

ДУ “Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України”
ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України”

ВІСНИК
СОЦІАЛЬНОЇ ГІГІЄНИ
ТА ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

1 (55) / 2013

The state establishment “Ukrainian Institute of Strategic Researches Ministry of
Health of Ukraine”

SHEI “Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky
Ministry of Healf of Ukraine”

BULLETIN
OF SOCIAL HYGIENE
AND HEALTH PROTECTION
ORGANIZATION OF UKRAINE

SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL

Київ – 2013
Тернопіль – 2013

Свідоцтво про державну реєстрацію серія КВ № 374 від 23.03.99
Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2012. №4(54)
Науково-практичний журнал

Періодичність виходу – щоквартально
Заснований у січні 1999 р.

Засновники: ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» і
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»
Видавець: ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Головний редактор **С.О. Линник**

Ю.В. Вороненко, О.М. Голяченко (*відповід. редактор*), Л.Я. Ковальчук (*заст. головного редактора*),
Ю.Б. Яценко (*заст. головного редактора*) О.Р. Ситенко (*відповід. редактор*), Б.П. Криштопа,
В.Ф. Москаленко, М.Є. Поліщук, А.М. Сердюк, Г.О. Слабкий, І.М. Солоненко, Ю.В. Пакін,
Л.А. Чепелевська, А.О. Голяченко, В.М. Лехан, Н.О. Теренда, Н.П. Ярош

РЕДАКЦІЙНА РАДА

В.І. Агарков (*Донецьк*), О.Ю. Майоров (*Харків*), В.О. Волошин (*Київ*),
М.В. Голубчиков (*Київ*), В.В. Єлагін (*Київ*), О.В. Любінець (*Львів*),
А.М. Нагорна (*Київ*), Н.О. Сайдакова (*Київ*), В.Й. Шатило (*Житомир*), С.А. Куковякін (*Росія*)

Журнал включено до Переліку №1 наукових фахових видань України, в яких можуть публікуватися результати дисертаційних робіт на здобуття вченого ступеня кандидата і доктора наук (додаток до постанови Президії ВАК України від 14.04.10 №1-05/3)

Рекомендовано до друку Вченою радою
Українського інституту стратегічних досліджень
(протокол №2 від 21.02.2013)

Передплатний індекс – 22867

Адреса редакції

02099, м. Київ, пров. Волго-Донський, 3
E-mail: uisr_moz@ukr.net
Тел./факс: (044)576-41-19; 576-41-09

Свідоцтво про державну реєстрацію КВ №12202-1086Р від 15.01.2007 р.

Адреса видавництва і друкарні

46001, м. Тернопіль, Майдан волі, 1
Видавництво «Укрмедкнига» Тернопільського державного медичного університету
імені І. Я. Горбачевського
телефон: (0352) 43-49-56; 52-80-09; 52-72-33
Розрахунковий рахунок №31252273210444 в ГУ ДКУ в Тернопільській області
МФО 838012 Код ЄДРПОУ 02010830

Одержувач платежу : ДВНЗ „Тернопільський медичний університет імені І. Я. Горбачевського”
для журналу “Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України”
Свідоцтво про внесення до Державного реєстру суб'єктів видавничої справи ДК №2215 від 16.06.2005

Здоров'я і суспільство

Слабкий Г.О., Дерев'янку Л.А. Глобальна елімінація вродженого сифілісу: нові виклики для України 5

Василик В.С., Крекотень О.М. Психологічний стан сучасних міських підлітків 11

Організація медичної допомоги

Голяченко О.М., Шульгай А.Г., Панчишин Н.Я., Смірнова В.Л. Концепція розвитку медичної допомоги у Карпатському регіоні України 16

Поцелуєв В.І. Динаміка доступності первинної медико-санітарної допомоги як показник її розвитку 24

П'ятночка І.Т., Корнага С.І., Довбуш Ю.В. Шляхи покращення догоспітальної діагностики раку легень в обласному протитуберкульозному диспансері 28

Лучинський М.А. Частота зубощелепних аномалій та деформацій у дітей різних адаптивних типів Прикарпаття 31

Якобчук А.В. Періодизація національної нормативно-правової бази з питань протидії ВІЛ/СНІДу 35

Лучинський В.М. Клінічна ефективність використання лікувально-профілактичного комплексу у дітей з карієсом зубів, які проживають на території, забруднених інгаляційними ксенобіотиками 38

Соколова Л.В. Кількісне визначення біологічно активних речовин у сублімованих порошках аронії, артишоку та кавуна 42

Нечай О.Р., Бандрівський Ю.Л., Гнідь Р.М. Вплив негативних виробничих чинників на показники стану ротової порожнини 46

Романюк Л.М., Федчишин Н.Є., Шостак С.Є. Основні закономірності та тенденції поширеності хвороб органів травлення 49

Федчишин Н.Є. Хвороби системи кровообігу: динаміка поширеності в Україні та Тернопільській області 53

Health and society

Slabkyi G.O., Derevyanko L.A. Global elimination of congenital syphilis: new challenges for Ukraine 5

Vasylyk V.S., Krekoten O.M. Psychological condition of modern urban adolescents 11

Organization of medical care

Holyachenko O.M., Shulhay A.G., Panchyshyn N.Ya., Smirnova V.L. Concept of health care development in the Carpathian region of Ukraine 16

Potseluyev V.I. Dynamics of primary health care availability as an indicator of its development 24

Pyatnochka I.T., Kornaga S.I., Dovbush Yu.V. Ways of improving pre-hospital diagnosis of lung cancer in the regional tuberculosis dispensary 28

Luchynskiy M.A. Frequency of dentonathic anomalies and deformations in children with different adaptive types on Prykarpattya region 31

Yakobchuk A.V. Division into periods of national normatively-legal base on questions of HIV/AIDS counteraction 35

Luchynskiy V.M. Clinical effectiveness of preventive complex using for the children with caries, which live in regions, polluted by inhaled xenobiotics 38

Sokolova L.V. Quantitative determination of biologically active substances in sublimated powders of chokeberry, artichoke and watermelon 42

Nechay O.R., Bandrivsky Y.L., Gnid R.M. Influence of negative production factors on indicators of oral cavity condition 46

Romanyuk L.M., Fedchishyn N.Ye., Shostak S.Ye. Basic patterns and trends of digestive system diseases prevalence 49

Fedchishyn N.Ye. Cardiovascular diseases: dynamics of prevalence in Ukraine and Ternopil region 53

Історія медицини

Теренда Н.О. Вчення про інфаркт міокарда в історичному аспекті

Килівник В.С., Цвень П.В., Кузьмін І.В. Історія гірудотерапії з початку 18-го століття н.е. до сьогодення

History of Medicine

56 *Terenda N.O.* The doctrine of the heart attack in historical aspect

62 *Kylivnyk V.S., Tsven P.V., Kuzmin I.V.* History hirudotherapy from ancient times to the early 18th century ad

Г.О. СЛАБКИЙ, Л.А. ДЕРЕВ'ЯНКО (Київ)

ГЛОБАЛЬНА ЕЛІМІНАЦІЯ ВРОДЖЕНОГО СИФІЛІСУ: НОВІ ВИКЛИКИ ДЛЯ УКРАЇНИ

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

Вроджений сифіліс (ВС) залишається глобальною проблемою і нині, оскільки у кожному суспільстві він має значні медичні, економічні, соціальні та емоційні наслідки, хоча інколи і приховані. Всесвітня організація охорони здоров'я нещодавно запропонувала Стратегію глобальної елімінації вродженого сифілісу, яка спрямована на мобілізацію ресурсів та надає план дій щодо остаточного викоринення цієї проблеми.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: вагітність, сифіліс, вроджений сифіліс, стратегія.

Вроджений сифіліс (ВС) залишається глобальною проблемою і нині, оскільки у кожному суспільстві він має значні медичні, економічні, соціальні та емоційні наслідки, хоча часом і приховані [12]. Негативні наслідки вагітності спостерігаються майже у 80% жінок з активним сифілісом, у тому числі з випадками мертвонароджуваності (до 40%), перинатальної смерті (20%) та неонатальних інфекцій (20%). Понад 130 млн немовлят народжуються щорічно, з них 8 млн не доживають до свого першого дня народження та ще 3 млн помирають на першому тижні життя, крім того, мертвонароджуваність становить 3,3 млн [10]. Багато з цих 6,3 млн смертей спричинені сифілісом (до 26% випадків мертвонароджуваності за даними L. Finelli), переважно в країнах, що розвиваються [12].

В Україні, незважаючи на зменшення абсолютної кількості випадків ВС та показника захворюваності на сифіліс серед вагітних з 1,9 до 1,6, питома вага хворих на сифіліс вагітних від загальної кількості хворих на сифіліс складає майже 10% за даними ЦМС, що значно більше, ніж у Західній Європі [15]. Протягом останніх десяти років в Україні зростає кількість ВІЛ-інфікованих жінок репродуктивного віку та народжених ними дітей, а сифіліс та ВІЛ, як відомо, мають однакові шляхи передачі та часто передаються одночасно. Наявність сифілісу у ВІЛ-інфікованої жінки значно підвищує ризик інфікування плоду двома інфекціями [6]. Особливе занепокоєння викликає той факт, що у 2008 р., вперше з 1995 р., передача ВІЛ-інфекції статевим шляхом почала переважати над парентеральною передачею.

Попри те, що у більшості країн існують настанови щодо скринінгу на сифіліс вагітних, високий рівень відвідування антенатальних клінік, недороге тестування та лікування, існує значна

недооцінка реальної загрози ВС, як на міжнародному, так і національному рівнях. Значна увага приділяється нині попередженню передачі ВІЛ від матері до дитини, і не зрозуміло, чому елімінація ВС «випала» з поля зору міжнародної медичної спільноти. У той час як щорічно рівень смертності від ВС сягає такого, що буде спричинений передачею ВІЛ від матері до дитини [11]. Щоб висвітлити цю проблему та сконцентрувати зусилля на недоліках, ВООЗ розробила програму з елімінації ВС [2].

В Україні під егідою ВООЗ здійснена місія «Оцінка наявності й доступності послуг з діагностики і лікування інфекцій, які передаються статевим шляхом, для груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ в Україні». Серед жінок, які захворіли на сифіліс під час вагітності, кількість тих, яких можна віднести до груп соціального ризику (ГСР), коливається від 20% до 40%. Значний відсоток серед цих жінок складають ті, яких, на думку ВООЗ, слід віднести до групи підвищеного ризику (ГПР) щодо інфікування ВІЛ (споживачі ін'єкційних наркотиків, представниці секс-індустрії та юні жінки). Команда місії вважає, що деякі з головних нормативних документів застаріли й потребують перегляду, оновлення і включення нових наукових даних, а також більшого наголошення на правах людини. Також було запропоновано розробити нову національну стратегію щодо інфекцій, які передаються статевим шляхом (ІПСШ), з цілями та цільовими показниками, та з окремим розділом, що конкретно висвітлював би питання ГПР. МОЗ рекомендується виробити програму цієї роботи та наглядати за її здійсненням. Як модель для розробки Національної стратегії рекомендовано використати Глобальну стратегію профілактики і боротьби з ІПСШ ВООЗ на 2006–2015 роки та «Глобальну ліквідацію вродженого сифілісу: обґрунтування та стратегія дій», а також доступні міжнародні приклади

найкращої практики, як, наприклад, Національна стратегія щодо сексуального здоров'я та протидії ВІЛ, розроблена та впроваджувана Департаментом охорони здоров'я Великої Британії [1].

Матеріали і методи. Не існує достовірних розрахунків загальної кількості випадків ВС. Щоб визначити щорічну кількість випадків ВС, G. Schmid та співавт. застосували двостадійний підхід, використовуючи дані про вагітних жінок за 1997–2003 рр. із 31 країни, за винятком США, Канади, Північної та Західної Європи, оскільки сифіліс зрідка реєструється в цих країнах і, відповідно, це б суттєво не вплинуло на загальну кількість випадків ВС [13]. На першій стадії була використана база даних ВООЗ, яка використовується для визначення глобальної кількості ІПСШ. Цей метод обчислення випадків ґрунтується на регіональному підході (6 регіонів ВООЗ) за браком даних щодо окремих країн. Для визначення річної кількості жінок, які народили дітей із ВС, серопозитивність в окремому регіоні помножувалась на щорічну кількість пологів в ньому за оцінками ООН на 2004 р. Цей метод не враховує справжню кількість вагітних жінок, які народили дітей із ВС. За наявності ранніх втрат від сифілісу при вагітності, що спостерігається у від 17% до 40% випадків, багато з цих жінок не відвідують антенатальні клініки, таким чином, кількість вагітних, що захворіли на сифіліс під час вагітності, серед них буде заниженою. На другій стадії оцінки глобальної щорічної захворюваності на ВС аналізувались дані включно з трьома нещодавними дослідженнями щодо негативних наслідків нелікованої сифілітичної інфекції у матерів (Watson-Johens, 2002; Schulz, 1987; Global Burden of STI, 2000).

В Україні ми використовували дані Центру медичної статистики щодо виявлення сифілісу у жінок під час вагітності та кількості дітей, у яких встановлено ВС. Проведено соціо-демографічне та клініко-серологічне обстеження 237 жінок, що хворіли на сифіліс до або під час вагітності, та народжених ними дітей (238). Дослідження мало дві складові – перспективну та ретроспективну. До першої частини увійшли 163 матері та 164 їхні дітини, що перебували на обстеженні та лікуванні з діагнозом ВС, профлікуванні (ПЛ) чи клініко-серологічному контролі (КСК) у Київській міській шкірно-венерологічній лікарні та інших дитячих лікарнях м. Києва (ДКЛ №1, «ОХМАТДИТ» тощо) з 1999 р. по 2007 р. До ретроспективної частини дизайну дослідження увійшли дані про 74 матерів та їхніх дітей із ВС, отримані за результатами аналізу типових тимчасових карток випадків вродженого сифілісу (ТТКВВС). Картки надійшли до МОЗ із м. Києва та 14 областей України (Донецької, Житомирської, Запорізької, Івано-Франківської, Київської, Кіровоградської, Луганської, Львівської, Одеської, Рівненської,

Сумської, Тернопільської, Хмельницької, Чернігівської) за 2002–2007 рр. ТТКВВС була запроваджена з метою вивчення епідеміологічної ситуації щодо захворюваності на ВС в Україні згідно з наказом МОЗ України №14 від 17.01.2002 р. «Про заходи щодо профілактики випадків раннього вродженого сифілісу». Згідно з цим наказом органи охорони здоров'я у місячний термін із моменту встановлення діагнозу повинні повідомляти МОЗ України про кожний випадок ВС, а також подавати ТТКВВС і супровідну документацію. Уніфікована карта містить соціо-демографічні та клініко-серологічні дані матері та дитини, включаючи акушерський анамнез матері, дані її серологічного обстеження та лікування, дослідження пуповинної крові (КСР) та плаценти (зважування, визначення співвідношення ваги плаценти та ваги плоду при народженні), спинно-мозкової рідини (білок, цитозу та РЗК), проведення рентгенографії довгих кісток, а також огляди суміжних фахівців (педіатра, невропатолога, офтальмолога, отоларинголога, ортопеда). Враховувались такі ознаки ВС, як шкірні висипи (плямисто-папульозні, бульозні, дифузна інфільтрація та ін.), сифілітичний риніт, гепато- чи/та спленомегалія, генералізована лімфаденопатія тощо.

Статистична обробка соціо-демографічних та клініко-серологічних даних щодо хворих на сифіліс матерів та тих, що хворіли на нього в минулому, а також народжених ними дітей проведена на персональному комп'ютері з використанням пакета прикладних програм Statistica 6.0 та MS Excel XP. Порівняння відносних або виражених у відсотках величин здійснювалося за допомогою критерію χ^2 (хі-квадрат) та критерію Вілкоксона. 95% конфіденційний інтервал було використано для проведення двомірного аналізу факторів ризику ВС. Логістичне моделювання було проведено для встановлення незалежних факторів ризику народження немовлят із ВС [3].

Результати дослідження та їх обговорення. Отримані дані щодо серопозитивності 431,452 вагітних із 31 країни, за винятком США, Канади, Північної та Західної Європи [12]. Серопозитивність серед вагітних була найбільшою в Американському регіоні (3,9%), в Африканському вона становила 1,98%, Європейському – 1,5%, Південно-Азіатському – 1,11% і Західному Тихоокеанському – 0,70%. Помноживши ці дані на кількість пологів, було встановлено, що щороку реєструється 2,036 753 випадку захворюваності на сифіліс серед матерів. Передбачувана щорічна кількість випадків ВС визначається кількістю вагітних, хворих на сифіліс, у дітей яких розвинувся ВС, і, за різними оцінками, варіює від 728,547 до 1,527,565 [8]. Ці дані не враховують мертвонароджуваність серед жінок, які не відвідують антенатальні клініки.

У нашому дослідженні жінок, які хворіли на сифіліс до чи під час вагітності, було поділено на три групи залежно від встановленого їхнім дітям діагнозу: I група – 102 матері, дітям яких було встановлено діагноз ВС, II група – 78 матерів, дітям яких було проведено ПЛ, III група – 52 матері, діти яких знаходилися на КСК (без специфічного чи профілактичного лікування).

Середній вік матерів, дітям яких було встановлено ВС, в Україні становив $25,8 \pm 0,6$, тобто що групу ризику жінок щодо народження немовлят із ВС складають жінки репродуктивного віку, а не юні жінки.

Серед жінок, які народили немовлят із ВС, було вірогідно більше мешканок міст, ніж сіл, хоча й 20 (19,6%) із них мешкали в містах без реєстрації. Це, з одного боку, зменшує серед них показник міського населення, а з іншого – свідчить про те, що не зареєстровані в містах жінки мали менший доступ до безкоштовних послуг.

У групі жінок, дітям яких встановлено ВС, достовірно було більше незаміжніх жінок ($p < 0,05$), що свідчить про те, що самотність є фактором ризикованої статевої поведінки жінок та в подальшому інфікування ІПСШ, у тому числі сифілісом. Понад половина жінок (54,9%) мали середню освіту, а частка тих, які мали неповну середню освіту, серед них була вірогідно найвищою порівняно з двома іншими групами. На час декретної відпустки переважна більшість жінок у всіх групах були безробітними чи домогосподарками. Таким чином, безробітні жінки чи домогосподарки із середньою освітою є групою ризику щодо сифілісу, оскільки працюючі жінки, у зв'язку з необхідністю отримати декретну відпустку, перебувають на обліку у жіночих консультаціях (ЖК).

У групі жінок, які народили дітей із ВС, було вірогідно більше таких, що належали до ГПР (зловживання алкоголем, ін'єкційні споживачі наркотиків, безладне статеве життя, секс-бізнес тощо), порівняно із жінками групи ПЛ ($p < 0,05$).

В усіх групах переважна більшість хворих жінок та тих, які хворіли на сифіліс, народжували вперше, їх було вірогідно більше в групі КСК порівняно з групами ПЛ та ВС. Народжували вдруге частіше жінки, дітям яких встановлено ВС, а втретє – жінки з групи ПЛ порівняно з групою КСК ($p < 0,05$). Щонайменше один викидень в анамнезі частіше мали майбутні матері з групи ВС порівняно з групою КСК ($p < 0,05$).

Вірогідно частіше жінки ставали на облік до ЖК у I триместрі вагітності, коли можна попередити інфікування плоду, в групах ПЛ та КСК порівняно з групою матерів, дітям яких встановлено ВС. Ми виявили, що 44,1% вагітних жінок із групи ВС не перебували на обліку в ЖК з приводу вагітності, а також що не було вірогідної різниці в кількості жінок, які не перебували на обліку в

ЖК у групах ВС та ПЛ ($p > 0,05$). Так, 26 (33,3%) жінок із групи ПЛ не перебували на обліку в ЖК та не отримали пренатального лікування з приводу сифілісу. У подальшому їхнім дітям було проведено профілактичне лікування за схемою ВС, але, згідно з рекомендаціями експертів, таким дітям не тільки слід проводити специфічне лікування як народженим від хворих на сифіліс матерів, але й встановлювати діагноз передбачуваного ВС. Водночас потребує уваги той факт, що на облік до ЖК в I–III триместрах стали 57 (55,9%) жінок з тих, дітям яких у подальшому встановлено ВС, але своєчасне пренатальне обстеження та лікування їм не було проведено.

Як відомо, ВС є однією з причин передчасних пологів [14], що підтверджують і наші дані. Так, у групі матерів, які народили немовлят із ВС, передчасні пологи відбувалися майже у половини матерів (51%), вірогідно частіше порівняно з двома іншими групами. Передчасні пологи вірогідно частіше відбувалися в групі ПЛ порівняно з групою КСК ($p < 0,05$).

Хоча раннє тестування на сифіліс є вирішальним у профілактиці трансмісії інфекції від матері до немовляти, лише кожній п'ятій (21%) із тих жінок, які народили немовлят із ВС, серологічне обстеження було вперше проведено в I половині вагітності, кожній третій (31%) – у другій половині, решті, практично кожній другій, – у пологах (41%) або після них (4%). Вірогідно більше вагітних мали позитивні серологічні тести в I половині вагітності у групах ПЛ та КСК порівняно з групою ВС ($p < 0,05$), що свідчить про те, що раннє тестування на сифіліс запобігає появі випадків ВС. Пологовий скринінг є фактично останнім фільтром на шляху виявлення випадків ВС. Вірогідно значно більше позитивних результатів серологічного обстеження породіль було зареєстровано у групі ВС порівняно з групами КСК та ПЛ. Практично кожна третя вагітна з групи ПЛ, дітям яких проведено так зване ПЛ за схемою ВС, пройшла вперше тестування на сифіліс у пологах (31%), що свідчить про приховування реєстрації передбачуваних випадків ВС.

Слід зазначити, що серологічне дослідження крові (РЗК чи/та МРП), проведене в I половині вагітності у групі матерів, дітям яких встановлено ВС, було негативним у 19 з 21 вагітних. У другій половині вагітності серологічне обстеження було проведено загалом у 50 жінок, у половині з них РЗК чи/та МРП були позитивними, у решті – негативними (23) чи в реакціях відбувався гемоліз (2). У пологах серологічно було обстежено 90 (88,2%) породіль,пологовий скринінг не проведено у десяти (9,8%) породіль, причому половина з них не була не обстежена під час вагітності, у решті – одно- чи дворазовий допологовий скринінг був негативним. Після

пологів скринінг на сифіліс виявився позитивним у 20 (20,6%) жінок, причому лише у п'яти з них він був проведений уперше. Появу позитивних серологічних результатів матері після пологів можна частково пояснити пізнім інфікуванням в останньому триместрі вагітності, коли на час негативного пологового скринінгу породілля може ще перебувати в інкубаційному періоді, але немовля вже при цьому інфікується. Крім того, появу позитивних реакцій у матерів уже після пологів можна передбачувати пояснити проблемами з чутливістю серологічних тестів, адже в Україні, згідно з чинним наказом, при обстеженні на сифіліс вагітних досі використовується реакція Вассермана всупереч рекомендаціям експертів ВООЗ. Відсутність в Україні референс-лабораторій також не дає змоги належним чином контролювати чутливість серологічних реакцій.

Вірогідно більше позитивних результатів із вищими титрами в РМП (від 1:8 до 1:32) та РЗК (від 1:20 до 1:320) було у матерів із групи ВС порівняно з групою КСК ($p < 0,05$) і, навпаки, вірогідно більше позитивних результатів із низькими титрами в РЗК (1:5) і МРП (1:2–1:4) було в групах КСК та ПЛ порівняно з групою ВС ($p < 0,05$). Не було вірогідної різниці в кількості матерів із титрами РЗК від 1:10 до 1:40 та РМП від 1:8 до 1:64 у групі ПЛ порівняно з групою ВС. Це є ще одним свідченням на користь недореєстрації випадків передбачуваного ВС, адже високі титри серореакцій матері в пологах асоціюються з народженням дитини із ВС [15].

У жінок, які народили немовлят із ВС, було встановлено 16 (15,7%) випадків вторинного сифілісу, 69 (67,6%) – раннього прихованого, у 3 (2,9%) – пізнього прихованого, у решти 14 (13,7%) діагноз не уточнено. У цій групі було вірогідно менше зареєстровано матерів із вторинним сифілісом порівняно з групою КСК і, навпаки, достовірно більше було матерів із раннім прихованим сифілісом. Беззаперечною умовою успішного менеджменту вагітних є виявлення та санація сифілісу у їхніх статевих партнерів для запобігання реінфікування. Вірогідно більше було виявлено джерел інфікування (інфікованих статевих партнерів) у жінок, дітям яких встановлено ВС (18,6%), порівняно з групами ПЛ та КСК.

У групі матерів, дітям яких встановлено ВС, пренатальне лікування не було проведено у 96 (94%) випадках, що вірогідно вище порівняно з групами ПЛ та КСК ($p < 0,05$). У групі ПЛ 33 (42,3%) жінки не отримали пренатального лікування до пологів, це свідчить про те, що у народжених ними дітей високий ризик розвитку ВС.

Лише у п'яти жінок із групи ВС проведено таке пренатальне лікування: незакінчене специфічне – у трьох (2,9%), специфічне та профілактичне – двох жінок (2,0%), специфічне та незакінчене профілактичне – у однієї (1,0%). Слід зазначити,

що у трьох із шести випадків внаслідок затримки з пренатальною діагностикою та лікуванням лікарям не вдалося завершити курс специфічної терапії до пологів. Ці випадки підтверджують думку експертів ВООЗ про те, що лікування майбутньої матері є неадекватним у разі його проведення на останньому місяці вагітності. Динаміка серологічних показників у двох вагітних, яким у другому триместрі було проведено специфічне та профілактичне лікування, свідчить про те, що у них імовірно мало місце реінфікування та серорецидив після проведеної терапії. У першому випадку це підтверджував той факт, що статевий партнер не був пролікований і вірогідно відбулося реінфікування, а в другому випадку відбулося порушення режиму лікування – пеніцилін G призначався 2 рази на добу, а це суперечить інструкції препарату та рекомендаціям ВООЗ, CDC, IUSTI, відповідно до яких препарат призначається дорослим пацієнтам 4–6 р/д.

Аналіз отриманих результатів дозволив ідентифікувати фактори ризику народження дітей із ВС у хворих на сифіліс матерів. Ми з'ясували, що вірогідно частіше народжували немовлят із ВС жінки репродуктивного віку після 20 років, незаміжні, мешканки міст ($p < 0,05$) та з діагнозом раннього прихованого сифілісу порівняно з іншими формами (95% конфіденційний інтервал від 2,6 до 5,9). Відсутність реєстрації в містах жінок із груп ВС та ПЛ також утруднювала їх доступ до безкоштовного пренатального нагляду.

Наші дані підтверджують думку багатьох дослідників [13;15], що основними факторами ризику ВС є відсутність пренатального нагляду (44%) та адекватного лікування (99%, 95% конфіденційний інтервал 1,3 до 5,3). Непокоїть той факт, що біля 56% вагітних жінок стали на облік до ЖК, але з різних причин їм не проведено своєчасне пренатальне обстеження та лікування. Вірогідно більша кількість жінок не отримувала лікування до пологів у групі ВС порівняно з групою ПЛ, але не було вірогідної різниці між кількістю жінок груп ВС та ПЛ, що не перебували на обліку в ЖК, у яких була затримка з пренатальною діагностикою та лікуванням, або тими, які відмовилися від госпіталізації, були реінфікованими та не мали пологового скринінгу ($p < 0,05$).

Ми також підтвердили висновки попередніх дослідників [14] про те, що значним фактором розвитку ВС у немовлят є пізній пренатальний нагляд – після 28 тижня гестації (третій триместр), коли проведене лікування вагітної може виявитися неадекватним для запобігання розвитку ВС у дитини (95% конфіденційний інтервал 2,4 до 5,4). Не було встановлено вірогідної різниці в кількості жінок, які стали на облік до ЖК після 28 тижня вагітності, у групах ПЛ та ВС, а це, в свою чергу, є свідченням того, що група ПЛ є групою ризику щодо народження дітей із ВС. Суттєвим фактором

ризик розвитку ВС було також пізніше інфікування вагітних (18%), яке, на нашу думку, є наслідком проблем із серодіагностикою в Україні (відсутність референс-лабораторій, реакція Вассермана).

Департамент Репродуктивного Здоров'я та Досліджень (RHR) опублікував серію оглядів щодо елімінації сифілісу в світі у Бюлетні Світової Організації [4], а Наукова Технічна Дорадча Група Департаменту Репродуктивного Здоров'я та Досліджень підтримала стратегію щодо глобальної елімінації ВС, яка була включена до робочого плану на 2004–2009 рр. [17].

Основна мета стратегії ВООЗ – це елімінація ВС як проблеми громадського здоров'я, з особливою увагою на попередженні передачі від матері до дитини шляхом ранньої антенатальної допомоги жінкам, лікування їхніх статевих партнерів і профілактичного лікування одноразовою ін'єкцією бензатинпеніциліну немовлят, народжених від матерів з позитивними серорекціями. Це разом зі зменшенням поширення сифілісу серед вагітних жінок, як стверджується в стратегії ВООЗ щодо попередження і контролю ІПСШ, сприятиме елімінації ВС.

Оскільки захворюваність на сифіліс в індустріальному світі знизилася, проводилися численні аналізи економічної доцільності універсального скринінгу вагітних жінок на сифіліс. Всі вони показали, що такий скринінг є ефективним при захворюваності на сифіліс серед вагітних навіть менше 1% [12].

Слід зазначити, що причини ВС у всіх країнах схожі. В індустріалізованому світі найбільш поширеною причиною ВС є відсутність пренатального догляду. Крім того, пізній пренатальний догляд не дозволяє попереджати мертворожденість та народження дітей із ВС [14].

Скринінг сифілісу має бути децентралізованим, доступним та безкоштовним, так само як і лікування. Порівняно із попередженням передачі ВІЛ від матері до дитини профілактика ВС є простою та недорогою.

Для країн з обмеженим бюджетом Стратегія ВООЗ щодо ліквідації ВС ґрунтується на 4 основних принципах, які розроблені експертами з багатьох країн та можуть бути рекомендовані до впровадження в окремих країнах, незалежно від їхніх ресурсів та рівня захворюваності:

· Принцип 1. Забезпечення стійкої політичної та інформаційної підтримки на шляху елімінації ВС.

Експерти стверджують, що політика щодо елімінації ВС є ефективною лише тоді, коли система охорони здоров'я та її користувачі хочуть її впроваджувати. Політична підтримка з чіткими пріоритетами та розміщенням ресурсів допоможе ліквідувати проблему.

· Принцип 2. Підвищення доступності та якості медичної допомоги в рамках служб охорони материнства та дитинства.

Слід забезпечити скринінг та адекватне лікування усіх вагітних, а також використати усі можливості для обстеження жінок, які не відвідують жіночі консультації (відвідування педіатра з іншою дитиною), тобто доступ і якість допомоги повинні бути покращені.

· Принцип 3. Проведення скринінгу та лікування вагітних жінок та їхніх статевих партнерів.

Наявні методи діагностики ефективні, дешеві та вимагають мінімального матеріально-технічного забезпечення. Лікуванню підлягають всі жінки, хворі на сифіліс, та їхні статеві партнери, а також діти, народжені матерями, хворими на сифіліс, які не отримували лікування під час вагітності.

· Принцип 4. Створення систем спостереження та оцінки результатів.

Необхідно поліпшити систему епідеміологічного нагляду, розробити методи оцінки ефективності, зміцнити системи спостереження та оцінки результатів.

Крім того, експерти вирізняють заходи по боротьбі з ВС на національному рівні:

· процес повинен бути орієнтований на країни з урахуванням культурних та епідеміологічних особливостей, а також умов допологового спостереження;

· необхідний комплексний підхід, що передбачає об'єднання заходів боротьби проти ВС з іншими програмами з охорони материнства та дитинства (профілактикою передачі ВІЛ від матері до дитини тощо) та ініціативами з охорони сексуального та репродуктивного здоров'я;

· необхідно дотримуватися прав жінок на отримання інформації, консультування та конфіденційності;

· для оптимального використання наявних ресурсів необхідні міжсекторальний підхід, партнерство і співпраця.

З метою досягнення елімінації ВС, ВООЗ працює на міжнародному, регіональному та місцевому рівнях. На місцевому рівні ВООЗ пропонує підтримку у співпраці з іншими програмами щодо репродуктивного здоров'я, ІПСШ та ВІЛ, ситуаційному аналізі, впровадженні відповідної стратегії, нагляду та моніторингу програм тощо.

На шляху до елімінації ВС перед Україною, як і перед іншими країнами, не стоять нездоланні труднощі. Бракує лише політичної волі, доказових підходів та підтримки на всіх рівнях. Насправді існує небагато причин, чому елімінація ВС не є пріоритетним напрямком, і багато причин, чому так повинно бути. Профілактика ВС є ефективною лише тоді, коли система охорони здоров'я та її користувачі хочуть її впроваджувати [12], що становить **перспективи подальших досліджень**.

Висновки

1. За допомогою комплексного медико-соціального обстеження хворих на сифіліс матерів та народжених ними немовлят встановлена не-

відповідність надання допомоги хворим на сифіліс вагітним стратегії ВООЗ, наслідком чого є високий рівень захворюваності на сифіліс серед жінок репродуктивного віку, у тому числі вагітних.

2. Враховуючи зростаючі темпи росту ВІЛ-інфікування серед жінок репродуктивного віку в Україні протягом останніх десяти років, необхідна оптимізація системи профілактики ВС та інтегра-

ція її до державних програм «Репродуктивне здоров'я України на період до 2006–2015», забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 рр. та «Здоров'я-2020: український вимір» відповідно до пріоритетів нової європейської політики та основних напрямків державної політики в охороні здоров'я.

Список літератури

1. Глобальная ликвидация врожденного сифилиса: обоснование и стратегия действий / ВОЗ. – 2008. – 38 с.
2. Глобальная стратегия профилактики инфекций, передаваемых половым путем и борьбы с ними, 2006-2015 гг. / ВОЗ. – 2008. – 69 с.
3. Гойко О. В. Практичне використання пакета STATISTICA для аналізу медико-біологічних даних : [навч.-метод. посібн.] / О. В. Гойко. – К., 2004. – 76 с.
4. Інфекції, що передаються статевим шляхом в Україні (2003-2007): епідеміологія, організація контролю, тенденції та проблеми : [інформ. бюл.]. – К., 2009. – 40 с.
5. Оцінка наявності й доступності послуг з діагностики і лікування інфекцій, які передаються статевим шляхом, для груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ в Україні : звіт Місії ВООЗ (30 бер. – 3 квіт. 2009 р.). – 43 с.
6. Congenital syphilis / Finelli L., Berman S. M, Koumans [et al.] // Bull. World Health Organ. – 1998. – Vol. 78 (Supl. 2). – P. 126–128.
7. Congenital syphilis after maternal treatment for syphilis during pregnancy / Sheffield J. S., Sanches P. J., Morris G. [et al.] // Amer. J. Obstet. Gynecol. – 2002. – Vol. 186. – P. 569–573.
8. Congenital syphilis in the Russian Federation: magnitude, determinants, and consequences / Tikhonova L., Salakhov E., Southwick K. [et al.] // Sex. Transm. Inf. – 2003 – Vol. 79. – P. 106–110.
9. Neonatal and perinatal mortality. Country, regional and global estimates, 2006. [Electronic resource]. – Access mode : http://who.int/making_pregnancy_safer/publications/neonatal.pdf – Title from a screen.
10. Prenatal syphilis infection is a possible cause of preterm delivery among immigrant women from eastern Europe / Tridapalli E., Capretti M. G., Sambri V. [et al.] // Sex. Transm. Inf. – 2007 – Vol. 83 – P. 102–105.
11. Prevention of congenital syphilis – Time for action // Bull. World Health Organ. – 2004. – Vol. 82. – P. 401.
12. Sanches P. J. Syphilis in pregnancy / P. J. Sanches, G. D. Wendel // Clinics in Perinatology. – 1997. – Vol. 24 (1). – P. 71–90.
13. Schmid G. Economic and programmatic aspects of congenital syphilis / G. Schmid // Bull. World Health Organization. – 2004. – Vol. 82. – P. 402–409.
14. Shachner L. A. Congenital syphilis (Prenatal Syphilis) / L. A. Shachner, R. C. Hansen // Pediatric Dermatology. – 3 edition Mosby. – 2003. – P. 1185–1196.
15. The Need and Plan for Global Elimination of Congenital Syphilis / Schmid G., Stoner B., Hawkers S. [et al.] // Sex Transm Dis. – 2007. – Vol. 34 (Suppl. 7). – P. 5–9.
16. WHO Policy paper. Action for the Global Elimination of Congenital Syphilis: Rationale and Strategy [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.who.int/reproductive-health/stis/docs/syphilis.html>. – Title from a screen.
17. World Health Organisation Global Burden of Disease report. – Geneva : WHO, 2002.

ГЛОБАЛЬНАЯ ЭЛИМИНАЦИЯ ВРОЖДЕННОГО СИФИЛИСА: НОВЫЕ ВЫЗОВЫ ДЛЯ УКРАИНЫ

Г.А. Слабкий, Л.А. Деревянко (Киев)

Врожденный сифилис (ВС) остается глобальной проблемой и ныне, поскольку в любом обществе он имеет значительные медицинские, экономические, социальные и эмоциональные последствия, хотя иногда и скрытые. Всемирная организация здравоохранения недавно предложила Стратегию глобальной элиминации врожденного сифилиса, которая направлена на мобилизацию ресурсов и предоставляет план действий в отношении окончательного искоренения этой проблемы.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: беременность, сифилис, врожденный сифилис.

GLOBAL ELIMINATION OF CONGENITAL SYPHILIS: NEW CHALLENGES FOR UKRAINE

G.A. Slabkiy, L.A. Derevyanko (Kyiv)

Congenital syphilis (CS) has been continuing a global problem because in every society it has significant medical, economic, societal and emotional burdens even sometimes hidden. The newly proposed World Health Organization Strategy for the Global Elimination of Congenital Syphilis aims to mobilize resources and provide a plan to address this underrecognized health problem.

KEY WORDS: pregnancy, syphilis, congenital syphilis.

Рукопис надійшов у редакцію 28.01.2013

Рецензент: д.мед.н., проф. Ю.Б. Яценко

УДК: 159.923.2:159.9.07(477.44)

В.С. ВАСИЛИК, О.М. КРЕКОТЕНЬ (Вінниця)

ПСИХОЛОГІЧНИЙ СТАН СУЧАСНИХ МІСЬКИХ ПІДЛІТКІВ

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Проаналізовано психологічні особливості міських підлітків; вивчено вплив соціально-економічних і поведінкових чинників на психологічний стан та формування соматичної патології. Встановлено, що порушення якості психологічного стану зумовлюють різні чинники способу життя. А погіршення психологічного стану, у свою чергу, пов'язане з розвитком соматичної патології та обумовлює її виникнення.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: психологічний стан, підлітки, соматична патологія, акцентуації характеру.

