

## SOCIAL ARTICLES

- M.D. (2002). *Quality & Safety in Health Care*. 11(1). 104-05.
10. Nightingale, F. (1859) Notes on hospitals. London: John W. Parker & Son.
11. Novo, A., Ridanovic, Z., & Maric, V. (2006). Clinical audit as method of quality improvement of healthcare in patients with diabetes, stroke and in cesarean section. *Medicinski Arhiv*, 60(3), 185-9.
12. Park, J., McAlaney, C., & Connolly, M. (2008). Improving patient care and clinical governance through the utilisation of a clinical information system. *Clinical Governance*, 13(4), 254-60.
13. Perrone, E., Padula, M. S., Scarpa, M., Acerbi, M. A., Andreoli, C., Baldoni, P...Capelli, O. (2009). Computerized-based clinical recording in monitoring hypertension in a primary care setting of Modena, Italy. *Recenti Progressi in Medicina*, 100(1), 4-8.
14. Perry-Woodford, Z. (2008). A clinical audit of the ileo-anal pouch service at St Mark's Hospital. *Gastrointestinal Nursin*, 6(2), 36-39.
15. Porter, R. (1997). The greatest benefit to mankind: a medical history of humanity from antiquity to the present. London: Harper Collins.

**Гаврилюк А.А., Жарлинская Р.Г., Даценко Г.В., Король Т.М., Полевая О.А., Вовчук О.М.**  
**КЛИНИЧЕСКИЙ АУДИТ В СИСТЕМЕ ГОСУДАРСТВЕННОГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УКРАИНЕ: СУЩНОСТЬ, ЦЕЛИ И КЛАССИФИКАЦИЯ**

**Резюме.** Рассмотрено различные подходы к клиническому аудиту как инструменту государственного контроля качества медицинской помощи, предложено авторское определение клинического аудита, проанализировано виды и типы клинического аудита, сопоставлены понятия "клинический аудит" и "медицинский аудит", определены цели и задачи клинического аудита.

**Ключевые слова:** клинический аудит, государственный контроль качества медицинской помощи, медицинский аудит.

**Gavrilyuk A.O., Zharlins'ka R.G., Datsenko G.V., Korol T.M., Polyova O.A., Vovchuk O.M.**  
**CLINICAL AUDIT IN THE SYSTEM OF THE GOVERNMENTAL QUALITY CONTROL OF THE HEALTH CARE IN UKRAINE: CONTENT, GOALS AND CLASSIFICATION**

**Summary.** Different approaches to clinical audit as an instrument of governmental control of the health care quality are considered in the article. Authors offered definition of clinical audit, provided analysis of clinical audit types and forms, compared the term "clinical audit" and "medical audit", highlighted the aims and objectives of the clinical audit.

**Key words:** clinical audit, governmental control of the quality of care, medical audit, proper practice.

Рецензент - д.мед.н., проф. Вернигородський С.В.

Стаття надійшла до редакції 26.04.2017р.

Гаврилюк Алла Олександрівна - д.мед.н., проф., завідувач кафедри патологічної анатомії, судової медицини та права Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова; +38(097)7912863  
Жарлінська Раїса Григорівна - к.е.н., доцент кафедри патологічної анатомії, судової медицини та права Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова; +38(067)4949894  
Даценко Галина Василівна - к.мед.н., с.н.с., доцент кафедри патологічної анатомії, судової медицини та права Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова; +38(067)7133373  
Король Тетяна Михайлівна - к.мед.н., доцент кафедри патологічної анатомії, судової медицини та права Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова; +38(067)3498742  
Полева Ольга Анатоліївна - асистент кафедри патологічної анатомії, судової медицини та права Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова; +38(097)6466396  
Вовчук Олег Михайлович - к.мед.н., асистент кафедри хірургічної стоматології Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова; ЛОР-онколог Вінницького обласного онкологічного диспансеру; +38(067)7236280

© Гур'єв С.О., Танасієнко П.В., Марцинковський І.П.

