес, внутрішньолікарняні інфекції.

Широке поширення інфекцій, пов'язаних з наданням медичної допомоги в медичних організаціях різного профілю, значна шкода здоров'ю населення, економіці і демографічній ситуації в різних країнах світу визначають актуальність їх профілактики на сучасному етапі.

Так, протягом 2003 року в Україні зареєстровано близько 3 тис. випадків внутрішньолікарняних інфекцій (ВЛІ). При цьому, має місце значна розбіжність у кількості випадків внутрішньолікарняних інфекцій, що реєструються в регіонах. Зокрема, в Одеській області зареєстровано 1092 випадків, у Донецькій - 298, Дніпропетровській - 182 та Луганській - 216. Водночас, в інших областях реєструються лише поодинокі випадки захворювання. Це свідчить про те, що сьогодні в Україні система обліку та

реєстрації внутрішньолікарняних інфекцій фактично не функціонує [1]. Фактично ж їх поширення значно вище. В Європі щорічний економічний збиток від інфекцій пов'язаних з наданням медичної допомоги становить приблизно 7 млрд євро, а в США - 6,5 млрд доларів [2].

За минулі десятиліття були накопичені нові наукові дані про механізми розвитку внутрішньолікарняних інфекцій, з'явилася значна кількість різноманітної медичної техніки, нових медичних технологій, засобів лікування і методів лабораторної діагностики, зокрема в стоматології.

У зарубіжній літературі для обговорення даної проблеми використовують термін «Healthcare associated infections - HAIs», що в перекладі означає «інфекції, пов'язані з наданням медичної допомоги» (ІПМД). Таким чином, поняття ІПМД, рекомендоване в новій концепції, відповідає термінології ВООЗ [3] і гармонізації вітчизняних нормативних документів з міжнародними вимогами.

Інфекції, пов'язані з наданням медичної допомоги - це випадки інфікування, пов'язані з наданням будь-яких видів медичної допомоги (в медичних стаціонарах і амбулаторно-поліклінічних, санаторно-оздоровчих установах, закладах соціального захисту населення, при наданні швидкої медичної допомоги та ін.), а також випадки інфікування медичних працівників в результаті їх професійної діяльності [4].

Як відомо, епідемічний процес при будь-якій інфекції виникає і реалізується при взаємодії трьох факторів - біологічного, природного і соціального.

Біологічний фактор епідемічного процесу ІПМД характеризується, з одного боку, різноманіттям мікроорганізмів, що обумовлюють їх розвиток, з іншого - низькою імунною резистентністю пацієнтів, що знаходяться в медичних організаціях різного профілю.

Збудники ІПМД представлені трьома групами мікроорганізмів. Перша група - патогенні збудники традиційних інфекцій: шигельозів, кору, краснухи, грипу, туберкульозу та ін. Друга група - облигатні паразити, патогенність яких

проявляється в умовах стаціонару при широкому застосуванні лікувальних і діагностичних маніпуляцій. До цієї групи належать вірусні гепатити В, С, D, ВІЛ-інфекція. Третя група - умовно-патогенні мікроорганізми, облігатні і факультативні представники мікробіоти, які викликають гнійно-септичні інфекції. Збудники гнійно-септичних інфекцій можуть визначатись профілем стаціонару. При адаптації штамів збудника до умов стаціонару формуються так звані «госпітальні штами». Госпітальні штами - це мікроорганізми із зміненими біологічними властивостями, виділені в медичній організації. При формуванні госпітального штаму коефіцієнт різноманітності циркулюючих мікроорганізмів знижується, штами набувають такі властивості, як стійкість до антимікробних препаратів, до фізичних дій, підвищена вірулентність [5]. Особливо небезпечною групою мікроорганізмів, що характеризуються високою резистентністю до антимікробних препаратів є збудники особливо тяжких інфекцій, названих Американським товариством з інфекційних захворювань (IDSA) «ESKAPE»-патогенами (*Enterococcus*, *Staphylococcus*, *Klebsiella*, *Acinetobacter*, *Pseudomonas*, *Enterobacter*) [6]. Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) опубліковано список стійких до дії антибіотиків «пріоритетних патогенів» - 12 видів бактерій, які становлять найбільшу загрозу для здоров'я людини. Представлені в списку ВООЗ бактерії розділені на три групи за рівнем потреби в створенні нових антибіотиків: критично високий рівень пріоритетності, високий рівень пріоритетності і середній рівень пріоритетності. До групи критично високого рівня пріоритетності належать бактерії з множинною лікарською стійкістю, які представляють особливо серйозну небезпеку для пацієнтів лікарень та лікувально-реабілітаційних центрів і пацієнтів, для лікування яких потрібні медичні пристрої, такі як апарати для штучної вентиляції легенів і венозні катетери. У цю групу входять *Acinetobacter*, *Pseudomonas* і різні види родини *Enterobacteriaceae* (включаючи *Klebsiella*, *E. coli*, *Serratia spp.* і *Proteus spp.*). Вони можуть викликати важкі, часто смертельні інфекції, такі як інфекції кровотоку і пневмонію. У цих бактерій сформувалася стійкість до дії широкого ряду антибіотиків, включаючи