Психічне здоров'я – один з прямих показників здоров'я, найважливіша складова високого рівня якості життя [3]. Високий рівень психічного здоров'я населення є важливим фактором соціальної єдності, продуктивності праці, громадського спокою та стабільності оточуючого середовища, що сприяє зростанню соціального капіталу та економічному розвитку суспільства [2;4]. Як відомо, підлітки – ризикова група стосовно виникнення граничних психічних порушень. Основними у формуванні відхилень у стані здоров'я дітей [1] є соціально-економічні чинники. Поглиблене вивчення впливу матеріального стану сім'ї на здоров'я дітей вказує на виникнення психологічної напруги, неадекватне харчування і, як наслідок, погіршення здоров'я – часті невротичні розлади, тенденція до хронізації патології, низької маси тіла, порушення постави у сім'ях з низьким достатком. Хронічна психотравмуюча ситуація в сім'ї, психічна, соціальна дезадаптація серед підлітків, які виховуються в негативних сімейних обставинах, обумовлюють формування у підлітків психосоматичних розладів. За науковими даними [1;4], у підлітків віком 7–17 років, які виховуються у деструктивних сім'ях, у 100% констатують граничні нервово-психічні розлади, у 37% психогенні психічні порушення, у 10% – неврастенію, у 14% – моносимптомні неврози, у 60% – порушення характеру за типом акцентуацій. Аналіз супутньої соматичної патології показав, що у 37% дітей поряд з психічними порушеннями існують функціональні порушення шлунково-кишкового тракту, у 13% – негармонійний фізичний розвиток, у 15% – функціональні розлади серцево-судинної системи [1].

Мета дослідження: проаналізувати психологічні особливості підлітків міста та вивчити вплив соціально-економічних і поведінкових чинників на психологічний стан та формування соматичної патології.

Матеріали і методи. Для вивчення психологічного стану школярів були використані скорочений багатофакторний опитувальник особистості (адаптований варіант тесту ММРІ) та клінічна оцінка психологічного стану. За бальною оцінкою шкалою тесту у 1 групу виділено осіб, які мають нормальний психологічний стан (70 Т балів), 2 групу – підлітків, які мають акцентуації характеру (>70 Т балів), 3 групу – осіб з відхиленнями, що потребують уточнень (>80 Т балів). З метою вивчення особливостей способу життя, психологічних характеристик, соціально-економічних чинників, які впливають на здоров'я підлітків, відібрані соматично здорові і соматично хворі. Серед соматично здорових віком 12–16 років (232 особи – 112 хлопчиків і 120 дівчаток), проводилось детальне клініко-інструментальне обстеження у науково-дослідному центрі Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова. Дітей, у яких виявили будь-які захворювання, виключали з групи здорових. Соматично хворі школярі віком 12–16 років відібрані за даними щорічних медичних оглядів у школах (звітні форми «Карта диспансерного нагляду» ф. 30). У обох групах проводилось медико-соціологічне опитування (анкетування) та психологічне тестування. Проведена оцінка впливу способу життя і соціальних чинників на якість психологічного стану із застосуванням методу групування і статистичних методів оцінки результату: критерія Стюдента, коефіцієнта лінійної кореляції Пірсона. Дослідженням була охоплена загальна вибіркова кількість підлітків 378 осіб у віці 12–16 років, які навчаються у одній загальноосвітній школі №32 м. Вінниці.

Результати дослідження та їх обговорення. За результатами психологічного тестування школярів віком 12–16 років практично здорових виявлено лише 61,6% осіб 1 групи (особи, які мають нормальний психологічний стан). Аналіз статевих особливостей показав нормальний психологічний стан у 54,4±4,7% хлопців і 68,3±4,2%

© В.С. Василик, О.М. Крекотень, 2013

дівчат ($p < 0,05$). Акцентуації характеру склали загалом $25,5\% - 27,6 \pm 4,2\%$ серед хлопців і $24,1 \pm 3,9\%$ серед дівчат ($p > 0,05$). А відхилення спостерігалися у $12,9\%$ ($18,0 \pm 3,6\%$ випадків у хлопців і $7,6 \pm 2,4\%$ серед дівчат, $p < 0,01$) (рис. 1). Отже, серед хлопців більш розповсюджені явища психологічної дезадаптації. Найбільша кількість акцентуацій мала місце у 14-річних школярів. Все це свідчить про кризу пубертатного віку у 14 років.



Рис. 1. Психологічний стан соматично здорових підлітків залежно від статі (%)

За даними психологічного тесту СБОО вивчалися характерологічні особливості підлітків за такими шкалами: іпохондричність, паранойяльність, депресивність, шизоїдність, істеричність, психопатія, гіпоманія. Середній профіль характерологічних рис особистості підлітків 12–16 років характеризується перевагою значень за 6 і 8 шкалам – паранойяльність і шизоїдність. За даними літератури, при загостренні цих рис як акцентуацій характеру і при вірогідності певних інших чинників можливість наркотизації становить 5% [3]. Головні риси шизоїдного типу – замкненість, недостатність чутливості у процесі спілкування, нерозвинені комунікативні навички. Такі підлітки схильні до створення груп своїх однодумців. Потреба у

поліпшенні контактів нерідко є причиною алкоголізації, прийому психотропних речовин.

У групі практично здорових профіль особистості (середні значення) мав такі статеві розбіжності: у хлопців питома вага значень за 7 шкалою (психастенія) дещо більша, на відміну від дівчат ($p > 0,05$). Це свідчить про нерішучість, відсутність впевненості у собі, «психологічний інфантилізм», слабкий вольовий компонент. У дівчат показники за шкалою паранойяльності трапляються частіше, на відміну від хлопців, але статистичної достовірності не виявлено ($p > 0,05$). Все це проявляється у дівчат зосередженням на негативних почуттях, чітким плануванням своїх дій, боротьбою за лідерство, працьовитістю. Отримані дані підтверджують зміну статево-рольової поведінки серед сучасної молоді. Також у хлопців несуттєво вищі значення за шкалами брехні і корекції, що свідчить про бажання виглядати краще. Вони схильються у бік соціальної привабливості відповідей, гірше розуміють внутрішні мотиви своєї поведінки. Виявлення індивідуальних рис особистості, схильних до девіації та адиктивної поведінки, є дуже важливою ділянкою у роботі шкільних психологів.

Виявлені розбіжності у частоті випадків акцентуацій за певними рисами серед хлопців і дівчат (коли бальна оцінка вища за 70 Т балів) (табл. 1). Частота випадків за шкалою паранойяльності серед хлопців переважає, суттєво вища частота випадків депресивних рис серед хлопців – $20,5 \pm 3,8\%$ проти $9,3 \pm 1,9\%$ серед дівчат ($p < 0,05$). Такий фон може бути підґрунтям для виникнення психосоматичних захворювань. Дівчатам більш властивий підвищений настрій, хлопцям – знижений настрій та невпевненість у собі ($p < 0,05$). Такі риси серед хлопців доводять, що згубний вплив реклами нездорової поведінки спроможний формувати стійку залежність і соціальний тиск при несформованій ще у цьому віці вольовий компоненті поведінки.

Таблиця 1. Питома вага акцентуацій серед соматично здорових школярів (вище 70 Т балів) залежно від статі (%)

Шкала психологічного тесту	Всього	Дівчата	Хлопці	p
Іпохондрія	$13,0 \pm 2,2$	$10,8 \pm 2,8$	$16,0 \pm 3,4$	$> 0,05$
Депресія*	$18,9 \pm 2,5$	$9,3 \pm 1,9$	$20,5 \pm 3,8$	$< 0,05$
Істерія	$5,0 \pm 1,4$	$5,8 \pm 2,1$	$4,5 \pm 1,9$	$> 0,05$
Психопатія	$10,3 \pm 1,4$	$12,6 \pm 3,0$	$8,1 \pm 2,5$	$> 0,05$
Паранойяльність	$20,2 \pm 2,6$	$21,6 \pm 3,7$	$18,7 \pm 3,6$	$> 0,05$
Психастенія	$5,6 \pm 1,5$	$4,1 \pm 1,8$	$7,2 \pm 2,4$	$> 0,05$
Шизоїдність	$13,7 \pm 2,4$	$15,0 \pm 3,2$	$12,5 \pm 3,1$	$> 0,05$
Гіпоманія	$17,6 \pm 2,5$	$20,8 \pm 3,7$	$12,5 \pm 3,1$	$> 0,05$

Примітка : * $p < 0,05$.

Отже, у хлопців-підлітків порівняно з дівчатами частіше формуються астено-невротичні розлади. За відсутності психологічної підтримки і

невміння подолати конфлікти особистості саме це сприяє початку вживання алкоголю і паління з метою підвищення свого статусу у групі.

Психологічне тестування з використанням тесту СБОУ соматично хворих підлітків у віці 12–16 років (146 осіб) показало наступні результати: 1 група (нормальний психологічний стан) склала 35,6%, 2 група (акцентуації характеру) – 37,3%, 3 група (граничні психологічні розлади) – 26,7%. Виявлені значні розбіжності між соматично здоровими і соматично хворими: нормальний психологічний стан частіше реєструвався серед соматично здорових підлітків ($p < 0,05$). У групах соматично хворих і соматично здорових виявле-

но статистично вірогідну різницю частоти виникнення випадків акцентуації характеру. Показники осіб з послабленим психологічним станом у 2-х групах порівняння також є статично вірогідними (табл. 2). Отримані результати свідчать про те, що погіршення психологічного стану як наслідок дезадаптації пов'язане з розвитком соматичної патології та обумовлює її. Тому важливо не зменшувати роль психологічної діагностики у процесі послідовної комплексної превентивної роботи.

Таблиця 2. Зіставлення психологічного стану соматично здорових і соматично хворих школярів (у % до підсумку)

Група психологічного стану	Особливості стану здоров'я школярів		p
	Соматично здорові підлітки	Соматично хворі підлітки	
Нормальний психологічний стан	61,7±3,1	35,6±3,9	<0,05
Акцентуації характеру	25,8±2,8	37,7±4,0	<0,05
Послаблений психологічний стан	12,5±2,1	26,7±3,6	<0,05

Аналіз середнього профілю соматично хворих школярів виявив наступні статеві відмінності. У хлопців частіше, ніж у дівчат, спостерігалися риси психастенії та іпохондричності, але статистично достовірної різниці не виявлено ($p > 0,05$).

Аналіз характерологічних рис особистості соматично здорових і соматично хворих виявив ознаки соматизації особистості і підвищення рис за всіма шкалами. Серед соматично хворих у структурі акцентуацій їх частка за шкалою паранойяльності становила $46,8 \pm 0,8\%$, а за шкалою шизоїдності – $21,3 \pm 3,3\%$. Якщо за певних умов такі риси поглиблюються до патохарактерологічних, це може викликати психологічну

дезадаптацію і виникнення психоневрологічних порушень. При порівнянні соматично хворих і соматично здорових підлітків мало місце суттєве збільшення акцентуацій за шкалами паранойяльності ($p < 0,05$) і шизоїдності ($p < 0,05$) і несуттєве за шкалою психастенії ($p > 0,05$). Характерна наявність акцентуацій за шкалою іпохондрії, що свідчить про стурбованість школярів станом здоров'я, вегетативними проявами – тривога, песимізм (рис. 2).

Отримані дані свідчать як про специфічний вплив особливостей характеру підлітка на перебіг захворювання, так і про зворотній вплив хвороби на формування характеру.

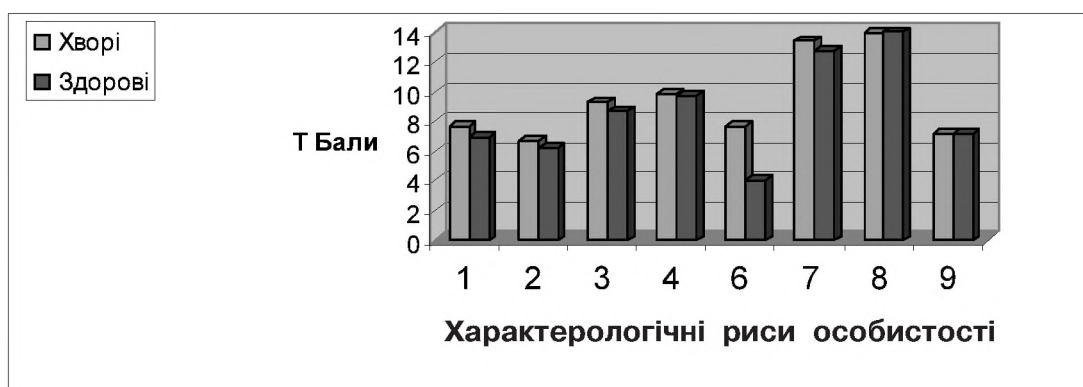


Рис. 2. Характерологічні риси особистості серед соматично здорових і соматично хворих (у Т балах)

Нами проведена оцінка впливу способу життя і соціально-економічного стану сім'ї підлітків на особливості психологічного стану із застосуванням коефіцієнта кореляції Пірсона (табл. 3). Одним з репрезентативних показників, що є середнім рівнем кореляційних зв'язків ($r = -0,5$), слугує індикативною характеристикою порушень

психологічного стану у популяційному середовищі школярів підліткового віку і визначає рівневий стан цих порушень, є наявність у представників цієї когорти шкідливих звичок – вживання алкоголю більше 1 разу на місяць ($p < 0,05$) та досвід паління ($p < 0,05$). Крім того, сама дезадаптація психологічного стану слугує чинником

виникнення девіацій і початкових етапів адитивної реалізації (алкоголізації). Середній кореляційний зв'язок існує між якістю психологічного стану і наявністю щоденного психоемоційного напруження ($r=-0,33$ при $p<0,05$), тривалістю сну ($r=0,33$ при $p<0,05$), що і є проявом дезадаптації.

Задоволеність матеріальним станом сім'ї, скарги на здоров'я, недостатнє харчування, недотримання режиму, тривалий перегляд телепрограм, сидіння за комп'ютером, неповна сім'я мають слабкий кореляційний зв'язок з виникненням психологічних порушень.

Таблиця 3. Вплив соціально-медичних і поведінкових чинників на психологічний стан підлітків віком 12-16 років

Чинники впливу	R – коефіцієнт кореляції	P
Біологічні чинники: стать	-0,1507*	0,0033
вік	0,1706*	0,0009
Сімейні чинники: неповна сім'я	-0,2545*	0,0001
конфлікти з батьками	-0,1494*	0,0037
Фізична активність заняття ранковою гімнастикою	0,1974*	0,0001
заняття спортом	0,1103*	0,0323
Відпочинок: тривалий перегляд телепередач	-0,2028*	0,0001
наявність друзів	0,1769*	0,0006
міграційна щоденна активність	-0,1969*	0,0001
активний відпочинок	-0,0655	0,2043
тривалість сну	0,3311*	0,00001
канікули з оздоровленням	0,1846*	0,0003
Соціально-побутові чинники: наявність комунальних зручностей	0,0419	0,4176
окрема кімната	0,0021	0,9674
задоволеність матеріальним станом сім'ї	0,2145*	0,00001
щоденне психоемоційне напруження	-0,3315*	0,00001
Шкідливі звички: паління	-0,5398*	0,00001
вживання алкоголю більше 1 разу на місяць	-0,5462*	0,00001
Харчування: режим харчування	0,2637*	0,00001
достатня добова кратність харчування	0,2021*	0,0001
Здоров'я: наявність скарг на здоров'я	-0,2520*	0,0001

Примітка: *- суттєва статистично достовірна різниця ($p<0,05$).

Висновки

Результати дослідження свідчать про те, що порушення якості психологічного стану зумовлюють різні чинники способу життя. Актуальним є завдання ранньої діагностики відхилень характеру у підлітків, вивчення відповідних умов виховання з урахуванням або навіть корекцією цих відхилень.

Застосовані методики психологічного тестування і вивчення характерологічних особливостей відкривають процеси ініціації, потенційні можливості індивіда, визначають спрямованість і зміст процесу формування особистості, її світо-

сприйняття, дають можливість виявлення деформацій і порушень соціально-культурних і внутрішньосімейних відносин, а також відкривають шляхи активного залучення психолого-мотиваційних і комунікаційних превентивних програм зі збереження здоров'я.

Перспективи подальших досліджень полягають у розробці програм покращення психічного і соматичного здоров'я міських підлітків шляхом створення комплексної моделі превентивної роботи, як ранньої діагностики відхилень, так і системи формування здорового способу життя.

Список літератури

1. *Владыкина Л. Н.* Научно-практическая конференция «Психическое здоровье детей и подростков» / Л. Н. Владыкина, Н. Н. Кузенкова // Соц. и клин. психиатрия. – 2008. – Т. 15, Вып. 3. – С. 104–110.
2. *Психічне здоров'я населення України : інформаційно-аналітичний огляд за 1990–2005 рр.* – К. : Сфера, 2006. – 52 с.
3. *Слабкий Г. О.* Характеристики психологічного клімату у сільських сім'ях / Г. О. Слабкий, С. М. Загородній // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я. – 2010. – № 1. – С. 72–77.
4. *Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію. 2006 рік.* – К., 2007. – 398 с.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ГОРОДСКИХ ПОДРОСТКОВ

В.С. Василик, О.М. Крекотень (Винница)

Проанализированы психологические особенности городских подростков; изучено влияние социально-экономических и поведенческих факторов на психологическое состояние и формирование соматической патологии. Установлено, что нарушения качества психологического состояния обуславливают различные факторы способа жизни. А ухудшение психологического состояния, в свою очередь, связано с развитием соматической патологии и обуславливает ее возникновение.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: психологическое состояние, подростки, соматическая патология, акцентуации характера.

PSYCHOLOGICAL CONDITION OF MODERN URBAN ADOLESCENTS

V.S. Vasylyk, O.M. Krekoten (Vinnitsa)

Psychological features of urban adolescents are analysed and influence of social and economic and behavioural factors on a psychological condition and formation of somatic pathology is investigated. It is established, that infringements of psychological condition quality caused various life style factors. Deterioration of psychological condition, in turn, is connected with development of somatic pathology and causes its occurrence.

KEY WORDS: psychological condition, adolescents, somatic pathology, accentuation of character.

Рукопис надійшов у редакцію 6.02.2013
Рецензент: д.мед.н., проф. А.О. Голяченко

О.М. ГОЛЯЧЕНКО, А.Г. ШУЛЬГАЙ, Н.Я. ПАНЧИШИН, В.Л. СМІРНОВА (Тернопіль)

КОНЦЕПЦІЯ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ У КАРПАТСЬКОМУ РЕГІОНІ УКРАЇНИ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Концепція регіонального розвитку здравооохорони, окрім загальних, має і регіональні особливості. Зокрема людність Карпатського регіону України відзначається найліпшим здоров'ям, що обумовлено історичними, релігійними та деякими іншими причинами. Водночас концепція розвитку має відображати загальні риси розвитку здравооохорони краю – це різке (мінімум втричі) підвищення фінансування, ліквідація спотвореної системи поєднання державної і приватної форм власності в медицині та впровадження сучасних методів управління, які полягають у значно більшій питомій вазі місцевого самоуправління та зміні пріоритетів в органах місцевого самоуправління із чиновників, що контролюють служби охорони здоров'я, на економістів, соціальних медиків та медичних статистів.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: медична допомога, здоров'я населення, реформування охорони здоров'я.

Власний історичний шлях розвитку та досвід передових країн Заходу свідчать, що основний обсяг медичної допомоги людності має забезпечуватись державою. У кожній країні світу, окрім США, частка держави у витратах на медичну допомогу є не нижчою за 75% [16;17].

Визначальна роль держави зумовлена двома основними причинами: по-перше, система медичної допомоги є одним з вирішальних чинників, за допомогою яких держава послаблює недоліки ринку, а саме – неконкурентоздатність бідних прошарків суспільства, а також пенсіонерів і інвалідів, саме тих, що найчастіше хворіють і вмирають. По-друге, на відміну від динаміки цін на переважну більшість товарів, що має тенденцію до зниження, ціни на медичну допомогу неухильно зростають. Лише державне регулювання здатне пом'якшити негативні результати цієї тенденції.

Водночас для позбавлення держави монопольного володіння медичною допомогою в ній мають отримати розвиток громадська і приватна форми власності, яким повинні бути надані не лише рівні права з державою, але й попервах – пільги, інакше вони не отримають розвитку і не стануть конкурентом державній системі. Різні форми власності мають бути незалежними одна від одної. На цьому слід особливо наголосити, оскільки спостерігаються спроби поєднати під дахом державних медичних закладів різні форми власності. Це є не що інше, як намагання зберегти збанкрутілу систему.

Звісно, зусилля державних, громадських і приватних медичних закладів мають узгоджуватись між собою і спрямовуватись на досягнення

спільної мети – покращання здоров'я населення, але це узгодження має забезпечуватись на державному рівні і регулюватись відповідним законодавством [7;14].

Система медичної допомоги має бути економічно і соціально ефективною. Не тільки брак коштів, але й економічна неефективність стали причиною нинішнього занепаду, вибратись з якого без опори на економічні закони неможливо. Радянська система не визнавала вартості медичної допомоги, а тому кошти на неї виділялись не з об'єктивних економічних міркувань, а з добрих намірів.

Мірою економічної рентабельності державних закладів є досягнення найвищої ефективності за найменших витрат, а громадських і приватних закладів – досягнення максимального прибутку, який, однак, має обмежуватись державою і регулюватись відповідним законодавством.

Мета дослідження: розробити концепцію регіонального розвитку здравооохорони, яка б відповідала сучасним вимогам.

Матеріали і методи. Проаналізовано весь матеріал стосовно діяльності медичних закладів України за 22 роки незалежності й зроблена спроба спрогнозувати її подальший розвиток.

Результати дослідження та їх обговорення. Для досягнення економічної ефективності в державному секторі медичної допомоги слід здійснити такі основні заходи: організаційну перебудову усіх рівнів медичної допомоги; впровадження науково обґрунтованих стандартів обсягу і вартості медичної допомоги на кожному з рівнів; вільний вибір лікаря; впровадження економічних стимулів праці медичного персоналу.

1. Основні засади організації медичної допомоги

Соціальна ефективність медичної допомоги – це її рівність для різних прошарків суспільства. Потрібно забезпечити однакову вартість і якість медичної допомоги для бідних і багатих, не забуваючи, що нездоров'я суспільства визначається, передусім, його бідною частиною.

Має бути збережена профілактична спрямованість системи медичної допомоги, але суттєво скоригована, передусім щодо діяльності медичних закладів.

Перший напрям профілактики – це покращення соціально-економічних умов життя людей, другий – охорона довкілля, забезпечення гігієнічних умов праці і побуту.

Суттєвої корекції потребує профілактична спрямованість лікувальної роботи, або диспансеризація. В її основу має бути покладено попит людності на медичну допомогу. Профілактичні огляди повинні здійснюватись в процесі звертальності громадян за медичною допомогою і за їхньою згодою. Основний їх обсяг і динамічне спостереження за хворими мають забезпечуватись лікарями загальної практики або сімейними лікарями. Активні форми диспансеризації застосовуються лише з метою попередження і виявлення інфекційних, венеричних захворювань, захворювань на СНІД і туберкульоз, а також по відношенню до певних професійних груп.

Таким чином, система медичної допомоги повинна спиратись на такі основні теоретичні засади:

- державний характер з рівноправним існуванням громадської та приватної форм власності;
- економічну та соціальну ефективність;
- профілактичну спрямованість;
- наукове забезпечення;
- запозичення прийнятих досягнень світової теорії і практики організації медичної допомоги та управління нею.

2. Стан здоров'я населення

Стан здоров'я населення України є вкрай незадовільним. За 22 роки незалежності вимерло понад 6 млн 200 тис. жителів, що склало 12%, або кожен 8 мешканець. Але люди вмирили дуже нерівномірно. Найінтенсивніше вмирили мешканці Чернігівської області (21,9%), найменш інтенсивно – Закарпатської (1,6%).

Отже, здоров'я жителів Карпатського регіону було найліпшим. Від чого це залежало? Від багатьох чинників. Існує сильний кореляційний зв'язок між вмиранням людей і такими чинниками, як смерть від гострого отруєння алкоголем, числом розлучень і абортів. Загалом від гострого отруєння алкоголем на Сході вмирає втричі більше людей, ніж на Заході, розлучення в Луганській області зустрічаються у 2,5 рази часті-

ше порівняно із Закарпатською, частота абортів у Запорізькій області вчетверо вища порівняно з Тернопільською. Значно слабше впливає на смертність стан медичної допомоги. Забезпеченість лікарями, яка є суттєво вищою на Заході порівняно зі Сходом, позитивно впливає на смертність людей. До 2020 р. в Україні вимре ще 2 млн мешканців, однак у Карпатському регіоні вмирання припиниться і буде забезпечено великий приріст населення [2;4;19].

3. Перебудова організаційної структури системи медичної допомоги

Передусім це стосується первинного рівня або фундаменту системи медичної допомоги. Фактично у нинішній системі цей фундамент відсутній. Його уособлює дільнична служба, але вона самостійного статусу не має, а є «гвинтиком» вторинного рівня і до того ж розпорошена на декілька фахівців (дільничний педіатр, підлітковий лікар, дільничний терапевт, цеховий терапевт тощо). Питома частка первинної медичної допомоги у загальному обсязі становить від 5% до 20%, дільничний лікар перетворився в диспетчера, що розподіляє пацієнтів по кабінетах так званих «вузьких» фахівців.

Первинний рівень має уособлювати лікар загальної практики або сімейний лікар, він мусить вирішувати 90% усіх проблем медичного забезпечення людності [1;5]. Для цього він повинен бути належно підготовленим та технічно оснащеним, мати відповідне приміщення для роботи, юридичну і фінансову самостійність. Цей лікар має вільно обиратися пацієнтами. Розрахунки показують, що число пацієнтів у одного лікаря загальної практики або сімейного лікаря може коливатись від 1,2 до 2 тис. мешканців. Якщо пацієнтів менше 1,2 тис., на посаду оголошується конкурс. Заробітна платня залежить від числа пацієнтів. Йому повинно бути надано право наймати помічників, число яких також впливає на його заробітну платню [11;14].

3.1. Профілактика в роботі сімейного лікаря

Основною причиною смерті у розвинутих країнах світу є хвороби системи кровообігу (ХСК).

Якщо порівнювати частоту смертності від хвороб системи кровообігу в Україні і в розвинутих країнах, то в Україні вона у 2–3 рази вища. Особливо вражаючим є зіставлення смертності осіб працездатного віку у нас і в розвинутих країнах: у нас смертність в 4–6 разів вища.

Ще більш важливим є порівняння тенденцій або динаміки смертності від хвороб системи кровообігу. В США, починаючи з 1950 р. і дотепер, смертність від хвороб системи кровообігу зменшилась на 60%, і це зниження склало 73% загального зниження коефіцієнта смертності.

В Україні, починаючи із середини 60-х років минулого сторіччя, смертність людей невпинно

зростає, і основну роль в цьому відіграють хвороби системи кровообігу. Тільки з 1990 до 2004 р. смертність від хвороб системи кровообігу зростає з 641,5 до 991,4 випадку на 100 тис. осіб, або на 54,5% [15].

В основі патогенезу хвороб системи кровообігу лежить концепція факторів ризику цієї патології. Під факторами ризику розуміють усі ознаки, властивості, особливості, що знаходять у здорових осіб, які незалежно пов'язані із наступним розвитком серцево-судинних захворювань. Фактори ризику серцево-судинних хвороб поділяють на декілька груп: особистісні, які не підлягають модифікації (вік, стать, родинний анамнез); біохімічні та фізіологічні (гіпертензія, дисліпідемія, порушення толерантності до глюкози, діабет, ожиріння); т.зв. нові або прогностичні (гіпертрофія лівого шлуночка, гіпергомоцистеїнемія, надлишковий вміст ліпопротеїну (а), гіпертригліцеридемія, підвищений рівень фібриногену та інших тромбогенних факторів, оксидативний стрес, інфекції, запальний процес, атеросклероз) і соціальні (вади харчування, паління, надмірне споживання алкоголю, низька фізична активність тощо). Визнається, що соціальні фактори є провідними.

Попри величезну складність, проблема профілактики і лікування серцево-судинних захворювань, а відтак перелом тенденції зростання смертності української людності на її зниження, можливий. Для цього треба перейти від прийняття загальних декларативних програм до конкретних, цілеспрямованих дій.

Має бути налагоджено постійний контроль за артеріальним тиском дітей, школярів, молоді, що навчається в школах, профтехучилищах і вищих навчальних закладах. У класних журналах учнів, починаючи з першого класу, має бути виділена «сторінка здоров'я», куди вносяться дані про артеріальний тиск учнів. Постійний контроль за артеріальним тиском супроводжується пропагандою здорового способу життя (здоровим бути модно і престижно), виробленням своєрідного умовного рефлексу на потребу постійного вимірювання артеріального тиску протягом усього життя [3;6].

Зарплата лікаря має залежати від числа пацієнтів, що не прикріплені, а вільно його обирають, і не обмежуватись бюрократичними «потолками». На рівень зарплати сімейного лікаря має також впливати число викликів швидкої медичної допомоги його пацієнтами: чим воно менше, тим більшою має бути зарплата і навпаки.

Хворі на гіпертонічну хворобу, за аналогією із хворими на цукровий діабет, туберкульоз тощо, мають забезпечуватись безкоштовним медикаментозним лікуванням. Адже шкода, яка завдається артеріальною гіпертензією, в десятки

разів більша. Причому не варто обмежувати цю допомогу соціальними коефіцієнтами. Олігархи і особи, що до них наближаються, ймовірно, не підуть за безкоштовними пігулками, а люди бідні і із середнім достатком – підуть.

3.2. Матеріально-технічний стан сімейної лікарської амбулаторії

Чим має бути забезпечена лікарська амбулаторія, щоб надати 90% усього обсягу медичної допомоги? Передусім її уособленням має стати належним чином підготовлений висококваліфікований лікар. У своєму розпорядженні повинен мати R- і УЗД-апарати (у містах можуть обслуговувати декілька сімейних лікарських амбулаторій), електрокардіограф, апарат для вимірювання тиску, клінічну лабораторію, набір хірургічних інструментів для амбулаторних хірургічних операцій, фізіотерапевтичний кабінет (на дрібних речах не зупиняємось). На озброєнні сімейного лікаря має бути персональний комп'ютер, куди внесені дані про соціальний, медичний і фармацевтичний статус кожного мешканця дільниці, а також скринінгові програми для виокремлення з-поміж пацієнтів груп ризику найважливіших захворювань – гіпертонічної хвороби, злоякісних новоутворень, хронічних неспецифічних захворювань легень, цукрового діабету, вразливої хвороби – і статистичні програми для підведення підсумків роботи. Сімейна лікарська амбулаторія повинна мати самостійний адміністративний, юридичний і фінансовий статус; матеріальне забезпечення лікаря повинне залежати від числа пацієнтів, що його обрали, і результатів роботи; лікар мусить працювати у цілодобовому режимі у тому сенсі, що його пацієнт, у разі потреби, може викликати лікаря і вночі для надання невідкладної допомоги.

3.3. Медична реабілітація на рівні первинної медичної допомоги

Лікар загальної практики має відігравати вирішальну роль в організації і проведенні відновлювального лікування своїх пацієнтів.

На первинному рівні можуть бути втілені усі основні засади медичної реабілітації. Такі засади, як ранній початок реабілітаційних заходів та їх наступність, вирішальною мірою залежать саме від лікаря загальної практики – сімейного лікаря.

Сімейна лікарська амбулаторія повинна мати необхідні діагностичні і лікувальні засоби для встановлення індивідуальної програми реабілітації. Фізіотерапевтичний кабінет повинен бути обладнаний п'ятьма-шістьма фізіотерапевтичними апаратами: для УВЧ-терапії, електрофорезу, електролікування, ультрафіолетового опромінення, світлолікування, магнітотерапії.

Реабілітаційні заходи здійснюються в умовах денного стаціонару, який організовується при амбулаторії.

Комплексна програма реабілітації повинна віддавати безумовний пріоритет немедикаментозним і фізкультурно-оздоровчим заходам реабілітації порівняно з медикаментозними, зокрема бальнеотерапії (ванни з відварами та екстрактами лікувальних рослин, розчинами різних солей), голкорексфлексотерапії. Сімейні лікарі як обов'язкові включають в індивідуальну програму реабілітації рекомендації щодо здорового способу життя, дієтичного харчування, застосовують арсенал психотерапевтичних заходів.

4. Реформування стаціонарів

Слід поступово модернізувати наші стаціонари. Приміщень стаціонарів у нас достатньо, але саме через них нашу країну не приймуть до Євросоюзу. Бо там заборонені лікарняні палати, які мають більше 2 ліжок. Одночасно зі створенням людських умов в палатах треба переоснастити наші стаціонари сучасною медичною технікою, щоб хворі там одужували не через 12 днів в середньому, а через 6, і оперувались не лише з приводу хвороб вуха, носа, гортані і черевної порожнини, але й, передусім, на серці і судинах. Зменшення термінів лікування дозволить скоротити число ліжок [8;10].

5. Економічні проблеми реформи

Сучасні дослідники виокремлюють 4 моделі системи охорони здоров'я в світі: приватновласницьку (діє за ринковим принципом попиту і пропозицій), Бісмарка (пропозиція регулюється державою шляхом обмеження витрат на лікування), Беверіджа (і попит, і пропозиція регулюються державою шляхом економічних механізмів), Семашка, або радянську (увесь процес організації і оплати медичної допомоги жорстко регламентується державою).

Помилково стверджується, що в самостійній Україні збереглась і досі діє модель Семашка. Принциповою особливістю цієї моделі було державне фінансування. У самостійній Україні формально воно збереглося (ст. 49 Конституції України), але фактично під дахом державних медичних закладів розвинулась потужна приватна практика, утворився дивовижний, не бачений досі в історії і не описаний в економічній теорії, симбіоз державної і приватної медицини.

Кажуть, держава бідна, і виділяти більше 3% ВВП на охорону здоров'я не в змозі. Виникає закономірне питання, чому за соціалістичного ладу, коли власність була державною, і за умов ліберального ринку, коли 85% її перейшло в приватні руки, на охорону здоров'я коштів як не було, так і немає. За поглибленого вивчення цього питання з'ясовується, що і за соціалізму, і за його антиподу – ліберального ринку, в Україні збереглась одна і та ж економічна парадигма: працівнику, який виробляє ВВП, як заробітну плату раніше давали його п'яту частину, тепер – десяту.

Працівник був і залишився найдешевшим елементом виробництва, вкладати кошти в його оздоровлення є економічно не вигідним.

Витрати на медицину обумовлені:

- наявною захворюваністю людної і потребою здійснення відповідних діагностичних, лікувальних, реабілітаційних та профілактичних заходів;
- розміром валового внутрішнього продукту (ВВП) країни і його часткою, що виділяється на медичну допомогу;
- заробітною платнею медичних працівників і її часткою по відношенню до усіх витрат на медичну допомогу.

Саме ці критерії мають бути використані для розрахунку необхідних матеріально-кадрових ресурсів системі медичної допомоги.

Українська соціально-медична наука дала достатньо даних для оцінки захворюваності людної України. У процесі звертальності і профілактичних оглядів на кожну 1000 мешканців щорічно реєструється до 2000 захворювань.

В радянських умовах на медичну допомогу ніколи не витрачалось 6,5% ВВП. Цей рівень ВООЗ вважає нижньою межею, за якою система перестає бути життєздатною. В сучасних умовах Україна витрачає на медичну допомогу 2–3% ВВП. *Без збільшення мінімум втричі коштів на охорону здоров'я розмови про її реформування є недоречними.*

Наступним важливим моментом є заробітна платня працівників, зайнятих у системі. Заробітна платня повинна становити не більше 15–20% загальних витрат на медичну допомогу. Тоді хворого буде не лише кому, але й чим лікувати. Сьогодні структура витрат на медичну допомогу спотворена: дві третини усіх витрат займає заробітна платня (до того ж вкрай низька) і витрати на енергоносії.

Потребує науково обґрунтованих розрахунків потреба в медичних кадрах і їхнє співвідношення до інших факторів медичної допомоги, які може і повинна утримувати держава.

6. Система фінансування медичної допомоги

З 1989 р. в Україні йдуть розмови про впровадження медичного страхування. Уже 24 роки. Подано велику кількість законопроектів до Верховної Ради, декотрі з них пройшли навіть друге читання, але так і не введені в дію. Чому спостерігається така, на перший погляд, незрозуміла тяганина з прийняттям цього закону? По суті, це єдиний закон, який протягом усього періоду незалежності обговорюється у Верховній Раді.

Які переваги тягне за собою введення цього закону? По-перше, його адресність, тобто фінансування медичних заходів не загалом, а спрямованих на конкретного жителя. Це виявляє свої переваги перед бюджетним фінансуванням: за-

безпечуються більш вагомі позиції охорони здоров'я у системі суспільних інтересів, переважно децентралізований характер фінансування тощо.

Медичне страхування забезпечує більш незалежний, ефективний контроль за діяльністю медичних закладів, оскільки між ним – виробником медичних послуг і пацієнтом – його споживачем існує проміжна ланка – незалежна страхова компанія. Весь обсяг медичної допомоги, зазвичай, поділяється на дві частини: гарантований мінімум і додаткові послуги.

Вартість страхування невинно зростає, тому в переважній більшості країн страхові компанії діють як некомерційний орган.

Страхові компанії укладають договір між медичними закладами і пацієнтом.

Правда, медичне страхування вимагає додаткових ресурсів: воно в цілому на 20% дорожче бюджетного фінансування. Саме тому воно характерне для більш заможних країн порівняно з біднішими.

Перше і визначальне питання: хто дає гроші на медичне страхування. Зазвичай склалася система, в якій витрати держави складають не менше 75% (виняток становлять США, де витрати держави складають 50% і до того ж страхування побудоване на комерційній засаді). Другим джерелом фінансування є кошти роботодавців, які складають 20–25%. Залишок – 10–15% – припадає на приватні кошти громадян [16; 17].

У західних країнах існує правило, що медичне страхування є не додатковим джерелом, а іншим механізмом фінансування. У нас протягом 24 років наголошується, що медичне страхування дасть додаткові кошти на медицину. Треба розібратись у цьому визначальному питанні. По-перше, скільки коштів має виділяти держава на медичне страхування. Держава має страхувати пенсіонерів (їх у нас майже 14 млн), дітей (їх у нас 12 млн) та інвалідів (майже 3 млн). 14+12+3 складає 29 млн, по відношенню до 46 млн це становить 29:46=63% всього населення. Ці 63% дають до 90% усієї патології людності. До речі, ця патологія, або захворюваність, зростає на 3–4% на рік протягом останніх 20 років. Таким чином, держава повинна виділяти до 90% усіх коштів на медичну допомогу, у даному випадку не шляхом бюджетного фінансування, а медичного страхування. Як показує досвід, держава досі виділяла 30–40% необхідних коштів.

Медичне страхування дало б додаткові кошти, якщо держава ні на йоту не зменшить своє фінансування (тут немає ніяких гарантій), а до нього додадуться кошти на медичне страхування з боку працедавців і кошти громадян. Причому цих коштів повинно бути значно більше у відносному обчисленні, оскільки держава дає не мінімум 75%, а максимум 40%. Порахуємо,

скільки коштів на це повинні давати роботодавці і громадяни. Орієнтовно 60%. Враховуючи, що держава на охорону здоров'я виділяє нині 40 млрд грн, це становить приблизно 60 млрд. У класичних країнах (Німеччина, Франція) кошти на медичне страхування беруться із заробітної платні громадян.

Для охорони здоров'я це має виключне значення, бо в такому випадку зростає ціна робочої сили. Це створює об'єктивні економічні передумови для поліпшення їх здоров'я. Працівник знає частину своєї заробітної платні, яка йде на охорону його здоров'я. Його участь у страхуванні є осмисленою і зацікавленою; йому вигідно не хворіти, бо невитрачені т.з. добровільні страхові кошти в значній мірі повертаються до нього у формі різних пільг, зокрема надбавки до пенсії тощо.