УДК: 614.2:355(066)

Гур'єв С.О.<sup>1</sup>, Танасієнко П.В.<sup>1</sup>, Марцинковський І.П.<sup>2</sup>

ДЗ "Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України" (вул. Братиславська 3, м Київ, 02166, Україна)<sup>1</sup>, Військово-медичний клінічний центр Центрального регіону (вул. Князів Коріатовичів, 185, м. Вінниця, 21021, Україна)<sup>2</sup>

## СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ ХІРУРГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ ВНАСЛІДОК СУЧАСНИХ БОЙОВИХ ДІЙ НА ЕТАПАХ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

**Резюме.** На початку третього тисячоліття Україна, її громадяни та армія виявилися втягнутими у збройний конфлікт на території власної держави, що має ознаки гібридної війни та включає в себе відкриті бойові дії різної інтенсивності, диверсійно-розвідувальні операції, сепаратизм, інформаційну війну та економічне протистояння на регіональному та міжнародному рівнях. Метою нашої роботи було покращення існуючої системи хірургічної допомоги військовослужбовцям внаслідок сучасних бойових дій на етапах медичної допомоги на основі досвіду України та світу. Характер та обсяг хірургічної допомоги постраждалим від сучасних бойових дій в Україні, незважаючи на досягнуті успіхи, потребує реформування. Досвід країн НАТО та інших розвинутих країн у розбудові системи хірургічної допомоги від сучасних бойових дій повинен бути екстрапольований та адаптований до реалій військових дій, що проводяться на сході України.

**Ключові слова:** хірургічна допомога, постраждалі, воєнні дії, санітарні втрати.



### Вступ

На початку третього тисячоліття Україна, її громадяни та армія виявилися втягнутими у збройний конфлікт на території власної держави, що має ознаки гібридної війни та включає в себе відкриті бойові дії різної інтенсивності, диверсійно-розвідувальні операції, сепаратизм, інформаційну війну та економічне протистояння на регіональному та міжнародному рівнях. Цей конфлікт, що супроводжується значними людськими жертвами і завдає величезних матеріальних, фінансових, соціальних і психологічних збитків нашій державі та її громадянам, виявив низку серйозних проблем у медичному забезпеченні військ і викликав необхідність проведення їх детального аналізу та вжиття адекватних заходів [3]. За даними Міністерства оборони України на кінець 2016 року в зоні антитерористичної операції (АТО) на Сході України вважалися загиблими більше 9 тисяч осіб. За період 2014-2016 роки було зареєстровано більше 21 тисячі поранених. В структурі загиблих і поранених найбільше було мирних громадян серед яких кількість загиблих сягає 75,5%, а серед поранених - 61,2%. За даними Верби А.В. (2014) серед військовослужбовців усіх силових структур найбільших втрат зазнали Збройні Сили (ЗС) України, де безповоротні втрати становлять 2436 осіб, із них бойові - 2041, а санітарні втрати - 8173 особи, із них бойові - 6497 [1].

Метою нашої роботи було покращення існуючої системи хірургічної допомоги військовослужбовцям внаслідок сучасних бойових дій на етапах медичної допомоги на основі досвіду України та світу.

### Матеріали та методи

Для виконання нашого дослідження ми проаналізували стан та проблеми хірургічної допомоги постраждалим від сучасних бойових дій. Проведений аналіз торкався постраждалих від сучасних бойових дій, що були проведені за останні 25 років та включали в себе контртерористичні операції у республіці Чечня, військові дії у Іраці та Афганістані. Власний досвід надання хірургічної допомоги постраждалим від сучасних бойових дій базувався на лікуванні 168 постраждалих з вогнепальними та мінно-вибуховими пораненнями, які були отримані в результаті бойових дій на сході України та лікувались у Військово-медичному клінічному центрі Центрального регіону в період 2014-2017 роки. Всі постраждали, що приймали участь у нашому дослідженні були чоловічої статі. Середній вік постраждалих становив  $41,1 \pm 2,2$  роки.

