

ДЖЕРЕЛА ТА ЛІТЕРАТУРА

1. Benedek O., Podbielski A., Warnke P. (2016). Laboratory experience with the liaison analyzer in the diagnosis of Clostridium difficile-associated diarrhea. Eur J Microbiol Immunol, 6 (3), 215-218.
2. Britton R.A., Young V.B. (2014) Role of the intestinal microbiota in resistance to colonization by Clostridium difficile. Gastroenterology, 146,1547-53.
3. Gerding D.N., Johnson S., Rupnik M., Aktories K. (2014). Clostridium difficile binary toxin CDT: Mechanism, epidemiology, and potential clinical importance. Gut Microbes, 5, 1-13.
4. Kazanowski M., Smolarek S., Kinnarney F., Grzebieniak Z. (2014). Clostridium difficile: Epidemiology, diagnostic and therapeutic possibilities – A systematic review. Tech Coloproctol, 18 (3), 223-232.
5. Kee V.R. (2012).Clostridium difficile infection in older adults: a review and update on its management. American J. Geriatric. Pharmacotherapy, Vol. 10 (1), 14–24.
6. Kim G. (2017) Community – acquired Clostridium difficile infections. Can Fam Physician, 63(2), 131-132.
7. Kurti Z., Lovasz B.D., Mandel M.D., Csima Z., Golovics P.A., Csako B.D., Mohas A., Gönczi L., Gecse K.B., Kiss L.S., Szathmari M., Lakatos P.L. (2015). Burden of Clostridium difficile infection between 2010 and 2013: Trends and outcomes from an academic center in Eastern Europe. World J Gastroenterol, 21 (21), 6728-6735.
8. McDonald L.C., Killgore G.E., Thompson A., Owens R.C. Jr., Kazakova S.V., Sambol S.P., Johnson S., Gerding D.N. (2005). An epidemic, toxin gene-variant strain of Clostridium difficile. N Engl J Med. 353(23),2433-41.
9. Seo G.S. (2013). Clostridium difficile infection: what’s new? Intest Res, (11), 1-13.
10. Surawicz C.M., Brandt L.J., Binion D.G., Ananthakrishnan A.N., Curry S.R., Gilligan P.H., McFarland L.V., Mellow M., Zuckerbraun B.S. (2013). Guidelines for diagnosis, treatment, and prevention of Clostridium difficile infections. Am J Gastroenterol, 108 (4), 478-498. doi: 10.1038/ajg.2013.4.
11. Warny M., Pepin J., Fang A., Killgore G., Thompson A., Brazier J., Frost E., McDonald L.C. (2005). Toxin production by an emerging strain of Clostridium difficile associated with outbreaks of severe disease in North America and Europe. Lancet, 366(9491), 1079-84.

УДК 614.2:[616.06/091]

*Лариса Роша
(Одеса)*

**АНАЛІЗ РОБОТИ ПАТОЛОГОАНАТОМІЧНОЇ СЛУЖБИ УКРАЇНИ
(ЗА ДАНИМИ 2007-2016 РОКІВ)**

У статті на основі звітів обласних спеціалістів-патологоанатомів, зведених звітів головного позаштатного патологоанатома Міністерства охорони здоров'я України та даними довідника було досліджено основні показники діяльності – кількість патологоанатомічних розтинів та патогістологічних досліджень патологоанатомічної служби України за 2006-2016 роки. Патологогістологічні дослідження операційного та біопсійного матеріалу залишаються на однаковому рівні у цілому та в амбулаторно-поліклінічних закладах. Співвідношення патологогістологічних досліджень секційного та операційного/біопсійного матеріалу залишається стабільним протягом останніх 10 років.

Ключові слова: патологоанатомічна служба України, патогістологічні дослідження.

За результатами звітів обласних спеціалістів-патологоанатомів та зведених звітів головного позаштатного патологоанатома Міністерства охорони здоров'я України, даними довідника [1] було проаналізовано основні показники діяльності – кількість патологоанатомічних розтинів та патогістологічних досліджень патологоанатомічної служби України за 2006-2016 роки.

Загальна кількість патологогістологічних досліджень у період 2007-2013 роки мала чіткий висхідний тренд. Проте у 2014 році відбулось різке зниження кількості досліджень: з 7873,4 тисяч у 2013 році до 6337,9 тисяч у 2014 році (зменшення на 19,5%). У період 2014-2016 роки кількість досліджень залишається стабільною.

Кількість патологогістологічних досліджень операційного та біопсійного матеріалу чітко повторює тенденції змін загальної кількості патологогістологічних досліджень у цілому, коефіцієнт кореляції становить 0,9986, статистична значущість $p < 0,001$.