Порахуємо, яку частку заробітної платні мусять виділяти працедавці і громадяни на медицину. Враховуючи, що маємо 15 млн працівників, які в середньому в 2011 р. заробляли 2500 грн на місяць, це означає, що, як мінімум, 10% цих коштів (250 грн щомісяця) мало б іти на медицину (у Німеччині частка заробітної платні, що йде на медичне страхування, складає 14%). Виникає перше питання: чи згодяться підприємці підняти заробітну платню на 250 грн або чи дадуть громадяни з власної кишені таку суму, або яке співвідношення затрат працедавців і громадян можна скласти. Виходячи із західного досвіду, це приблизно 150 припадає на працедавців і 100 на громадян. Ось перша причина, яка пояснює, чому в жодному проекті медичного страхування заробітна платня не розглядалась як джерело доходу.

Існує другий вид доходу – з податку на доходи підприємства. Одного разу Верховна Рада забалотувала подібний закон, в якому було передбачено 6% з доходу підприємств витратити на медичне страхування. Оскільки більше 300 депутатів є підприємцями, вони не захотіли покласти на себе подібний податок. Тому шукаються інші джерела, щоб не накладати їх на фонд оплати праці. І таке джерело знайдено – це кошти місцевого бюджету. Оскільки охорона здоров'я фінансується в основному за рахунок місцевого бюджету, то і витрати на медичне страхування беруться із цього джерела. У такому випадку основна перевага медичного страхування – його адресність – втрачає свій смисл.

Тепер подивимось, як в такому випадку буде виконуватись друга функція страхової медицини – контрольна. Річ у тім, що в США щороку суди розглядають сотні тисяч скарг на медичне обслуговування. Ми про це забуваємо, гадаючи, що справа буде рухатись, як і далі, без усіляких наслідків. Щороку передбачається приймати перелік медичних послуг, що надаються особам, застрахованим за загальнообов'язковим держав-

ним соціальним медичним страхуванням окремим законам, що приймаються щорічно до прийняття закону про державний бюджет України та закону про визначення розміру страхових внесків на загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування. У нас сьогодні за рахунок бюджету оплачується тільки заробітна платня медиків та комунальні послуги. Все інше, передусім медикаментозне лікування і методи обстеження, оплачуються за рахунок пацієнтів. То що робити зі стандартами медичних послуг? Якщо включити в стандарти медичного страхування методи обстеження і медикаментозне лікування і вписати це в договір, тоді кожна медична послуга буде предметом судових розбірок. Правда, це буде тоді, коли страхові товариства будуть незалежні від органів медичної влади, якщо ж ці фонди будуть при обласних управліннях охорони здоров'я (а як інакше може бути при фінансуванні з місцевого бюджету?), то контролююча роль страхових компаній зводиться нанівець. З'являється лишень додатковий бюрократичний апарат у вигляді страхових товариств.

Про інші переваги медичного страхування говорити не варто. Рекомендуємо інший шлях реформування української охорони здоров'я. Він полягає ось у чому. В Україні проголошено рівноправне співіснування трьох форм власності – державної, громадської і приватної. За невеликими винятками це співіснування існує не горизонтально – існує державна і приватна медицина, а вертикально, коли одна частина медичних послуг, перш за все допомога медиків, є ніби державною, а обстеження і лікування хворих відбувається за приватний кошт. Результатом такого співіснування державної і приватної форм власності є те, що медична допомога для бідних прошарків суспільства є практично недоступною. Враховуючи величезну кількість лікарів (47 на 10000 населення), стає цілком можливим поділити їх на дві групи – тих, що працюють в державній системі і де допомога надається від початку до кінця за її кошт, і тих, хто працює у приватній медицині, де також допомога надається від початку до кінця за приватний кошт. Тут належить розв'язати велетенське коло проблем, насамперед розділити їх між собою і тоді з'явиться між ними конкуренція, яка є рушієм прогресу ринкової економіки, і виробити різні правила гри, які є принципово різними в цих закладах [7; 18].

7. Реорганізація управління системою медичної допомоги

В системі медичної допомоги існують три рівні управління: базовий (сільський район, місто), регіональний (область) і державний. Сьогодні усі вони не відповідають вимогам часу, оскільки не здатні забезпечити перехід медичної допомоги на ринкові засади [9; 19].

Провідну роль у структурі органів управління відіграють головні фахівці – терапевти, хірурги, педіатри, акушер-гінекологи, епідеміологи тощо. Це штатні фахівці. Є ще велика кількість позаштатних, у ролі яких виступають головні лікарі спеціалізованих диспансерів, завідувачі відділень обласних лікарень, фахівці науково-дослідних інститутів.

Ця система остаточно сформувалась у перші повоєнні роки. На чолі армії широкодоступних, але нашвидкоруч підготовлених, працівників було поставлено висококваліфікованих головних фахівців, які й спрямували їхню діяльність у певному напрямку. То є визначальна риса слабозрозуміної системи медичної допомоги [12; 13].

Має відбутись зміна функцій управління. На базовому рівні повинна забезпечуватись передусім медична й економічна ефективність, на регіональному і державному – соціальна та економічна.

Основною функцією базового рівня є оперативне управління, регіонального – стратегічне.

На базовому рівні має бути налагоджена інформаційна система, що дає провідникам не лише дані про стан здоров'я людинності і діяльність медичних закладів, але й вартість медичної допомоги з виходом на конкретного лікаря і окреме захворювання.

Соціальна функція системи медичної допомоги полягає у проведенні заходів, які орієнтуються на здоров'я соціальних прошарків суспільства.

Належність людини до того чи іншого прошарку вирішальним чином зумовлює рівень та спосіб її життя. Благополуччя людини, у тому числі її здоров'я, насамперед залежить від того, якою мірою суспільство захищає інтереси її прошарку.

Медична допомога досі не виконує цю найважливішу функцію. Вона навіть не володіє інформацією стосовно соціальних відмінностей у стані здоров'я окремих прошарків суспільства.

Почати треба із створення інформаційної системи, яка б давала дані стосовно здоров'я людинності не загалом, а в розрізі соціальних прошарків. Очолити і скерувати цю роботу мають науково-інформаційні центри у складі обласних управлінь охорони здоров'я. На підставі інформації мають розроблятися і реалізовуватись цільові комплексні програми, спрямовані на поліпшення здоров'я тих соціальних прошарків людинності, де воно найгірше.

Переорієнтація функцій обласних та державних рівнів управління на забезпечення соціальної та економічної ефективності системи неможлива без радикальної структурної перебудови цих органів. Головні фахівці тут не потрібні. Основу цих органів мають скласти соціальні медики, медичні статистики, менеджери, економісти, юристи, фахівці з інформаційного забезпечення.

Реформа управління потребує і наявності керівника-управлінця якісно нового типу, який би

володів основами науки управління, її економічними методами і був здатний працювати в умовах ринку. Ним повинен стати менеджер охорони здоров'я (не обов'язково лікар) з управлінською, економічною і юридичною підготовкою, спроможний виконувати управлінські функції в умовах непередбачених ситуацій і конкуренції.

Розробка моделі такого спеціаліста потребує запозичення досвіду високорозвинених країн. Місцем його підготовки повинна стати школа менеджерів охорони здоров'я, яка б знаходилась в межах системи охорони здоров'я і виконувала соціальне замовлення на підготовку необхідного їй спеціаліста, її діяльність сприятиме поступовій у майбутньому заміні наявних організаторів охорони здоров'я на управлінців, які б за своїм рівнем наближались до світових зразків.

8. Підходи до організації громадської і приватної медицини

Поза державною системою медичної допомоги, що відповідає сучасним вимогам і можливостям, залишається значна кількість медичних працівників і лікарняних ліжок. За рахунок цих ресурсів має бути створена громадська і приватна медицина в системі медичної допомоги. Це складне і нове завдання, яке за масштабами вирішення досі не мало прецедентів в історії вітчизняної медицини.

Послідовність вирішення цього завдання повинна бути такою:

1. Проведення акредитації і ліцензування медичних закладів.
2. Відбір частини, що залишається в державній власності.

3. Приватизація медичних закладів, які не отримали статус державних, через відкрите акціонування.

4. Впровадження механізму фінансування приватних і громадських закладів через добровільне медичне страхування або медичні банки.

Чинне законодавство про приватизацію, вільне підприємництво та податкову політику містить непереборні перешкоди для розвитку приватних і громадських форм власності у системі медичної допомоги, як альтернативних державній. Тому мають бути розроблені спеціальні закони з урахуванням особливостей медичного забезпечення громадян України.

Висновки

1. Система охорони здоров'я в Україні має поєднувати державну і приватну форми власності. На жаль, це поєднання досі містить спотворений характер, коли під дахом державних медичних закладів сховані приватні форми існування. Це є основною оригінальною причиною існування української медицини.

2. Прогнози відносно майбутнього фінансування української медицини мають включати страхове фінансування за умов неодмінного підняття рівня добробуту людності України. Які шляхи вирішення цієї проблеми, поки що не ясно.

3. В управлінні здоров'я на етапі її реформування має бути значно посилена роль органів місцевого самоврядування, як і відбутись кардинальні зміни у структурі управління всередині системи.

Перспективи подальшого дослідження полягають у впровадженні цієї концепції в практику і підбитті її проміжних і віддалених результатів.

Список літератури

1. Вартанян Ф. Є. Особливості підготовки лікарів загальної практики у європейських країнах / Ф. Є. Вартанян, С. В. Рожецька. // Упр. закл. охорони здоров'я. – 2012. – № 2. – С. 54–58.
2. Голяченко О. М. Актуальні проблеми здоров'я української людності / О. М. Голяченко, А. О. Голяченко, А. Г. Шульгай. – Тернопіль: Лілея, 2012. – 116 с.
3. Голяченко О. М. Мій рецепт виходу із кризи української охорони здоров'я / О. М. Голяченко // Нов. медицини и фармации. – 2010. – № 17(340). – С. 30–32.
4. Голяченко О. М. Українська здоров'яохорона: чутки про смерть не перебільшені / О. М. Голяченко. – Тернопіль: Лілея, 2008. – 84 с.
5. Доцільність реформування амбулаторно-поліклінічної системи та переходу до практики сімейного обслуговування населення / О. М. Гиріна, В. О. Сірик [та ін.] // Сімейна медицина. – 2010. – № 3. – С. 8–10.
6. Здоров'я населення та діяльність системи охорони здоров'я України: реалії, проблеми та шляхи вирішення / за ред. З. М. Митника. – К., 2010. – 107 с.
7. Концепція реформування охорони здоров'я Тернопільської області. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2012. – 64 с.
8. Кризина Н. П. Стан та проблеми стаціонарної допомоги населенню в Україні та інших країнах світу / Н. П. Кризина, В. Г. Слабкий. // Матеріали наук. практ. конф. з міжнар. уч. [«Інновації в державному управлінні: системна інтеграція освіти, науки, практики»], (м. Київ, 27 трав. 2011 р.) : у 2 т. / за ред. Ю. В. Ковбасюка, В. П. Трощинського, С. В. Загароднюка. – Т. 1. – К.: НАДУ, 2011. – С. 203–204.
9. Медведовська Н. Б. Сучасний стан та регіональні особливості кадрового забезпечення лікувальних закладів системи МОЗ України / Н. Б. Медведовська. // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2010. – № 4. – С. 34–47.
10. Організаційні основи структурної перебудови вторинної медичної допомоги / Г. О. Слабкий, Г. Я. Пархоменко, Н. П. Кризина, С. В. Збітнева // Східноєвроп. журн. громадського здоров'я. – 2012. – № 1. – С. 254–255.

11. Охорона здоров'я України: проблеми та напрямки розвитку / В. Н. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко [та ін.] // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2011. – № 4. – С. 5–19.
12. Панчишин Н. Я. Оцінка ефективності управління в системі охорони здоров'я / Н. Я. Панчишин, В. Л. Смирнова. / Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2012. – № 3. – С. 57–59.
13. Підвищення професійного рівня керівників медичних закладів – підґрунтя реформування галузі / В. М. Лобас, О. Т. Дорохова, Н. М. Адоньєва [та ін.]. // Мед. освіта. – 2011. – № 3. – С. 99–101.
14. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги : Закон України від 07.07.2011 № 3611-VI [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.rada.gov.ua> – Назва з екрану.
15. Сокол К. М. Гіпертонічна хвороба, інфаркт міокарда. Соціально-медичне дослідження / К. М. Сокол, А. Г. Шульгай. – Тернопіль : Лілея, 2011. – 160 с.
16. Таран В. В. Запровадження ринкових механізмів в системах фінансування охорони здоров'я деяких економічно розвинених країн / В. В. Таран. // Східноєвроп. журн. громадського здоров'я. – 2011. – № 1. – С. 235–237.
17. Чуйко А. П. Регіональні особливості фінансування охорони здоров'я, показників забезпеченості медичною допомогою та стану здоров'я населення світу / А. П. Чуйко, Н. М. Захарова // Східноєвроп. журн. громадського здоров'я. – 2011. – № 1. – С. 265–266.
18. Шевченко М. В. Основні напрямки реформування системи охорони здоров'я / М. В. Шевченко. // Баланс-бюджет. – 2011. – № 25 (332). – Спецвип. : Реформуванню медичної галузі – фінансове підґрунтя. – С. 29–31.
19. Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2011 рік. / за ред. Р. В. Богатирьової. – К., 2012. – 570 с.

КОНЦЕПЦІЯ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В КАРПАТСКОМ РЕГИОНЕ УКРАИНЫ

А.М. Голяченко, А.Г. Шульгай, Н.Я. Панчишин, В.Л. Смирнова (Тернополь)

Концепция регионального развития здравоохранения, кроме общих, имеет и региональные особенности. В частности, население Карпатского региона Украины отличается лучшим здоровьем, что обусловлено историческими, религиозными и некоторыми другими причинами. В то же время концепция развития должна отражать общие черты развития здравоохранения края – это резкое (минимум втрое) повышение финансирования, ликвидация искаженной системы сочетания государственной и частной форм собственности в медицине и внедрение современных методов управления, заключающихся в значительно большем удельном весе местного самоуправления и изменении приоритетов в органах местного самоуправления из чиновников, контролирующих службы здравоохранения, на экономистов, социальных медиков и медицинских статистов.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: медицинская помощь, здоровье населения, реформирование здравоохранения.

CONCEPT OF HEALTH CARE DEVELOPMENT IN THE CARPATHIAN REGION OF UKRAINE

О.М. Holyachenko, А.Г. Shulhay, N.Ya. Panchyshyn, V.L. Smirnova (Ternopil)

The concept regional development of health protection except common has regional peculiarities. In particular, the populace of Carpathian region of Ukraine are marked the best of health that is caused by historical, religious, and some other reasons. However, the concept of development should reflect the common features of this development of health protection region – it is a sharp (at least tripled) increasing of funding, eliminating of distorted combination system of public and private ownership in medicine and the introduction of modern methods of management, which are a much more proportion of local government and changing priorities in local government with officials who control the health protection for economists, social and medical doctors extras.

KEY WORDS: medical care, populations' health, health care reform.

Рукопис надійшов у редакцію 04.02.2013

Рецензент: к.мед.н., доц. Н.О. Теренда

УДК:614.2:614.252

В.І. ПОЦЕЛУЄВ (Суми)

ДИНАМІКА ДОСТУПНОСТІ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ ЯК ПОКАЗНИК ЇЇ РОЗВИТКУ

Сумський державний університет, медичний інститут
Сумська центральна районна лікарня

Наведено дослідження доступності первинної медико-санітарної допомоги населенню сільських районів Харківської та Сумської областей. Встановлено, що розвиток мережі закладів загальної практики – сімейної медицини сприяє збільшенню показників доступності медичної та зростанню обсягів профілактичної допомоги сільському населенню.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: первинна медико-санітарна допомога, загальна практика – сімейна медицина.

Доступність медичної допомоги є важливим показником діяльності системи охорони здоров'я на всіх її організаційних рівнях. Саме збільшення доступності медичної допомоги на первинному рівні визначено як важливе завдання реформування національної системи охорони здоров'я України [1;2;5;8]. Забезпечення доступності медичної допомоги для населення сільських районів є тим завданням, на вирішення якого спрямоване створення системи закладів загальної практики – сімейної медицини (ЗП/СМ) [3;4]. За даними моніторингу МОЗ України, розвиток первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) найбільший саме у сільських районах [6;7]. Це обумовлює актуальність дослідження показників доступності ПМСД сільському населенню у динаміці розвитку медичної допомоги на засадах ЗП/СМ.

Мета дослідження: вивчити динаміку доступності ПМСД сільському населенню на засадах сімейної медицини та встановити проблеми її подальшого розвитку.

Матеріали і методи. Матеріалами дослідження були статистичні дані про стан здоров'я населення та діяльність закладів охорони здоров'я Харківської і Сумської областей, результати моніторингу розвитку ПМСД на засадах сімейної медицини та діяльність закладів ЗП/СМ в цих областях за 2002–2010 рр. У дослідженні використано системний підхід та системний аналіз, дисперсійний та структурно-функціональний аналіз, статистичний та метод моделювання.

Результати дослідження та їх обговорення. Аналіз динаміки розвитку мережі ЗП/СМ за досліджуваний період доводить, що кількість таких закладів у Харківській області збільшилася з 102 до 341, показник зростання становить 334,3%. Найбільші темпи розвитку мережі закладів ЗП/СМ спостерігалися у період до 2005 р.

Так, на кінець 2004 р. кількість закладів ЗП/СМ становила вже 333 і досягла 326,5% порівняно з їх кількістю у 2002 р. Це обумовлено виконанням в повному обсязі 3-х обласних програм розвитку мережі закладів ЗП/СМ, які були затверджені у ці роки рішеннями сесій Харківської обласної ради.

За цими програмами було створено 4 типи закладів ЗП/СМ. Заклади ЗП/СМ I типу (42,2% від загальної кількості закладів сімейної медицини) організовано на базі фельдшерсько-акушерських пунктів, заклади II типу (22,4%) створено шляхом реорганізації лікарських амбулаторій; заклади III типу (29,6%) – шляхом реорганізації амбулаторій сільських дільничних лікарень. Заклади ЗП/СМ IV типу (5,8%) – відділення сімейної медицини – організовано у складі центральних районних лікарень, тобто їх поліклінічних відділень.

За 2002–2010 рр. майже в 3,1 разу (з 1,14 до 3,51 на 1 тис. населення) збільшилась забезпеченість лікарями ЗП/СМ в усіх досліджених сільських районах Харківської області (рис.).

Найбільше зростання цього показника (в 3,2 разу) було в малих сільських районах при порівняно меншій вихідній забезпеченості сімейними лікарями (в 2002 р. – 0,09 на 10 тис. населення). У районах великої потужності показник збільшився в 2,3 разу (з 1,86 до 4,22), в районах середньої потужності – у 1,6 разу (з 1,92 до 3,04).

За 2002–2010 рр. кількість населення, яке обслуговується сімейними лікарями, збільшилась з 637446 до 1451860, тобто в 2,3 разу. Охоплення сільського населення обслуговуванням в закладах ЗП/СМ в 2002 р. склало 47,3%, в 2010 р. – 97,8%.

Головними факторами, що сприяли охопленню населення сільських районів Харківської області обслуговуванням сімейними лікарями (за результатами дисперсійного аналізу) були (табл.): розвиток мережі закладів ЗП/СМ ($n^2=23,9\%$), їх типи ($n^2=16,8\%$), рівень організації їх роботи ($n^2=14,3\%$) та забезпеченість сімейними лікарями ($n^2=12,8\%$).

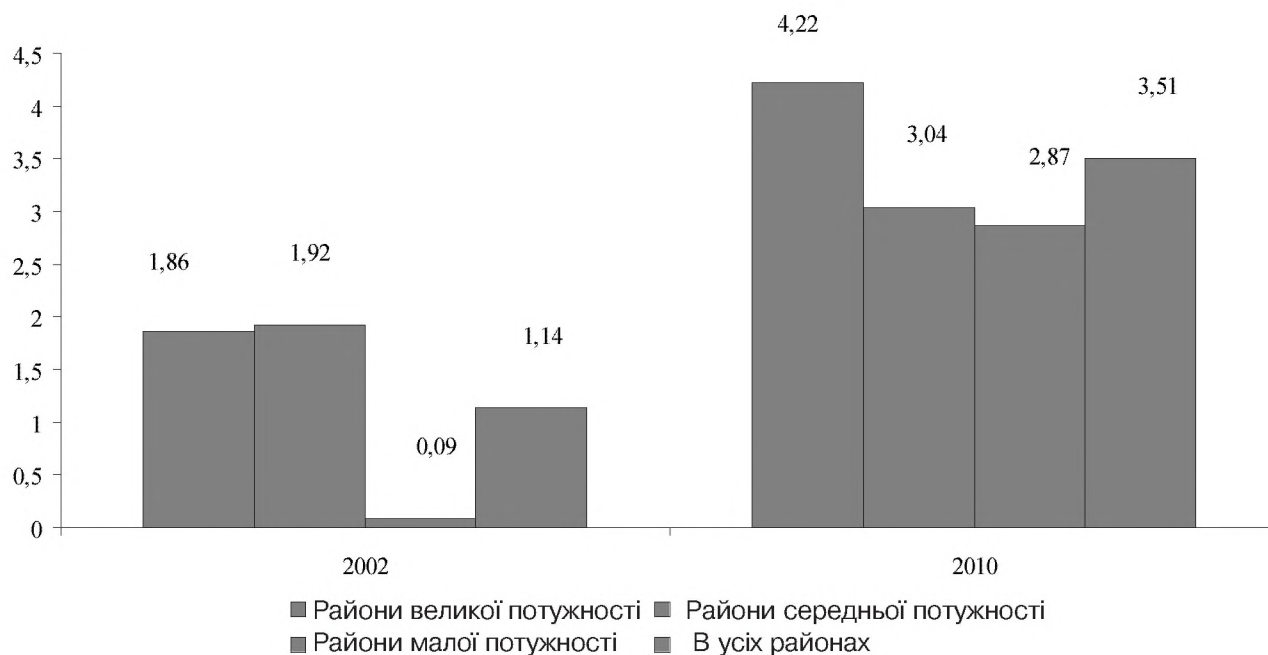


Рис. Забезпеченість лікарями загальної практики – сімейними лікарями населення сільських районів різної потужності Харківської області у 2002 р. і у 2010 р. (на 1 тис. населення)

Таблиця. Розподіл факторів, що сприяли охопленню населення сільських районів обслуговуванням в закладах ЗП/СМ

Фактор	nl (y %)
Розвиток мережі закладів ЗП/СМ	23,9
Типи закладів ЗП/СМ	16,8
Рівень організації роботи закладів ЗП/СМ	14,3
Забезпеченість сімейними лікарями	12,8

В усіх досліджених закладах ЗП/СМ у 2010 р. порівняно з 2005 р. в цілому у 1,6 разу збільшилось число відвідувань з профілактичною метою. Більше зростання числа профілактичних відвідувань було у закладах ЗП/СМ I і II типів. Зростання питомої ваги профілактичних відвідувань в закладах ЗП/СМ I типу становило 18,3% (з 24,3 до 44,4%), II типу – 13,3% (з 26,6 до 35,5%), III типу – 12,4% (з 27,7 до 33,6%), IV типу – 12,3% (з 30,9 до 37,9%) і загалом у закладах ЗП/СМ усіх типів – 15,8% (з 25,5 до 40,2%).

Число диспансерних хворих у сімейних лікарів у 2010 р. збільшилось порівняно з 2002 р. в 2,9 разу – з 244,4 до 707,6 на 100 тис. населення.

У районах малої потужності спостерігалось особливо значне зростання цього показника – в 4,3 разу. При цьому базовий рівень показника в малих районах був суттєво меншим порівняно з районами великої (371,4) і середньої потужності (348,3). Число диспансерних хворих у сімейних лікарів сільських районів великої потужності (за показником їх кількості на 1000 населення) збільшилось на 74,8%, в районах середньої потужності – удвічі, малої потужності – в 4,3 разу.

Дослідження чисельності диспансерних хворих у закладах ЗП/СМ різних типів в 2005 і 2010 рр. показало, що загальне зростання досліджуваного показника за цей період становило 11,6% – з 608,7 до 707,6 на 1000 населення. Найбільше підвищення показника було у закладах ЗП/СМ I типу (на 27,9%); водночас вихідний рівень його був меншим (530,6). У закладах ЗП/СМ II типу число диспансерних хворих на 1000 населення збільшилось на 2,4%, в закладах ЗП/СМ III типу – на 21,2%, в закладах ЗП/СМ IV типу – на 3,9%.

Розвиток мережі закладів ЗП/СМ у Сумській області відбувався на виконання постанови Кабінету Міністрів України від 20.06.2000 р. №989 «Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я», відповідних розпоряджень голів Сумської обласної та Сумської районної державних адміністрацій.

Аналіз моніторингу та статистичних даних щодо розвитку мережі закладів ЗП/СМ та їх діяльності в Сумському сільському районі (базовому для вивчення доступності ПМСД сільському населенню Сумської області за 2002–2010 рр. сільському районі) доводить наявність певних змін.

Так, кількість закладів ЗП/СМ зросла з 2 до 21, або у 10,5 разу, кількість дільниць ЗП/СМ зросла з 2 до 30, або у 15 разів. Найбільші темпи зростання припадають на 2002–2006 рр. На кінець 2006 р. чисельність закладів становила 18, а дільниць – 20. Чисельність населення, яке обслуговують лікарі ЗП/СМ, зросла з 4,2 тис. у 2002 р. до 42,0 тис. у 2006 р. та становила на 2010 р. 46,9 тис. осіб.

Переважає більшість закладів ЗП/СМ була утворена на базі сільських лікарських амбулаторій – 13 із 21. Дещо відмінною від практики Харківської області у Сумському районі стали дільниці ЗП/СМ, створені у структурі дільничних лікарень.

Таким чином, на даний час мережу закладів ЗП/СМ у районі становлять 16 самостійних амбулаторій ЗП/СМ та 5 дільничних лікарень з дільницями ЗП/СМ. Впорядкування мережі ЗП/СМ сприяло розгортанню мережі ліжок денного перебування хворих. На кінець досліджуваного терміну кількість ліжок становила 105, на яких протягом року отримували лікування 3,4+0,1 тис. осіб. Це становить 7,2% від загальної чисельності населення, яке обслуговують лікарі ЗП/СМ. За експертною оцінкою обсягів їх допомоги встановлено, що половина з них (тобто 3,6%) потребувала б в іншому разі стаціонарного лікування в умовах ЦРЛ, що в цілому відповідає 15% обсягам потреби у госпіталізації.

Одним із показників доступності медичної допомоги є укомплектованість та забезпеченість лікарями і середнім медичним персоналом закладів ЗП/СМ. Так, найбільша кількість штатних

посад лікарів ЗП/СМ була досягнута у 2007 р. – 24,25, з укомплектованістю 53,6%. Укомплектованість цих штатних посад у 2010 р. зросла до 86%. Подібні тенденції щодо забезпечення закладів ЗП/СМ лікарями є і в інших районах Сумської області. Так, забезпеченість населення лікарями ЗП/СМ у Сумському районі становить 3,3 на 10,0 тис. населення, а по області в цілому – 2,0. Слід також зазначити, що за період 2008–2010 рр. цей показник був сталим.

Висновки

1. За досліджуваний період (2002–2010 рр.) у сільських районах Харківської та Сумської областей відбулося впровадження і розвиток мережі закладів ЗП/СМ. Найбільша динаміка розвитку відмічалась у 2002–2007 рр., коли було створено та організовано діяльність 80% мережі закладів ЗП/СМ.

2. Створення мережі закладів ЗП/СМ у досліджуваних регіонах відбувалося на виконання відповідних державних та обласних програм.

3. Створення мережі ЗП/СМ забезпечило зростання доступності медичної допомоги на первинному рівні. Найбільше зросла доступність профілактичної допомоги.

4. Проблемою покращання доступності та подальшого забезпечення розвитку мережі закладів ПМСД стає кадрове забезпечення, що вводить дослідження динаміки показників їх укомплектованості.

Перспективою подальших досліджень є вивчення зв'язку показників доступності та якості медичної допомоги в умовах подальшого розвитку ЗП/СМ.

Список літератури

1. Короп А. Ф. Доступність первинної медико-санітарної допомоги дітям в умовах її реформування на засадах сімейної медицини / А. Ф. Короп, Т. П. Єфіменко // Актуальні питання внутрішньої медицини в практиці сімейного лікаря : матеріали конф. з міжнар. участю. – Х., 2006. – С. 43–44.
2. Латишев Є. Є. Державна програма розвитку загальної практики - сімейної медицини: модуляція вітчизняної системи охорони здоров'я щодо локалізації нагальних медичних проблем суспільства / Є. Є. Латишев // Матеріали XI Конгресу світової федерації українських лікарських товариств – Полтава : КПП «Друкар», 2006. – С. 82.
3. Москаленко В. Ф. Аналіз стану та визначення напрямків наукових досліджень з актуальних питань сімейної медицини в Україні / В. Ф. Москаленко, Н. Г. Гойда, Є. Є. Латишев // Охорона Здоров'я України. – 2002. – № 3–4. – С. 71–73.
4. Москаленко В. Ф. Концептуальні основи розвитку та впровадження сімейної медицини в Україні / В. Ф. Москаленко // Доповідь на I з'їзді сімейних лікарів України, Львів, 7-9 листоп. 2001 р. – Л., 2001. – 32 с.
5. Наукові та організаційні підходи до прогнозу розвитку сімейної медицини в Україні / Є. М. Горбань, Є. Є. Латишев, Н. В. Марчук [та ін.] // Охорона здоров'я України. – 2004. – № 1. – С. 17–21.
6. Сердюк О. І. Якість та ефективність первинної медико-санітарної допомоги сільському населенню: соціометричний аналіз / О. І. Сердюк, С. П. Шкляр, І. М. Шинкарьова // Матеріали наук.-практ. конф. з міжнар. уч., Київ, 29-30 січня 2009 р. – К., 2009. – С. 118–119.
7. Слабкий Г. О. Стратегічні підходи до розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини / Г. О. Слабкий, Ю. Б. Яценко, М. В. Шевченко // Сімейна медицина. – 2009. – № 3. – С. 85.
8. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні / В. М. Лехан, Н. М. Лакіза-Старчук, В. М. Войцехівський [та ін.]. – К. : Сфера, 2001. – 176 с.

ДИНАМИКА ДОСТУПНОСТИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ЕЁ РАЗВИТИЯ*В.И. Поцелуев (Сумы)*

Представлены результаты исследования доступности первичной медико-санитарной помощи населению сельских районов Харьковской и Сумской областей. Установлено, что развитие сети учреждений общей практики-семейной медицины способствует увеличению показателей доступности медицинской и росту объемов профилактической помощи сельскому населению.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **первичная медико-санитарная помощь, общая практика – семейная медицина.**

DYNAMICS OF PRIMARY HEALTH CARE AVAILABILITY AS AN INDICATOR OF ITS DEVELOPMENT*V.I. Pospeluev (Sumy)*

Results of research of availability of the primary medicosanitary help for the population of rural areas of the Kharkov and Sumy areas are presented. It is established that development of a network of clinics of general practice - family medicine promotes increase in indicators of availability of medical aid. Considerable growth of volumes of the preventive help is marked.

KEY WORDS: **primary medicosanitary help, general practice - family medicine.**

Рукопис надійшов до редакції 15.02.2013

Рецензент: к.мед.н., доц. Н.О. Теренда

УДК: 616.24-006.6-07

І.Т. П'ЯТНОЧКА, С.І. КОРНАГА, Ю.В. ДОВБУШ (Тернопіль)

ШЛЯХИ ПОКРАЩЕННЯ ДОГОСПІТАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ РАКУ ЛЕГЕНЬ В ОБЛАСНОМУ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНОМУ ДИСПАНСЕРІ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

У статті наведені дані про частоту раку легень і плеври у стаціонарі обласного протитуберкульозного диспансеру за останні роки і шляхи покращення діагностики на догоспітальному етапі.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: **туберкульоз, рак легень, діагностика.**

В умовах сучасної епідемії туберкульозу, його патоморфозу, повсюдно спостерігається збільшення захворюваності на рак легень. Організаційні форми та методи виявлення злоякісного процесу у легенях подібні до тих, що застосовуються при туберкульозі легень, тому проблема легеневої онкології тісно переплітається з проблемою фтизіатрії. Діагностика раку легень ускладнюється тим, що захворювання деякий час перебігає безсимптомно, і симптоматика бронхокарциноми не патогномонічна, а споріднена з іншими захворюваннями, передусім з туберкульозом [2]. До того ж протитуберкульозний диспансер є діагностичним центром, куди направляються для уточнення діагнозу і лікування хворі з підозрою на туберкульоз, пухлини та інші захворювання [1]. Пошук та удосконалення методів діагностики з метою виявлення ранніх форм туберкульозу і раку легень є одним з основних напрямків практичної охорони здоров'я, зокрема фтизіатричної служби.

Метою дослідження було вивчення частоти та найбільш інформативних методів діагностики раку легень у протитуберкульозному диспансері.

Матеріали і методи. Досліджувалися частота і найбільш інформативні методи діагностики раку легень у стаціонарі протитуберкульозного диспансеру за останні п'ять років. Проаналізовано 477 медичних карт стаціонарних хворих, які страждали на злоякісні новоутворення. Цифровий матеріал піддавався статистичній обробці з обчисленням показника достовірності.

Результати дослідження та їх обговорення. У 2007–2012 рр. у протитуберкульозному стаціонарі перебували 7637 хворих, у тому числі 3507 (45,9%) з туберкульозом легень і 4130 (54,1%) з неспецифічними легеневиими захворюваннями. Кількісна динаміка хворих з неспецифічними захворюваннями, у тому числі і раком легень, у відсотковому відношенні щороку зростала (табл. 1).

Таблиця 1. Співвідношення хворих на туберкульоз до осіб з неспецифічними легеневиими захворюваннями (%)

Рік	Усі хворі	Захворювання	
		Туберкульоз	Неспецифічний процес
2007	1684	49,2	50,8
2008	1628	48,7	51,3
2009	1534	44,8	55,1*
2010	1381	42,5	57,5*
2011	1410	43,2	56,8*
Разом	7637	45,9	54,1*

Примітка: * – показник вірогідно відрізняється від хворих на туберкульоз ($p < 0,05$).

Це свідчить про сучасний патоморфоз легеневиими захворювань, спорідненість клінічної картини, труднощі діагностики та неповноцінне обстеження хворих на догоспітальному етапі. Достовірна перевага пацієнтів з неспецифічними

легеневиими захворюваннями є невиправданою, як з погляду на якість діагностики, лікування, так і ризику інфікування хворих мікобактеріями туберкульозу.

Подібна закономірність спостерігалася щодо онкологічної патології по відношенню до хворих на туберкульоз (табл. 2).

© І.Т. П'ятночка, С.І. Корнага, Ю.В. Довбуш, 2013

Таблиця 2. Відсоткове співвідношення хворих з онкологічною патологією до пацієнтів з туберкульозом легень

Рік	Туберкульоз (абс. число)	Злоякісний процес (%)
2007	829	11,1
2008	793	13,1
2009	689	13,8
2010	587	15,8
2011	609	15,3
Разом	3507	13,6

Як видно з даних таблиці 2, співвідношення раку легень до туберкульозу щорічно зростало, що свідчить як про ріст онкологічної патології взагалі, так і про недостатню діагностику на догоспітальному етапі. Загалом за останні п'ять років було госпіталізовано 477 хворих з онкологічною патологією.

При направленні хворих у стаціонар здебільшого ставиться діагноз однієї з клінічних форм туберкульозу легень, найчастіше інфільтративного (43,4%). Поєднання активного туберкульозу з раком легень спостерігались у 4,2%, із залишковими змінами туберкульозу легень – у 8,8%, первинного екстраторакального новоутворення – у 6,3% випадків. Структура кінцевих діагнозів була наступною: центральний рак легень – 74,6%, периферичний – 13,6%, карциноматоз – 3,1%, мезотеліома плеври – 2,3%, метастатичний процес в легені чи плевру – 6,3%. Отже, найчастіше спостерігалися помилки при центральній та периферичній формах раку легень, що пояснюється їх значною частотою і схожістю з туберкульозним інфільтратом і туберкульозом [5]. Клінічні прояви злоякісного процесу були різноманітними, що залежало від різних чинників. Так, при центральному раку легень задишка відмічалася у 48,4%, біль у грудній клітці – у 42,1%, підвищення температури тіла – у 27,9%, легенева геморагія – у 19,5%. На загал, при різних формах новоутворення при цитологічному дослідженні харкотиння у 49,3% хворих виявлені ракові клітини, у 54,7% – еритроцити і у 38,4% – метаблазований епітелій. Водночас при дослідженні лаважної рідини з бронхів ракові клітини виявлені лише у 32,5% пацієнтів, у мазках з бронхів при браш-біопсії – у 67,3%. Отже, при цитологічному дослідженні харкотиння і, зокрема, в мазках з бронхів, у переважної більшості хворих на рак легень виявляють ракові клітини. Це широкодоступно, вигідно і результативно. Однак найбільш інформативним методом діагностики раку легень виявився бронхологічний. Діагноз центрального раку легень встановлено і верифіковано за допомогою бронхологічного дослідження (фібро-бронхоскопії) у 339 (95,2%), при периферичному – у 25 (38,5%); при комп'ютерній томографії – у 68,3%

(із 41 обстеженого) і при рентгенографії – у 44,4% обстежених. Отже, базисним методом при первинній діагностиці раку легень слід вважати фібробронхоскопію і комп'ютерну томографію.

Функція зовнішнього дихання при раку легень була зниженою за більшістю показників. Це, перш за все, порушення вентиляції обструктивного характеру, що слід пояснити втратою еластичності бронхів внаслідок перибронхіального ракового лімфангоїту, метастазів у внутрішньогрудні лімфатичні вузли. Інвазія ракових клітин у лімфатичні капіляри, що дрениують уражений вузол і навколишню строму, викликає блокаду лімфатичних шляхів. Така ситуація створює передумову розвитку механічної недостатності лімфодинаміки, а це супроводжується більш значними вентиляційними порушеннями, погіршенням газообміну, зниженням сатурації крові киснем до 92% [3;4].

Слід зазначити, що патологічні зміни в легенях здебільшого (73,4%) були виявлені при зверненні пацієнтів за медичною допомогою до лікаря-терапевта чи фтизіатра зі скаргами з боку органів дихання. До госпіталізації в протитуберкульозний диспансер 51,4% пацієнтів отримували неспецифічну протизапальну терапію в умовах поліклініки чи стаціонару, без позитивного клінічного чи рентгенологічного ефекту.

Причинами несвоєчасної або помилкової діагностики раку легень здебільшого є недостатнє обстеження хворих, неправильна інтерпретація клініко-рентгенологічних і лабораторних даних, труднощі діагностики; рідше – гіпердіагностика туберкульозу, відсутність онконастороженості, атиповий перебіг захворювання, відмова від додаткових обстежень. Проте в умовах обласного протитуберкульозного диспансеру, на догоспітальному етапі, основними причинами помилкової госпіталізації є недовикористання наявних методів дослідження, зокрема цитологічного дослідження мокротиння і, перш за все, високоінформативного бронхологічного і КТ-обстеження. Це дозволило б переважну більшість хворих відразу направляти в онкодиспансер, не гаючи і без того здебільшого втраченого часу. Крім того, перебування пацієнтів у протитуберкульозному

стаціонарі (в середньому 13,6 ліжко-дня) позбавляє їх більш адекватного лікування і сприяє додатковому інфікуванню мікобактеріями туберкульозу.