### Результати. Обговорення

В умовах ведення гібридної війни на сході країни надання якісної медичної допомоги пораненим військовослужбовцям, їх повноцінне лікування і реабілітація, із застосуванням новітніх технологій є найвищим пріоритетом держави. За свідченням багатьох авторів, організація надання якісної і своєчасної медичної допомоги

пораненим, їх швидка евакуація, подальше лікування та реабілітація забезпечують не тільки збереження життя, але й швидке відновлення боєздатності у 80% поранених в умовах сучасних збройних конфліктів [7]. Eastridge, B.J (2012) вказує, що із 4596 летальних випадків за 2001-2011 роки у війнах в Іраку та Афганістані 87,3% поранених загинули до досягнення лікувальних закладів [14]. З них 35,2% були миттєвими, 52,1% - гострими (від декількох хвилин до декількох годин) до досягнення лікувальних закладів (з наданням хірургічної допомоги). Важливим є те, що серед тих, хто помер до моменту госпіталізації, 24,3% могли б вижити. З даних досліджень також випливає, що причинами летальних наслідків, які потенційно могли б бути врятовані, була гостра крововтрата, обструкція дихальних шляхів та напружений пневмоторакс. Розподіл за значущістю цих чинників був такий: крововтрати становили 90,9%, обструкція дихальних шляхів - 8% і напружений пневмоторакс - 1,1% [12].

В умовах проведення бойових дій створена і постійно удосконалюється система лікувально-евакуаційного забезпечення поранених, до якої залучені підрозділи та частини медичної служби Збройних сил України (ЗСУ), інших силових структур і заклади охорони здоров'я [10]. Медичну допомогу пораненим проводять кадрові, мобілізовані військові та цивільні лікарі. При цьому постає проблема в єдиних поглядах та принципах етіології, патогенезу, діагностики та лікування вогнепальних поранень в умовах етапного надання первинної медичної допомоги та подальшого лікування поранених. Світовий досвід військової медицини, у т.ч. війн XX сторіччя в Кореї (1950-1953 рр.), В'єтнамі (1965-1973 рр.), Афганістані (1979-1989 рр.), став основою розробки сучасних принципів організації та тактики медичної служби Збройних сил, що спрямовані на надання невідкладної медичної допомоги хворим і пораненим на етапах надання медичної допомоги [6]. Досвід міжнародних військових конфліктів останніх років вказує на недостатню або відсутню концепцію медичного захисту населення у багатьох учасників. Використання сучасних засобів масового ураження, застосування нових методів ведення війни призвело до кризи застарілих методів лікувально-діагностичної тактики у постраждалих, що безумовно призвело до пошуку більш оптимальних заходів по захисту населення від вражаючих факторів воєнних дій [2].

У сучасних збройних конфліктах для ураження живої сили в великих масштабах використовують міни, які викликають важкі uszkodження вибуховою хвилею, високою температурою і металевими осколковими елементами. Комбінований механізм вражаючої дії мінних боеприпасів є найбільш важкою формою політравми з множинними uszkodженнями всіх органів і систем організму. Характерними особливостями бойових поранень в АТО є велика частина поєднаних та множинних по-



ранень - 32,1%, які призводять до травм середньої тяжкості - 37,4% та тяжких - 14,5%; переважання осколкових поранень - 62,9% та вибухових травм - 25,6%, які обумовлені дією факторів ураження мінно-вибухових боеприпасів [5].