карбапенемами і цефалоспориною третього покоління - найбільш ефективні з наявних антибіотиків для лікування бактеріальних інфекцій з множинною лікарською стійкістю. Друга і третя групи в списку - категорії з високим і середнім рівнем пріоритетності - включають інші бактерії зі зростаючою лікарською стійкістю, які викликають найбільш часто зустрічаються захворювання, такі як гонорея і харчове отруєння (сальмонела) [7].

Основними категоріями джерел збудників ІПМД є пацієнти, навколишнє середовище та медичний персонал. Розрізняють два типи розвитку ІПМД: при екзогенному і ендогенному зараженні. Ендогенне зараження пов'язано з власною мікрофлорою пацієнта, коли відбувається активізація місцевої флори і занесення мікробного агента з інших органів і тканин.

Наприклад, в процесі хірургічного втручання в рану можуть потрапляти мікроорганізми з шкіри пацієнта. При екзогенному зараженні джерелом збудника інфекції можуть бути хворі або персонал, а також об'єкти навколишнього середовища, в яких накопичуються збудники. Найбільше значення як джерела ІПМД мають пацієнти з клінічно вираженим захворюванням, а також носії.

Навколишнє середовище як джерело збудників госпітальних інфекцій має найбільшу важливість при умовно-патогенних мікроорганізмах, які зберігаються і розмножуються в різних зволожуючих пристроях, розчинах для парентерального введення, деяких антисептиках і дезінфектантах.

Медичний персонал, як джерело збудника інфекції становить небезпеку при наявності інфекційного ураження шкіри, а також при формуванні у них носійства, коли відбувається розмноження мікроорганізмів в різних біотопах без ознак інфекції (колонізація).

При традиційних ІПМД характерні природні шляхи передачі, що визначаються механізмами передачі, які склалися еволюційно. Збудники ІПМД передаються повітряно-крапельним, повітрянопиловим, контактним, харчовим, водним шляхами.

Штучними шляхами передачі вважають ті, які пов'язані з лікувально-діагностичним процесом. Так, штучним є зараження такими інфекціями, як ВІЛ інфекція, гепатити В, С, D, малярія і іншими. Крім того, до штучних шляхів передачі відносять контактний шлях з руками персоналу і предметами догляду за пацієнтами, інструментальний, апаратний, трансфузійний. Штучні шляхи передачі, як і природні, визначають за кінцевим фактором передачі. Руки медичного персоналу є одним з основних факторів передачі. Медичні рукавички не завжди забезпечують непроникність мікроорганізмів і захист пацієнтів від зараження.

У роботах вітчизняних і зарубіжних вчених показано, що ІПМД виникають у 5-12% хворих, що приходять до медичних установ. У США щорічно реєструється до 2 млн хворих в стаціонарі, в Німеччині 500 - 700 тис., що становить 1% населення цих країн [8].

Відсутність єдиного підходу до виявлення хворих в медичних установах, неякісна організація мікробіологічного моніторингу, приховування випадків ІСМП привели до того, що реєстрований рівень захворюваності не відповідає фактичному, що не дозволяє здійснювати якісну епідеміологічну діагностику і цілеспрямовану профілактику. Для вирішення цієї проблеми пріоритетним завданням в сучасних умовах є розробка вітчизняних стандартних визначень даних випадків, організація в медичних установах високого ризику інфікування (установи охорони материнства і дитинства, стоматологічного, хірургічного профілю) активного пошуку внутрішньолікарняних інфекцій в рамках ретроспективного і проспективного спостереження.

Основними напрямками вдосконалення профілактики ІПМД в сучасних умовах є:

- формування вимог, які забезпечують ефективну профілактику ІПМД в лікувально-профілактичних організаціях;
- підготовка стандарту перевірки дотримання обов'язкових вимог, спрямованих на профілактику ІПМД в лікувально-профілактичних організаціях в залежності від їх профілю;