Висновки

1. Останніми роками у протитуберкульозних стаціонарах зростає кількість непрофільних хворих, зокрема з раком легень, що зумовлено недостатнім обстеженням хворих, труднощами діагностики, низькою онконастороженістю лікарів-фтизіатрів.

2. З метою покращення діагностики раку легень ще на догоспітальному етапі та уникнення необґрунтованої госпіталізації хворих потрібно широко застосовувати сучасне комплексне бронхологічне і КТ-обстеження, а також цитологічне дослідження мокротиння.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні значення цитологічного фону харкотиння при діагностиці раку легень.

Список літератури

1. Бородулин Б. Е. Сочетание заболевания раком и туберкулёзом лёгких / Б. Е. Бородулин // Туберкулёз в России. Год 2007 : материалы VIII Российского съезда фтизиатров. – 2007. – С. 398.
2. Волков В. С. Бронхоскопия в дифференциальной диагностике поражений бронхов при туберкулёзе и онкологических процессах / В. С. Волков // Воен.-мед. журн. – 2007. – Т. 328, № 4. – С. 20–22.
3. П'ятночка І. Т. Диференціальна діагностика туберкульозу і раку легень в закладах протитуберкульозної служби : автореф. дис. ... д-ра. мед. наук / І. Т. П'ятночка. – К., 1993. – 36 с.
4. П'ятночка І. Т. Порівняльне вивчення сатурації крові киснем у хворих на туберкульоз і рак легень / І. Т. П'ятночка, С. І. Корнага, Н. В. Тхорик // Вісн. наук. досліджень. – 2012. – № 1. – С. 19–20.
5. Садовников А. А. Инfiltrативный туберкулёз и рак лёгкого / А. А. Садовников, К. И. Панченко // Проблемы туберкулёза и болезней лёгких. – 2007. – № 1. – С. 55–60.

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ЛЕГКИХ В ОБЛАСТНОМ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОМ ДИСПАНСЕРЕ

И.Т. Пятночка, С.И. Корнага, Ю.В. Довбуш (Тернополь)

В статье приведены данные о частоте рака легких и плевры в стационаре областного противотуберкулезного диспансера за последние годы и пути улучшения диагностики на догоспитальном этапе.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **туберкулез, рак легких, диагностика.**

WAYS OF IMPROVING PRE-HOSPITAL DIAGNOSIS OF LUNG CANCER IN THE REGIONAL TUBERCULOSIS DISPENSARY

I.T. Pyatnochka, S.I. Kornaga, Yu.V. Dovbush (Ternopil)

The article presents data on the incidence of lung cancer and pleura in regional TB dispensary in recent years and ways to improve diagnosis in the pre-hospital phase.

KEY WORDS: **tuberculosis, lung cancer, diagnosis.**

Рукопис надійшов в редакцію 05.11.2012
Рецензент: д.мед.н., проф. О.М. Голяченко

М.А. ЛУЧИНСЬКИЙ (Тернопіль)

ЧАСТОТА ЗУБОЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ ТА ДЕФОРМАЦІЙ У ДІТЕЙ РІЗНИХ АДАПТИВНИХ ТИПІВ ПРИКАРПАТТЯ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

У статті наводяться дані щодо частоти зубощелепних аномалій та деформацій у дітей різних клімато-географічних районів Прикарпаття. Показано, що $60,80 \pm 0,97\%$ дітей Івано-Франківської області мають зубощелепні аномалії у віці 6–15 років. Спостерігається вірогідно вище значення показника у дітей в рівнинній та передгірській зонах проживання порівняно з гірською.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: діти, зубощелепні аномалії та деформації.

Стан здоров'я населення, особливо дитячого, є одним з основних критеріїв якості навколишнього середовища [1;2;4;6;8;12], а стан зубощелепової системи є одним з превентивних та, водночас, досить чітко фіксованих показників здоров'я/нездоров'я людського організму [9;11]. Стоматологічне здоров'я характеризується правильною будовою зубощелепової системи людини, її належним функціонуванням і збалансованістю [11].

Натепер проведено достатньо досліджень стоматологічної захворюваності дітей України, які проживають у специфічних біогеохімічних регіонах. Доведено, що рівень частоти карієсу зубів та захворювань пародонта залежить від антропогенних та екологічних умов проживання [2;3;5;7;8;10].

Мета роботи – вивчити поширеність зубощелепових аномалій та деформацій у дітей, які проживають у регіонах з різним антропогенним навантаженням.

Матеріали і методи. Період початку прорізування постійних зубів є важливим етапом формування постійного прикусу у дітей. Тому дослідження стану прикусу ми почали саме в цей віковий період. Оскільки діти Івано-Франківської області проживають в різних клімато-географічних та екологічних умовах, обстеження та порівняння результатів проводилося у рівнинній, передгірській та гірській зонах. У дослідження були включені діти 6–15 років, в кожному віці окремо для виявлення найбільш небезпечних щодо формування зубощелепових аномалій вікових періодів. Всього обстежено 2551 дитину. У кожній групі було майже порівну хлопчиків та дівчаток.

Результати дослідження та їх обговорення. Результати досліджень (табл.) показали, що загалом у віці 6 років спостерігається незначний відсоток дітей із зубощелеповими аномаліями

порівняно з іншими віковими періодами ($26,09 \pm 3,75\%$). Найбільш сприятливою для формування зубощелепового апарату у дітей в 6-річному віці є гірська зона проживання (поширеність зубощелепових аномалій виявлена у $18,18 \pm 5,88\%$ дітей).

Частота зубощелепних аномалій у дітей рівнинної зони у віці 6 років найвища порівняно з іншими клімато-географічними умовами проживання та становить $32,00 \pm 6,66\%$. Проміжне місце займає передгірська зона. Показник поширеності зубощелепних аномалій становить $27,27 \pm 6,79\%$. Значущої різниці залежно від статі не виявлено, хоча середній показник у дівчаток дещо вищий, ніж у хлопчиків.

Вік 7 років характеризується значним зростанням кількості дітей із зубощелепними аномаліями порівняно з попереднім віковим періодом на всіх територіях дослідження. З найбільш високими показниками залишається рівнинна зона. Поширеність зубощелепних аномалій у 7-річних дітей удвічі вища, ніж у 6-річних, як у рівнинній зоні, так загалом в області. Найбільш вагоме підвищення показника (в 2,6 разу) спостерігається у дітей гірської зони ($47,69 \pm 6,24\%$ – в 7 років проти $18,18 \pm 5,88\%$ в 6 років).

У дітей 8 років продовжується підвищення показника поширеності зубощелепних аномалій: у рівнинній зоні – на $13,52\%$; в передгірській – на $32,81\%$. Гірська зона залишається на рівні попереднього вікового періоду ($46,84 \pm 5,65\%$). Взагалі ж показник поширеності зубощелепових аномалій у дітей Івано-Франківської області в даний віковий період становить $67,97 \pm 2,92\%$, що на $14,69\%$ вище, ніж у дітей попереднього віку.

Вік 9 років характеризується незначними змінами поширеності зубощелепних аномалій в усіх зонах обстеження та спостерігається така ж тенденція, як і в попередній віковий період. Тобто найнижчий показник відмічений в гірській зоні, а в рівнинній та передгірській вони вірогідно вищі, ніж у гірській.

Таблиця. Частота зубощелепових аномалій у дітей Івано-Франківської області

Вік (роки)	Зона обстеження	К-сть обстежених	Кількість дітей із зубощелеповими аномаліями					
			Всього		Із них			
			Абс.	%±m	Дівчатка		Хлопчики	
Абс.	%±m	Абс.			%±m			
6	Рівнинна	50	16	32,00±6,66	8	50,00±12,91	8	50,00±12,91
	Передгірська	44	12	27,27±6,79	6	50,00±15,08	6	50,00±15,08
	Гірська	44	8	18,18±5,88	6	75,00±16,37	2	25,00±16,37
	Область	138	36	26,09±3,75	20	55,56±8,40	16	44,44±8,40
7	Рівнинна	102	64	62,75±4,81 °	31	48,44±6,30	33	51,56±6,30
	Передгірська	62	28	45,16±6,37 °	9	32,14±8,99*#	19	67,86±8,99*#
	Гірська	65	31	47,69±6,24	19	61,29±8,90 #	12	38,71±8,90#
	Область	229	123	53,28±3,30	59	47,97±4,52	64	52,03±4,52
8	Рівнинна	118	91	76,27±3,93 ^a	49	53,85±5,26	42	46,15±5,26
	Передгірська	59	46	77,97±5,44 #	26	56,52±7,39	20	43,48±7,39
	Гірська	79	37	46,84±5,65 ^{a#}	17	45,95±8,31	20	54,05±8,31
	Область	256	174	67,97±2,92	92	52,87±3,80	82	47,13±3,80
9	Рівнинна	124	98	79,03±3,67 ^a	44	44,90±5,05	54	55,1±5,05
	Передгірська	60	44	73,33±5,76 #	18	40,91±7,50	26	59,09±7,50
	Гірська	86	47	54,65±5,40 ^{a#}	21	44,68±7,33	26	55,32±7,33
	Область	270	189	70,00±2,79	83	43,92±3,62	106	56,08±3,62
10	Рівнинна	115	84	73,04±4,16	34	40,48±5,39*	50	59,52±5,39*
	Передгірська	104	81	77,88±4,09	40	49,38±5,59	41	50,62±5,59
	Гірська	82	55	67,07±5,22	30	54,55±6,78	25	45,45±6,78
	Область	301	220	73,09±2,56	104	47,27±3,37	116	52,73±3,37
11	Рівнинна	118	80	67,80±4,32 ^a	44	55,00±5,60	36	45,00±5,60
	Передгірська	99	61	61,62±4,91	26	42,62±6,38	35	57,38±6,38
	Гірська	80	39	48,75±5,62 ^a	23	58,97±7,98	16	41,03±7,98
	Область	297	180	60,61±2,84	93	51,67±3,74	87	48,33±3,74
12	Рівнинна	93	64	68,82±4,83 ^a	34	53,13±6,29	30	46,88±6,29
	Передгірська	80	55	68,75±5,21 #	26	47,27±6,79	29	52,73±6,79
	Гірська	59	25	42,37±6,49 ^{a#}	13	52,00±10,20	12	48,00±10,20
	Область	232	144	62,07±3,19	73	50,69±4,18	71	49,31±4,18
13	Рівнинна	139	87	62,59±4,12 ^a	41	47,13±5,38°	46	52,87±5,38°
	Передгірська	87	56	64,37±5,16 #	23	41,07±6,63 ^д	33	58,93±6,63 ^д
	Гірська	95	46	48,42±5,15 ^{a#}	31	67,39±6,99° ^д	15	32,61±6,99° ^д
	Область	321	189	58,88±2,75	95	50,26±3,65	94	49,74±3,65
14	Рівнинна	122	77	63,11±4,39 ^a	41	53,25±5,72	36	46,75±5,72
	Передгірська	73	47	64,38±5,64 #	22	46,81±7,36	25	53,19±7,36
	Гірська	74	23	31,08±5,42 ^{a#}	9	39,13±10,41	14	60,87±10,41
	Область	269	147	54,65±3,04	72	48,98±4,14	75	51,02±4,14
15	Рівнинна	106	78	73,58±4,30 ^a	30	38,46±5,54 *	48	61,54±5,54 *
	Передгірська	62	46	74,19±5,60 #	22	47,83±7,45	24	52,17±7,45
	Гірська	70	26	37,14±5,82 ^{a#}	14	53,85±9,97	12	46,15±9,97
	Область	238	150	63,03±3,14	66	44,00±4,07 *	84	56,00±4,07 *
Разом	Рівнинна	1087	739	67,99±1,42 ^a	356	48,17±1,84	383	51,83±1,84
	Передгірська	730	476	65,21±1,76 #	218	45,80±2,29 ^{#*}	258	54,20±2,29 ^{#*}
	Гірська	734	337	45,91±1,84 ^{a#}	183	54,30±2,72 ^{#*}	154	45,70±2,72 ^{#*}
	Область	2551	1552	60,80±0,97	757	48,78±1,27	795	51,22±1,27

Примітка: * – достовірність різниці даних між хлопчиками і дівчатками;

° – достовірність різниці даних між рівнинною і передгірською зоною у кожній віковій групі;

a – достовірність різниці даних між рівнинною і гірською зоною в кожній віковій групі;

– достовірність різниці даних між передгірською і гірською зоною в кожній віковій групі.

Привертає увагу подальше зростання показника поширеності зубощелепних аномалій у дітей гірської зони. У віці 10 років він становить $67,07 \pm 5,22\%$, що майже на 15% більше, ніж у дітей 9 років ($54,65 \pm 5,40\%$). У рівнинній та передгірській зонах показник 10-річних дітей незначно відрізняється від показника у віці 9 років.

У дітей 11 років спостерігаємо зворотній процес у формуванні зубощелепних аномалій. Показник зменшується у всіх зонах проживання, але найбільш активно в гірських районах та має вірогідні відмінності на рівнинній та гірській територіях.

Привертає увагу, що у віці від 12 до 14 років показники поширеності зубощелепних аномалій у рівнинній та передгірській зонах мають незначні коливання в бік збільшення або зменшення, але вони вірогідно вищі, ніж у гірській зоні, в кожному із цих вікових періодів. Діти гірської зони менш уразливі щодо зубощелепних аномалій порівняно з іншими територіями проживання. У віці 14 років у них спостерігається покращення стану прикусу, тобто кількість аномалій зменшується порівняно з попереднім віковим періодом на 17%, що не властиве іншим клімато-географічним зонам. Середній показник по області дещо знижується – від $62,07 \pm 3,19\%$ у 12 років до $54,65 \pm 3,04\%$ у 14 років.

У 15 років спостерігаємо збільшення поширеності зубощелепних аномалій у дітей всіх зон проживання. Але найбільш високі показники відмічені у рівнинній та передгірській територіях. Поширеність зубощелепних аномалій в гірській зоні у цьому віковому періоді майже удвічі нижча, ніж на інших територіях проживання.

Вивчення показника поширеності зубощелепних аномалій у дітей Івано-Франківської області показало значну їх поширеність у віці 6–15 років, тобто в період змінного та постійного прикусу. Середній показник по області становить $60,80 \pm 0,97\%$. Найнижчий показник виявлений у дітей гірської зони. На рівнинній та передгірській територіях проживання поширеність зубощелепних аномалій не має відмінностей, але вірогідно вища, ніж у гірській зоні.

Дослідження зубощелепних аномалій у хлопчиків та дівчаток у віці 6–15 років показало наявність вірогідної різниці показника в передгірській та гірській територіях проживання. У передгірській зоні частіше уражаються дівчатка, а в гірській – хлопчики. Взагалі ж на території області вірогідної різниці поширеності зубощелепних аномалій у дітей залежно від статі не виявлено.

Висновки

Дослідження показало, що $60,80 \pm 0,97\%$ дітей Івано-Франківської області мають зубощелепні аномалії у віці 6–15 років. Вірогідно вище значення показника спостерігається у дітей у рівнинній та передгірській зонах проживання порівняно із гірською.

Перспективи подальших досліджень. Отримані результати спонукають до більш детального вивчення цього питання для планування профілактичних та лікувальних заходів у дітей різних клімато-географічних та екологічних умов проживання з метою попередження виникнення та розвитку зубощелепних аномалій.

Список літератури

1. Антипкін Ю. Г. Стан здоров'я дітей в умовах дії різних екологічних чинників / Ю. Г. Антипкін // Мистецтво лікування. – 2005. – № 2. – С. 16–23.
2. Безвушко Е. В. Стоматологічний рівень здоров'я дітей, які проживають у різній за екологічною ситуацією місцевості / Е. В. Безвушко, Т. Г. Гутор // Новини стоматол. – 2008. – № 3 (56). – С. 42–46.
3. Деньга О. В. Поражаемость кариесом зубов детей, проживающих в районах Одесской области с различной пестицидной нагрузкой / О. В. Деньга, А. В. Николаева, С. В. Шепак // Вісн. стоматол. – 2007. – № 3. – С. 38–44.
4. Добровольский Л. А. Теоретические и методологические аспекты связи между загрязнением воздуха и социально-экономическими факторами в контексте здоровья населения / Л. А. Добровольский, И. Г. Белнисова // Довкілля та здоров'я. – 2008. – № 4. – С. 25–29.
5. Заєць О. Р. Стан зубощелепної системи в дітей гірських районів Івано-Франківської області / О. Р. Заєць, З. Р. Ожоган // Укр. стоматол. альм. – 2005. – № 6. – С. 31–33.
6. Зербіно Д. Д. Екологічні хвороби: постановка проблеми / Д. Д. Зербіно // Мистецтво лікування. – 2009. – № 1. – С. 65–68.
7. Куцевляк В. Ф. Інтенсивність карієсу зубів серед населення, що проживає в умовах підвищеного вмісту солей важких металів / В. Ф. Куцевляк, Ю. В. Лахтін // Новини стоматол. – 2011. – № 3. – С. 58–60.
8. Навколишнє середовище і стоматологічне здоров'я дітей України / Л. О. Хоменко, Н. В. Біденко, О. І. Остапко, Г. В. Сороченко // Вісн. стоматол. – 2004. – № 1. – С. 82–85.
9. Образцов Ю. Я. Стоматологическое здоровье: сущность, значение для качества жизни, критерии оценки // Стоматология. – 2006. – № 4. – С. 41–43.
10. Савичук О. В. Ефективність комплексної профілактики карієсу зубів у дитячого населення екологічно несприятливих регіонів / О. В. Савичук, Ю. П. Немирович, І. М. Голубева // Інноваційні технології в стоматології: матеріали наук.-практ. конф. – Тернопіль, 2011. – С. 14–15.
11. Савичук Н. О. Стоматологічне здоров'я дітей, методологічні підходи та критерії його оцінки / Н. О. Савичук, О. В. Клітинська // Совр. стоматол. – 2008. – № 1. – С. 94–98.
12. Сердюк А. М. Медична екологія і проблеми здоров'я дітей / А. М. Сердюк // Журн. АМН України. – 2001. – № 3. – С. 437–449.

ЧАСТОТА ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ И ДЕФОРМАЦИЙ У ДЕТЕЙ РАЗНЫХ АДАПТИВНЫХ ТИПОВ ПРИКАРПАТЯ

М.А. Лучинский (Тернополь)

В статье приводятся данные о частоте зубочелюстных аномалий и деформаций у детей различных климато-географических районов Прикарпатья. Показано, что $60,80 \pm 0,97\%$ детей Ивано-Франковской области имеют зубочелюстные аномалии в возрасте 6–15 лет. Наблюдается достоверно большее значение показателя у детей в равнинной и предгорной зонах проживания по сравнению с горной.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **дети, зубочелюстные аномалии и деформации.**

FREQUENCY OF DENTOGNATHIC ANOMALIES AND DEFORMATIONS IN CHILDREN WITH DIFFERENT ADAPTIVE TYPES ON PRYKARPATS REGION

М.А. Luchynskyy (Ternopil)

The article presents the frequency of dentognathic anomalies and deformations in children which live in different climatic and geographic regions of Prykarpattya. It's established that in age 6-15 years $60,80 \pm 0,97\%$ of children in Ivano-Frankivsk region have dentognathic anomalies. There is a significantly higher value of the anomalies in plainsman and foothills children compared to highlanders.

KEY WORDS: **children, dentognathic abnormalities and deformations.**

Рукопис надійшов у редакцію 12.12.2012

Рецензент: к.мед.н., доц. Н.О. Теренда

ПЕРІОДИЗАЦІЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЇ БАЗИ З ПИТАНЬ ПРОТИДІЇ ВІЛ/СНІДУ

Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини»
Державного управління справами

У статті наведено кількісний аналіз первинного та чинного національного законодавства за весь період існування епідемії ВІЛ/СНІДУ в Україні.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: нормативно-правова база, ВІЛ/СНІД, періодизація.

Офіційну реєстрацію випадків ВІЛ-інфекції в Україні розпочато у 1987 р., і вже невдовзі урядом прийнято рішення про створення Українського центру профілактики та боротьби зі СНІДом, урядових органів і початкової нормативної бази. Згодом розпочали діяльність перші міжнародні проекти; прийняття Закону України «Про благодійництво та благодійні організації» від 16.09.1997 р. №531/97-ВР дозволило створити перші неурядові громадські ВІЛ-сервісні організації [2].

Актуальність даного дослідження полягає у визначенні провідної ролі формування нормативно-правової бази як основи національної політики боротьби з епідемією ВІЛ/СНІДУ, та мультисекторального підходу до вирішення проблем, пов'язаних з її наслідками.

Мета дослідження: здійснити кількісний аналіз національної нормативно-правової бази у сфері ВІЛ/СНІДУ за період з початку її первинного створення до теперішнього часу з визначенням найбільших фаз законодавчої активності.

Матеріали і методи. За основу загальнологічних методів дослідження взято аналітичний метод. Законодавчу базу як об'єкт дослідження поділено за джерелами її формування, тобто виконано деталізацію, конкретизацію і розкладання на складові частини (декомпозицію), вивчення системи зсередини. Цей метод дозволив досягти результатів, оскільки в цьому випадку окремий розгляд нормативно-правових підвалин дозволив отримати правильне уявлення про їхній внесок у загальний ефект. Ідеалом, остаточною метою аналітичного методу, є встановлення причинно-наслідкових зв'язків між явищами.

Результати дослідження та їх обговорення. За період з початку епідемії ВІЛ/СНІДУ в Україні до 2011 р. нами проведено аналіз 707 національних нормативно-правових актів, тим чи

іншим чином спрямованих на боротьбу з епідемією (закони, постанови і розпорядження ВР України, укази і розпорядження Президента України, постанови і розпорядження КМУ, накази, рішення колегій, рекомендації та інструкції МОЗ України та інших центральних органів виконавчої влади та інші документи), у тому числі 28 міжнародних, ратифікованих Україною.

Слід наголосити на тому, що аналізу піддавались тільки документи прямої дії, які стосуються основної діяльності системи охорони здоров'я. До уваги не бралися документи, що пов'язані з розпорядчими, господарсько-фінансовими і кадровими функціями сфери охорони здоров'я України, а також акти, які регулюють діяльність закладів і органів системи охорони здоров'я щодо боротьби із захворюванням на туберкульоз.

Виконано періодизацію українського законодавства впродовж 1987–2010 рр. з 5-річним періодом з метою виявлення найбільш активних фаз законотворчості та її якісного змісту. Урядом України 2002 р. було оголошено Роком боротьби із СНІДом, що співпало з найбільшою кількістю основних документів з цієї проблеми (294), прийнятих у період 2002–2006 рр. (за 1987–1991 рр. – 24; 1992–1996 рр. – 34; 1997–2001 рр. – 95; 2007 р. – початок 2011 р. – 260), а також із участю Генерального секретаря Організації Об'єднаних Націй Кофі Аннана у роботі Урядової комісії з питань боротьби з ВІЛ/СНІДом та розширеної колегії МОЗ України (табл.).

Дані таблиці свідчать про найбільшу активність та ініціативність найвищої гілки законодавчої влади держави. Верховною Радою України продемонстровано найбільшу частину законодавчих актів у законотворчому процесі щодо епідемії ВІЛ/СНІДУ за всі досліджувані стадії, які у подальшому дали поштовх до створення цілої низки підзаконних нормативно-правових актів, більш актуальних і адаптованих для тих соціально-економічних умов, які склалися в державі на той час. У перший рік

Таблиця. Нормативно-правові акти, що врегульовують діяльність сфери охорони здоров'я у контексті ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні за період 1987–2011 рр.

Законодавчий (нормативний) документ	... - 1991	1992-1996	1997-2001	2002–2006	2007–2011	Загалом
Міжнародні правові акти з питань СНІДу, ратифіковані Україною	20	1	5	2	0	28
Закони України	1	15	11	18	1	46
Постанови і розпорядження Верховної Ради України	0	0	0	13	0	13
Укази, розпорядження Президента України	0	2	21	28	1	52
Постанови Кабінету Міністрів України	0	10	33	44	7	94
Розпорядження Кабінету Міністрів України	0	0	0	37	5	42
Накази, рішення колегії та відомчі інструкції МОЗ України	3	6	23	150	246	428
Інші документи України	0	0	2	2	0	4
ВСЬОГО	24	34	95	294	260	707

національної самовизначеності України прийнято Закон України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення», у якому зазначається, що «розповсюдження СНІДу... створює загрозу особистій, громадській та державній безпеці», і боротьба з цією інфекцією є одним з пріоритетних завдань держави, яка взяла на себе зобов'язання забезпечити доступність, якість, ефективність медичного огляду з метою виявлення ВІЛ-інфекції, забезпечення доступності для населення засобів профілактики, соціальний захист ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД, у тому числі щомісячну державну допомогу дітям, котрі інфіковані ВІЛ. Розпочато наукові розробки зі створення вітчизняних тест-систем.

У той період, який сьогодні називають часом відрахунку незалежності, коли Україна не мала власного наукового і практичного досвіду щодо створення актуальних для країни напрямів законотворчості [1], вона взяла за основу досвід інших країн, які вже мали на той час таку життєву школу з 1983 року. Швеція (8.03.1983 р.), Австрія (16.03.1983 р.) і Франція (20.06.1983 р.) стали першими державами, уряди яких розробили та прийняли нормативно-правові документи щодо протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу. Найбільший внесок у нормативно-правову творчість за період 1983–1992 рр. зробила Франція (1983–1985 рр. – 7; 1986–1988 рр. – 29; 1989–1990 рр. – 14; 1991–1992 рр. – 16 документів). У період 1983–1992 рр. цими державами створено базові напрями законодавчої підвалини боротьби з епідемією у міжнародному масштабі [3;4].

Вже згодом Україна стала ініціатором скликання сесії Генеральної Асамблеї ООН, яка розглянула ключові питання боротьби з епідемією ВІЛ/СНІДу з урахуванням сучасної ситуації і стала однією із держав світу, які закликали світову спільноту створити Глобальний фонд боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією. Порівняльні дослідження з чинним законодавством інших країн показали, що сучасна українська нормативно-правова база з питань протидії ВІЛ/СНІДу концептуально наслідують міжнародні основоположні принципи і стандарти, є досить розгалуженою, прогресивною і такою, що відповідає викликам епідемії, а її поступовий розвиток свідчить про якісні зміни її змісту, загострення соціальної спрямованості та підвищення відповідальності, поглиблення міжгалузевої взаємодії, розширення співпраці з громадянським сектором і міжнародною спільнотою, урядами інших держав.

Висновки

1. Заклади охорони здоров'я України та мережа центрів профілактики та боротьби із СНІДом, як спеціалізовані заклади, мають основне законодавче підґрунтя для діяльності на всіх рівнях профілактики, організації надання відповідної медичної допомоги категорії громадян, які живуть з ВІЛ/СНІДом.

2. Національна нормативно-правова база потребує подальшої класифікації, періодизації і систематизації з метою її розвитку для вирішення задекларованих державою результатів щодо боротьби з епідемією ВІЛ/СНІДу.

Список літератури

1. Лист Міністра охорони здоров'я України Представникові ПРООН в Україні п. Пабло Педро Вілануєва і Міждержавному радникові програми ООН-СНІД п. Андрею Цимі від 21.10.1998 р. № 3.01.
2. *Про благодійництво та благодійні організації* : Закон України від 16.09.1997 р. №.531/97-ВР // ВВР. – 1997. – №46. – С. 292.
3. *AIDS, HIV, and Health Care Workers: Some International Legislative. Legislative Perspectives* [Electronic resource] / Fluss, Sev S., Zeegers, Dineke. – 1989. – 48. – P. 77. – Assess mode: [http://heinonline.org/HOL/LandingPage?collection=journals &handle=hein.journals/mlr48&div=11&id=&page=](http://heinonline.org/HOL/LandingPage?collection=journals&handle=hein.journals/mlr48&div=11&id=&page=). – Title from a screen.
4. *Regulations* No. 6 // National Board of Health and Welfare International Digest of Health Legislation. – 1983. – Vol. 34(4). – P. 748.

ПЕРИОДИЗАЦІЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЇ БАЗИ ПО ВОПРОСАМ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ ВИЧ/СПИДУ

А.В. Якобчук (Київ)

В статье приведен количественный анализ первичного и действующего национального законодательства за весь период эпидемии ВИЧ/СПИДа в Украине.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **нормативно-правовая база, ВИЧ/СПИД, периодизация.**

DIVISION INTO PERIODS OF NATIONAL NORMATIVELY-LEGAL BASE ON QUESTIONS OF HIV/AIDS COUNTERACTION

A.V. Yakobchuk (Kyiv)

In the article a quantitative analysis over of primary and operating national legislation is brought for all period of epidemic HIV/of AIDS in Ukraine.

KEY WORDS: **HIV/AIDS, normatively-legal base, division into periods.**

Рукопис надійшов до редакції 31.01.2013
Рецензент: д.мед.н. М.І. Ципко

УДК: 616.314-084+616.314-002+613.95+574.2

В.М. ЛУЧИНСЬКИЙ (Тернопіль)

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОГО КОМПЛЕКСУ У ДІТЕЙ З КАРІЕСОМ ЗУБІВ, ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ НА ТЕРИТОРІЯХ, ЗАБРУДНЕНИХ ІНГАЛЯЦІЙНИМИ КСЕНОБІОТИКАМИ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

В статті на основі клінічного та лабораторного обстеження 64 дітей 12-річного віку, які проживають в екологічно несприятливому регіоні, доведена ефективність використання лікувально-профілактичного комплексу, який включав ендогенне використання висококонцентрованого полівітамінного препарату «Кіндер Біовіталь» та «Кальцій Д₃ – Нікомед». Показано, що редукція карієсу у дітей основної групи склала 12,69% порівняно з контрольною групою дітей, які проживають у тому ж регіоні і їм не проводилось відповідне лікування.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: діти, екологія, лікувально-профілактичні заходи.

Протягом останнього десятиліття в Україні спостерігається значне збільшення стоматологічних захворювань у дітей [1;3;5;6;8;9;12;14]. Особливе занепокоєння спеціалістів викликає виявлення частки стрімкого та ускладненого карієсу, а також збільшення у 2,5 разу кількості дітей із захворюваннями пародонта, що призводить до зниження показників стану здоров'я населення [1;3;6;8;12;14].

Найбільш ефективним і доцільним шляхом покращення стану стоматологічного здоров'я населення України є розроблення на державному рівні напрямків профілактики стоматологічних захворювань, насамперед у дітей. Неодноразово доведено, що застосування ефективних профілактичних заходів з перших років життя дитини дозволяє вдвічі знизити рівень поширеності карієсу [4;5;8;10;13].

З метою профілактики стоматологічних захворювань, особливо у дітей груп ризику, які зазнають впливу несприятливих екологічних факторів оточуючого середовища, що значною мірою обумовлює виникнення та розвиток патології твердих тканин зубів та пародонта, профілактичні заходи проводяться не тільки для оздоровлення порожнини рота, але і для реабілітації всього організму дитини [4;5;7;11].

Мета дослідження: визначення ефективності лікувально-профілактичного комплексу у дітей з карієсом зубів, які зазнають негативного впливу довкілля.

Матеріали і методи. Для вивчення ефективності лікувально-профілактичного комплексу у дітей з карієсом постійних зубів, що зазнають

впливу полутантів атмосферного повітря, за допомогою клінічних та лабораторних методів дослідження провели обстеження 64 дітей, з яких сформували 2 групи: основну – 34 дитини та контрольну – 30 осіб.

Результати проведених лікувально-профілактичних заходів оцінювали безпосередньо після їх проведення та через 6, 12 і 24 місяці.

Основні етапи розробки та впровадження заходів профілактики у дітей із стоматологічними захворюваннями, що проживають у екологічно неблагополучному регіоні, включали:

- стоматологічне та гігієнічне виховання, мотивацію до здорового способу життя;
- скорочення кількості та частоти вживання карієсогенних продуктів;
- навчання правилам гігієнічного догляду за порожниною рота;
- професійну гігієну порожнини рота.

Для дітей основної групи проводили курси ендогенної фармакотерапії, які включали застосування наступних лікарських засобів: висококонцентрований полівітамінний препарат «Кіндер Біовіталь» та «Кальцій Д₃ – Нікомед».

Екзогенна терапія у дітей з карієсом зубів включала наступні заходи:

- герметизацію фісур за допомогою склоіономерних та композитних матеріалів;
- глибоке фторування емалі препаратом «Глуфторед».

Усім дітям пропонували зубну пасту «Бактулін», яка розроблена ІС НАМН України (Одеса), що містить активний компонент штаму *L. paracasei*, який знижує активність карієсогенних пародонтопатогенних мікроорганізмів при над-

лишковому мікробному обсіменінні біотопів порожнини рота.

Підтримуючу терапію проводили 4 рази на рік у вигляді застосування повторних курсів прийому препаратів «Кіндер Біовіталь» та «Кальцій Д₃ – Нікомед».

Результати дослідження та х обговорення. Аналіз отриманих даних доводить, що через 6 місяців після лікування інтенсивність карієсу майже не змінилася стосовно вихідних даних в

основній групі дослідження, а у контрольній групі – збільшилася на 5,93% (табл. 1). Через 12 місяців відзначали збільшення рівня інтенсивності карієсу в основній групі на 6,23%, а у контрольній групі цей показник зріс майже удвічі і становив 11,12%. Через два роки спостереження у дітей основно групи встановлено помірне збільшення інтенсивності карієсу, яке перевищувало вихідний рівень на 11,39% і було в 2,2 рази меншим, ніж у дітей контрольної групи.

Таблиця 1. Інтенсивність ураження карієсом постійних зубів у результаті проведення лікувально-профілактичних заходів

Група дослідження	Термін дослідження			
	до лікування	через 6 м	через 12 м	через 24 м
Основна група (n=34)	5,62±0,31	5,68±0,29	5,97±0,24	6,26±0,19
Контрольна група (n=30)	5,73±0,32	6,07±0,24	6,37±0,21	7,17±0,13

Карієспрофілактичний ефект за два роки спостереження у дітей з карієсом постійних зубів становив 12,69%, а приріст інтенсивності карієсу у дітей основно групи дорівнював 0,64 каріозного зуба. У дітей контрольної групи приріст інтенсивності карієсу становив 1,44 каріозного зуба.

Для оцінки впливу розробленого нами лікувально-профілактичного комплексу для дітей з карієсом зубів оцінювали структурно-функціональну резистентність емалі у групах дослідження (табл. 2).

Таблиця 2. Критері оцінки ефективності використання лікувально-профілактичних заходів за ТЕР-тестом

Група дітей	Структурно-функціональна резистентність емалі			
	до профілактики	через 6 міс.	через 12 міс.	через 24 міс.
Основна (n=34)	3,93±0,26	4,18±0,22	3,83±0,24	3,25±0,13
Контрольна (n=30)	4,02±0,17	4,42±0,24	4,32±0,22	4,13±0,14

Як видно з таблиці 2, на початку дослідження значення ТЕР-тесту в обох групах дітей не відрізняється – (3,93±0,26) та (4,02±0,17) бала, $p > 0,05$. У подальшому у дітей основно групи, яким був запропонований лікувально-профілактичний комплекс, спостерігалось достовірне підвищення структурно-функціонально резистентності емалі через 12 місяців – від (3,83±0,24) до (3,26±0,16) бала, $p < 0,01$. У контрольній групі дітей (традиційна схема профілактики) значних змін у показниках кислотостійкості емалі не виявлено: на початку дослідження ТЕР становив (4,22±0,17), через 12 місяців (4,32±0,22), через 24 місяці (4,13±0,14) бала. Між основною та контрольною групами суттєва різниця в показниках кислотостійкості емалі виявлена через 24 місяці – (3,25±0,13) та (4,13±0,14) бала відповідно.

У дітей основно групи, після застосування розробленого лікувально-профілактичного комплексу, в усі терміни спостереження досліджува-

ли достовірно значуще ($p \leq 0,05$) зниження за гігієнічними індексами OHI-S та Stallard, які через 24 місяці були на 36,25% за індексом OHI-S та на 38,46% за індексом Stallard менше порівняно з вихідними значеннями. Слід зазначити, що за індексом OHI-S (1,65±0,53) стан гігієни ротово порожнини у дітей основно групи трактувався як позитивний.

Після застосування лікувально-профілактичної схеми у ротовій рідині дітей основно групи (рис.) досліджували зменшення МДА на 49%, збільшення СОД на 49,44% та каталази на 51,0% ($p < 0,05$). У контрольній групі ця динаміка була менш виразною: показник МДА знизився на 18,92%, а показники ензимів збільшились за СОД – на 25% та за КА – на 6,3% ($p < 0,05$).

У результаті проведення лікувально-профілактичних заходів у дітей основно групи, що проживають у екологічно забрудненому Галицькому районі Івано-Франківської області, констатували

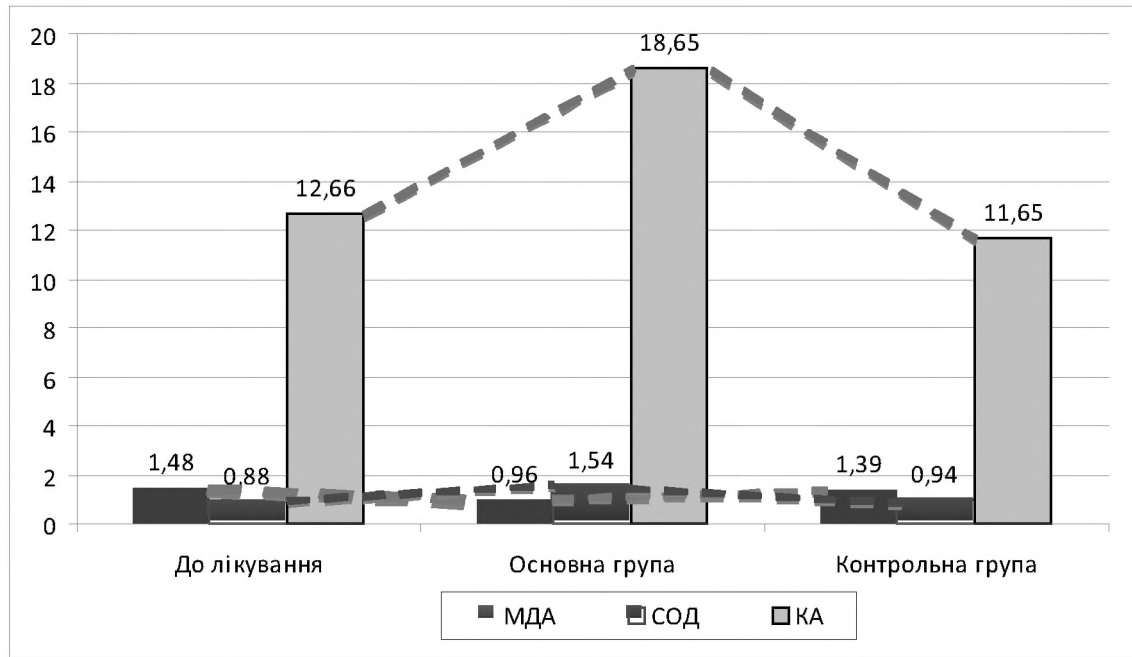


Рис. Середні значення показників ПОЛ/АОЗ у групах дослідження після лікування

позитивні зміни у динаміці біохімічних показників кісткового метаболізму. Через 24 місяці після проведення лікувально-профілактичних заходів у дітей основної групи при всіх стоматологічних захворюваннях досліджували подальше покращення показників кісткового метаболізму, причому у дітей з карієсом та захворюваннями пародонта значення біохімічних маркерів дорівнювали показникам здорових дітей, без стоматологічної патології.