Оцінка медико-санітарних втрат в результаті бойових дій в Чеченській республіці була проведена по двом періодам: перша контртерористична операція у 1994-1996 роки, та друга контртерористична операція 1999-2002 роки. Медико-санітарні втрати за даними МВД Росії в 1994-1995 роках склали біля 26 тисяч осіб, серед яких 2 тисячі осіб - російські військовослужбовці, 10-15 тисяч - члени чеченських формувань, решта - мирне населення. За даними багатьох як російських, так і зарубіжних авторів кількість убитих в першу чеченську операцію становить від 44,2 до 50,7 тисяч чоловік. Потрібно відмітити, що приблизно половина медико-санітарних втрат припадає на мирне населення.

В ході другої антитерористичної операції з 1 жовтня 1999 року по грудень 2002 року медико-санітарні втрати федеральних збройних сил і МВД Росії становили 4,7 тисячі осіб убитими, 13,0 тисяч осіб пораненими і 28 осіб пропали безвісті. За іншими даними тільки Міністерство оборони Росії втратило біля 9 тисяч військовослужбовців, з яких 2,7 тисячі були убиті, 6,3 тисячі поранені і 29 - пропали безвісті [8].

Серед мирного населення медико-санітарні втрати в порівнянні з першою чеченською війною було дещо менші, і не перевищували 5-6 тисяч убитих та 1-2 тисячі поранених. Серед чеченських формувань за приблизними оцінками медико-санітарні втрати становили 13-14 тисяч осіб. Ще одним важливим компонентом структури медико-санітарних втрат є зниклі безвісті. За офіційною статистикою у 2002 році зниклими безвісті рахувалось 719 чоловік, серед яких 623 були військовослужбовці [9].

Загальна кількість медико-санітарних втрат в Іраці з моменту початку війни у березні 2003 по грудень 2011 склали 162 тисячі людей, з яких біля 80% це мирні жителі. Найбільші втрати серед мирного населення припадали на 2006-2007 роки, коли число убитих значно перевищувало 25 тисяч осіб. В період 2007-2011 роки медико-санітарні втрати були меншими і не перевищували 4 тисячі у рік. Структура причин втрат є різною, до 2006 року домінували вогнепальні поранення, то після 2007 люди гинули від вибухів мін та бомб. Втрати американської армії та її союзників становили 4484 осіб, з яких 1011 військовослужбовців убитими, решта - поранені. При цьому значно виросла кількість постраждалих, які були не ідентифіковані або невпізнані родичами [13].

Chandler H. (2017) вказує, що 2348 британських військових, що пережили поранення в Іраку та Афганістані, 1813 (77%) отримали травми кінцівок, з яких у 205 (11%) постраждалих було проведено принаймні одну ампутацію на зап'ясті/щиколотці або більш про-

ксимально. З переломів нижньої кінцівки 597 (58%) були відкритими, у порівнянні з 344 (69%) у верхній кінцівці. Медіана тривалості лікування для основних ампутацій становила 51 день (IQR 30-65) з середньою кількістю 7 хірургічних операцій на кінцівках (IQR 5-9). У потерпілих з переломами, але без ампутації, медіана LOS становила 13 днів (IQR 6-25) із середньою кількістю 2 хірургічні операції (IQR 1-4) [11].

Основою медичного забезпечення військ у воєнний час є система лікувально-евакуаційних заходів, яка являє собою сукупність взаємопов'язаних принципів організації надання медичної допомоги пораненим, ураженим, постраждалим та хворим, їх евакуації, лікування, реабілітації та призначених для цього сил і засобів медичної служби. Лікувально-евакуаційні заходи (ЛЕЗ) включають розшук, збір і винесення (вивезення) поранених з поля бою або вогнищ масових санітарних втрат, надання їм необхідних видів медичної допомоги, евакуацію, лікування та медичну реабілітацію [3].