- вдосконалення адміністративного законодавства в сфері захисту прав споживачів медичних послуг.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Про заходи щодо профілактики внутрішньолікарняних інфекцій Держсанепідемслужба (з 2003р.), МОЗ України, Голов.державн.санітарний лікар; Постанова від 01.09.2004 № 26
2. Cassini, A. et al. (2016), “Burden of Six Healthcare Associated Infections on European Population Health: Estimating Incidence-Based Disability-Adjusted Life Years through a Population Prevalence-Based Modelling Study”, PLoS Med., 18:13(10).
3. WHO (2016), Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes at the National and Acute Health Care Facility Level, Geneva.
4. Suetens, C. et al. (2018), “Prevalence of healthcare-associated infections, estimated incidence, and composite antimicrobial resistance index in acute care hospitals and long-term care facilities: Results from two European point prevalence surveys, 2016 to 2017”, Eurosurveillance, Vol. 23, No. 46, 1800516.
5. Салманов А.Г. Глобальна проблема сучасної медицини /А.Г.Салманов // СЕС профілактична медицина. –2010.– №2. – С.20-26.
6. Pendleton JN. Clinical relevance of the ESKAPE pathogens / J.N. Pendleton, S.P. Gorman, B.F. Gilmore // Expert Rev Anti Infect Ther. – 2013. – Vol. 11(3). – P.297-308.
7. Global priority list of antibiotic-resistant bacteria to guide research, discovery, and development of new antibiotics <https://www.who.int/ru/news/item/27-02-2017-who-publishes-list-of-bacteria-for-which-new-antibiotics-are-urgently-needed>
8. Салманов А.Г. Безпека пацієнта щодо ВЛІ – показник якості медичної допомоги / А.Г.Салманов // СЕС профілактична медицина. – 2008. – №3. – С.56-59.

УНІВЕРСИТЕТИ В ІННОВАЦІЙНІЙ ЕКОСИСТЕМІ

Горященко Юлія Григорівна

к.е.н., доцент

доцент кафедри

підприємництва та економіки підприємства

Університет митної справи та фінансів

м. Дніпро, Україна

Анотація. У статті досліджено роль університетів у розвитку інноваційної екосистеми України та провідних зарубіжних країн. Критично оцінено ознаки країн «центру» світового освітнього простору. Вироблено пропозиції щодо розбудови ефективної інноваційної екосистеми України.

Ключові слова: інноваційна екосистема, університет, освітній простір, інноваційне підприємництво, вища освіта.

Основним елементом інноваційної екосистеми є університети. Університет має переваги серед інших закладів вищої освіти, оскільки є багатогалузевим або галузевим закладом, що провадить інноваційну освітню діяльність за ступенями вищої освіти молодшого бакалавра, бакалавра, магістра, доктора філософії, проводить фундаментальні або прикладні наукові дослідження, є провідним науковим і методичним центром, має розвинену інфраструктуру навчальних, наукових, виробничих підрозділів, сприяє поширенню наукових знань та провадить культурно-просвітницьку діяльність [1]. Також його функціями є вироблення навичок та здібностей у створенні належних умов для освіти і зрощування студентських бізнес-проектів та стартапів. Наукова інфраструктура університету повинна сприяти виникненню наукоємних і технологічних стартапів, розвитку підприємницького духу, включати лабораторії і наукові колективи [2]. Серед інших елементів

інноваційної екосистеми – уряд, підприємці, корпорації, інвестори – університети в усьому світі відіграють ключову роль, адже вони є учасниками транснаціональної вищої освіти. На жаль, в університетах нашого регіону порушується послідовність інтеграційних процесів в освіті, постсоціалістичні країни Східної Європи та країни СНД згідно з позицією формування та включеності держав до технологічних укладів, знаходяться вдалині від країн технологічного ядра (й «центру» світового освітнього простору водночас) і країн першого та другого технологічного кола. Ознаками країн «центру» світового освітнього простору (США, Китай, Японія, Німеччина, Англія, Франція) є [3]:

– високий рівень грамотності населення та високий процент охоплення населення освітою. Відповідно до Цілей сталого розвитку одним із завдань є підвищення якості вищої освіти та забезпечення її тісного зв'язку з наукою, сприяння формування в країні міст освіти та науки. За станом на 2020 р. в Україні є 4 міста–члени Глобальної мережі міст ЮНЕСКО, що навчаються. Дамо сутнісну характеристику такому місту: «місто, яке ефективно мобілізує свої ресурси у кожному секторі для сприяння інклюзивному навчанню від базової до вищої освіти; сприяє навчанню в сім'ях та громадах; полегшує навчання для роботи та на робочому місці; розширює використання сучасних технологій навчання; підвищує якість та досконалість навчання; виховує культуру навчання впродовж життя» [4]. Однак, частка осіб, які мали повну вищу освіту в Україні у 2019 р. склала усього 39,4%, тоді як у 2015 р. вона становила 39,3%. Натомість частка осіб, які мали початкову загальну освіту і тих, хто не мали ніякої освіти взагалі – у 2019 р. зросла до 29,2% (на 2,8% у порівнянні з 2015 р.);

– високий рівень фінансування освіти та розвиток науково-дослідної роботи. Сьогодні можемо говорити про високі зростаючі середні витрати на підготовку фахівців в університетах (рис. 1). Натомість питома вага дослідників віком до 40 років у загальній кількості дослідників скоротилася на 13%.