У контрольній групі дітей через 24 місяці спостерігали погіршення показників маркерів кісткового метаболізму ($p \leq 0,05$), що свідчило про неефективність традиційних лікувально-профілактичних заходів.

Висновки

У результаті застосування запропонованої лікувально-профілактичної схеми у дітей основної групи із стоматологічною патологією з екологічного регіону вдалося досягти значної редукції карієсу, покращити гігієнічний стан ротової порожнини та показники біохімічних маркерів кісткового метаболізму.

Перспективи подальших досліджень.

Впровадження лікувально-профілактичного комплексу дозволило знизити приріст інтенсивності карієсу зубів за два роки спостереження. У подальшому необхідно здійснювати впровадження даного комплексу і вивчення ефективності його використання у більш пізні терміни.

Список літератури

1. Безвужко Е. В. Вплив забруднення довкілля на стоматологічну захворюваність дітей / Е. В. Безвужко, М. А. Климчук // Довкілля та здоров'я. – 2006. – № 2. – С. 65–68.
2. Даутов Ф. Ф. Факторы риска и стоматологическая заболеваемость детей в крупном промышленном городе / Ф. Ф. Даутов, Г. Н. Лысенко, А. И. Лысенко // Гигиена и санитария. – 2005. – № 5. – С. 16–17.
3. Деньга О. В. Поражаемость кариесом зубов детей, проживающих в районах Одесской области с различной пестицидной нагрузкой / О. В. Деньга, А. В. Николаева, С. В. Шепак // Вісн. стоматол. – 2007. – № 3. – С. 38–44.
4. Канюра О. А. Організація профілактики стоматологічних захворювань у дітей / О. А. Канюра, Р. В. Маляр, О. Ю. Панчук // Вісн. Вінницького національного мед. ун-ту. – 2008. – № 12 – С. 285–288.
5. Косенко К. Н. Стратегия профилактически основных стоматологических заболеваний с учетом их эпидемиологические и биологические особенности Украины / К. Н. Косенко, О. В. Деньга // Вісн. стоматол. – 2009. – № 4. – С. 24–25.
6. Куцевляк В. Ф. Інтенсивність карієсу зубів серед населення, що проживає в умовах підвищеного вмісту солей важких металів / В. Ф. Куцевляк, Ю. В. Лахтін // Нов. стоматол. – 2011. – № 3. – С. 58–60.
7. Мазур И. П. Влияние лекарственных препаратов на состояние здоров'я полости рта / И. П. Мазур, К. Н. Косенко // Совр. стоматол. – 2008. – № 3. – С. 179–187.
8. Михайлова Т. В. Вплив екологічних і соціально-гігієнічних факторів на захворюваність карієсом зубів у дітей та обґрунтування методів профілактики в різних клімато-географічних районах Криму : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.22 / Т. В. Михайлова. – Одеса, 2010. – 20 с.

9. *Навколишнє середовище і стоматологічне здоров'я дітей України* / Л. О. Хоменко, Н. В. Біденко, О. І. Остапко, Г. В. Сороченко // Вісн. стоматол. – 2004. – № 1. – С. 82–85.
10. *Остапко О. І. Взаємозв'язок хімічного складу емалі та стану твердих тканин постійних зубів у дітей промислового регіону* / О. І. Остапко // Мед. перспективи. – 2008. – Т. 13, № 4. – С. 113–117.
11. *Савичук О. В. Ефективність комплексної профілактики карієсу зубів у дитячого населення екологічно несприятливих регіонів* / О. В. Савичук, Ю. П. Немирович, І. М. Голубева // Інноваційні технології в стоматології : матеріали наук.-практ. конф. – Тернопіль, 2011. – С. 14–15.
12. *Смоляр Н. І. Тенденція та прогноз ураження зубів карієсом у дітей м. Львова у світі глобальних цілей ВООЗ* / Н. І. Смоляр, Е. В. Безвушко // Нов. стоматол. – 2009. – № 3. – С. 90–94.
13. *Флейшер Г. М. К вопросу о профилактике стоматологических заболеваний* / Г. М. Флейшер // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2004. – № 1–2. – С. 26–31.
14. *Хоменко Л. О. Стан твердих тканин постійних зубів у дітей у різних за екологічною ситуацією регіонах України* / Л. О. Хоменко, О. І. Остапко, Ю. М. Трачук // Новини стоматол. – 2007. – № 1. – С. 87–91.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОМПЛЕКСА У ДЕТЕЙ С КАРИЕСОМ ЗУБОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИЯХ, ЗАГРЯЗНЕННЫХ ИНГАЛЯЦИОННЫМИ КСЕНОБИОТИКАМИ

В.М. Лучинский (Тернополь)

В статье на основании клинического и лабораторного обследования 64 детей 12-летнего возраста, проживающих в экологически неблагоприятном регионе, доказана эффективность использования лечебно-профилактического комплекса, который включал эндогенное использование высококонцентрированного поливитаминного препарата «Киндер Биовиталь» и «Кальций Д3 - Никомед». Показано, что редукция кариеса у детей основной группы составила 12,69% в сравнении с контрольной группой детей, проживающих в том же регионе и которым не проводилось соответствующее лечение.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: дети, экология, лечебно-профилактические мероприятия.

CLINICAL EFFECTIVENESS OF PREVENTIVE COMPLEX USING FOR THE CHILDREN WITH CARIES, WHICH LIVE IN REGIONS, POLLUTED BY INHALED XENOBIOTICS

V.M. Luchynskyi (Ternopil)

The article is based on clinical and laboratory examination of 64 children 12 years old, living in ecologically unfavorable regions. It's proved that the effectiveness of preventive complex, which included the endogenous using of highly concentrated multivitamins preparates «Киндер Биовиталь» and «Кальций Д₃ – Никомед». It is shown that the reduction of dental caries in schoolchildren from the main group was on 12.69% higher in comparison with a control group (children who live in the same region and were not conducted appropriate treatment).

KEY WORDS: children, environment, preventive measures.

Рукопис надійшов в редакцію 12.12.2012
Рецензент: к.мед.н., доц. Н.О. Теренда

УДК: 582.998.16

Л.В. СОКОЛОВА (Тернопіль)

КІЛЬКІСНЕ ВИЗНАЧЕННЯ БІОЛОГІЧНО АКТИВНИХ РЕЧОВИН У СУБЛІМОВАНИХ ПОРОШКАХ АРОНІЇ, АРТИШОКУ ТА КАВУНА

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

У статті представлені результати кількісного визначення біологічно активних речовин (БАР) в сублімованих порошках аронії, артишоку та кавуна. За результатами проведених досліджень в сублімованих порошках аронії, артишоку та кавуна кількісно визначена наявність широкого спектра БАР із потужними антиоксидантними властивостями, що дозволяє припустити, що сублімовані порошки рослин здатні проявляти антивікову дію, тому є перспективними для антиейджингу.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: сублімовані порошки аронії, кавуна, артишоку, антиейджинг, біологічно активні речовини, кількісне визначення.

Пріоритетом державної політики є забезпечення профілактичного напрямку охорони здоров'я [12]. Тому особливого значення для України набуває медична профілактика старіння – антиейджинг [1;4;5;21]. На сьогодні в країні склалася несприятлива демографічна ситуація, яку можна розглядати як кризову. Україна займає передостаннє місце в Європі за тривалістю життя. Останніми роками населення України скоротилося на 1,5 млн. чоловік і щорічно продовжує зменшуватися на 0,4 %. В Україні спостерігаються прискорені темпи старіння населення: частка людей похилого віку становить більше 20% і є однією з найвищих в світі. В країні склалася ситуація, яка отримала назву «синдром слов'янського чоловіка»: різниця між тривалістю життя жінок і чоловіків становить понад 11 років [5–8;14;15]. Це катастрофічні цифри і для українських родин, і для економіки держави. За останні роки питання запобігання старінню, подовження тривалості життя і підвищення його якості увійшли в десятку найбільш дискусійних питань вікової медицини [20].

Одним із ключових чинників, який сприяє збільшенню тривалості та якості життя, здатний запобігати старінню, є використання рослин, ефективність і безпечність застосування яких доведено багаторічними дослідженнями [2;3;13;19]. Методологічною та науковою основою протидії старінню рослинами та фітозасобами на їх основі є наявність в них численних ефективних біологічно активних речовин (БАР), зокрема антиоксидантів [3].

Успішне застосування рослин для протидії старінню може бути пов'язане з нанорозмірами більшості БАР (амінокислоти, фенольні сполуки, кверцетин, хлорофіл, атропін, дигоксин, фруктоза та інші), які містяться в рослинах. Доведено, що розмір наночастинок менше 10 нм зумовлює

їх виразну біологічну активність, здатність регулювати обмін речовин в організмі людини [18].

Вживання рослинної їжі та препаратів на основі фруктів і овочів має цілу низку позитивних ефектів. Деякі продукти харчування містять речовини, які захищають організм від старіння. До таких речовин можна віднести: антиоксиданти – допомагають боротися з вільними радикалами; живі ферменти (ензими) – речовини, що стимулюють діяльність ЦНС; харчові волокна (клітковину, пектини та ін.) – зв'язують в кишечнику різні токсини і холестерин; гормоноподібні речовини – забезпечують позитивні зрушення, характерні для більш молодого організму [2,3,13,16,17,19].

На кафедрі технології ліків ТДМУ були отримані нові фітосубстанції – ліофілізовані порошки аронії, артишоку та кавуна методом сублімаційного сушіння за оригінальною методикою [9–11].

Метою роботи було кількісне визначення біологічно активних речовин в сублімованих порошках аронії, артишоку та кавуна.

Матеріали і методи. Вміст гідроксикоричних кислот в перерахунку на хлорогенову кислоту та флавоноїдів в перерахунку на рутин визначали спектрофотометрично:

Кількісне визначення гідроксикоричних кислот. Близько 0,4 сублімованого порошку (точна наважка) поміщали в плоскодонну колбу зі шліфом ємністю 100 мл і екстрагували 50 % етанолом на водяному огрівнику зі зворотним холодильником протягом 30 хв при температурі кипіння розчинника. Витяжку фільтрували в мірну колбу місткістю 50 мл, доводили 50 % етанолом до мітки і перемішували. З колби відбирали 5 мл витяжки в мірну колбу ємністю 25 мл, доводили 50 % етанолом до мітки і перемішували. Оптичну густину забарвленого розчину визначали на спектрофотометрі СФ-46 при довжині хвилі (327±2) нм у кюветі з товщиною шару 10 мм, використовуючи як розчин порівняння 50 % етанол.

© Л.В. Соколова, 2013

Вміст гідроксикоричних кислот у перерахунку на хлорогенову кислоту і а α визначали за формулою:

$$X = \frac{A \cdot 50 \cdot 25 \cdot 100}{m \cdot V_1 \cdot 100 \cdot 513}, \quad (1)$$

де A – оптична густина досліджуваного розчину;

C – концентрація стандартного розчину хлорогенової кислоти;

m – наважка речовини, г;

V_1 – об'єм витяжки, взятий для визначення, мл;

531 – питомий показник поглинання кислоти хлористоводневої при довжині хвилі 327 нм.

Кількісне визначення флавоноїдів. Близько 0,5 сублімованого порошку (точна наважка) поміщали в плоскодонну колбу місткістю 100 мл, додавали 20 мл етанолу 96 % і витримували протягом 30 хв на киплячій водяній бані зі зворотним холодильником. Потім вміст колби швидко охолоджували струменем холодної води до кімнатної температури і фільтрували в мірну колбу місткістю 50 мл. 5 мл фільтрату поміщали в мірну колбу об'ємом 25 мл, додавали 2 мл розчину алюмінію хлориду (III) і доводили об'єм 96 % етанолом до мітки, перемішували і залишали на 10 хв. Оптичну густина забарвленого розчину визначали на спектрофотометрі СФ-46 при довжині хвилі 402 нм у кюветі з товщиною шару 10 мм. Приготування розчину порівняння: в мірну колбу місткістю 25 мл поміщали 2 мл розчину алюмінію хлориду (III) і доводили до мітки 96 % етанолом.

Вміст флавоноїдів в перерахунку на абсолютно суху речовину обчислювали за формулою:

$$\frac{A_0}{A_x} = \frac{m_0}{m} \quad (2)$$

де A_0 – оптична густина досліджуваного розчину;

A_x – оптична густина розчину стандартного зразка;

100, 50, 25 – розведення, мл;

m – маса речовини, г;

m_0 – маса стандартного зразка рутину, г.

Кількісне визначення дубильних речовин, органічних кислот та кислоти аскорбінової проводили титриметричними методами, відновлюючих моно-, ди- та полісахаридів в перерахунку на глюкозу, відновлюючих моно- та дисахаридів в перерахунку на глюкозу спектрофотометричним методом за відомими методиками.

Результати дослідження та їх обговорення. Згідно з попередньо проведеними експериментальними дослідженнями методом високо-ефективної рідинної хроматографії (ВЕРХ) встановлено, що сублімовані порошки кавуна, артишоку та аронії містять широкий спектр БАР.

Зважаючи на експериментальні дані ВЕРХ та результати попередньо проведених якісних реакцій ідентифікації в сублімованому порошок аронії, кількісно визначали наступні групи БАР: дубильні речовини, флавоноїди, органічні і гідроксикоричні кислоти, кислоту аскорбінову (табл. 1).

Таблиця 1. Результати кількісного визначення біологічно активних речовин в сублімованому порошок аронії

№	Найменування БАР	Кількісний вміст, %
1	Дубильні речовини	8,62±0,15
2	Сума гідроксикоричних кислот в перерахунку на хлорогенову кислоту	0,97±0,01
3	Органічні кислоти	8,61±0,06
4	Аскорбінова кислота	1,40±0,02
5	Флавоноїди, в перерахунку на рутин	0,90±0,004

Результати свідчать, що сублімаційне сушіння дозволяє отримати фітосубстанцію аронії із високим вмістом БАР, особливо антиоксидантів.

На підставі експериментальних даних ВЕРХ та результатів попередньо проведених якісних реакцій ідентифікації в сублімованому порошок артишоку кількісно визначали наступні групи БАР: дубильні речовини, гідроксикоричні кислоти, білок, органічні кислоти, кислоту аскорбінову (табл. 2). Результати експериментальних досліджень показують, що отримання рослинного порошку артишоку методом сублімаційного сушіння дозволяє зберегти термолабільні сполуки,

зокрема білки та кислоту аскорбінову, які руйнуються при використанні інших методів.

У сублімованому порошок кавуна кількісно визначали наступні групи БАР: відновлюючі моно-, ди- та полісахариди в перерахунку на глюкозу, відновлюючі моно- та дисахариди в перерахунку на глюкозу, білок, органічні кислоти та кислоту аскорбінову (табл. 3). Визначення вмісту БАР у сублімованому порошок кавуна свідчить, що сублімаційна технологія забезпечує одержання фітосубстанції із високим вмістом відновлюючих цукрів, набагато більшим, ніж у свіжій сировині (в м'якоті кавуна міститься від 9 до 18% цих сполук), що пояснюється практично повним вида-

Таблиця 2. Результати кількісного визначення біологічно активних речовин в сублімованому порошку артишоку

№	Найменування БАР	Кількісний вміст, %
1	Дубильні речовини	16,30±0,01
2	Сума гідроксикоричних кислот в перерахунку на хлорогенову кислоту	1,02±0,01
3	Органічні кислоти	4,48±0,02
4	Аскорбінова кислота	0,92±0,01
5	Білок	18,26±0,20

Таблиця 3. Результати кількісного визначення біологічно активних речовин в сублімованому порошку кавуна

№	Найменування БАР	Кількісний вміст, %
1	Білок	3,45±0,02
2	Органічні кислоти	0,57±0,01
3	Аскорбінова кислота	0,43±0,01
4	Відновлюючі моно- і дисахариди, в перерахунку на глюкозу	31,77±0,04
5	Відновлюючі моно- і дисахариди та полісахариди, в перерахунку на глюкозу	78,86±0,13

ленням води із готового продукту. Замороження соку кавуна при низьких температурах, з подальшим видаленням води, без її переходу в рідку фазу при сублімації, дозволяє отримати фітопорошок з високим вмістом відновлюючих цукрів, уникаючи їх карамелізації.

Висновки

У сублімованих порошках аронії, артишоку та кавуна кількісно визначена наявність широкого спектра біологічно активних речовин із потужними антиоксидантними властивостями, що дозволяє припустити, що сублімовані порошки рослин здатні проявляти антивікову дію, що

відкриває перспективу їх застосування для антиейджингу. Сублімаційне сушіння дозволяє отримати рослинні порошки з достатньо високим вмістом речовин, які при використанні інших технологічних методів швидко руйнуються. При ліофілізації нівелюється дія кисню, тому цей метод гарантує збереження саме речовин, які легко окислюються.

Перспективи подальших досліджень. Результати проведених досліджень будуть необхідні для розробки методів контролю якості сублімованих порошків рослин та відповідної нормативної документації при їх промисловому виробництві.

Список літератури

- 121 спосіб прожити 121 рік // Антиейджинг HEALTH. – 2010. – № 4 (16). – С. 73–76.
- Анисимов В. Н. Средства профилактики ускоренного старения (геропротекторы) / В. Н. Анисимов // Успехи геронтологии. – 2000. – Вып. 4. – С. 55–75.
- Антиейджинг: фітотерапія проти старіння / Соколова Л.В., Павх О. І., Шаповал О. М. [та ін.] ; за ред. Л. В. Соколової. – Тернопіль: Крок, 2011. – 190 с.
- Антиейджинг – медицина майбутнього // Medix. Anti-aging. – 2008. – № 2. – С. 106–107.
- Динаміка показників стану здоров'я населення України за 1995–2005 роки : [аналіт.-стат. посіб.] / Коваленко В. М., Корнацький В. М., Манойленко Т. С., Прокопишин О. І. – К., 2006. – 72 с.
- Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2005 г. – Действия общественного здравоохранения в целях улучшения здоровья детей и всего населения. – Женева : ВОЗ, 2005. – 153 с.
- Земцова В. Основні тенденції в динаміці стану здоров'я населення України: необхідність нової стратегії / В. Земцова // Теорія і методика фізичного виховання і спорту. – 2006. – № 4. – С. 12–14.
- Медико-демографічна ситуація та організація медичної допомоги населенню у 2010 році: підсумки діяльності системи охорони здоров'я та реалізація Програми економічних реформ на 2010-2014 роки "Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава". – К.: МОЗ України, 2011. – 104 с.
- Пат. 43236 А Україна, А 61 К 36/00. Спосіб отримання фітосубстанції на основі аронії чорноплідної / Барна О. М., Соколова Л. В. – № 02081 ; заяв. 10.03.09 ; опубл. 10.08.2009., Бюл. № 15. – 4 с.
- Пат. 46453 А Україна, А 61 К 36/00. Спосіб отримання фітосубстанції на основі кавуна звичайного / Соколова Л. В., Горобець С. В., Вовчук О. О., Тихонова С. О., Скрипник-Тихонов Р. І., Шаповал О. М., Лукієнко О. В. – № у 2009 06117 ; заяв. 15.06.09 ; опубл. 25.12.2009., Бюл. № 24. – 4 с.
- Пат. 60775 А Україна, А 61 К 35/00. Спосіб отримання сухого порошку артишоку посівного / Соколова Л.В., Соколова А.Е. – № у 2010 15235 ; заяв. 17.12.10 ; опубл. 25.06.2011., Бюл. № 12. – 4 с.

12. Платонов В. М. Сохранение и укрепление здоровья здоровых людей – приоритетное направление современного здравоохранения / В. М. Платонов // Спортивна медицина. – 2006. – № 2. – С. 3–14.
13. Соколова Л. В. Напрямки розвитку антиейджинг-медицини / Л. В. Соколова // Матеріали IV з'їзду апітерапевтів України, 12–13 травня 2011 р. – Х. : Оригінал. – С. 353–356.
14. Стан здоров'я населення України та забезпечення надання медичної допомоги : аналітично-статистичний посібник / Ю. О. Гайдаєв, В. М. Коваленко, В. М. Корнацький [та ін.]. – К., 2007. – 97 с.
15. Сучасний стан здоров'я народу та напрямки його покращання в Україні : [аналіт.-стат. посібн.] / Коваленко В. М., Корнацький В. М., Манойленко Т. С., Прокопишин О. І. – К., 2005. – 141 с.
16. Универсальная энциклопедия лекарственных растений. – Минск, 2000. – 488 с.
17. Фармацевтична енциклопедія / [голова ред. ради та автор передмови В. П. Черних]. – К. : Моріон, Ф. 24. – 2005. – 848 с.
18. Чекман І. С. Нанофармакологія / І. С. Чекман. – К. : Задруга, 2011. – 424 с.: іл. – Бібліогр. : 422 с.
19. Time to talk SENS: critiquing the immutability of human aging. *Annals NY Acad Sci* // A. D. N. J. de Grey, B. N. Ames, J. K. Andersen, [et al.]. – 2002. – P. 452–462.
20. Morley J. The top 10 hot topics in aging / J. Morley. // *J. Gerontol. Med. Sci.* – 2004. – P. 24–33.
21. Wick G. Anti-aging" medicine: does it exist? A critical discussion of "anti-aging health products // *G. Wick. – Exp. Gerontol.* – 2002. – P. 1137–1140.

КОЛИЧЕСТВЕННОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В СУБЛИМИРОВАННЫХ ПОРОШКАХ АРОНИИ, АРТИШОКА И АРБУЗА

Л.В. Соколова (Тернополь)

В статье представлены результаты количественного определения биологически активных веществ (БАВ) в сублимированных порошках аронии, артишока и арбуза. В результате проведенных исследований в сублимированных порошках аронии, артишока и арбуза количественно определено наличие широкого спектра биологически активных веществ с мощными антиоксидантными свойствами, что позволяет предположить о способности сублимированных порошков растений проявлять антивозрастное действие для их применения в перспективе для антиэйджинга.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: сублимированные порошки аронии, арбуза, артишока, антиэйджинг, биологически активные вещества, количественное определение.

QUANTITATIVE DETERMINATION OF BIOLOGICALLY ACTIVE SUBSTANCES IN SUBLIMATED POWDERS OF CHOKEBERRY, ARTICHOKE AND WATERMELON

L.V. Sokolova (Ternopil)

This article describes the results of quantitative determination of biologically active substances (BAS) in sublimated powders of chokeberry, artichoke and water-melon. The results of quantitative researches of sublimated powders of chokeberry, artichoke and watermelon confirm wide spectrum of biologically active substances with powerful antioxidant properties that allows to assume the ability of the sublimated powders of plants to show an antiage-old action for their application in a prospect of antiage-old therapy.

KEY WORDS: sublimated powders of chokeberry, artichoke and water-melon, antiage-old therapy, biologically active substances, quantitative determination.

Рукопис надійшов в редакцію 12.12.2012
Рецензент: к.мед.н., доц. Н.О. Теренда

О.Р. НЕЧАЙ¹, Ю.Л. БАНДРІВСЬКИЙ¹, Р.М. ГНІДЬ² (Тернопіль, Львів)

ВПЛИВ НЕГАТИВНИХ ВИРОБНИЧИХ ЧИННИКІВ НА ПОКАЗНИКИ СТАНУ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ

¹ВДНЗ “Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського МОЗ України”

²Львівський національний медичний університет ім. Д. Галицького

У роботі висвітлені методичні підходи до вивчення ролі негативних чинників повітря робочої зони у формуванні патології зубів та пародонта за допомогою непараметричних статистичних методів, які дозволяють обґрунтувати висновки про характер і механізм причинно-наслідкової залежності при обмеженій кількості досліджень.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: патологія зубів та пародонта, мікробіоценоз слини, рН слини.

Інгаляційний шлях – це один з основних шляхів проникнення в організм шкідливих хімічних речовин. При цьому слизова оболонка порожнини рота більше, ніж інші тканини, піддається впливу хімічних компонентів повітря, що, відповідно, викликає зміни властивостей ротової рідини. Це трактується як реакція організму на початкових етапах при контакті з небезпечними хімічними сполуками [6]. У літературних джерелах наводяться відомості про підвищення ризику виникнення захворювань органів порожнини рота під впливом негативних факторів виробничого середовища, тому існує необхідність в удосконаленні методів вивчення впливу шкідливих хімічних агентів на органи порожнини рота [3;6], що стало метою даного дослідження.

Матеріали і методи. Дослідження проводили на базі ливарного цеху Миколаївського цементного заводу.

Стоматологічні дослідження проводились відповідно до рекомендацій експертів ВООЗ [5]. Водневий показник визначали за допомогою рН-метра на початку та в кінці робочої зміни [1;2]. Для мікробіологічного дослідження ротової рідини проводили забір матеріалу в стерильні пробірки наприкінці першої половини робочої зміни. Статистичну обробку проводили із застосуванням непараметричних методів (критерій Фішера)

за формулою [4]:

Результати дослідження та їх обговорення. Дані про зміни водневого показника змішаної слини в динаміці робочого дня у працівників показали, що рН слини впродовж робочого дня значно змінюється відносно статистичних даних ($p=0,032$):

- в кислий бік у групі, яка зазнавала впливу парів сірчаної та інших кислот у поєднанні з різними хімічними агентами;
- у бік зменшення водневого показника в групі, яка зазнавала впливу лугів (ливарний цех цементного заводу).

У контрольній групі осіб, які не контактували з хімічними виробничими чинниками, зміни водневого показника не були статистично достовірними ($p>0,05$).

Міжгрупове порівняння водневого показника змішаної слини (кожну групу, яка зазнавала негативного впливу виробничого середовища, порівнювали з контрольною групою) на початку робочої зміни показало наступне. У групі, яка зазнавала впливу кислот та інших речовин, показник достовірно відрізнявся від показників контрольної групи за величиною рН слини ($p<0,05$). У групі, яка зазнавала впливу лугів, показник достовірно не відрізнявся від показників контрольної групи за величиною рН слини ($p>0,05$).

У кінці робочої зміни водневий показник ротової рідини порівняно з відповідними показниками контрольної групи достовірно змінився в групах, які зазнавали впливу як кислот, так і лугів.

Вплив шкідливих чинників на організм людини залежить від їх дози та концентрації, тому ми вважали за доцільне дослідити динаміку водневого показника змішаної слини впродовж робочої зміни. За даними моніторингу заводських лабораторій, концентрація ксенобіотиків робочих зон коливається в широкому діапазоні. На основі цих даних було сформовано групи з різним рівнем вмісту хімічних сполук у повітрі робочих зон:

- робочі місця, де вміст інгредієнтів нижче гранично допустимої концентрації (ГДК) у два рази;
- робочі місця, де вміст окремих хімічних компонентів у повітрі несуттєво перевищує ГДК;

• робочі місця, де вміст хімічних компонентів в повітрі перевищує ГДК у 2–3 рази.

Результати досліджень динаміки водневого показника змішаної слини показали, що упродовж робочої зміни статистично достовірні зміни рН зафіксовані у групах, які зазнавали інгаляційного впливу ксенобіотиків, коли їх коцентрація була <2 ГДК, проте на початку робочої зміни достовірних змін щодо контролю не спостерігали ($p > 0,05$). В осіб, які працювали в умовах триразового підвищення ГДК, рН слини був достовірно нижчим ($p < 0,05$), як за групу з $\text{ГДК} \leq 2$, так і щодо даних контрольної групи.

На сьогодні добре вивчено вплив мікроорганізмів ротової порожнини на її стан та розвиток різноманітної патології, відомий видовий склад біотопів (слизова оболонка, слина, зубний наліт). Також встановлено, що окремі групи мікроорганізмів здатні посилювати ризик виникнення карієсу зубів (*Str. mutans*, *L. acidophilus*) та захворювань пародонта (*P. intermedia*, *P. gingivalis*). Практично в усіх дослідженнях стоматологів відзначаються зміни видової структури мікроорганізмів, що заселяють біотопи. Враховуючи

це, ми не проводили поглиблене вивчення мікроорганізмів порожнини рота, а звернули увагу на частоту виділення в посівах слини мікроорганізмів, які беруть активну участь у виникненні «карієсогенної» та «пародонтогенної» ситуації. Для визначення особливостей змін мікробіоценозу слини в осіб, що зазнають негативного впливу ксенобіотиків даних виробництв, встановлювали частоту їх виділення, яку оцінювали за допомогою точного критерію Фішера. Цей підхід дозволяє підтвердити або заперечити достовірність нульової гіпотези (в нашому випадку підтвердити наявність змін мікробіоценозу слини за впливу виробничих компонентів повітря) з використанням невеликої кількості спостережень. Досліджували частоту виділення *Str. mutans*, *L. acidophilus*, *P. intermedia*, *P. gingivalis* в пробах слини у 5 пацієнтів кожної статистичної групи. Загалом мікробіологічні дослідження провели 15 пацієнтам. З таблиці видно, що в посівах слини п'яти здорових людей (контрольна група) в чотирьох випадках не виділяється *Str. mutans*, в п'яти випадках виділялася *L. acidophilus*, в трьох – *P. intermedia*, в чотирьох – *P. gingivalis*.

Таблиця. Частота висіву патогенної мікрофлори зі слини осіб, зайнятих на промисловому виробництві*

Група обстежених	Str. mutans		Точний критерій Фішера (p)	L. acidophilus		Точний критерій Фішера (p)	P. intermedia		Точний критерій Фішера (p)	P. gingivalis		Точний критерій Фішера (p)
	+	-		+	-		+	-		+	-	
I група	4	1	0,03	3	2	0,11	5	0	0,007	4	1	0,03
II група	5	0	0,007	4	1	0,038	4	1	0,03	5	0	0,007
Контрольна група	1	4	-	0	5	-	2	3	-	1	4	-

Примітка: «+» – наявність збудника, «-» – відсутність збудника.

У групах робітників, які зазнавали впливу лугів (I група), встановлено достовірне підвищення ймовірності колонізації слини *Str. mutans* ($p=0,03$). Водночас ймовірність виділення в посівах слини робітників цієї групи *L. acidophilus* не була закономірною ($p=0,11$). Частота «пародонтопатогенних» *P. intermedia* ($p=0,007$) та *P. gingivalis* ($p=0,03$) в осіб цієї групи була закономірною.

В осіб, що у процесі роботи контактували з кислотами, виявлено в посівах слини *Str. mutans*, *L. acidophilus*, що мало закономірний характер і було доведено спростуванням нульової гіпотези ($p < 0,007$ та $p < 0,038$). Аналогічна тенденція спостерігалась при аналізі частоти висіву *P. intermedia* ($p=0,03$) та *P. gingivalis* ($p=0,007$).

Для вивчення впливу наведених ситуацій в розвитку ураження зубів і пародонта сформува-ли 3 групи пацієнтів за градацією водневого по-

казника слини ($\text{pH} < 6,8$; $\text{pH} = 6,9-7,2$; $\text{pH} > 7,2$). При порівнянні ролі водневого показника групи з $\text{pH} = 6,9-7,2$ використовували в якості контролю. Кожну групу поділили на 8 підгруп з наявністю *Str. mutans*, *L. acidophilus*, *P. intermedia*, *P. gingivalis*: (відповідно + або -). Усі пацієнти були обстежені з реєстрацією індивідуального індексу (КПУ) та кількості уражених секстантів (за індексом СРІТН). Отримані результати показали наступне. За індексом КПУ та ураженості тканин пародонта найменші величини були в групі з $\text{pH} = 6,9-7,2$. У цій групі, як за наявності *Str. mutans*, *L. acidophilus*, *P. intermedia*, *P. gingivalis*, так і за їх відсутності, в посівах слини інтенсивність карієсу та ураження тканин пародонта достовірно не відрізнялись ($p > 0,05$). У групах робітників з $\text{pH} < 6,8$ та $\text{pH} > 7,2$ залежно від колонізації слини даними мікроорганізмами підвищувалась інтенсивність ураження карієсом зубів та тканин па-

родонта, це доводить їхню роль у підвищенні ризику виникнення захворювань тканин зубів та пародонта у працівників, які працюють в умовах шкідливого виробничого середовища.

Висновки

1. Ксенобіотики виробництва суттєво змінюють водневий показник ротової рідини, ступінь його змін залежить від концентрації шкідливих речовин у повітрі.

2. Водневий показник змішаної слини, вимірний у працівників впродовж робочої зміни, при рівні шкідливих речовин в повітрі нижче 2-разового підвищення ГДК після роботи повнюється, при 3-разовому підвищенні ГДК зафіксовані характеристики рН, які після робочої зміни не нормалізуються.

3. Під впливом ксенобіотиків у працівників змінюється мікробіоценоз слини, що сприяє виникненню «карієсогенної» та «пародонтогенної» ситуації за рахунок підвищеної колонізації окремими мікроорганізмами (*Str. mutans*, *L. acidophilus*, *P. intermedia*, *P. gingivalis*) порожнини рота.

4. Зміни водневого показника і мікробіоценозу слини під впливом шкідливих виробничих чинників, які містяться у повітрі робочої зони, є істотним фактором підвищення інтенсивності ураження карієсом зубів та тканин пародонта.

Перспективи подальших досліджень полягають у подальшому вивченні впливу негативних виробничих чинників на показники стану ротової порожнини, проведенні лабораторних досліджень з метою подальшого удосконалення та впровадження адекватних лікувальних заходів у даного контингенту працівників.

Список літератури

1. Барер Г. М. Количественная характеристика десневой жидкости у лиц с интактным пародонтом / Г. М. Барер, В. В. Кочержинский // Стоматология. – 2006. – № 4. – С. 24–26.
2. Белоклицкая Г. Ф. Биохимические исследования ротовой и десневой жидкости у больных с пародонтитом различной степени тяжести / Г. Ф. Белоклицкая, В. А. Пахомова, О. М. Скиба. – М. : Труд и ЦНИИС, 1991. – С. 57–63.
3. Машенко И. С. Заболевания пародонта / И. С. Машенко. – Днепропетровск : КОЛО, 2003. – 272 с.
4. Мінцер О. П. Інформаційні технології в охороні здоров'я і практичній медицині : [навч. посібн.] / О. П. Мінцер, Ю. В. Вороненко, В. В. Власова. – К. : Вища школа, 2003. – 350 с.
5. Стоматологічні обстеження. Основні методи : матеріали ВООЗ // Вісн. стоматол. – 2000. – № 3 – С. 39–61
6. Evaluation and Use of Epidemiological Evidence for Environmental Health Risk Assessment. Guideline Document. – Copenhagen : WHO, 2000.

ВЛИЯНИЕ ОТРИЦАТЕЛЬНЫХ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ФАКТОРОВ НА ПОКАЗАТЕЛИ СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА

О.Р. Нечай, Ю.Л. Бандривский, Р.М. Гнидь (Тернополь, Львов)

В работе освещены методические подходы к изучению роли негативных факторов воздуха рабочей зоны в формировании патологии зубов и пародонта с помощью непараметрических статистических методов, позволяющих обосновать выводы о характере и механизме причинно-следственной зависимости при ограниченном количестве исследований.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: патология зубов и пародонта, микробиоценоз слюны, рН слюны.

INFLUENCE OF NEGATIVE PRODUCTION FACTORS ON INDICATORS OF ORAL CAVITY CONDITION

O.R. Nechay, Y.L. Bandrivsky, R.M. Gnid (Ternopol, Lviv)

This work presents the methodological approaches to studying the role of negative factors, the air of working zone in the formation of teeth and periodontal disease using nonparametric statistical methods to support conclusions about the nature and mechanism of causation with a limited amount of research.

KEY WORDS: pathology of the teeth and periodontal, microbiocenosis saliva, pH of saliva.

Рукопис надійшов в редакцію 28.12.2012
Рецензент: к.мед.н., доц. Н.О. Теренда

Л.М. РОМАНЮК, Н.Є. ФЕДЧИШИН, С.Є. ШОСТАК (Тернопіль)

ОСНОВНІ ЗАКОНОМІРНОСТІ ТА ТЕНДЕНЦІЇ ПОШИРЕНOSTІ ХВОРОБ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ

ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"

Проведено порівняльний аналіз динаміки поширеності хвороб органів травлення серед мешканців України та Тернопільської області за 10-річний період (2002–2011 рр.).

КЛЮЧОВІ СЛОВА: хвороби органів травлення, поширеність, захворюваність.

Соціально-медичне значення хвороб органів травлення полягає в тому, що вони займають третє місце у структурі загальної захворюваності та за причинами госпіталізації населення в стаціонарні заклади, четверте – серед причин смерті, шосте – у структурі первинного виходу на інвалідність та серед причин тимчасової непрацездатності [3;5].

За прогнозами ВООЗ, у XXI столітті патологія травної системи в структурі загальної захворюваності населення буде займати одне з провідних місць [2;3;8].

У розвинутих країнах відмічається потужне зростання кількості пацієнтів з хворобами органів травлення, яке останнім часом набуває значення соціальної проблеми.

Проведений аналіз наукової літератури засвідчив значну поширеність хвороби органів травлення в Україні та стійку тенденцію до збільшення захворюваності за цим класом хвороб, що дозволяє віднести їх до соціально значущих. У зв'язку з цим на сучасному етапі розвитку та реформування системи охорони здоров'я необхідна розробка соціально-медичних, епідеміологічних та лікувально-профілактичних заходів на державному рівні, спрямованих на зниження захворюваності на цю важливу патологію [1;6;7;8].

Мета дослідження: провести порівняльний аналіз динаміки поширеності хвороб органів травлення серед мешканців України та Тернопільської області за 10-річний період (2002–2011рр.); виявити тенденції та закономірності основних показників.

Матеріали і методи. У роботі використані офіційні статистичні дані стосовно захворюваності та смертності населення України, взяті із щорічних статистичних довідників Центру медичної статистики МОЗ України. Застосовані методи медичної статистики, зокрема динамічний аналіз, комп'ютерні технології.

Результати дослідження та їх обговорення. Хвороби органів травлення мають вагоме соціально-медичне значення. У таблицях 1–3 наведено місце цих захворювань у структурі загальної захворюваності (поширеності), госпіталізованої захворюваності та смертності населення України.

Рівень загальної захворюваності населення України на хвороби органів травлення у 2011 р. склав 180,2 на 1000 осіб, цей клас хвороб посідає третє місце (табл. 1). Питома вага захворювань системи травлення у структурі поширеності хвороб серед всього населення доволі висока і становить 9,6%.

Серед причин смерті населення України хворобам органів травлення належить четверте рангове місце (табл. 2). Цю позицію вони зайняли починаючи з 2004 р., замінивши хвороби органів дихання. У 2011 р. від хвороб органів травлення в Україні померло 25230 осіб, що склало 3,8% від числа померлих з усіх причин.

Вагоме третє місце патологія травної системи посідає і в структурі госпіталізації населення у стаціонарні заклади (табл. 3). У 2011 р. з приводу хвороб органів травлення лікувались в умовах стаціонару 755313 осіб, або 9,1% від загальної кількості госпіталізованих. Це свідчить про серйозність даної патології, тривалий хронічний перебіг, наявність частих загострень, ускладнень, які, в свою чергу, обумовлюють необхідність госпіталізації у лікарняні заклади.