Етап медичної евакуації (ЕМЕ) - це сукупність сил і засобів медичної служби, розгорнутих на шляхах медичної евакуації для прийому, сортування поранених (хворих), надання їм медичної допомоги, лікування та підготовка до подальшої евакуації осіб, які цього потребують. Крім медичної складової, ЕМЕ передбачає наявність підрозділів логістики, зв'язку, охорони та оборони, які забезпечують його діяльність. Для кожного етапу медичної евакуації встановлені види медичної допомоги, надання яких забезпечується відповідними категоріями медичного персоналу та медичним оснащенням.

У процесі здійснення ЛЕЗ у ЗС України передбачається надання таких видів медичної допомоги: перша медична (домедична) допомога, долікарська (фельдшерська) допомога, перша лікарська допомога, кваліфікована медична допомога і спеціалізована медична допомога, медична реабілітація. Ще одним фактором, що має вплив на медичну допомогу пораненим та постраждалим в бойових діях є рівень медичної допомоги.

Рівень медичної допомоги - це заздалегідь визначений обсяг і зміст медичної допомоги на етапі медичної евакуації, яка включає прийом, сортування, виконання лікувально-діагностичних заходів пораненим, травмованим і хворим, а також підготовку їх до повернення у стрій або до подальшої медичної евакуації.

Базовий рівень (збереження життя) - передбачає надання першої медичної та долікарської медичної допомоги. Збір та евакуацію поранених з поля бою. Профілактику бойових стресових станів, запобігання захворюванням та не бойовим травмам. Головне завдання полягає в порятунку життя поранених у перші хвилини після травми, стабілізації їх стану та підготовки до евакуації на наступний рівень. На полі бою перша допомога здійснюється військовослужбовцями в порядку само-, і взаємодопомоги, санітаром та санітарним інструктором.



ром, долікарська медична допомога - фельдшером [3]. За даними Короля С.О. (2016), під час АТО всім пораненим з вогнепальними переломами та відривами кисті була надана базова медична допомога, а саме: знеболювання, накладання асептичної пов'язки, іммобілізація підручними засобами. В 12% випадків була виконана тимчасова зупинка кровотечі [4].

В країнах НАТО базовий рівень розглядається як тактичний етап надання екстреної медичної допомоги. Медична допомога на тактичному етапі виконується санітарами та медиками Сил спеціальних операцій армії США та на даний момент базується на принципах, які викладені у курсі Advanced Trauma Life Support (ATLS - Розширені реанімаційні заходи при травмах). Керівні принципи ATLS надають стандартизований, систематичний підхід для роботи з травмованими пацієнтами, який виявився дуже успішним під час застосування у відділеннях швидкої допомоги цивільних лікарень, але ефективність щонайменше деяких з його заходів у догоспітальних умовах є під питанням. Догоспітальний етап догляду за постраждалими в бою є критично важливим, так як 90% смертей в бою трапляються саме на полі бою перед тим, як постраждалі дістануться до медичного закладу [15].