Загальна кількість патологогістологічних досліджень секційного матеріалу за період 2007-2016 роки зменшилась з 870 774 у 2007 році до 676 870 у 2016 році (зменшення на 22,27%). Таке зменшення кількості досліджень відбувалось на фоні зниження кількості розтинів, проте більш швидкими темпами: середньорічний темп зменшення кількості патологогістологічних досліджень склав 2,49%, а кількості розтинів – 1,61% на рік. Таким чином, середня кількість патологогістологічних досліджень в перерахунку на один розтин зменшилась з 9,8 у 2007 році до 8,9 у 2016 році або на 8,57%.

Співвідношення патологогістологічних досліджень секційного матеріалу та операційного й біопсійного матеріалу залишається стабільним протягом усіх десяти років спостереження.

Статистика патологоанатомічних досліджень операційного та біопсійного матеріалу (Табл. 1) демонструє, що кількість досліджень на одного хворого в цілому залишається незмінною, а в амбулаторно-поліклінічних закладах у 2009 році відбулось зменшення (2,5 у 2009 році проти 2,9 у 2008 році, зниження на 13,8%). Після 2009 року рівень обстежень залишається стабільним на рівні 2,4-2,5 обстежень на одного хворого. Протягом останніх десяти років незмінною залишається питома вага хворих, яким проведено патологогістологічне дослідження операційного та біопсійного матеріалу в амбулаторно-поліклінічних закладах.

Таблиця 1

Патологоанатомічні дослідження операційного та біопсійного матеріалу в Україні,
2007-2016 роки

Роки	Кількість патологоанатомічних досліджень операційного та біопсійного матеріалу на 1 хворого		Питома вага хворих, яким проведено патологогістологічне дослідження операційного та біопсійного матеріалу з поліклінік, %
	усього	в т.ч. з поліклінік	
2007	4,1	2,8	21,4
2008	4,1	2,9	20,3
2009	4,0	2,5	20,7
2010	4,1	2,6	20,1
2011	4,1	2,5	20,3
2012	4,2	2,5	20,6
2013	4,2	2,4	20,8
2014	4,2	2,5	20,1
2015	4,1	2,4	20,1
2016	4,1	2,5	20,3

Висновки

1. Середня кількість патологогістологічних досліджень на один розтин зменшилась з 9,8 у 2007 році до 8,9 у 2016 році.
2. Патологогістологічні дослідження операційного та біопсійного матеріалу залишаються на однаковому рівні у цілому та в амбулаторно-поліклінічних закладах.
3. Співвідношення патологогістологічних досліджень секційного та операційного/біопсійного матеріалу залишається стабільним протягом останніх 10 років.

ДЖЕРЕЛА ТА ЛІТЕРАТУРА

1. Діяльність патологоанатомічної служби в Україні – Довідник: головний редактор Вороненко Ю.В. – Київ, 2017. – 47 с.

УДК 61

Тамара Самойленко
(Вовчанськ)

МЕДИЧНА ЕТИКА І МОРАЛЬ У ПРОФЕСІЙНІЙ ПІДГОТОВЦІ МОЛОДШИХ МЕДИЧНИХ СПЕЦІАЛІСТІВ

У статті висвітлено погляд розуміння ролі дотримання правил медичної етики в професійній діяльності медичного працівника. Розглянуто морально-етичні проблеми підготовки молодших медичних спеціалістів.

Ключові слова: професійна етика, медична сестра, морально-етична поведінка.

The article gives an overview of the understanding of the role of observance of the rules of medical ethics in the professional activity of the medical worker. The moral and ethical problems of the training of junior medical specialists are discussed.

Key words: professional ethics, medical sister, moral and ethical behavior.

*Жодна професія не має такого близького,
конкретного, повсякденного відношення
до найважливішого і найпотраємнішого
для людини: її життя і смерті.
Ф. Найтінгейл*

У час глобальних перетворень у кожній країні підвищується роль здорового способу життя і якість сестринської допомоги. Вирішення цього завдання нерозривно пов'язане з професійною підготовкою висококваліфікованих, компетентних фахівців з високим рівнем етичної компетентності, моральності, з розвиненим почуттям поваги і толерантності до пацієнтів. Осмислення необхідності гармонійного підходу до етики і професійної діяльності на всіх етапах навчання стає запорукою формування гармонійно-розвинутої особистості – майбутнього фахівця, який наділений професіоналізмом, гуманітарною культурою, інтелігентністю, уміє поєднувати теоретичні знання з практичними вміннями при виконанні професійних завдань.

Світова громадськість у всі часи надавала морально-етичному фактору в медицині великого значення. Видатні представники медичної професії завжди наголошували на гуманній сутності медицини, вимагали милосердя, чесного і самовідданого виконання медиками своїх професійних обов'язків згідно покликання і совісті. Дотримання моральних норм забезпечується силою громадського впливу, традиціями та власними переконаннями людини. Мораль і етика дають змогу науково обґрунтувати ту чи іншу моральну систему