Для детального вивчення показників загальної захворюваності необхідно проаналізувати їх структуру. Так, структуру хвороб органів травлення формують такі основні захворювання: виразкова хвороба шлунка і 12-палої кишки, гастрит і дуоденіт, хронічний гепатит, жовчнокам'яна хвороба, холецистит і холангіт та хвороби підшлункової залози. Як видно з рисунку, провідне місце серед нозологій, які формують структуру загальної захворюваності на хвороби органів травлення, посідають гастрити та дуоденіти

Таблиця 1. Структура і рівень поширеності захворювань серед населення України за класами хвороб за 2011 рік

Клас хвороб	Показник на 1000 осіб	Питома вага, %	Рангове місце
Усі хвороби	1870,8	100,0	
Хвороби системи кровообігу	579,6	31,0	1
Хвороби органів дихання	376,0	20,1	2
Хвороби органів травлення	180,2	9,6	3
Хвороби сечостатевої системи	100,7	5,4	4-5
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	100,6	5,4	4-5
Хвороби ендокринної системи, розлади харчування, порушення обміну речовин	85,4	4,6	6
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	49,8	2,7	7

Таблиця 2. Структура причин смерті населення України у 2011 р.

Клас хвороб	Абсолютне число померлих	Показник на 1000 осіб	Питома вага, %	Рангове місце
Усі причини	664588	14,57	100,0	
Хвороби системи кровообігу	440346	9,65	66,2	1
Злоякісні новоутворення	88086	1,93	13,2	2
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	42380	0,93	6,3	3
Хвороби органів травлення	25230	0,55	3,8	4
Хвороби органів дихання	17871	0,39	2,7	5
Інфекційні і паразитарні хвороби	14050	0,30	2,1	6
Інші причини	36625		5,7	

(23,7%), холецистити і холангіти (19,5%) та виразкова хвороба шлунка і 12-палої кишки (12,7%). Нижча поширеність хвороб підшлункової залози,

хронічного гепатиту та жовчнокам'яної хвороби, частка яких у структурі хвороб за цим класом становить 11,3%, 4,3% і 3,4% відповідно.

Таблиця 3. Розподіл хворих, які вибули із стаціонарів (18 років і старші), за класами хвороб (Україна, 2011 р.)

Клас хвороб	Абсолютне число вибулих із стаціонару	Показник на 1000 осіб дорослого населення	Питома вага, %	Рангове місце
Усі причини	8293631	220,6	100,0	
Хвороби системи кровообігу	1723732	45,9	20,8	1
Хвороби органів дихання	778204	20,7	9,4	2
Хвороби органів травлення	755313	20,1	9,1	3
Хвороби сечостатевої системи	680990	18,1	8,2	4
Новоутворення	598868	15,9	7,2	5
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	592015	15,7	7,1	6
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	491247	13,1	5,9	7

Динамічний аналіз поширеності хвороб органів травлення за 10-літній період показав наступне (табл.4).

Загальна захворюваність мешканців України на хвороби органів травлення з року в рік невпинно зростає: у 2011 р. показник на 1000 осіб склав 180,2 проти 146,7 у 2002 р. Стабільна тенденція

до росту спостерігалась за весь досліджуваний період. Загалом хвороби органів травлення зросли за 10 років на 22,8%, або в 1,2 разу.

Аналізуючи динаміку росту поширеності за окремими нозологічними формами, слід відмітити найвищі темпи зростання для хвороб підшлункової залози – на 79,6%, або у 1,8 разу, жовчнокам'яної



Рис. Структура поширеності хвороб органів травлення серед всього населення України

хвороби – на 51,2% та хронічного гепатиту – на 47,1%, або у 1,5 разу. Дещо нижчі темпи приросту спостерігались для холециститу, холангіту (26,6%), гастриту та дуоденіту (18,9%). Мінімальний показник темпу приросту зафіксовано для виразкової хвороби шлунка та 12-палої кишки – 9,5%.

Серед мешканців Тернопільської області хвороби органів травлення зростали значно нижчими темпами порівняно із загальнодер-

жавними показниками. Так, в цілому за класом хвороб темп приросту в області склав 9,6% проти 22,8% в Україні. Максимальне зростання відмічено для хвороб підшлункової залози – на 51,2%, або у 1,5 разу, та для хронічного гепатиту – на 16,5%. Поширеність гепатиту та дуоденіту зросла на 8,4%, жовчнокам'яної хвороби не змінилась і залишилась на рівні показника 2002 р., а для холециститу та холангіту відмічено зниження на 7,8% (табл. 5).

Таблиця 4. Поширеність хвороб органів травлення серед всього населення України у 2002-2011 рр. (на 1000 осіб)

Нозологія	Рік										2011р. у % до 2002 р.
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	
Хвороби органів травлення, у т.ч.:	146,7	152,5	160,0	165,9	174,7	172,9	176,3	177,5	179,3	180,2	22,8
Виразка шлунка та 12-палої кишки	21,0	21,5	22,2	22,7	28,0	23,0	23,1	23,1	23,0	23,0	9,5
Гастрит та дуоденіт	35,9	37,4	39,2	40,2	43,4	41,8	42,1	42,5	42,7	42,7	18,9
Хронічний гепатит	5,3	5,7	7,5	7,9	8,2	7,0	7,3	7,5	7,7	7,8	47,1
Жовчнокам'яна хвороба	4,1	4,4	5,9	6,1	6,5	5,5	5,7	5,8	6,0	6,2	51,2
Холецистит, холангіт	27,8	29,4	34,9	36,1	37,2	33,5	34,1	34,6	35,0	35,2	26,6
Хвороби підшлункової залози	11,3	12,4	16,6	17,8	19,0	16,9	17,8	18,7	19,6	20,3	79,6

Таблиця 5. Поширеність хвороб органів травлення серед всього населення Тернопільської області у 2002-2012 рр. (на 1000 осіб)

Нозологія	Рік											2012 р. у % до 2002 р.
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
Хвороби органів травлення, в т.ч.:	156,9	158,4	161,1	164,6	168,9	168,2	170,6	173,6	174,7	171,9	172,0	9,6
Виразка шлунка та 12-палої кишки	25,7	25,9	26,5	26,9	26,6	26,6	26,8	26,6	26,4	25,8	25,6	- 0,4
Гастрит та дуоденіт	40,4	41,3	42,3	43,1	43,6	43,5	43,5	44,5	45,0	44,0	43,8	8,4
Хронічний гепатит	8,5	8,5	8,8	8,8	9,0	9,8	9,2	9,6	9,8	9,5	9,9	16,5
Жовчнокам'яна хвороба	10,1	10,2	10,0	10,0	9,9	9,8	9,9	10,0	10,0	9,9	10,1	0,0
Холецистит, холангіт	28,1	28,7	29,0	29,4	29,2	28,5	27,8	28,0	27,5	26,3	25,9	-7,8
Хвороби підшлункової залози	12,3	13,1	13,5	14,1	14,8	15,0	15,8	17,1	17,9	18,1	18,6	51,2

Значні територіальні відмінності динаміки поширеності хвороб органів травлення серед мешканців Тернопільської області та України свідчать, передусім, про їх соціальну обумовленість. Значно нижчі темпи росту (у понад двічі) поширеності хвороб системи травлення, як в цілому за класом хвороб, так і за окремими нозологіями, серед мешканців Тернопільської області можна пояснити кращими соціальними чинниками. Це і традиції харчування, і дотримання здорового способу життя, і нижчий рівень поширеності шкідливих звичок (вживання алкоголю, тютюну, наркотичних речовин), які притаманні мешканцям Західного регіону.

Висновки

1. Хвороби органів травлення посідають в Україні третє місце у структурі загальної захворюваності та за причинами госпіталізації населення в стаціонарні заклади, четверте – серед причин смерті.

2. Поширеність хвороб органів травлення серед мешканців України невпинно зростає. За десятирічний період (2002–2011 рр.) загалом вона підвищилась на 22,8%. Найвищі темпи зростання

відмічені для хвороб підшлункової залози – на 79,6%, або у 1,8 разу, жовчнокам'яної хвороби – на 51,2% та хронічного гепатиту – на 47,1%, або у 1,5 разу.

3. Серед мешканців Тернопільської області хвороби органів травлення зростали значно нижчими темпами (9,6% в цілому). Серед хвороб органів травлення суттєво зросли за 10-річний період хвороби підшлункової залози (на 51,2%, або в 1,5 разу) та хронічні гепатити (на 16,5%), а для холециститів та холангітів відмічалось зниження на 7,8%.

4. Результати наукових досліджень стосовно соціальної обумовленості поширеності хвороб органів травлення повинні стати основою наукового обґрунтування та розробки регіональних програм з метою їх суттєвого зниження.

Перспективи подальших досліджень полягають у поглибленому вивченні впливу соціальних чинників на захворюваність населення хворобами органів травлення, науковому обґрунтуванні та розробці регіональних програм з метою її зниження.

Список літератури

1. *Голяченко О. М.* Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я / О. М. Голяченко, А. М. Сердюк, О. О. Приходський. – Тернопіль : Джура, 1997. – 328 с.
2. *Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2005 г.* – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2005. – 154 с.
3. *Основные документы Всемирной Организации Здравоохранения.* – Женева, 2009. – 261 с.
4. *Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні [дов.] / МОЗ України, Центр медичної статистики.* – К., 2002–2011 роки.
5. *Філіппов Ю. О.* Хвороби органів травлення в Україні: якість медичної допомоги населенню / Ю. О. Філіппов // Нов. медицини и фармации. – 2008. – № 239. – (Гастроэнтерология).
6. *Чепелевська Л. А.* Роль хвороб органів травлення у структурі причин смертності населення в регіонах України / Л. А. Чепелевська, О. М. Орда // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2011. – № 4. – С. 42–49.
7. *Щербиніна М. Б.* Біліарна патологія: камінь спотикання на рівній дорозі сучасної гастроентерології / М. Б. Щербиніна, І. Ю. Скірда, А. М. Буренко // Здоров'я України. – 2010. – Тематичний номер. – С. 18.
8. *Smith P. C.* Оценка эффективности реформирования системы здравоохранения: опыт, проблемы и перспективы [справ. док. ВОЗ, 2008] / P. C. Smith, E. Mossialos, I. Papanicolas [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.euro.who.int/document/hsm/2_hsc08_rBD2.pdf. – Название с экрана.

ОСНОВНЫЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ И ТЕНДЕНЦИИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Л.Н. Романюк, Н.Е. Федчишин, С.Е. Шостак (Тернополь)

Проведен сравнительный анализ динамики распространенности болезней органов пищеварения среди жителей Украины и Тернопольской области за 10-летний период (2002–2011 гг.).

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: болезни органов пищеварения, распространенность, тенденции основных показателей.

BASIC PATTERNS AND TRENDS OF DIGESTIVE SYSTEM DISEASES PREVALENCE

L.M. Romanyuk, N.Ye. Fedchyshyn, S.Ye. Shostak (Ternopil)

The article is looking into the comparative analysis of the prevalence of digestive diseases among residents of Ukraine and Ternopil region over a 10-year period (from 2002 to 2011).

KEY WORDS: digestive apparatus illnesses, prevalence, tendencies of main indices.

Рукопис надійшов до редакції 15.02.2013 р.
Рецензент: д. мед. н., проф. О. М. Голяченко.

Н.Є. ФЕДЧИШИН (Тернопіль)

ХВОРОБИ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ: ДИНАМІКА ПОШИРЕНOSTІ В УКРАЇНІ ТА ТЕРНОПІЛЬСЬКІЙ ОБЛАСТІ

ДВНЗ “ Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України”

У статті наведено аналіз захворюваності населення України та Тернопільської області на хвороби системи кровообігу за 10-річний період. Показано основні тенденції цих показників.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: хвороби системи кровообігу, загальна захворюваність, смертність, динамічний аналіз.

Хвороби системи кровообігу (ХСК) залишаються однією із серйозних медико-соціальних проблем охорони здоров'я. Широке розповсюдження їх в Україні і світі, відсутність тенденції до зниження захворюваності, вагомі економічні збитки дають підстави вважати проблему діагностики і лікування даної патології пріоритетною. Серцево-судинна патологія сьогодні є проблемою номер один для громадського здоров'я в Україні та розвинутих країнах світу. Внаслідок ХСК Україна втрачає щорічно близько 500 тисяч населення [1;8;9].

Медико-соціальна значущість ХСК полягає в тому, що ці захворювання є основною причиною смертності та інвалідності людей, а також суттєво знижують тривалість життя [1;2;5].

За даними офіційної статистики, в Україні зареєстровано близько 26 млн випадків ХСК, 31,0% у структурі загальної захворюваності, тобто майже кожний третій випадок звернення хворого за медичною допомогою відбувається з приводу зазначеної патології.

Вивчення тенденцій захворюваності та поширеності ХСК серед дорослого населення є важливою складовою планування стратегічних напрямків розвитку, як галузі охорони здоров'я, так і держави в цілому [2;3;4].

Рівень загальної захворюваності (поширеності) на ХСК постійно зростає. За даними Центру медичної статистики МОЗ України, у 2011 р. від ХСК померло 440 346 осіб, що становило 66,2% від загального числа померлих від усіх причин [1;2;3;4].

За даними вітчизняної та зарубіжної наукової літератури, одним із визначальних чинників складної демографічної ситуації в Україні є зростання медико-демографічних втрат населення внаслідок передчасної смертності, у структурі якої чільне місце посідають ХСК – близько 66,2% [2;6;7].

Мета роботи: провести аналіз показників загальної захворюваності населення на хвороби

системи кровообігу за 10-річний період та вивчити особливості їх поширеності в динаміці.

Матеріали і методи. Проведено поглиблений аналіз поширеності серцево-судинних захворювань серед мешканців Тернопільської області та України за даними офіційної статистичної звітності. Показники аналізувались в динаміці за останні 10 років (2001–2011 рр.). У дослідженні використано дані Держкомстату України, Центру медичної статистики МОЗ України та Тернопільського обласного центру медичної статистики; застосовано метод динамічного аналізу та викопіювання статистичних даних.

Результати дослідження та їх обговорення. Результати дослідження свідчать про значний ріст ХСК за 10-річний період (табл. 1). В Україні загалом спостерігалось збільшення поширеності хвороб цього класу на 47,3%, тобто в 1,5 разу. Рівень поширеності ХСК збільшився з 471,7 на 1000 осіб дорослого населення у 2001 р. до 694,9 у 2011 р. відповідно.

Серед ХСК найбільше зростали гіпертонічна хвороба та ішемічна хвороба серця. Темп приросту для гіпертонічної хвороби становив 58,0%, а для ішемічної хвороби серця – 49,8% відповідно. Ці хвороби зросли за досліджуваний період також в 1,5 разу, як і загалом по класу захворювань. Цереброваскулярні хвороби зростали дещо нижчими темпами. За досліджуваний період вони зросли у 1,3 разу – з 64,8 на 1000 осіб дорослого населення у 2001 р. до 84,9 у 2011 р. відповідно (темп приросту становив 31,0%). Найнижчі темпи приросту спостерігались для гострого інфаркту міокарда (18,1%), а стосовно ревматизму відмічалось суттєве зниження показника поширеності – з 6,3 до 4,9. Тобто за 10-річний період загальна захворюваність ревматизмом знизилась на 22,2%.

У Тернопільській області зростання захворюваності на ХСК відбувалося дещо нижчими темпами порівняно з Україною (табл. 2). Як видно з таблиці 2, загалом ці захворювання зросли з 513,7 на 1000 осіб дорослого населення в 2001 р. до 717,2 у 2011 р. відповідно (темп приросту

Таблиця 1. Поширеність хвороб системи кровообігу серед дорослого населення України (18 років і старші) на 1000 осіб

Назва хвороби	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2011р. у % до 2001р.
Хвороби системи кровообігу, у т.ч. :	471,7	510,4	570,9	596,9	615,5	630,2	648,8	667,2	677,0	686,9	694,9	47,3
Гіпертонічна хвороба (всі форми)	206,9	226,0	258,1	271,0	281,7	290,6	298,9	308,1	314,7	321,5	326,9	58,0
Ішемічна хвороба серця	159,2	171,8	191,7	200,7	207,5	213,7	218,8	225,6	229,2	234,5	238,5	49,8
Цереброваскулярні хвороби	64,8	69,2	76,1	78,7	80,8	81,3	82,2	83,7	84,3	84,8	84,9	31,0
Гострий інфаркт міокарда	1,1	1,2	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	18,1
Ревматизм (всі форми)	6,3	6,4	6,3	6,2	6,0	5,8	5,7	5,5	5,2	5,1	4,9	-22,2

становив 39,6%), тобто у 1,4 разу. У Тернопільській області за цей період найвищими темпами приросту характеризувались ішемічна хвороба серця та цереброваскулярні хвороби. Цереброваскулярні хвороби зросли з 48,7 на 1000 осіб дорослого населення до 74,6 відповідно (тем

приросту становив 53,2%), тобто у 1,5 разу. Ішемічна хвороба серця зросла на 41,0%. Приблизно однакові темпи приросту спостерігались для гіпертонічної хвороби та інфаркту міокарда (37,8% та 33,3% відповідно). Рівень поширеності ревматизму в області знизився на 16,7%.

Таблиця 2. Поширеність хвороб системи кровообігу серед дорослого населення (18 років і старші) Тернопільської області

Назва хвороби	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2011р. у % до 2001р.
Хвороби системи кровообігу, у т.ч.:	513,7	536,1	583,1	592,3	618,1	637,5	658,4	692,1	690,7	709,0	717,2	39,6
Гіпертонічна хвороба (всі форми)	232,7	240,6	263,3	267,9	277,1	287,5	299,8	306,5	312,9	317,0	320,7	37,8
Ішемічна хвороба серця	183,5	193,0	211,6	212,9	224,1	228,5	236,2	243,1	250,4	256,6	258,8	41,0
Цереброваскулярні хвороби	48,7	51,4	57,9	60,7	63,9	66,2	69,3	70,9	70,8	72,8	74,6	53,2
Гострий інфаркт міокарда	0,9	0,9	1,0	1,1	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,3	1,2	33,3
Ревматизм (всі форми)	10,2	10,4	10,7	10,6	10,4	10,2	9,9	9,6	9,2	8,8	8,5	-16,7

Висновки

1. Хвороби системи кровообігу залишаються найактуальнішою медико-соціальною проблемою сучасної охорони здоров'я та посідають провідне місце за показниками загальної смертності та поширеності серед дорослого населення України.

2. За досліджуваній період (2001–2011 рр.) хвороби системи кровообігу зросли в Україні на 47,3%, в Тернопільській області – на 39,6%.

3. Найвищі темпи приросту серед серцево-судинних захворювань у дорослого населення України спостерігались для гіпертонічної хвороби та ішемічної хвороби серця – 58,0% та 49,8%. У Тернопільській області найвище зростання

відмічалось для цереброваскулярних хвороб та ішемічної хвороби серця – 53,2% та 41,0% відповідно. Водночас спостерігалось суттєве зниження за 10-річний період показників щодо ревматизму – на 22,2% в Україні та на 16,7% у Тернопільській області.

4. Враховуючи особливу соціально-медичну значущість ХСК та їх провідне місце у структурі причин смерті населення України, а також виразну динаміку росту поширеності даної патології, що підтверджується нашим дослідженням, необхідно розробити на державному рівні цільові програми для їх суттєвого зниження з урахуванням соціальної зумовленості цих хвороб.

Перспективи подальших досліджень полягають у встановленні взаємозв'язків між показниками поширеності хвороб системи кровообігу та соціальною обумовленістю даної патології.

Список літератури

1. Голяченко О. М. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / О. М. Голяченко. – К. : ВСВ "Медицина", 2011. – 208 с.
2. Коваленко В. М. Виконання Державної програми боротьби з гіпертензіями в Україні [Електронний ресурс] / В. М. Коваленко, В. М. Корнацький // Укр. кардіолог. журн. – 2010. – №6 -- Режим доступу : <http://www.ukrcardio.org/journal.php/article/539>. – Назва з екрану.
3. Крапівіна А. А. Захворюваність на хвороби системи кровообігу та їх поширеність серед дорослого населення України в 2010 році: гендерний аспект / А. А. Крапівіна // Україна. Здоров'я нації. – 2011. – № 4 (10). – С. 12–18.
4. Медико-соціальні аспекти хвороб системи кровообігу: Аналітично-статистичний посібник / за ред. В. М. Коваленка, В.М. Корнацького. – К. : Медінформ, 2009. – 146 с.
5. Статистична інформація Державної служби статистики України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua/> – Назва з екрану.
6. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні [дов.] / МОЗ України, Центр медичної статистики. – К., 2001–2011.
7. Яценко Ю. Б. Динаміка захворюваності та смертності внаслідок хвороб системи кровообігу в Україні у регіональному аспекті / Ю. Б. Яценко, Н. Ю. Кондратюк // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2012. – № 3(53). – С. 25–29.
8. Genetic analysis in cardiovascular disease: a clinical perspective / Ho E., Bhindi R., Ashley E. A., Figtree G. A. [Electronic resource] // *Cardiol Rev.* – 2011. – Mar-Apr. – Access mode: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21285668>. – Title from a screen.
9. World Health Organization Media Center. – №296 / World Health Organization, 2011. [Electronic resource]. – Assess mode: http://www.who.int/topics/cardiovascular_diseases/en/. – Title from a screen.

БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ: ДИНАМИКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ В УКРАИНЕ И ТЕРНОПОЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Н.Е. Федчишин (Тернополь)

В статье приведен анализ общей заболеваемости населения Украины и Тернопольской области болезнями системы кровообращения за 10-летний период. Показаны основные тенденции показателей.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **болезни системы кровообращения, общая заболеваемость, смертность, динамический анализ.**

CARDIOVASCULAR DISEASES: DYNAMICS OF PREVALENCE IN UKRAINE AND TERNOPII REGION

N.Ye. Fedchyshyn (Ternopil)

In the article the analysis of general morbidity by cardiovascular system diseases of the population of Ukraine and Ternopil region during 10-years period were determined. The characteristic tendencies of main indicators were determined.

KEY WORDS: **cardiovascular system diseases, general morbidity, mortality, dynamic analysis.**

Рукопис надійшов до редакції 15.02.2013 р.
Рецензент: д.мед.н., проф. А.О. Голяченко.

ВЧЕННЯ ПРО ІНФАРКТ МІОКАРДА В ІСТОРИЧНОМУ АСПЕКТІ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

В статті наводяться дані про основні віхи у вивченні інфаркту міокарда (ІМ). Відмічені досягнення світових та вітчизняних кардіологів у вивченні етіології та патогенезу, методів діагностики цієї патології. Розглянуто консервативний та оперативний напрямки, які пройшла світова медицина за останні століття у боротьбі з недугою. У підходах до лікування ІМ виділено певні етапи: симптоматичне, патогенетичне лікування, правильна організація лікарняного режиму та госпіталізації пацієнтів, оперативні методи лікування.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: ішемічна хвороба серця, інфаркт міокарда, кардіолог, діагностика, лікування.

Життя сучасної людини характеризується прискореним темпом, різноманітними психоемоційними навантаженнями та шкідливими звичками, неправильним харчуванням. Це спонукає серцево-судинну систему працювати у посиленому режимі, використовуючи свої адаптивні можливості. Як наслідок – зростання кількості серцево-судинної патології.

Ураження серця та судин вийшли на перше місце за поширеністю вже у 30–40 роки ХХ ст. і донині залишаються основною причиною захворюваності та смертності у багатьох країнах світу. Якщо розглядати структуру цих уражень, то ішемічна хвороба серця займає провідне місце серед усієї патології серцево-судинної системи.

Мета дослідження: вивчити внесок вітчизняних та іноземних науковців-кардіологів у вивчення та лікування інфаркту міокарда в історичному аспекті.

Матеріали і методи. Проведено систематичний аналіз наукових джерел інформації щодо участі провідних кардіологів світу у вивченні та дослідженні інфаркту міокарда.

Результати дослідження та їх обговорення. У 1962 р. Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) був запропонований термін «ішемічна хвороба серця» (ІХС). У лютому 1969 р. виконавчий комітет ВООЗ вперше використав термін «епідемія» по відношенню до цієї патології. На даний час виділяють кілька форм ІХС, найбільш небезпечними з яких вважаються стенокардія та її ускладнення – інфаркт міокарда (ІМ).

Про серцево-судинні захворювання (ССЗ) згадують у своїх папірусах ще стародавні єгиптяни. Вони описували болі в грудній клітці, у ділянці серця, подібні до нападів стенокардії. Видатний лікар античності Гіппократ вказував на те, що болі в ділянці серця, які повторюються із наростанням частоти та сили, можуть провіщати раптову смерть. У «Каноні медицини» Авіцена описував такі

теми, як «Захворювання серця», «Розпізнавання захворювань серця», «Ознаки захворювань серця». На теренах України та згодом і Візантії ССЗ описувала Євпраксія, яка присвятила їм один із розділів своєї книги «Мазі».

У своїх книгах Benivieni «De Ab-ditis Nonnullis» (1507), Bonet «Sepul-chretum» (1679), J.B. Morgagni «De Sedibus et Causis Morborum» (1761) описують біль у грудній клітці як загрозову прогностичну ознаку. Серед відомих літературних джерел необхідно відмітити працю W. Harvey, який у 1647 р. вперше опублікував спостереження випадку розриву серця. Але першим, хто написав книгу про раптову смерть, був Giovanni Maria Laneisi (1707). J. B. Morgagni (1765) зібрав в літературі 10 випадків смерті від розриву серця, до яких додав ще одне власне спостереження. Як відомо, він також помер від розриву серця.

У 1768 г. W. Haberdern вперше назвав виразні болі у ділянці серця «грудною жабою» [19]. Через 18 років вчений опублікував працю «Pectoris dolor».

З часом кількість спостережень з приводу грудної жаби зростала. Науковці почали пов'язувати це захворювання з органічними змінами вільцевих судин та серцевого м'яза (K. Jenner, O. Perry (1799), J. Hodgson (1815)). У 1880–1882 рр. С. Weigert і E. Ziegler дали визначення інфаркту міокарда як дегенерації серцевого м'яза, зумовленій звуженням та оклюзією коронарних артерій.

Вперше висунув припущення про діагноз коронаротромбозу, з наступним підтвердженням на секції, у 1878 р. німецький терапевт Хаммер [20]. W. Osler, а згодом і L. Nektoen, на основі патолого-анатомічних досліджень описують механізм виникнення інфаркту внаслідок тромбозу або емболії вільцевих судин [24].

Значний внесок у клінічне вивчення даного захворювання зробили вітчизняні вчені. 19 грудня 1909 р. В.П. Образцов разом із М.Д. Стражеско на І з'їзді російських терапевтів описали клінічну картину тромбозу коронарних артерій. На відміну від Хаммера, у своїй доповіді вчені

чітко виділили основні симптоми, які дають змогу діагностувати захворювання та виділити типову і атипичні форми ІМ [9; 10]. Крім того, в праці описано симптоми кардіального шоку: «... что касается объективных признаков, то кардинальным объективным симптомом мы должны поставить резко выраженную слабость сердца *mejorragia cordis*. Вона супроводжується ниткоподібним пульсом, похолоданням кінцівок, блідістю шкірних покривів. В.П. Образцов і М.Д. Стражеско відмічають наявність в анамнезі у хворих з тромбозом напади стенокардії, які вони пов'язували з артеріосклерозом.

Грунтуючись на клінічному аналізі лише п'яти спостережень з 1883 по 1908 роки, вчені заклали основи для поглибленого вивчення патогенезу тромбозу коронарних судин, його диференціальної діагностики, розвитку ускладнень. Так, автори відмічають, що при тромбозі, на відміну від стенокардії, спостерігається *status anginosus*,

а не окремі напади. У доповіді В.П. Образцова і М.Д. Стражеско описана можливість розвитку у таких пацієнтів миготливої аритмії, результати мікроскопічного дослідження серцевого м'яза та загальна патолого-анатомічна картина цього захворювання [6].

Згодом термін «коронарний тромбоз» став синонімом ІМ. Проте дослідження саме В.П. Образцова і М.Д. Стражеско стали поштовхом для подальшої дискусії щодо ролі тромбозу коронарних артерій у виникненні ІМ. Цю позицію підтримував відомий кардіолог Д.Д. Плетньов (1936 рік) [11]. Надалі більшість клініцистів стали вважати, що в основі інтрамурального та великовогнищезового ІМ найчастіше лежить тромбоз коронарних судин, а в інших випадках причиною патології може бути спазм цих судин. Ці висновки були затверджені на VII Європейському конгресі кардіологів (Амстердам, 1976 р.).



William Heberden (1710–1801)



Дж. Вейн (нар. 1927)



В.П. Образцов (1849–1920)

Згодом М.Д. Стражеско продовжував вивчати проблему ІМ в наступних працях: «Грудная жаба и сердечная астма, их сущность, сходство и различие» (1925 рік), де детально описав клініку цих патологій, їх співвідношення; «К прижизненному распознаванию инфаркта сердечной мышцы и его последствий» (1930 рік), де провів систематичний та узагальнюючий аналіз клініки після інфарктних змін.

Його учень В.А. Соф'їн захистив дисертацію на тему «Інфаркт міокарда при закупорці правої вінцевої артерії», в якій описав особливості клінічної картини при цій доволі рідкісній патології [6].

Істотний внесок у вивчення проблем серцево-судинної системи зробив також і академік АН УРСР М.М. Губергриц. Він написав низку робіт, які присвятив вивченню механізму виникнення серцевих болів, стенокардії та безбольових форм ІМ: «Грудная жаба» (1928), «К вопросу о происхождении болей при грудной жабе» (1930),

«К клинике инфаркта миокарда» (1935), «О классификации синдрома грудной жабы» (1936), «Патогенез болевого синдрома при грудной жабе» (1949). Вчений вважав, що стенокардія зумовлена різноманітними причинами. Крім того, М.М. Губергриц описав ознаки серцевої слабості, які можуть передувати ІМ і виникають після нападу стенокардії. Сюди належать такі симптоми, як ритм галопу, порушення серцевого ритму, функціональні шуми, порушення дихання (апное або олігопное) [3].

Суттєвим поштовхом у діагностиці ІМ стало використання даних електрокардіографії (ЕКГ). У 1912 р. була опублікована стаття американського вченого Герріка, в якій він навів ЕКГ-критерії ІМ та вперше висунув принцип суворого ліжкового режиму та абсолютного спокою в перші дні розвитку захворювання [21].

Під керівництвом проф. А.Л. Міхнева в Інституті кардіології імені М.Д. Стражеско вивчався

механізм порушення гемодинаміки при ІМ, біохімічні зміни в тканині серця, крові при цій патології. Результатом досліджень стала доповідь на VIII з'їзді терапевтів УРСР «Динаміка і взаємозв'язок біохімічних змін крові та тканин у хворих на інфаркт міокарда».

Над вивченням атипичних форм ІМ працювали Н.А. Гватуа та О.Й. Грицюк. У 1979 р. ними були запропонована нова класифікація даної патології, у якій вперше обґрунтовано та описано перехід дрібновогнищцевого ІМ у великовогнищцевий. Вперше у гострий період для зменшення стресових змін і дії больового фактору запропоновано метод перідуральної анестезії [7].

У 1986 р. О.Й. Грицюк із співробітниками удосконалив метод імунологічної та ензимологічної діагностики, як безпосередньо некрозу м'язя, так і його ускладнень (після інфарктного синдрому).

На доповнення до цього В.З. Нетяженко в докторській дисертації детально вивчив і описав затяжні та рецидивні форми ІМ. Над реабілітацією цих хворих працювала І.К. Следзевська та співробітники Інституту кардіології імені М.Д. Стражеска.

У підходах до лікування ІМ можна виділити певні етапи та особливості. На першому етапі лікування було симптоматичним. На початку 20-х років таким хворим призначали серцеві глікозиди, камфору, кофеїн та ліжковий режим. В кінці 20-х років для зняття больового синдрому почали використовувати знеболювальні препарати, морфін, проте часто забороняли призначати нітрогліцерин, щоб не викликати гіпотонії.

Згодом в наукових колах почала переважати думка про спазм коронарних судин як основну причину ІМ. З 50-х років почали використовувати внутрішньовенні інфузії препаратів, інгаляції кисню, спазмолітичні середники.

За минулі сто років фармакологія пішла далеко вперед, і сьогодні в арсенал лікаря для боротьби з ІХС, крім нітратів, входять антиагреганти,

бетаадреноблокатори, антагоністи кальцію, гіполіпемічні засоби і низка інших препаратів.

У 50-ті роки описано тромбоцити і встановлено їхню роль у згортанні крові та тромбоутворенні, у тому числі і внутрішньокоронарному. Згодом гематолог Дж. О'Браєн запропонував використовувати ацетилсаліцилову кислоту для профілактики тромбозу. У 1971 р. Дж. Вейн обґрунтував механізм впливу препарату на тромбоцити з участю циклооксигенази і тромбоксану А2 *in vitro* [28]. На даний час ацетилсаліцилова кислота загальноновизнана як ефективний і доступний антиагрегантний засіб та найбільш часто і широко використовується для первинної та вторинної профілактики серцево-судинних затворювань і смертності у пацієнтів з ішемічною або цереброваскулярною хворобою, іншими станами з ризиком тромботичних ускладнень [14;22].

Ще одним методом впливу на тромбоутворення та одним з основних досягнень кардіології ХХ ст. стало застосування фібринолітичних засобів у лікуванні ІМ. У 1958 р. Флетчер вперше успішно провів внутрішньовенну інфузію стрептокінази [16]. Це стало поштовхом до подальших пошуків нових методів та препаратів. Так, у 1976 р. акад. Є. І. Чазов разом із групою науковців увів фібринолізин безпосередньо у коронарну артерію в зоні некрозу [13]. У 1979 р. К.Р. Rentrop із співавт. (ФРН) внутрішньокоронарно використав стрептокіназу. Згодом низка рандомізованих досліджень довела високу ефективність внутрішньовенного використання фібринолітичних засобів, а не лише внутрішньокоронарного, на ранньому етапі розвитку хвороби. Цей метод на даний час поряд із ургентною ангіопластиком є основним у лікуванні хворих на ІМ.

У 1979 р. О.Й. Грицюк першим дав визначення гемокоагуляційного гомеостазу як відносної динамічної рівноваги між прокоагулянтами, антикоагулянтами та фібринолітичними агентами в



М.Д. Стражеско (1876 – 1952)



Л.Т. Малає (1919–2003)



Є.І. Чазов (нар. 1929)

плазмі, елементах крові та судинній стінці, простациклін-тромбоксанового балансу. При ССЗ спостерігаються корегуючі та некорегуючі окремі ланки гемокоагуляційного гомеостазу, що здатні призвести до виправлення зміненого балансу або до ще більшого порушення, при цьому можливе виникнення тромботичних або геморагічних ускладнень [8].

Обов'язковою умовою успішного лікування ІМ стала правильна організація лікарняного режиму та госпіталізації пацієнтів. Початок їй поклав J.V. Herrick. На початку 60-х років у Західній Європі (спочатку в Англії з ініціативи D. Julian, 1961) і Америці стали створювати спеціальні палати інтенсивної терапії (coronary care unit – CCU, intensive care unit – ICU). В них постійно проводився моніторинг ЕКГ з метою ранньої реєстрації фатальних аритмій і надання невідкладної медичної допомоги (проведення дефібриляції, реанімаційних заходів). Створення блоків кардіореанімації дозволило знизити смертність хворих протягом перших 30 діб від початку хвороби з 30% до 15%. Логічним продовженням цих організаційних заходів було створення мобільних спеціалізованих бригад з машинами, обладнаними необхідною апаратурою [25].

З 1961 р. починається розвиток кардіологічної служби «швидкої допомоги» в Україні, коли вперше була організована спеціалізована тромбоемболічна бригада в Києві, яку називали також протиінфарктною. Організувала її головний лікар Київської міської станції «Швидкої допомоги» Н.А. Ленгауер.

У 1963 р., відповідно до наказу МОЗ СРСР, при Київській станції «Швидкої допомоги» створюють перший в країні центр по боротьбі з тромбоемболічними захворюваннями. Першим керівником кардіологічної служби на станції був Д.Б. Зільберман. До 1985 р. їх уже було 14 [4].

Пріоритетним досягненням української кардіології на початку 70-х років була розроблена Українським НДІ кардіології імені М.Д. Стражеска та впроваджена у практику система етапного ліку-

вання хворих на гострий ІМ, зокрема система організації медичної допомоги на догоспітальному етапі. Спеціалізовані кардіологічні бригади, створені як окремі підрозділи у службі швидкої допомоги, надавали допомогу хворим на ІМ під час їх транспортування до спеціалізованих інфарктних відділень з блоками реанімації та інтенсивної терапії. Впровадження цієї системи забезпечило ранню діагностику і надання своєчасної кваліфікованої допомоги хворим на ІМ на всіх етапах їх медичного обслуговування. Наслідком такої тактики було значне зниження догоспітальної смертності, летальності та втрати працездатності при ІМ в Україні. Вказану систему впроваджено в усіх республіках колишнього Радянського Союзу, а також у багатьох країнах за кордоном.

Результати досліджень з діагностики, лікування та профілактики ІМ, проведених провідними кардіологами та вченими колективами України, дозволили розробити низку ефективних заходів. Вони підвищили ефективність лікування та реабілітації пацієнтів із цією патологією, зменшили летальність і покращили якість життя хворих. У 1980 р. великій групі вчених (Н.А. Гватуа, О.Й. Грицюку, Н.К. Фуркало, І.К. Следзевській, О.А. Пятаку, В.М. Козлюку, Л.Й. Алейниковій, Ю.П. Бугиліну, Л.І. Антоненко) була присуджена Державна премія УРСР [5].

Паралельно за ініціативи Л.Т. Малої відкрито спеціалізоване інфарктне відділення з блоком інтенсивної терапії на базі 27-ї клінічної лікарні м. Харкова.

У Харкові вперше в Україні було створено велику систему етапного лікування хворих з ІМ, включаючи мережу спеціалізованих кардіологічних відділень з блоком інтенсивної терапії, відділеннями реабілітації та санаторно-курортної реабілітації. Ця система мала важливе соціально-економічне значення, тому що дозволила у понад двічі знизити летальність від ІМ та повернути хворих до активного життя [1].

Окрім медикаментозних середників для лікування хворих на ІМ активно впроваджувалися і



J.V.Herrick



Г. В. Книшов (нар. 1934 р.)



О.Й. Грицюк (1923 – 1990)

хірургічні методики, поштовхом для розвитку яких стали різноманітні методи діагностики.

У 1907 р. був вперше опублікований рентгенографічний атлас коронарних судин (F. Jamin і H. Merkel). Згодом над методикою катетеризації правих відділів серця працювали багато вчених. W. Forssmann (1929), Andre Cournand і Dickinson Richards (1941) отримали Нобелівську премію в 1956 р. [17;23].

У 1958 г. Sones запропонував техніку селективної коронарної ангіографії [27].

Наступним кроком стало впровадження операцій на периферичних, а згодом і коронарних судинах. Так, у 1964 р. В. Колесов вперше у світі виконав маммарокоронарне шунтування. До цього такі операції проводилися лише на тваринах (В. Деміхов, 1952). У 1962 р. D. Sabiston виконує обхідне аутовенозне шунтування коронарної артерії, а в 1964 р. M. De Bakey здійснює успішне аортокоронарне шунтування сегментом великої підшкірної вени. З 70-х років для відновлення порушеного коронарного кровотоку почали широко застосовуватися операції прямої ревааскуляризації. У 1973 р. в УРСР у Київському НДІ серцево-судинної хірургії Г. Книшов зробив першу операцію аорто-коронарного шунтування. Згодом А. Руденко (2000 р.) в цьому ж інституті вперше в Україні виконав операцію аорто-коронарного шунтування без використання штучного кровообігу на працюючому серці.