#### Список посилань

1. Верба, А. В., Власенко, О. М., Галюка, І. Б., Галушка, А. М., Лурін, І. А., Палагін, О. В....Тарабан, І. А. (2014). Удосконалення надання медичної допомоги в бойових умовах: дистанційний моніторинг боєздатності сучасного бійця. *Військова медицина України*, 2-3, 5-12.
2. Жаховський, В. О., Лівінський, В. Г., Кудренко, М. В., & Мельник І. П. (2015). Медичне забезпечення антитерористичної операції: Воєнно-медична доктрина України як інструмент формування єдиного медичного простору. *Україна. Здоров'я нації*, 1 (33), 7-14.
3. Заруцький, Я. Л., & Шудрака, А. А. (Ред.). (2014). Вказівки з воєнопольової хірургії. К.: СПД Чалчинська Н. В.
4. Король, С. О., Матвійчук, Б. В., & Бурлака, В. В. (2017). Сучасні підходи до хірургічного лікування бойової травми кисті на етапах медичної евакуації. *Травма*, 1 (18), 34-38.
5. Лоскутов, О. Є., & Заруцький, Я. Л. (2016). Сучасна концепція діагностики та лікування вогнепальних і мінно-вибухових поранень кінцівок. *Ортопедія, травматологія і протезування*, 2, 5-9.
6. Мазуренко, О. В., Рошчін, Г. Г., & Волошин, В. О. (2014). Тактична медицина як основна складова екстреної медичної допомоги при проведенні антитерористичних операцій. *Медицина неотложных состояний*, 8 (63), 96-99.
7. Микита О. (2016). *Наукове обґрунтування стандартизації медичного забезпечення Збройних Сил України в умовах антитерористичної операції*. (Дис. канд. мед. наук). НМА-ПО ім. П.Л. Шупика, Київ.
8. Самохвалов, И. М., Котенко, П. К., & Северин, В. В. (2013). Проблемы организации оказания хирургической помощи раненым в современной войне: оказание медицинской помощи и лечение легкораненых в вооруженном конфликте. *Военно-медицинский журнал*, 334 (1), 4-8.
9. Самохвалов, И.М. (2012). Особенности оказания специализированной хирургической помощи раненым в ходе контртеррористических и миротворческой операций на Северном Кавказе. *Военно-медицинский журнал*, 333 (7), 4-10.
10. Цимбалюк, В. І., & Сердюк, А. М. (Ред.). (2016). Медичне забезпечення антитерористичної операції: науково-організаційні та медико-соціальні аспекти. К.: ДП "НВЦ "Пріоритети".
11. Chandler, H., MacLeod, K., & Penn-Barwell, G. (2017). Extremity injuries sustained by the UK military in the Iraq and Afghanistan conflicts: 2003-2014. *Severe Lower Extremity Combat Trauma (SeLECT) Study Group*, 48(7), 1439-144.
12. Eastridge, B. J., Mabry, L. R., Seguin, P., Cantrell, J., Tops, T., Uribe, P.... Blachbourn, L. H. (2012). Death on the battlefield (2001-2011): Implications for the future of combat casualty care. *J. Trauma Acute Care Surg.*, 73 (6) (Suppl. 5), 431-437.
13. Kelly, J. F., Ritenour, A. E., & McLaughlin, D. F. (2008). Injury severity and causes of death from Operation Iraqi Freedom and Operation Enduring Freedom: 2003-2004 versus 2006. *J Trauma*, 64 (2), 21-26.
14. Owens, B. D. & Belmont, P. Jr. (Eds.). (2011). *Combat Orthopedic Surgery: Lessons Learned in Iraq and Afghanistan*. NY.: Springer-Verlag.
15. *Tactical Combat Casualty Care*. (2013). *Observations, Insights and Lessons*.

Гурьев С.Е., Танасиенко П.В., Марцинковский И.П.

#### СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ВОЕННОСЛУЖАЩИМ В РЕЗУЛЬТАТЕ СОВРЕМЕННЫХ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ НА ЭТАПАХ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Резюме. В начале третьего тысячелетия Украина, ее граждане и армия оказались втянутыми в вооруженный конфликт на территории собственного государства, имеющего признаки гибридной войны и включает в себя открытые боевые дей-



ствія різної інтенсивності, диверсійно-розвідательні операції, сепаратизм, інформаційну війну та економічне протистояння на регіональному та міжнародному рівнях. Цілью нашої роботи було удосконалення існуючої системи хірургічної допомоги військовим в результаті сучасних бойових дій на етапах медичної допомоги на основі досвіду України та світу. Характер та обсяг хірургічної допомоги постраждалим від сучасних бойових дій в Україні, незважаючи на досягнуті успіхи, потребує реформування. Досвід країн НАТО та інших розвинутих країн в розвитку системи хірургічної допомоги від сучасних бойових дій повинен бути екстраполюваний та адаптований до реальності військових дій, проводимих на сході України.