Також із 60-х років починаються перші спроби використання транслюмінальної пластики судин. У 1964 р. американські вчені Charles Dotter і Melvin Judkins використали ригідний дилататор для зменшення стенозу у ділянці іліо-феморальної артерії [15]. Проте більш широке використання цей метод отримав в Європі, де Andreas Gruentzig використав балонний дилататор для ангіопластики периферичної артерії (1974) [18]. З цього часу почався інтенсивний розвиток нового напрямку в лікуванні ІМ – інтервенційна кардіологія.

Найефективнішою модифікацією ангіопластики став метод стентування вінцевої (та інших) артерії. Перший стент у вінцевій артерії був успішно розгорнутий в 1986 р. [26]. Стентування дозволило зменшити частоту ускладнень, які виникають при проведенні ангіопластики, – гострі тромбоемболії

внаслідок руйнування бляшки і ранні рестенози в місці проведення процедури. Спочатку стенти були металевими, а потім в кінці ХХ століття з'явилися стенти, вкриті лікарськими препаратами, що перешкоджають розвитку рестенозів.

В Україні впровадження методики стентування відбувалося також у 80-х роках минулого століття. Після організації в Інституті кардіології імені академіка М.Д. Стражеска відділу ендovasкулярної хірургії під керівництвом Ю.М. Соколова, в практику лікування ІМ увійшла ургентна ангіопластика та стентування інфаркт-залежної артерії. На даний час в інституті впроваджено методи інтракоронарного тромболізу та транслюмінальної коронарної ангіопластики у хворих на ІМ та стенокардію. Розроблено методи боротьби з реперфузійним синдромом після інтракоронарного тромболізу та коронарної ангіопластики. Впроваджено новий спосіб профілактики рестенозів вінцевих артерій після перкутанної транслюмінальної ангіопластики з використанням інгібіторів АПФ. Установлено роль морфології атеросклеротичної бляшки як предиктора наступних гострих коронарних ситуацій. Поряд з інвазивними методами впроваджується безконтактна комп'ютерна магнітокардіографія [2].

У ХХІ ст. з'явився ще один прогресивний напрямок лікування ІХС – генна інженерія. Американські дослідники з Університету Дюк (Duke University) повідомили про те, що їм вдалося виростити в умовах лабораторії людські артерії, необхідні для операцій на серці [12].

Висновки

Українські науковці зробили істотний внесок у вивчення та успішне лікування ІМ поряд із провідними світовими кардіологами. Було запропоновано низку оригінальних концепцій, створено нові наукові напрямки, які дозволили поглибити вивчення етіології, патогенезу, клініки, лікування та профілактики даної патології. Ці наукові напрямки залишаються актуальними та успішно розробляються і зараз.

Перспективи подальших досліджень спрямовані на поглиблене вивчення доробку вітчизняних кардіологів, зіставлення їхніх досліджень із світовими досягненнями.

Список літератури

1. Академик Любов Трофимовна Малая // Укр. кардіол. журн. – 1999. – № 1. – С. 96–97.
2. Бобров В. О. Розвиваючи традиції школи академіка М.Д. Стражеска (До 60-річчя Українського НДІ кардіології ім. М.Д. Стражеска) / В. О. Бобров // Укр. кардіол. журн. – 1996. – № 3. – С. 5–8.
3. Бурчинський Г. Й. М. М. Губергриц / Г. Й. Бурчинський, О. Я. Губергриц. – К. : Здоров'я, 1974. – 38 с. – (Видатні вітчизняні вчені-медики).
4. Виленский Ю. Наталья Андреевна Ленгауэр. Организатор кардиологического скорпомощного авангарда / Ю. Виленский // Серце і судини. – 2009. – № 2 – С. 115–117.
5. Ганіткевич Я. Історія української медицини в датах та іменах / Я. Ганіткевич. – Л., 2004. – 364 с.
6. Грицюк О. Й. В. П. Образцов / О. Й. Грицюк. – К. : Здоров'я, 1974. – С.40. –(Видатні вітчизняні вчені-медики)
7. Грицюк А. И. Инфаркт миокарда / А. И. Грицюк, Н. А. Гватуа, И. К. Следзевская. – К. : Здоров'я, 1979. – 272 с.
8. Джус М. Б. Грицюк Олександр Йосипович – людина, вчений, педагог / М. Б. Джус // Здоров'я України. – 2011. – № 9 (262). – С. 52–53.

9. Образцов В. П. Избранные труды / В. П. Образцов. – 1950. – С. 92.
10. Образцов В. П. К симптоматологии и диагностике тромбоза венечных артерий сердца / В. П. Образцов, Н. Д. Стражеско // Тр. I съезда русских терапевтов. – М., 1910. – С. 26–47.
11. Плетнёв Д. Д. Болезни сердца / Д. Д. Плетнёв. – 1936. – С. 276–277.
12. Тканини людини навчилися виروضувати в пробірці [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.heartandvessels.com.ua/novvny_konferencii.php#180. – Назва з екрану.
13. Внутрикоронарное введение фибринолизина при остром инфаркте миокарда / Е. И. Чазов, Л. С. Матвеева, А. В. Мазаев [та ін.] // Тер. арх. – 1976. – Т. 48. – С. 8–19.
14. Aspirin for the Prevention of Cardiovascular Disease: U.S. Preventive Services Task force Recommendation Statement / N. Calonge, D. B. Petitti, T. G. DeWitt [et al.] // Ann Intern Med. – 2009. – Vol. 150. – P. 396–404.
15. Dotter C. T. Transluminal treatment of arteriosclerotic obstruction: description of a new technic and a preliminary report of its application / C. T. Dotter, M. P. Judkins // Circulation. – 1964. – Vol. 30. – P. 654–670.
16. Fletcher A. P. The treatment of patients suffering from early myocardial infarction with massive and prolonged streptokinase therapy / A. P. Fletcher, N. Alkjaersig, F. E. Smyrniotis, S. Sherry // Trans. Assoc. Am. Phys. – 1958. – Vol. 71. – P. 287–296.
17. Forssmann W. Experiments on myself. Memoirs of a surgeon in Germany / W. Forssmann. – New York : St. Martin's Press. – 1974. – 347 p.
18. Gruntzig A. Technique of percutaneous transluminal angioplasty with the Gruntzig balloon catheter / A. Gruntzig, D.A. Kump // AJR Am. J. Roentgenol. – 1979. – Vol. 132. – P. 547–52.
19. Haberdern W. Commentaries. Medical Transactions of the Royal College of Physicians of London / W. Haberdern. – 1768. – 59 p.
20. Hammer A. Ein Fall von Thrombotischem Verschlusse Einer der Kranzarterien des Herzens / A. Hammer // Weiner Med. Wochenschr. – 1878. – Vol. 97. – P. 28.
21. Herrick J. B. Certain clinical features of sudden obstruction of the coronary arteries / J. B. Herrick // JAMA. – 1912. – Vol. 59. – P. 2015–2020.
22. Inhibition of prostaglandin synthesis as a mechanism of action for aspirin-like drugs // Nat New Biol. – 1971. – Vol. 231 (25). – P. 232–235.
23. Jamin F. Die koronararterien des menschlichen herzens unter normalen und pathologischen verhältnissen / F. Jamin, H. Merkel. – Jena : Gustave Fischer, 1907. – 98 p.
24. Osler W. The Principle and Practice of Medicine / W. Osler. – D. Appleton, 1892. – 152 p.
25. Pantridge J. F. A mobile coronary care unit in the management of myocardial infarction / J. F. Pantridge, J. S. Geddes // Lancet. – 1967. – Vol. 2. – P. 271–273.
26. Intravascular stents to prevent occlusion and restenosis after transluminal angioplasty / U. Sigwart, J. Puel, V. Mirkovitch [et al.] // N. Engl. J. Med. 1987. – Vol. 316 (12). – P. 701–706.
27. Sones F. M. Jr. Cine coronary arteriography. / F. M. Jr. Sones, E. K. Shirey // Mod. Concepts Cardiovasc. Dis. – 1962. – Vol. 31. – P. 735–738.
28. Vane J. R. The mechanism of action of aspirin / J. R. Vane, R. M. Botting // Thromb. Res. – 2003. – Vol. 15, 110 (5–6). – P. 255–258.

УЧЕНИЕ О ИНФАРКТЕ МИОКАРДА В ИСТОРИЧЕСКОМ АСПЕКТЕ

Н.А. Теренда (Тернополь)

В статье приводятся данные об основных вехах в изучении инфаркта миокарда (ИМ). Отмечены достижения мировых и отечественных кардиологов в изучении этиологии и патогенеза, методов диагностики этой патологии. Рассмотрены консервативное и оперативное направления, которые прошла мировая медицина за последние столетия в борьбе с недугом. В подходах к лечению ИМ выделены определенные этапы: симптоматическое, патогенетическое лечение, правильная организация больничного режима и госпитализации пациентов, оперативные методы лечения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, кардиолог, диагностика, лечение.**

THE DOCTRINE OF THE HEART ATTACK IN HISTORICAL ASPECT

N.O. Terenda (Ternopil)

The article presents data on the major milestones in studying heart attack. Achievements of world and domestic cardiologists in studying the etiology and pathogenesis, methods of diagnosis of this pathology were marked. The conservative and operative directions which took place the world medicine over the past century in fighting disease were considered. In the approaches to the treatment of HA certain stages were identified: symptomatic, pathogenic treatment, proper organization of hospital treatment and hospitalization of the patients, surgical method of treatments.

KEY WORDS: **ischemic heart disease, heart attack, cardiologists of Ukraine, methods of diagnosis of heart attack, methods of treatment heart attack.**

Рукопис надійшов в редакцію 13.02.2013
Рецензент: д.мед.н., проф. О. М. Голяченко.

УДК 615.811.2.93

В.С. КИЛІВНИК, П.В. ЦВЕНЬ, І.В. КУЗЬМІН (Немирів, Вінниця)

ІСТОРІЯ ГІРУДОТЕРАПІЇ З ПОЧАТКУ 18-ГО СТОЛІТТЯ Н.Е. ДО СЬОГОДЕННЯ

ДП “Клінічний санаторій “Авангард” ЗАТ „Укрпрофоздоровниця”
Вінницький національний технічний університет

Вивчено та узагальнено світовий досвід розвитку гірудотерапії починаючи з 18 століття. Наведено короткі відомості про подвижників у галузі лікування п'явками.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: історія, медична п'явка, гірудотерапія, гірудологія.

Авторами зроблена спроба узагальнити історію розвитку лікування п'явками (гірудотерапія) та накопичення знань про життя п'явки (гірудологія) з позицій періодизації історії медицини. У попередній роботі нами наведені відомості з гірудотерапії від найдавніших часів до 18-го століття. Дана стаття фактично є її продовженням.

Матеріали і методи. Вивчено та узагальнено світовий досвід розвитку гірудотерапії та гірудології.

Результати дослідження та їх обговорення. 18 ст. можна вважати початком зародження гірудології. Шведський натураліст К. Лінней у 1775 р. вперше відніс п'явок до класу червів, а не менш видатний французький природодослідник Ламарк вперше описав біологію п'явки. Французький вчений Ж. Кюв'є (1769–1832) вивчав анатомію п'явок.

Моранд в 1735 р. вперше звернув увагу на те, що кров в шлунково-кишковому каналі п'явки не згорталась та не змінювалась протягом тривалого часу.

Ф. Зауер вважав за необхідне використовувати п'явок при лікуванні запалення очей, вух, зубів, мігрені, лихоманці, жабі, запальних процесах у грудній та черевній порожнинах. П'явки рекомендувались також при запальних процесах в органах репродуктивної сфери, залоз, шкіри, ракових процесах, набрякові суглобів, ревматизмі, переломах, забоях, вивихах, геморої, порушеннях циклу.

ЛІННЕЙ Карл (1707–1778) – видатний шведський природодослідник, створив штучну систему тваринного та рослинного світу. Вперше ввів бінарну (подвійну) номенклатуру, згідно з якою в назву кожного виду тварин та рослин входить і найменування роду (родини). Він вважав, що існує стільки видів, скільки їх було створено первинно, і що утворення нових видів неможливе.

П'явок у 1775 р. він відніс до класу черв'яків. Основні праці Л.: “Система природи” (1735), “Філософія ботаніки” (1751), “Види рослин” (1753).

ЛАМАРК Жак Батіст П'єр Антуан (1744–1829) – видатний французький природодослідник, творець першої матеріалістичної теорії еволюції. Попередник Ч. Дарвіна. В “Природній історії” вперше детально описав біологію п'явок.

Суттєвий внесок у розвиток гірудотерапії вніс французький лікар Ф.Ж. Бруссе. Маючи власну теорію походження хвороб у людини, він успішно застосовував п'явки при широкому колі захворювань. П'явки призначались практично при будь-якій хворобі.

БРУССЕ Франсуа Жозеф Віктор (1772–1858) – французький лікар, член Медичної академії (1832). Вивчав медицину в шпиталях Сент-Мало і Бреста, у Паризькій медичній школі, де захистив дисертацію (1802). Служив військовим лікарем в армії Наполеона; в 1814 р. був призначений другим лікарем, а потім професором (1820) Валь-де-Грис (шпиталь-училище для підготовки військових лікарів). З 1830 р. – професор кафедри патології і терапії Паризького медичного факультету. У працях “Histoire des phlegmasies ou clinique et inflammations chroniques fonde'e Sur nouvelles observations de clinique et d'anatomie pathologique (1808) та “Examen de la doctrine medicale generalement adopte'e (1816) виклав свою систему поглядів на причини захворювань та методи їх лікування, яка відома під назвою бруссеїзм. Б. вважав, що життя в організмі підтримується тільки збудженням. Надто сильне або надто слабке збудження веде до захворювання, яке спочатку проявляється лише в одному органі, а потім “симпатичним” шляхом передається іншим органам. Без попереднього страждання якого-небудь органа загальних захворювань не буває. Частіше подразнюється шлунок та кишковик, тому шлунково-кишкове запалення є основа патології. Б. заперечував

наявність специфічних ознак хвороби. Виходячи з таких поглядів, прибічники бруссеїзму за головну мету лікування вважали ліквідацію запалення за допомогою кровопускань (п'явки на живіт) та "симпатичним" шляхом вражених органів, послаблюючих (протизакрепних) засобів та голоду.

Гірудотерапія і гірудологія в XIX столітті. З послідовника Ф.Ж. Бруссе Ж.Б. Буйо кепкували, що він один пролив більше крові, ніж Наполеон за всі свої війни [5].

БУЙО Жак Батіст (1796-1881) – французький лікар, член Паризької академії наук (1868). У 1823 р. захистив дисертацію "Про діагностику аневризми аорти". З 1831 р. очолював кафедру в клініці Шаріте.

У 1824 р. Б. написав трактат про захворювання серця і великих судин; в 1835 р. видав працю про клініку захворювань серця, яка незабаром була перекладена на німецьку та англійську мови. Велику цінність мають його праці про ревматизм. Він вперше, незалежно від Г.І. Сокольського, вказав на зв'язок ураження серця з ревматизмом; він також довів, що цей зв'язок притаманний і гострому ревматичному поліартриту.

У 1835 р. Б. вивчив запальні зміни на клапанах серця, а в 1836 р. виявив зв'язок між кардіовальвулітом та ревматизмом, а також ввів термін "ревматизм серця". Прогресивні погляди Б. відображені в його полемічній праці "Про віталізм та організм".

XIX століття знаменувалось шаленим сплеском використання гірудотерапії в усьому світі. Так, імпорт п'явок в Толедо досяг 4,5 млн штук на рік; у Франції щорічно використовували до 30 млн п'явок на рік, з них для потреб армії – до 6 млн шт., а в 1850 р. в країну було завезено понад 100 млн штук. Подібна ситуація була в Німеччині – використано до 25 млн шт.; в Англії – понад 16 млн штук; в Росії в 50-х рр. XIX ст. – до 50 млн штук на рік.

У 1812 р. французький лікар М. Рейно запропонував лікувати п'явками обмороження кінцівок. В Росії одним з перших використав п'явки в клініці для лікування геморою хірург Буш. Серед послідовників бруссеїзму в Росії був М.Я. Мудров. Він описав методику гірудотерапії при болях в животі, геморої, затримці сечі, головному болю, судомогах.

РЕЙНО (Raynaud) Моріс (1834–1881) – французький лікар. У 1862 описав так звану симетричну гангрену кінцівок (періодичні спазмування судин пальців рук та (або) ніг з порушенням трофіки тканин і можливою гангреною), названу його ім'ям. Написав праці про Асклепіада, "Лікарі часів Мольєра" (1862).

БУШ Іван Федорович (1771–1843) – відомий в свій час хірург і професор Петербурзької медико-хірургічної академії. З 1785 по 1788 рр.

навчався в Петербурзькому клінічно-хірургічному інституті, після закінчення курсу поступив на службу на флот. З 1791 р. служив в Кронштадському шпиталі. У 1797 р. став професором анатомії та хірургії в хірургічному інституті, а в 1800 р. зайняв кафедру хірургії в щойно відкритій медико-хірургічній академії. У 1839 р. обраний почесним членом академії. На його честь була заснована премія для хірургів. Буш видав "Посібник з викладання хірургії" (3 ч., СПб, 1807 р., 5-е вид. 3 ч. СПб, 1831) та цілу низку наукових статей.

МУДРОВ Матвій Якович (1771–1831) – видатний російський лікар-терапевт. Один із засновників російської терапевтичної школи, а також військової гігієни, завданням якої вбачав у попередженні захворювань в армії. Мудров висловлювався стосовно необхідності індивідуалізації лікування та проведення лікувально-профілактичних заходів. За його ініціативи було реорганізовано викладання медичних дисциплін; введені практичні заняття, викладання патологічної та порівнювальної анатомії та ін.

Німецький хірург І. Діффенбах в 1820 р. виявив, окрім заживлюючого, знеболюючий, знезаражуючий та антистресовий ефекти гірудотерапії. Відомий російський терапевт І.Я. Дядьковський радив прикладати п'явки при запаленні верхніх дихальних шляхів, мозку, кишок, матки, при порушеннях циклу, лікуванні кровотеч. Відомий російський хірург М.І. Пирогов широко використовував п'явки для кровопускання при пораненнях, а німецький хірург Ф. Есмарх – як антисептичний засіб [11].

ДІФФЕНБАХ Йоганн-Фрідріх (1794–1847) – видатний німецький хірург. Був професором та директором хірургічної клініки в Берліні. Діффенбах запропонував низку нових методик пластичних операцій носа, вуст, повік і взагалі значно удосконалив хірургічну техніку. Головні праці: "Ueber die Durchschneidung der Sehnen and Muskeln" (1841), "Die Heilung des Stottern" (1841), "Ueber das Schielen und die Heilung desselben durch Operation" (1842), "Die operative Chirurgie" (1844-49).

ДЯДЬКОВСЬКИЙ Устим Євдокимович (1784-1841) – лікар. Закінчив Московську медико-хірургічну академію із срібною медаллю (1812), перший випуск, залишений при академії ад'юнктом. Під час війни знаходився в шпиталях Москви, Рязані. У 1816 р. отримав ступінь доктора медицини, читав лекції з терапії. У 1826 р. призначений спочатку екстраординарним, а потім і ординарним професором Московської медико-хірургічної академії, одночасно був бібліотекарем академії. У 1836 р. призначений директором клініки Московського університету. Розробив оригінальну і досконалу власну класифікацію хвороб, надрукував монографії "Загаль-

на терапія” (М., 1836); “Практична медицина, лекції” (М., 1845) та ін. В рукописах залишились ще “Загальна патологія” і “Загальна фармакологія”.

ПИРОГОВ Микола Іванович (1810-1881) – видатний російський лікар і вчений, педагог та громадський діяч; один із основоположників хірургічної анатомії та анатомо-експериментального напрямку в хірургії, військово-польової хірургії, організації і тактики медичного забезпечення військ; член-кореспондент Петербургської академії наук (1847), почесний член і почесний доктор багатьох вітчизняних і зарубіжних університетів і медичних спілок.

У 1856 р. Пирогов залишив службу в академії та обійняв посаду попечителя Одеського учбового округу; з цього часу почався 10-літній період його діяльності на ниві просвіти. У 1858 р. П. призначають попечителем Київського учбового округу (в 1861 р. він звільняється за станом здоров'я). З 1862 р. П. – керівник молодих російських вчених, відряджених в Німеччину для підготовки до професорсько-педагогічної діяльності. Останні роки життя (з 1866 р.) П. провів у своєму маєтку в с. Вишня поблизу Вінниці, звідки виїздив в якості консультанта з військової медицини на фронт за часів франко-пруської (1870–1871) і російсько-турецької (1877–1878) війн.

М.І. Пирогов був прихильником профілактичного напрямку в медицині. Йому належать знамениті слова, які стали девізом вітчизняної медицини: “Я верю в гігієну. Вот где заключается истинный прогресс нашей науки. Будущее принадлежит медицине предохранительной”.

Репутація П. як практичного хірурга була настільки ж високою, як і репутація вченого. Про міжнародний лікарський авторитет П. свідчить, зокрема, запрошення його для консультативного огляду до німецького канцлера О. Бісмарка (1859 р.) та національного героя Італії Дж. Гарібальді (1862 р.).

Пирогова-педагога вирізняло постійне прагнення до більшої наочності викладу матеріалу, пошук нових методів викладання анатомії та хірургії, проведення клінічних обходів. Важливою його заслугою в галузі медичної освіти є ініціатива відкриття шпитальних клінік для студентів 5-го курсу. Його ініціатива залучення жінок до догляду за пораненими, тобто в організації інституту сестер милосердя, зіграла важливу роль в поверненні їхньої уваги до медицини і сприяла, за визначенням А. Дюнане, створенню Товариства Червоного Хреста.

У травні 1881 р. в Москві було святково відзначено 50-річчя різносторонньої діяльності П., він був удостоєний звання почесного громадянина Москви. Після його смерті було засновано Спілку російських лікарів в пам'ять М.І. Пирогова, регулярно скликались Пироговські з'їзди. У 1897 р.

в Москві перед будинком хірургічної клініки на Царицинській вулиці (з 1919 р. Велика Пироговська) на кошти, зібрані за підпискою, встановлений пам'ятник М. І. Пирогову (скульптор В.О. Шервуд); в Державній Третьяковській галереї є його портрет роботи І.Е. Рєпіна (1881). За рішенням Радянського уряду в 1947 р. в с. Пирогово (волишне с. Вишня), де зберігається склеп з набальзамованим тілом великого діяча вітчизняної науки, відкритий меморіальний музей-садиба. З 1954 р. президія АМН СРСР і правління Всесоюзної спілки хірургів щороку проводять Пироговські читання. П. присвячені понад 3 тис. книг та розповідей. Ім'я Пирогова носять Ленінградська (колишня Російська) спілка хірургів, 2-й Московський, Вінницький та Одеський медичні інститути.

ЕСМАРХ Фрідрих – лікар, народився у 1823 р., вивчав медицину в м. Кіль, Геттінгемі, був асистентом Лангецбена (1846) в хірургічному шпиталі в Кілі, у 1854 – директор хірургічної клініки, у 1857 р. – ординарний професор і директор шпиталю. Під час війни 1864 р. набув великої популярності; в 1866 р. завідував всіма лазаретами м. Берліна. Есмарх – видатний знавець польової хірургії; винайшов спосіб штучного знекровлення ділянок тіла при операціях, що давало можливість проводити їх без крововтрат. Багато праць Есмарха перекладені на російську мову.

Ф. Зауер вважав гірудотерапію цінним методом лікування при запаленні очей, головних болях, лихоманці, запальних процесах в ротовій, черевній та грудній порожнинах, органів жіночої статеві сфери, шкіри; порушеннях циклу, при ревматичних хворобах тощо.

З середини XIX ст., завдячуючи великому попиту на п'явки, розробці державних документів, які регулювали їх розведення, вилучування та реалізацію, та літературі з цього питання, в Росії з'явилися п'явкові господарства. Перше таке господарство було засноване Г. Парманом у 1825 р. (в Москві). З 1829 р. в Петербурзі почав розводити п'явок фельдшер Г. Гаврилов. У 40–60 рр. в Ніжині Чернігівської губернії активно займався розведенням п'явок І.К. Гржимайло. У 50–60 рр. існувало два п'явочних господарства в Харкові (Гауза та Кальченко). У Київській губернії при аптеках були копанки з проточною водою, в яких утримувались п'явки. В 1844 р. під Ригою було облаштовано декілька ставків для розведення п'явок.

17 вересня 1848 р. Міністерством Внутрішніх Справ Росії були затверджені правила вилову п'явок, а ще через 2 роки (1850) Міністерство Державного Майна Росії розробило правила передачі в оренду озер та ставків на термін не менше 12 років з метою створення умов для збереження та розведення п'явок. У 1856 р. в Росії

був заборонений вивіз п'явок за кордон терміном на 6 років у зв'язку з великим споживанням їх на внутрішньому і зовнішньому ринках, що призвело до виснаження запасів їх в природних умовах.

Розвитку гірудотерапії та гірудології сприяла наявність великої кількості літератури. Одне з перших російських видань "Трактат о врачебных пиявках" належить А. Вітте (1802 р.), а перше "Руководство к разведению, сохранению и употреблению пиявок" видане Бриковим через 50 років – у 1852 р. (Санкт-Петербург). У 1825–1859 рр. вийшли в світ ряд монографій з розведення та біології п'явок: Ж.Л. Дергейма "Природня та медична історія п'явок", Париж, 1825 р.; А. Мокен-Тандона "Монографія сімейства п'явок", Париж, 1826 р.; Вейсона "Практичний супутник п'яководства", 1852 р.; Гузара "Розмноження п'явок", 1854 р.; Лауренса "Розведення п'явок", 1854 р.; Бюске "Настанова по п'яворозведенню", 1854 р.; Fermond "Monographic des Sanguales medicinales", 1854; Erard "Nouvelle monographic des Sanguales medicinales", 1857; С.А. Усова "Природня історія п'явок і закордонне п'яководство", 1859 р.; І.І. Гржимайло "Опис двадцятирічних дослідів розведення п'явок", 1859 р. "Монографія лікарських п'явок" А.Е. Воскресенського (1859 р.) написана за дорученням Російського Військово-медичного департаменту. В ній описано історію лікування п'явками, способи їх утримання та рекомендації щодо лікування.

Хоча гірудотерапія та гірудологія в другій половині XIX ст. у цілому занепали через використання п'явок майже при всіх хворобах, відсутність науково обґрунтованих показань та протипоказань для гірудотерапії, певних хибних методологічних уявлень, розвитку мікробіології та побоювання лікарів щодо можливого переносу інфекції при лікуванні п'явками; негативного ставлення в країнах Західної Європи та Росії до кровопускання, в т.ч. і за допомогою п'явок. Однак частина лікарів і дослідників продовжували лікувати п'явками та вивчати їх лікувальні властивості, можливості подальшого удосконалення методів розведення п'явок. Так, в 1868 р. професор К. Дяконов констатував, що кров, яка отримана із шлунку п'явки, не згортається. В статті "Зміни людської крові в п'явці", писав, що "незгортання крові та розчинення кров'яних кульок свідчить про існування в кишечнику п'явки якогось розчиняючого агента".

У Росії після скасування кріпацтва (1861) створюється земська медицина. Земські лікарі використовували п'явок як один з основних лікарських інструментів. П'явкам надавала перевагу і російська імператорська сім'я [16]. Селяни Самарської губернії використовували порошок висушених п'явок для зупинки носових, горлових, шлункових та маткових кровотеч [1;17;19].

У 1884 р. Дж. Хайкрафт також звернув увагу на антикоагуляційну дію секрету, який знаходиться в передньому кінці п'явки. Він отримав з тіла п'явки екстракт, який при додаванні його в пробірку з кров'ю надовго попереджував згортання крові та її гниття. Отриманий екстракт слугував матеріалом подальшого виділення чистого препарату – гірудину.

У 1885 р. під Ватерлоо за допомогою гірудотерапії вперше вдалось попередити ампутацію нижньої кінцівки після осколочного поранення.

Незважаючи на негативне ставлення до п'явок загалом, окремі лікарі продовжували використовувати їх у практичній діяльності. Так, відомий російський клініцист Г.А. Захар'їн впродовж всієї своєї практики прикладав їх при ряді захворювань [20]. Він виділяв в механізмі дії п'явок два компоненти: спорожняючий та відволікаючий, вважаючи, що при цьому відбуваються складні фізіологічні зміни в організмі хворого. У 1889 р. проф. Г.А. Захар'їн виступив на щорічному засіданні Московського фізико-медичного товариства з доповіддю "О кровопускании" (за допомогою п'явок), в якій відстоював лікування п'явками як метод надзвичайно ефективний і перспективний. В "Клінічних лекціях" (1895 р.) в доповненні "О кровопускании" він згадує про своє трирічне перебування у Західній Європі (з 1856 р.), де не зустрічав кровопускання, лише за рідкісним винятком ставились банки та п'явки. Повернувшись до Москви, він зіткнувся з подібним явищем на батьківщині [6;7].

ЗАХАР'ІН Григорій Антонович (20.11.1829, Пенза – 4.01.1898, Москва) – російський терапевт. У 1852 р. закінчив курс медичного факультету Московського університету. Захистив дисертацію на ступінь доктора медицини. У 1862 р. обраний професором кафедри діагностики, потім директором факультетської терапевтичної клініки, якою завідував до виходу у відставку в 1896 р. З. був одним із найвидатніших клініцистів-практиків, розробив оригінальні підходи до обстеження хворих, в яких велику роль відігравав анамнез, і користувався величезним успіхом як вдумливий та тонкий діагност. Він створив школу лікарів-практиків, які згодом стали завідувачами кафедр внутрішніх хвороб. Маючи складний характер і нестриманість в спілкуванні з помічниками і навіть з хворими, З. мав на цьому ґрунті багато проблем; конфлікт із слухачами, який стався незадовго до його смерті, примусив З. піти у відставку. У 1894 р. З. в Лівадії консультував імператора Олександра III разом з проф. Лейденом. Частина свого колосального багатства він заповів громадським та просвітницьким організаціям. Більшість наукових праць З. належить до його молодих років: "Учение о послеродовых болезнях" (1855), "По по-

воду некоторых вопросов по крови" ("Мед. вест.", 1861), "О возвратной горячке" ("Моск. мед. газ.", 1865) та ін. Головну заслугу З. становлять його "клінічні лекції", в яких продемонстрована виключна спостережливість та майстерний виклад власних способів діагностики та поглядів на лікування. Дані лекції витримали багато видань і до цього часу вважаються зразковими.

Засновник російської клінічної школи, шкільної гігієни. Розробляв методику дослідження хворого; розглядав організм, як цілісну систему; розробив класифікацію ряду хвороб, зокрема сифілісу та туберкульозу легенів, показання для гірудотерапії.

Таким чином, починаючи з другої половини XIX ст., гірудотерапія, як і інтерес до розведення п'явок, втратили актуальність через відсутність чітких показань та протипоказань для їх використання, обґрунтування необхідної кількості п'явок на один сеанс, розвитку знань з мікробіології та страх лікарів щодо можливої передачі інфекції, негативне ставлення більшості лікарів в Росії та Європі до кровопускання в цілому. Лише окремі лікарі продовжували використовувати та вдосконалювати метод гірудотерапії (Г.А. Захар'їн, С.Ф. Пастернацький та ін.) [3; 12].

ПАСТЕРНАЦЬКИЙ Федір Гнатович (1843–1902) закінчив Київський університет в 1876 р. з відзнакою. Після закінчення університету знаходився на військовій службі молодшим ординатором в госпітальній терапевтичній клініці проф. Покровського в Києві. У 1888 П. отримав ступінь доктора медицини і наступного року був призначений викладачем медичної академії в Санкт-Петербурзі, в 1893 р. затверджений ординарним професором терапевтичної клініки. З клініки П. вийшло багато робіт стосовно дослідження кавказьких мінеральних вод. За його ініціативи в 1898 р. в Санкт-Петербурзі був скликаний перший в Росії з'їзд кліматологів, бальнеологів та гідрологів, засновано журнал, присвячений розробці питань в цій галузі. Окрім робіт з бальнеології, з клініки П. вийшла ціла низка наукових праць з дієтології, терапії, біології та бактеріології. Він написав: "Випадок заповзання аскарид в жовчні протоки печінки" (Київ, 1873), "Випадок інкапсульованого абсцесу мозжечка" (1875), "Короткий курс гігієни..." (1875), "Декілька спостережень за лікуванням хворих на сипний тиф по способу Giebergmeister'a холодними ваннами та великими дозами хініну" (1875), "Графічне зображення температурних величин при гострих хворобах з лихоманкою" (1883), "До питання про вплив жарознижуючих таніну, антифіну та антифібрину на температуру внутрішню і зовнішню та на втрату тепла шкірою організму, що лихоманить" (дис. СПб, 1888), "Нарзан та його лікувальні властивості" (1892), "Кліматолікувальні

пункти на Чорноморському узбережжі Кавказу" (1896), "Про болотні лихоманки на Чорноморському узбережжі" (1897) та ін.

БОТКІН Сергій Петрович (1832–1889) – класик російської медицини, видатний терапевт, основоположник функціонального напрямку у вітчизняній клінічній медицині, талановитий педагог, організатор та громадський діяч, засновник потужної школи терапевтів.

Народився в Москві, в родині купця. Спочатку навчався вдома, а потім з 1847 р. – у приватному пансіоні. В 1850 р. Боткін поступив і в 1855 р. закінчив медичний факультет Московського університету з відзнакою. Після закінчення університету Боткін поїхав в Крим в діючу армію, де протягом 3-х місяців працював ординатором в Симферопольському військовому шпиталі під керівництвом М.І. Пирогова.

У 1856 р. Б. виїхав за кордон – спочатку у Вюрібург, потім в Бердін, де слухав лекції Р. Вірхова, відвідував клініку Л. Траубе; у Відні працював у фізіолога Людвіга і клініциста Опольцера. Після короткого перебування в Швейцарії і Англії Б. переїхав в Париж, де відвідував фізіологічну лабораторію К. Бернара та терапевтичну клініку А. Труссо. У ці роки за кордоном жили Г.А. Захар'їн та І.М. Сеченов, з якими він часто зустрічався. У 1860 р. Б. повернувся в Петербург, захистив дисертацію "Про всмоктування жиру в кишках", отримав ступінь доктора медицини і був затверджений на посаді ад'юнкт-професора терапевтичної клініки Медико-хірургічної академії. В 1861 р. був затверджений ординарним професором цієї клініки і до кінця життя не залишав академію.

Боткін перший в Росії створив при клініці лабораторії: загальноклінічну, хімічну, бактеріологічну і фізіологічну. Останньою протягом 10 років з 1878 р. завідував І.П. Павлов. Із 106 учнів Б. 45 очолили кафедри не тільки в Петербурзі, але й в інших містах Росії. У 1872 р. Б. затверджено в званні академіка. У 1878 р. Б. обрано головою Товариства російських лікарів в Петербурзі, яке він очолював до смерті. Боткін був почесним членом Московського та Казанського університетів, 35 російських та 9 закордонних медичних товариств. Будучи палким прихильником методу гірудотерапії, п'явку він жартома називав «молодшим помічником лікаря».

ЦІОН Ілля Фадейович (1842–1912) – фізіолог, професор Петербурзького університету (1870) і Медико-хірургічної академії (з 1872). Вирізнявся вкрай реакційними політичними поглядами; в 1875 р. змушений був залишити академію і виїхати до Парижу в якості представника російського Міністерства фінансів (до 1891). Одночасно працював у К. Бернара, а потім створив власну фізіологічну лабораторію. Один із

творців вчень про рефлекторну регуляцію серцево-судинної системи та нервових механізмів гомеостазу. Відкрив в 1866 р. разом з К.Ф. Людвігом серцево-аортальний ("депресорні") нерви і вивчив їх функцію. Використовував п'явок для лікування серцево-судинних захворювань.

Продовжувалось вивчення біології п'явок та механізмів їхньої дії на організм людини. Так, відомий російський вчений О.О. Ковалевський вивчав анатомію п'явок, Дж. Хайкрафт (1884 р.) отримав з головок п'явок екстракт, який перешкоджав згортанню крові, паразитолог М.О. Сахаров (1890) вперше в світі довів, що збудники тропічної малярії можуть декілька днів залишатися життєздатними в кишковому каналі п'явки, поза межами організму людини.

КОВАЛЕВСЬКИЙ Олександр Онуфрійович (1840–1901) – видатний зоолог. Закінчив курс природознавства в Санкт-Петербурзькому університеті. Отримав ступінь магістра за дисертацію: "Історія розвитку ланцетника – *Amphioxus lanclotitatus*", ступінь доктора – за дисертацію "Про розвиток *Phogonis*". Був послідовно професором зоології в Казанському, Київському, Новоросійському університетах. У 1870–73 рр. здійснив наукову подорож в Алжир та на Червоне море. У 1890 р. обраний ординарним академіком імператорської академії наук і відряджений з науковою метою на південь Росії. В 1891 р. зайняв кафедру гістології Петербурзького університету. Був почесним членом усіх товариств природознавців при російських університетах та директором Севастопольської зоологічної станції. За роботу "Embryologische Studien an Warmern und Arthropoden" (1871) нагороджений Беровською премією академії наук. Більшість праць К. присвячені ембріології, переважно безхребетних. Дослідження, проведені ним в 60-і роки, вперше встановили прозародкові пласти у безхребетних. Немає майже жодної більш-менш великої групи безхребетних, у вивченні яких точні і ґрунтовні дослідження Ковалевського не зіграли б суттєвої ролі, а деякі із відкритих ним фактів (наприклад, гастрюляція ланцетника та ін., регресивний розвиток асцидій, статевий диморфізм Бонелія та ін.) послужили основою для важливих узагальнень. В останні роки життя К. його дослідження були присвячені морфології п'явок та деяких молюсків, а також з'ясуванню видільних і фагоцитарних органів у безхребетних, і за цими ледве відомими раніше питаннями (особливо щодо видільних органів) ним отримані дуже важливі результати. Ковалевський надрукував близько 60 наукових робіт.

САХАРОВ Микола Олексійович (1852–1927) – паразитолог. У 1878 р. закінчив медичний факультет Київського університету. Біля 30 років працював лікарем Закавказької залізниці.

При Тифліській залізничній лікарні організував експериментально-мікробіологічну лабораторію. Сахаров опубліковано 76 наукових робіт, в т.ч. 30 з питань паразитології, головним чином морфології і біології, збудників малярії людини. У 1889 р. одночасно з італійськими вченими Маркіафою (E. Marchiafava) і Челлі (A. Celli), але незалежно від них, описав плазмодії тропічної малярії із супроводом його зробленими вперше у світовій літературі мікрофотографіями. У 1892 р. Сахаров видав атлас мікрофотограм трьох видів збудників малярії та окремих фаз їх розвитку в крові хворого; в 1890 р. першим в світі довів, що збудники тропічної малярії можуть декілька днів залишатися життєздатними в кишковому каналі п'явки, поза межами організму людини; в 1903 р. (одночасно з В.В. Фавром) ним були сформульовані принципи комплексної протималярійної боротьби, спрямованої проти збудника малярії та його переносника.