**Ключові слова:** хірургічна допомога, постраждалі, військові дії, санітарні втрати.

*Guriev S.O., Tanasienko P.V., Martsinkovsky I.P.*

### THE CURRENT STATE OF THE PROBLEM OF SURGICAL ASSISTANCE TO SERVICEMEN AS A RESULT OF MODERN MILITARY OPERATIONS AT THE STAGES OF MEDICAL CARE

**Summary.** At the beginning of the third millennium, Ukraine, its citizens and the army appeared to be drawn into an armed conflict in the territory of their own state, which has signs of a hybrid war and includes open combat actions of varying intensity, sabotage and reconnaissance operations, separatism, information warfare and economic confrontation at the regional and international levels. The purpose of our work was to improve the existing system of surgical assistance to the military as a result of modern military operations at the stages of medical care based on the experience of Ukraine and the world. The nature and extent of surgical assistance to those affected by modern combat operations in Ukraine, in spite of the progress achieved, needs to be reformed. The experience of NATO and other developed countries in developing a system of surgical care from modern combat operations should be extrapolated and adapted to the realities of hostilities in eastern Ukraine.

**Key words:** surgical care, injured, military actions, sanitary losses.

Рецензент - д.мед.н., проф. Іскра Н.І.

Стаття надійшла до редакції 17.04.2017 р.

*Гур'єв Сергій Омелянович* - д.мед.н., професор, заступник директора з наукової роботи ДЗ "Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України"; +38(067)7351509; gurevsergey@gmail.com  
*Танасієнко Павло Васильович* - д.мед.н., старший науковий співробітник, провідний науковий співробітник ДЗ "Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України"; +38(067)7757788; radix.vn@ukr.net

*Марцинковський Ігор Павлович* - пошукач ДЗ "Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України"; головний хірург Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону; +38(067)7411214; m.i.p.555@ukr.net

© Ониськова О.В., Ющенко Л.О., Чигір І.В.

УДК: 613.41: 613.953:616.69

*Ониськова О.В., Ющенко Л.О., Чигір І.В.*

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018, Україна)

## ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ ГІГІЄНИ ЗОВНІШНІХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ У ДІТЕЙ: ОБІЗНАНІСТЬ БАТЬКІВ

**Резюме.** В статті викладені сучасні погляди на проведення гігієни зовнішніх статевих органів у хлопчиків та дівчаток. Проведено соціологічне опитування серед батьків новонароджених дітей та дітей віком до 3 років, оцінено їх рівень знань стосовно інтимної гігієни та правильності проведення догляду за зовнішніми статевими органами своїх дітей.

**Ключові слова:** діти, гігієна зовнішніх статевих органів, синехії статевих губ.

### Вступ

На даний час, поряд із проблемами гігієни статевих органів життя та інформаційної гігієни залишаються актуальними питання гігієни зовнішніх статевих органів у дітей, оскільки саме дотримання особистої гігієни тіла - це один із необхідних щоденних етапів догляду за дитиною, метою якого є збереження та зміцнення здоров'я у майбутньому [1, 2, 9].

Ретельне дотримання гігієни новонароджених дітей є надзвичайно важливим, оскільки неправильне проведення інтимної гігієни може викликати різні запальні процеси статевих органів як у хлопчиків, так і у дівчаток, мати в подальшому негативний вплив на регулярність циклу, здатність вагітності, перебіг пологів [10].

Метою дослідження було оцінити обізнаність батьків стосовно інтимної гігієни дітей віком до трьох років, правильність проведення догляду за зовнішніми статевими органами та частоту виникнення захворювань при їх недотриманні.

### Матеріали та методи

У дослідження було включено 65 дітей, із них 30 дівчаток і 35 хлопчиків віком від народження до 3 років. Усі діти перебували на стаціонарному лікуванні у різних відділеннях Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні. Критерієм виключення були діти із патологією нирок та сечовивідних шляхів. Усім батькам дітей групи дослід-