На честь Сахарова названий вперше описаний ним збудник захворювання гусей в східній частині Закавказзя (*Spirochaeta anserina* Sakharoff) і (по пропозиції В.В. Фавра) один з видів малярійного комара (*Anopheles sacharovi*).

XX століття маніфестувало прискоренням науково-технічного прогресу, зростанням економіки, зміною умов життя людей, демографічним та інформаційним вибухами, інтенсивним розвитком науки [4]. Виділений Дж. Хайкрафтом ще в 1884 р. екстракт з головки п'явки був досліджений більш детально, і в 1903 р. з нього вченими F. Franz та F. Bolog було виділено антикоагулянтний фактор в чистому вигляді і названо «гірудином», який стали використовувати для лікування. З цього моменту почали розрізняти гірудотерапію – лікування медичними п'явками та гірудинотерапію – лікування гірудином [5]. Відкриття антикоагулянтного фактору суттєво не позначилось на зацікавленості лікарів ні в п'явці, ні в гірудині. Лише у 1922–1925 рр. завдяки французькому вченому Д. Ферм'є, який сам отримав чудові результати гірудотерапії при флебітах та доклав досить зусиль для пропаганди цього методу, дещо поживавилось використання п'явок в різних галузях медицини. Так, в СРСР у 1928 р. було створено Кабінет медичних п'явок в Москві, в якому їх використовували при досить широкому колі захворювань: хворобах серцево-судинної системи, запаленні нирок, жовчного міхура, легенів, придаткових пазух носа, підшкірної клітковини, ендокринній патології тощо. Вперше в СРСР опубліковані результати гірудотерапії при тромбофлебитах (Г.П. Зайцев, І.Р. Петров та співавт.). Великий внесок у розвиток методу, особливо з обґрунтування фізіологічної дії п'явок, переважно при захворюваннях серцево-судинної системи, зробили відомі вчені

Г.Ф. Ланг, М.П. Кончаловський, Н.Д. Стражеско, А.Л. М'ясников, Є.М. Тареев та ін. [18].

КОНЧАЛОВСЬКИЙ Максим Петрович (1875–1942) – радянський терапевт, професор (1918), заслужений діяч науки РСФСР (1934). У 1899 р. закінчив медичний факультет Московського університету, потім працював під керівництвом В.Д. Шервінського, Л.Є. Голубініна і Н.Ф. Голубова в факультетській терапевтичній клініці ун-ту. В 1911 р. захистив докторську дисертацію на тему “Про шлункову ахілію”. У 1918 р. вибраний професором госпітальної терапевтичної клініки Московських вищих жіночих курсів. У 1919-1929 рр. завідував кафедрою госпітальної терапії 2-го Московського університету (нині 2-го ММІ), а з 1929 р. завідував кафедрою факультетською терапією 1-го Московського університету (нині 1-го ММІ). Одночасно був консультантом Інституту гігієни праці і професійних захворювань ім. В.А. Обуха (1927–1931), заступником директора по науковій частині Центрального інституту гематології і переливання крові (з 1928 р.), завідував терапевтичною клінікою ВІЕМ (з 1933 р.).

Кончаловський опублікував понад 150 наукових праць майже за всіма розділами внутрішньої медицини. Найбільш значна частина його праць присвячена питанням патології органів травлення.

ЛАНГ Георгій Федорович (1875–1948) – радянський терапевт, організатор потужної школи радянських терапевтів, академік Академії медичних наук (1945), заслужений діяч науки РСФСР (1934), лауреат Державної премії СРСР (1951).

У 1899 р. закінчив ВМА. У 1901 р. захистив докторську дисертацію про соматичну стійкість червоних кров'яних тілець при раку шлунку. З 1901 р. по 1919 р. – ординатор, потім – заввідділення Петропавлівської (нині ім. Ф.Ф. Ерісмана) лікарні. З 1919 р. – професор, завідувач терапевтичної клініки Ленінградського інституту удосконалення лікарів, а з 1922 р. завідував факультетською терапевтичною клінікою 4-го Ленінградського медінституту.

Г.Ф. Ланг опублікував понад 80 наукових праць, в т.ч. 3 монографії і посібник для лікарів. Він всебічно опрацьовував питання кардіології. Ще в 1922 р. він висловив думку про гіпертонію як самостійне захворювання, не пов'язане з першо-черговим ураженням нирок. Йому першому в нашій країні належить клініко-анатомічне дослідження пучка Гіса. Вперше в СРСР він запропонував лікувати хворих з мерехтливою аритмією хінідином. Він же показав зв'язок електрокардіографічних змін з визначеними біохімічними порушеннями в серцевому м'язі і запропонував новий термін “дистрофія міокарда” для визначення захворювань серцевого м'яза, в основі яких лежать обернені порушення біохімічних і

хімічних процесів у серці екзогенної та ендогенної природи.

Г.Ф. Ланг створив класифікацію хвороб системи кровообігу, розвинув функціональний напрямок в гематології. Ряд наукових праць Г.Ф. Ланг присвятив вивченню захворювань печінки і легеневої патології. Його підручник з внутрішніх хвороб довгі роки був настільною книгою радянських терапевтів.

Серед учнів Г.Ф. Ланга були А.Л. Мясников, М.Д. Тушинський, В.Г. Баранов, А.А. Кедров. З його клініки вийшло понад 20 професорів, керівників клінік та лабораторій. Г.Ф. Ланг був головою Всесоюзного товариства терапевтів (з 1943 р.), засновником (спільно з М.П. Кончаловським), редактором журналу “Терапевтичний архів”, редактором журналу “Клінічна медицина”, був відповідальним редактором відділу “Внутрішні хвороби” в 1-му виданні ВМЕ. За кращі праці в галузі серцево-судинної патології заснована премія ім. Г.Ф. Ланга АМН СРСР (1958).

Нагороджений орденами Леніна, Трудового Червоного Прапора, Вітчизняної війни I ст. та медалями.

Г.Ф. Ланг зробив внесок і в розвиток гірудотерапії, вивчаючи механізм її дії переважно при захворюваннях серцево-судинної системи.

СТРАЖЕСКО Микола Дмитрович (1876–1952) – радянський терапевт, акад. АН СРСР (1943), АН УРСР (1934) і АМН СРСР (1944), Герой Соціалістичної Праці (1947), заслужений діяч науки УРСР (1934).

Закінчив медичний факультет Київського університету в 1899 р. і працював під керівництвом В.П. Образцова в клініці внутрішніх хвороб Київського університету. У 1904 р. захистив докторську дисертацію “До фізіології кишок”, яку виконав в лабораторії І.П. Павлова. З 1907 р. по 1919 р. професор Київського жіночого медичного інституту, з 1919 р. завідував кафедрою терапії Новоросійського університету, з 1922 р. директор клініки пропедевтики, а потім госпітальної клініки Київського медичного інституту. З 1929 р. по 1952 р. директор факультетської клініки того ж інституту. В роки Великої Вітчизняної війни працював консультантом шпиталів МЗ СРСР, був професором кафедр терапії Башкирського медичного інституту і 1-го ММІ. З 1943 р. директор організованого ним Українського інституту клінічної медицини (нині ім. М.Д. Стражеска).

М.Д. Стражеско – автор понад 100 наукових праць, присвячених різним питанням клініки і лікування внутрішніх хвороб. Опублікована спільно з В.П. Образцовим праця “К симптомологии и диагностике тромбоза венечных артерий сердца” (1910), в якій вперше в світі були дано розгорнутий опис різних клінічних форм інфаркту міокарда і виявлена його основна патогенетична лан-

ка, принесла йому світову популярність. С. вивчав також проблеми фізіології і патології органів травлення (шлунок, кишковик і печінка), питання використання строфантину в якості лікарського засобу при хворобах серця. Класичним твором стала його монографія «Основы физической диагностики заболеваний брюшной полости» (1924). Особливу увагу С. приділяв клініко-експериментальному вивченню патології органів кровообігу. У клініці ефективно використовували для лікування даної патології медичні п'явки. Він описав ряд синдромів і симптомів при серцево-судинних захворюваннях, розробив вчення про функціональну недостатність кровообігу, спільно з В.Х. Василенко створив класифікацію недостатності кровообігу, науково обґрунтував теорію ревматизму як інфекційно-алергічного захворювання стрептококової етіології, виявив зв'язок між сепсисом, ендокардитом і ревматизмом, описав закономірність співвідношення серцевої астми і стенокардії (грудної жаби). Йому належать дослідження так званих хронічних інфекцій, а також ранового сепсису, алергії, геріатрії, гематології, шоку, туберкульозу та ін.

ТАРЕЄВ Євген Михайлович (1895–1986) – радянський терапевт, академік АМН (1948), Герой Соціалістичної Праці (1965), лауреат Ленінської премії (1974) і Державної премії СРСР (1946, 1983), заслужений діяч науки РСФСР (1948).

У 1917 р. закінчив медичний факультет Московського університету. З 1936 р. очолював кафедру терапії 9-го ММІ. З 1951 р. завідував кафедрою терапії 1-го ММІ. Одночасно з 1929 р. по 1951 р. керував клінікою Інституту медичної паразитології і тропічної медицини.

Тареев – автор біля 700 робіт, у т.ч. 10 монографій, а також багатьох збірників і посібників, підготовлених за його участі та за його редакцією. Особливе місце серед його робіт займають проблеми патології печінки, вивчення патології нирок, Є.М. Тареев і П.Г. Сергієв вперше (1939) довели можливість розвитку гепатиту з вираженою жовтяницею після введення в організм безбактеріального фільтрату сироватки, отриманої від хворого вірусним гепатитом, що стало свідченням на користь вірусної етіології даного захворювання, і вперше в СРСР описали клінічну картину сироваткового гепатиту (хвороби Сергієва–Тареева). Т. вивчив гострий та хронічний вірусний гепатит, вірусний цироз печінки з перебігом в цироз-рак печінки. Ним була встановлена роль вірусного гепатиту В у патогенезі позапечінкових уражень при хронічно активному гепатиті, при виникненні вузлового периартеріїту, окремих випадків синдрому Шегрена, ревматоїдного артрити. Вперше в нашій країні ним були досконало вивчені алкогольні ураження печінки (гострий та хронічний алкогольний гепатит, алкогольний цироз та інші).

Тареевим досліджені системні хвороби, хвороби сполучної тканини, ускладнення лікарської терапії, патологія серцево-судинної системи. У клініці при хворобах серцево-судинної системи широко використовувалась гірудотерапія. Т. один із перших дослідив процес зсідання еритроцитів, ввів показники РОЕ (ШОЕ) в клінічну практику.

Особливе місце в діяльності Тареева займає педагогічна діяльність. Він був почесним доктором наук Карлового університету, почесним членом Товариства нефрологів та інтерністів ГДР, гастроентерологів НРБ, членом Всесвітньої асоціації терапевтів.

ВИШНЕВСЬКИЙ Олександр Васильович (4.09.1874, аул Чир-Юрта, Дагестан – 13.11.1948, Москва) – російський хірург, академік АМН СРСР з 1947 р. Закінчив в 1899 р. Казанський університет. З 1947 р. – директор Інституту хірургії АМН СРСР (в 1948 р. інституту присвоєно його ім'я). Основні праці з питань нервової трофіки. Розробив оригінальні методи лікування запальних захворювань, гнійних процесів і ран новокаїновою блокадою та масляно-бальзамічною пов'язкою. Державна премія СРСР, 1942.

ПЕТРОВ Микола Миколайович (1876–1964) – хірург, один із основоположників вітчизняної онкології, створив наукову школу, член-кореспондент АН СРСР (1939), академік АМН СРСР (1944), Герой Соціалістичної Праці (1957). Організатор і керівник (з 1926 р.) Ленінградського онкологічного інституту (з 1966 р. ім. М.М. Петрова).

Праці по експериментальній, теоретичній і клінічній онкології. Автор першої (1910 р.) капітальної праці по онкології російською мовою. Лауреат Державної премії СРСР (1942 р.), Ленінської премії (1963 р.).

М'ЯСНИКОВ Олександр Леонідович (1899–1965) – радянський терапевт, академік АМН (1948), член-кореспондент Академії наук Румунії та член Сербської академії наук і мистецтв. Після закінчення в 1922 р. 1-го МДУ працював в ленінградських клініках під керівництвом Г.Ф. Ланга. З 1932 р. по 1938 р. завідував кафедрою терапії Новосибірського медичного інституту удосконалення лікарів і одночасно (з 1934 р.) завідував кафедрою факультетської терапії Новосибірського медичного інституту. З 1938 р. по 1940 р. – завідував кафедрою факультетської терапії 3-го Ленінградського медичного інституту і з 1940 по 1948 р. – завідував кафедрою факультетської терапії Військово-морської медичної академії в Ленінграді. Одночасно (з 1942 по 1946 р.) М. був головним терапевтом ВМФ. З 1948 р. – директор Інституту терапії АМН СРСР і одночасно завідувач кафедри госпітальної терапії 1-го ММІ.

М. опублікував понад 200 робіт, в т.ч. 9 монографій і 4 підручника, розробляв класифікацію функціональних методів досліджень, вивчав клініку і лікування хвороб печінки. Під керівницт-

вом М. на теренах колишнього СРСР проводились теоретичні та клінічні дослідження з проблем гіпертонічної хвороби, атеросклерозу та ішемічної хвороби серця.

Активізація гірудотерапії певним чином стимулювала проведення наукових досліджень і в гірудології: вивчалися екологія та географія розповсюдження п'явок, структура їх органів та тканин, виділення та очистка біологічно активних речовин, біохімічні процеси тощо. Вивченню анатомії п'явки присвячені класичні роботи радянського зоолога Н. Ліванова Великий внесок у справу вивчення зародкового розвитку п'явок внесли радянський ембріолог Г. Шмідт та О. Шумкіна. Новий, прискорений метод розведення п'явок в штучних умовах розроблений М.В Синьовою. У колишньому СРСР вперше в світі була організована гірудологічна лабораторія. Відродження інтересу до медичної п'явки з боку лікарів пов'язується з появою монографії Г.Г. Щеголева та М.С. Федорової, а також з публікаціями результатів досліджень Markwardt, G. Novak та Y. Hoffman (1977), які довели, що гірудин має сильнішу антитромботичну дію, ніж гепарин. У наступних роботах А. Ishikava та R. Naften (1980) отримали підтвердження приведених вище даних [12].

Погіршення екологічної ситуації на теренах колишнього СРСР призвело до суттєвого скорочення чисельності природних медичних п'явок. Почасти це призвело до активізації роботи діючих та відновлення закритих біофабрик в Росії (Московська, Саратовська, Санкт-Петербурзька) та Україні (Донецька, Харківська, Ірпінська). Великий внесок у розвиток цього напрямку гірудології, а також гірудотерапії на межі ХХ–ХХІ століть внесли: Ш.П. Баскова, Г.І. Ніконов, В.О. Савінов, Д.М. Стояновський, К.Г. Селєзньов, Каменєви Ю.Я. та О.Ю., Д.О. Варламов, А.І. Крашенюк [2;8;9;10;13-15] До широкої популяризації методу долучились і письменники (Л. Геращенко) та журналісти.

БАСКОВА Ізо́льда Порфи́рівна – доктор біологічних наук, описала спосіб виділення та очистки гірудину із секрету п'явки, відкрила нові біологічно активні речовини в складі секрету слинних залоз медичної п'явки. Встановлено, що п'явковий секрет в своєму складі містить гірудин – інгібітор ферменту тромбіну; бделіни – інгібітори трипсина і плазміна; егліни – інгібітори трипсина і хімотрипсина, катепсіна; дестобілазу – фермент, гідролізуючий ізопептидні зв'язки, забезпечуючий розчинення стабілізованого фібрину; інгібітор калікреїну плазми крові, який блокує активність кінінів, що є ініціаторами запалення і медіаторами больового синдрому; п'явкові простагландіни, за спектром дії подібні до простагландіну; інгібітори 12-го фактору згортання крові; гіалуронідазу, займає важливе місце в

процесі транспорту і проникнення компонентів секрету в кровотік, що є одним із ключових механізмів гірудотерапії і веде до усунення мікроциркуляторних порушень, а також виявляє антигіпертензивну дію.

НІКОНОВ Геннадій Іванович – народився в 1955 р. в Потсдамі (НДР) в сім'ї майора, учасника Великої Вітчизняної війни. Батьки мріяли бачити лікарем, але його більше цікавила біологія. Закінчив Московський державний університет ім. М.В. Ломоносова. Закінчивши біофак МГУ, 10 років працював на кафедрі лаборантом, захистив кандидатську дисертацію “Поліфункціональність та протитромботична дія секрету слинних залоз медичних п'явок”. Багаторічна наукова практика пов'язана з виділенням та вивченням механізмів дії біологічно активних речовин, продуктованих медичними п'явками, та створенням на їхній основі косметичних та лікарських засобів. Доктор біологічних наук, професор, академік НАМН України, генеральний директор Міжнародного центру медичної п'явки, автор понад 200 наукових публікацій і 25 патентів, автор (спів-автор) книг “Медицинская пиявка: вчера, сегодня, завтра”, “Медицинская пиявка. Основы гирудотерапии”, “Медицинская пиявка. Средство коррекции биоэнергетического потенциала человека”, “Вам поможет медицинская пиявка. Энциклопедия гирудотерапии”. В 36 років став доктором біологічних наук.

САВІНОВ Володимир Олексійович – кандидат медичних наук, президент Асоціації гірудотерапевтів Росії та Московського альянсу гірудотерапевтів, народний зцілитель Росії, член Європейської асоціації з ракових досліджень (EACR) та Європейської спілки медичних онкологів (ESMO). Засновник (1995) та головний редактор науково-практичного журналу “Асклепейон”.

Після закінчення морського факультету Військово-медичної академії ім. С.М. Кірова (1957) працював хірургом, урологом, андрологом, терапевтом.

Науково-практичні уподобання: клінічна імунологія, онкологія, гірудотерапія, причинно-наслідкові зв'язки в патології, корекція розладів енергосистеми. Автор понад 150 робіт, серед яких 17 монографій.

КАМЕНЄВ Олег Юрійович – лікар-терапевт. Закінчив І-й медичний інститут ім. І.П. Павлова. Ще студентом під керівництвом батька почав вивчати натуропатію, народну медицину. Директор Медичної компанії та клініки “Народна медицина”. Доктор альтернативної медицини. Автор програми відродження використання медичної п'явки з лікувального метою, займався створенням міського клінічного центру гірудотерапії, викладач школи гірудотерапії для лікарів, співавтор книги “Вам поможет пиявка. Гирудотерапия”. (1997 р.).

КАМЕНЕВ Юрій Якович – лікар-терапевт, кандидат медичних наук, доцент. Закінчив Військово-медичну академію ім. С.М. Кірова. Майже 50-річна практична діяльність його пов'язана з вивченням та використанням натуротерапевтичних методів. Послідовник лікаря А.С. Залманова. Автор понад 50 друкованих праць та монографій. Керівник Медичного центру культури здоров'я ім. А.С. Залманова. Член Міжнародного Регістру комплементарної медицини Росії, доктор альтернативної медицини. Керівник школи гірудотерапії для лікарів, організованої клінікою натуропатії "Народна медицина" спільно з Медичною академією післядипломної освіти в Санкт-Петербурзі. Співавтор книги "Вам допоможе пиявка. Гирудотерапія" (1997 р.).

СЕЛЕЗНЬОВ Костянтин Георгійович – доктор медичних наук, професор Донецького державного медичного університету ім. М. Горького, директор медичної науково-практичної колективної фірми "Біокон", член Міжнародної асоціації вчених, які вивчають п'явку, член Євроконгресу хірургів, академік Нью-Йоркської Академії наук, почесний член університету Бордо.

КРАШЕНЮК Альберт Іванович – доктор медичних наук, професор, завкафедри гірудотерапії і натуральних методів лікування Академії медико-соціального управління. Президент Асоціації лікарів-гірудотерапевтів Санкт-Петербурга, віце-президент Асоціації йоги Росії. У 1993 р. виявив (у співавторстві) невідомий раніше ефект медичних п'явок – біоенергетичний.

УТЄВСЬКИЙ Андрій – біолог, доцент Харківського національного університету ім. Каразіна, з лютого 2003 по березень 2004 рр. був учасником VIII української антарктичної експедиції на станції "Академік Вернадський", яка знаходиться на одному з Аргентинських островів, вивчав фауну вод шельфа, де виявив ознаки бурхливого життя в льодяній воді, в т.ч. і п'явок.

ГЕРАЩЕНКО Л. – член Спілки письменників Росії, член Спілки кінематографістів Росії, автор книг "Лікування п'явками в домашніх умовах", "Вам допоможе медична п'явка. Енциклопедія гірудотерапії" (2005, в співавторстві з Г.І. Ніконовим), "Все про п'явку. Гирудотерапія для різних типів людей" (2005 р.). Популяризатор і велика прихильниця гірудотерапії, як в лікувальних закладах, так і в домашніх умовах. Окрім того, вона автор книг "Сім'я у водовороті розводу, або як уникнути конфліктів", "Три покоління під одним дахом", "Дитина після тридцяти п'яти".

Висновки

Багатовіковий досвід гірудотерапії створив підґрунтя для подальшого розвитку методу та утворення спорідненого напрямку – гірудології. Популяризації цього методу профілактики та лікування сприяла та обставина, що ним користувались корифеї медицини всіх часів. Починаючи з 18-го століття, гірудологія та гірудотерапія крокують разом.

Перспективи подальших досліджень полягають у поглибленому пошуку розробок українських вчених в галузі гірудотерапії.

Список літератури

1. Барсова И. П. Биологические активные вещества, продуцируемые медицинской пиявкой и механизм их действия : автореф. дис. ... канд. биол. наук / И. П. Барсова. – М., 1986. – 21 с.
2. Баскова И. П. Пути совершенствования метода гирудотерапии / И. П. Баскова // Материалы VIII конф. Ассоциации гирудологов : тез. докл. – М., 2003.
3. Геращенко Л. Вам поможет медицинская пиявка. Энциклопедия гирудотерапии / Л. Геращенко, Г. Никонов. – М. : Астрель, 2005. – 235 с.
4. Голяченко О. М. Історія медицини / О. М. Голяченко, Я. В. Ганіткевич. – Тернопіль : Лілея, 2004. – 248 с.
5. Ена Я. М. История гирудотерапии / Я. М. Ена, Е. А. Сушко, А. В. Соловьёв // Лікар. справа. – 1998. – № 5. – С. 26–30.
6. Захарьин Г. А. Клинические лекции / Г. А. Захарьин. – 2-е. изд.– Вып. 1-й. – М., 1891. – 351 с.
7. Захарьин Г. А. О кровоизвлечении / Г. А. Захарьин // Клинические лекции и избранные статьи. – М., 1910. – С. 51–76.
8. Каменев В. Г. Влияние гирудотерапии на состояние центральной и церебральной гемодинамики / В. Г. Каменев, Д. А. Варламов, А. Н. Волянский // Практическая и экспериментальная гирудология : матер. 7-й науч.-практ. конф. – Люберцы, 2001. – С. 10–11.
9. Каменев Ю. Я. Пиявки. Гирудотерапия / Ю. Я. Каменев. – СПб., 1993. – 156 с.
10. Каменев Ю. Я. Современные проблемы гирудотерапии / Ю. Я. Каменев, С. Г. Коломиец // Материалы VIII Конференции Ассоциации гирудологов. – М., 2003.
11. Килівник В. С. Гирудотерапія за часів Авіценни та його попередників / В. С. Килівник // Матеріали міжнар. наук. конф., присвяч. ювілею Абу Алі Ібн Сіні. – К., 2005. – С. 31–33.
12. Килівник В. С. Історія гірудотерапії / В. С. Килівник. – Немирів, 2007. – 150 с. – (КВВ газети «Прибузькі новини»).
13. Никонов Г. И. Использование медицинской пиявки для получения лекарственных средств / Г. И. Никонов, А. А. Голиков // Фармация. – 1993. – № 3. – С. 62–64.
14. Никонов Г. И. Медицинская пиявка – средство коррекции биоэнергетического потенциала человека / Г. И. Никонов, И. П. Куликов. – Раменская типография, 1996. – 138 с.
15. Никонов Г. И. Медицинская пиявка : Основы гирудотерапии / Г. И. Никонов. – СПб. : СДС, 1998. – 320 с.

16. *Применение* гирудотерапии в дефектологии / Крашенюк А. И., Кондратьева С. Ю., Крашенюк С. В., Легкова А. В. // Практическая и экспериментальная гирудология : матер. 7-й научн.-практ. конф. – Люберцы, 2001. – С. 27–28.
17. *Савинов В. А.* Гирудозенерготерапия / В. А. Савинов, Т. Н. Чабан, Л. Д. Пухова. – Брянск. 2000. – 30 с.
18. *Савинов В. А.* Клиническая гирудотерапия / В. А. Савинов. – Брянск, 2002. – 439 с.
19. *Савинов В. А.* Пиявка лечит все / В. А. Савинов, Т. В. Павлова. – СПб. : ДИЛЯ, 2003. – 128 с.
20. *Щеголев Г. Г.* Медицинская пиявка и её применение / Г. Г. Щеголев, М. С. Федорова. – М. : Медгиз, 1955. – 66 с.

ИСТОРИЯ ГИРУДОТЕРАПИИ С НАЧАЛА 18-ГО ВЕКА Н.Э. ДО СОВРЕМЕННОСТИ

В.С. Киливник, П.В. Цвень, И.В. Кузьмин (Немиров, Винница)

Изучен и обобщен мировой опыт развития гирудотерапии с начала 18-го века. Приведены краткие данные о подвижниках в области лечения пиявками.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: история, медицинская пиявка, гирудотерапия, гирудология.

HISTORY HIRUDOTHERAPY FROM ANCIENT TIMES TO THE EARLY 18TH CENTURY AD

V.S. Kylyvnyk, P.V. Tsvet, I.V. Kuzmin (Nemirov, Vinnitsa)

The world experience of hirudotherapy to the early 18th century was studied and generalized. The brief information about the ascetics of treatment with leeches was given.

KEY WORDS: history, medical leech, hirudotherapy, hirudology.

Рукопис надійшов до редакції 24.10.2012
Рецензент: д.мед.н., проф. О.М. Голяченко

Журнал належить до Переліку наукових видань, в яких можуть публікуватися основні результати дисертаційних робіт (розділ “Медичні науки”) ВАК України.

Тематична спрямованість журналу: питання державної політики охорони здоров'я; теоретичні основи охорони здоров'я; концептуальні основи реформування галузі; питання профілактики в охороні здоров'я; медико-демографічні та медико-соціологічні дослідження; вивчення та прогнозування здоров'я населення, розробка моделей управління здоров'ям; медичні проблеми здорового способу життя; організація охорони здоров'я населення; питання управління охороною здоров'я; економіка охорони здоров'я, страхова медицина; нормативне, правове, кадрове, інформаційне, матеріально-технічне, фінансове забезпечення системи охорони здоров'я; сучасні медичні технології; проблеми підготовки медичних кадрів та організація післядипломної освіти; організація санітарно-епідеміологічної служби; комплексна інформація системи охорони здоров'я, її правове, інформаційне, програмне і технічне забезпечення; організація наукових досліджень у системі охорони здоров'я та впровадження нововведень; питання історії медицини, медичної етики та деонтології; проблеми організації наукової медичної інформації; організація охорони здоров'я та управління нею в екстремальних умовах; міжнародний досвід з організації охорони здоров'я; міжнародне співробітництво з питань охорони здоров'я тощо.

До редакції (за адресою: 02099, м. Київ, пров. Волго-Донський, 3) подаються роботи, що **раніше ніде не друкувалися, не направлялися для опублікування в інші друковані видання**, не мають інформації, що становить державну таємницю: оригінальні статті, огляди літератури, короткі повідомлення, рецензії, реферати, інформація про роботу з'їздів, конференцій, симпозіумів, нарад, семінарів та інших наукових, науково-практичних і практичних заходів, а також рекламний матеріал; редакція надає різноманітні рекламні послуги.

Правила подання матеріалу для опублікування:

- Матеріал має супроводжуватись офіційним направленням від установи, в якій він був виконаний, з візою керівництва (наукового керівника), завіреною круглою печаткою установи, та **гарантійним листом про оплату із розрахунку 150 у.о. за 1 авторський аркуш (40 000 знаків)**, оплата здійснюється установою або автором. Якщо матеріал не має гарантійного листа, він не розглядається, автору не повертається, а передається на розгляд лише після погашення заборгованості.

- На останній сторінці статті мають бути власноручні підписи всіх авторів, **прізвище, ім'я та по батькові (повністю)**, поштова адреса, номери телефонів (службовий, домашній) автора, з яким редакція буде спілкуватися.

- Авторський текстовий оригінал має складатися з трьох примірників українською мовою:
 - тексту (обсяг оригінальних статей, у тому числі рисунків, літератури, реферату, не більше ніж 8 с., оглядів літератури, лекцій, проблемних статей – не більше ніж 12 с., коротких повідомлень, рецензій – не більше ніж 7 с.);

- списку літератури (якщо в статті є посилання, не більше ніж 20 літературних джерел, в оглядах – не більше ніж 50);

- таблиць;

- рисунків (не більше ніж 4) і підписів до них;

- **рефератів російською, українською та англійською мовами з обов'язковим зазначенням прізвищ та ініціалів авторів цими мовами**, обсягом не більше 1/3–1/2 с.

- Статті набираються на комп'ютері в програмі Word, зберігаються у форматі .rtf і подаються роздруковані з дискетою. Текст реферату слід друкувати шрифтом 12 пунктів з міжрядковим інтервалом – 1,5, додержуючись таких розмірів берегів (полів): верхній і нижній – 20 мм, лівий – 25 мм, правий – 10 мм. Ілюстрації (діаграми, графіки, схеми) будуються в програмах Word або Excel та у вигляді окремих файлів і разом із текстовим файлом подаються на дискеті.

- На першій сторінці зазначаються: **індекс УДК ліворуч**, ініціали та прізвища авторів, місто в дужках, назва статті, назва установи, де працюють автори.

- Список літератури подається відразу під текстом за текстом. Автори згадуються за абеткою – спочатку праці вітчизняних авторів, а також іноземних, опублікованих російською чи українською мовою, далі іноземних авторів, а також вітчизняних, опублікованих іноземною мовою. Всі джерела повинні бути пронумеровані та мати не більше ніж 5-7-річну давність.

Посилання в тексті позначаються цифрами у квадратних дужках, мають відповідати нумерації у списку літератури. Оформлення бібліографії здійснюється за новим стандартом з бібліографічного опису ДСТУ ГОСТ 7.1:2006. Скорочення слів і їх поєднань наводять згідно з ДСТУ 3582-97 “Скорочення слів в українській мові у бібліографічному описі. Загальні вимоги та правила”.

- Кількість ілюстрацій (рисунок, схеми, діаграми) має бути мінімальною. Таблиці і рисунки вміщують у текст статті зразу після першого посилання на них. У підписі до рисунка наводять його назву, пояснення всіх умовних позначень (цифр, букв, кривих тощо). Таблиці повинні бути компактними, пронумерованими, мати назву. Номери таблиць, їх заголовки та цифрові дані, оброблені статистично, мають точно відповідати наведеному у тексті. Формули надаються зробленими у редакторі формул Microsoft Equation 3.0.
- Позначки різних мір, одиниці фізичних величин, результати клінічних і лабораторних досліджень слід наводити відповідно до Міжнародної системи одиниць (СІ), медичні терміни - згідно з Міжнародною анатомічною та Міжнародною гістологічною номенклатурами, назви захворювань - за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду, лікарські засоби - за Державною Фармакопеєю (X,XI). Назви фірм і апаратів треба давати в оригінальній транскрипції.
- Скорочення у тексті слів, імен, термінів (крім загальновідомих) не допускається. Аббревіатура розшифровується після першого згадування і залишається незмінною протягом усього тексту.
- У рефератах потрібно вказати назву статті, ініціали та прізвище автора (авторів), місто в дужках, лаконічно викласти зміст статті.
- Відповідальність за вірогідність та оригінальність поданих матеріалів (фактів, цитат, прізвищ, імен, результатів досліджень тощо) покладається на авторів. Статті, оформлені без дотримання правил, не розглядаються і не повертаються авторам.
- Редакція забезпечує рецензування статей, виконує спеціальне та літературне редагування, залишає за собою право скорочувати обсяг статей. Відмова авторам в опублікуванні статей може бути без пояснення її причини і не вважатиметься негативним висновком стосовно наукової та практичної значущості роботи.
- Придбати журнал Ви зможете за передплатою та в роздріб. Вартість передплати за один номер для юридичних та фізичних осіб становить 35 грн 90 коп. З приводу придбання звертатися за тел. : (0352) 52-80-09.

Редакційна Рада

Редакція журналу "Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України" інформує, що у зв'язку з прийняттям постанови президії Вищої атестаційної комісії України від 15.01.2003 р. №7-05/1 "Про підвищення вимог до фахових видань, внесених до переліків ВАК України", до розгляду з приводу надрукування в журналі будуть прийматися тільки ті статті, які відповідають вимогам нижченаведеної постанови.

Бюлетень ВАК України, №1, 2003
Атестаційний процес: нормативна база

ПРО ПІДВИЩЕННЯ ВИМОГ ДО ФАХОВИХ ВИДАНЬ,
ВНЕСЕНИХ ДО ПЕРЕЛІКІВ ВАК УКРАЇНИ
ПОСТАНОВА
ПРЕЗИДІЇ ВИЩОЇ АТЕСТАЦІЙНОЇ КОМІСІЇ УКРАЇНИ
від 15.01.2003 №7-05/1

Необхідною передумовою для внесення видань до переліку наукових фахових видань України є їх відповідність вимогам пункту 7 постанови президії ВАК України від 10.02.1999 р. №1-02/3 «Про публікації результатів дисертацій на здобуття наукових ступенів доктора і кандидата наук та їх апробацію». Однак окремі установи-засновники таких видань не дотримуються вимог до складу редакційної колегії видань, не організують належним чином рецензування та відбір статей до друку, не надсилають свої наукові видання до бібліотек, перелік яких затверджено постановою президії ВАК України від 22.05.1997 р. №16/5, тим самим обмежуючи можливість наукової громадськості знайомитися із результатами дисертаційних досліджень. У зв'язку з цим президія Вищої атестаційної комісії України

ПОСТАНОВЛЯЄ:

1. Попередити установи-засновники наукових фахових видань, що у разі відсутності видань у фондах визначених ВАК бібліотек вони будуть вилучені з переліку наукових фахових видань України, в яких дозволяється друкувати результати дисертаційних досліджень.

2. Установам-засновникам фахових видань оновити склади редакційних колегій так, щоб більшість у них становили фахівці, основним місцем роботи яких є установа-засновник фахового видання.

3. Редакційним колегіям організувати належне рецензування та ретельний відбір статей до друку. Зобов'язати їх приймати до друку у виданнях, що виходитимуть у 2003 році та у подальші роки, лише наукові статті, які мають такі необхідні елементи: постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями; аналіз останніх досліджень і публікацій, в яких започатковано розв'язання даної проблеми і на які спирається автор, виділення невирішених раніше частин загальної проблеми, котрим присвячується означена стаття; формулювання цілей статті (постановка завдання); виклад основного матеріалу дослідження з повним обґрунтування отриманих наукових результатів; висновки з даного дослідження і перспективи подальших розвідок у даному напрямку.

4. Спеціалізованим ученим радам при прийомі до захисту дисертаційних робіт зарахувати статті, подані до друку, починаючи з 2003 року, як фахові лише за умови дотримання вимог до них, викладених у п.3 даної постанови.

5. Встановити обов'язковим подання до ВАК України разом із клопотанням про внесення видання до переліку фахових також копії свідоцтва про державну реєстрацію друкованого засобу у Державному комітеті інформаційної політики, телебачення та радіомовлення України.

6. Зобов'язати установи, які є засновниками фахових видань, протягом 2003 року надсилати до ВАК України один контрольний примірник видання із супровідним листом.

7. Експертним радам ВАК України провести до 1 січня 2004 року аналіз наукового рівня публікацій у фахових виданнях і подати президії ВАК України пропозиції щодо внесення відповідних змін до переліку фахових видань.

Голова ВАК України В.В. Скопенко
Вчений секретар ВАК України Л.М. Артюшин

ДО ВІДОМА РЕКЛАМОДАВЦІВ

З 1999 р. видається журнал "Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України".

Тематика журналу:

- питання державної політики охорони здоров'я;
- концептуальні основи реформування галузі;
- дослідження та прогнозування здоров'я населення;
- питання управління, економіки та інформатизації системи охорони здоров'я;
- проблеми підготовки медичних кадрів;
- правове та інформаційне забезпечення галузі тощо.

Крім того, на сторінках журналу розміщуються різноманітні рекламні матеріали.

Періодичність випуску журналу – раз на квартал.

Слід зазначити, що журнал розрахований на керівників закладів охорони здоров'я усіх рівнів (головні лікарі районних, міських, обласних лікарень і санепідемстанцій), співробітників кафедр соціальної гігієни та організації охорони здоров'я, кафедр і циклів медичної інформатики медичних закладів освіти, науковців-медиків та лікарів різних спеціальностей, студентів вищих медичних закладів освіти та курсантів закладів післядипломної освіти.

Розцінки на розміщення реклами:

кольорова на вклейці: двостороння – 300 у.о., одностороння – 170 у.о.

чорно-біла на аркушах формату А4 – 100 у.о.

рекламні статті – 150 у.о. за 1 авт. арк. (40 000 знаків).

З приводу розміщення Вашої реклами в журналі звертайтеся за телефоном: **(044) 576-41-09; 576-41-19.**

З надією на плідну співпрацю

Головний редактор к.держ.упр.

С.О. Линник

ДО ВІДОМА КЕРІВНИКІВ ОРГАНІВ І ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 04.05.93 №326 “Про концепцію побудови національної статистики України та Державну програму переходу на міжнародну систему обліку і статистики”, рекомендації ВООЗ та наказу МОЗ України від 08.10.98 №297 “Про перехід органів і закладів охорони здоров'я України на Міжнародну статистичну класифікацію хвороб і споріднених проблем охорони здоров'я десятого перегляду”, у галузі охорони здоров'я використовується Міжнародна класифікація хвороб десятого перегляду (МКХ-10).

МКХ-10 підготовлено і видано Українським інститутом громадського здоров'я (1998 р.) українською мовою, видання містить уточнення, які не порушують міжнародного статистичного співставлення.

Оскільки ще не всі медичні заклади та підрозділи мають МКХ-10 і досі користуються МКХ-9, що вносить плутанину у статистичну облікову документацію щодо переліку діагнозів та синдромів захворювання, Український інститут громадського здоров'я МОЗ України (з 2008 р. – ДУ “Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України”) пропонує придбати видання МКХ-10 (3 томи), вартість якого становить 120 грн.

Довідки та замовлення за телефонами: **(044) 576-41-19**.

Директор Українського
інституту стратегічних досліджень МОЗ України, к. держ. упр.

С.О. Линник

Редактор: О. В. Шумило
Художнє оформлення: І. В. Бутенко
Технічний редактор: С. Т. Демчишин
Комп'ютерна верстка: О. І. Пухальська
Перекладачі: Н. Т. Кучеренко

Підп. до друку 01.03.2013. Формат 60x84/8. Папір офсет.
Друк офсет. Ум. друк. арк 9,16. Обл.-вид. арк. 8,46. Наклад 600. Зам. № 106