

Українські Медичні Вісті

Т. 12 ■ № 1(84) ■ 2020

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЧАСОПИС

Засновано 1918 р. як часопис Всеукраїнської спілки лікарів у Києві, відновлено 1997 р.



ISSN 2709-4456 (Print)

ISSN 2709-6432 (Online)

www.umv.com.ua

ЗАСНОВНИК

Всеукраїнське Лікарське Товариство
Часопис зареєстрований
у Міністерстві інформації України
Свідоцтво про реєстрацію:
КВ № 2652 від 16 квітня 1997 року

ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР

Мусій Олег Степанович
(Київ, Україна)

ЗАВДУВАЧ РЕДАКЦІЇ

Нечаїв Станіслав Владиславович
(Київ, Україна)

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Гаврилюк Сергій Олегович
(Київ, Україна)
Крушинська Ніна Анатоліївна
(Київ, Україна)
Мушак Світлана Олександрівна
(Київ, Україна)
Яніна Антоніна Миколаївна
(Київ, Україна)

РЕДАКЦІЙНА РАДА

Базилевич Андрій Ярославович
(Львів, Україна)
Батрух Андрій
(Євер, Німеччина)
Богомолець Ольга Вадимівна
(Київ, Україна)
Величко Валентина Іванівна
(Одеса, Україна)
Вієвський Анатолій Миколайович
(Київ, Україна)
Волосевець Олександр Петрович
(Київ, Україна)
Карабасєв Данієль Таїрович
(Київ, Україна)
Кехайов Андрій
(Софія, Болгарія)
Князєвич Василь Михайлович
(Київ, Україна)
Літвак Аким Ізраїльович
(Одеса, Україна)
Мазур Ірина Петрівна
(Київ, Україна)
Матюха Лариса Федорівна
(Київ, Україна)
Найда Ігор Володимирович
(Київ, Україна)
Пиріг Любомир Антонович
(Київ, Україна)
Степаненко Віктор Іванович
(Київ, Україна)
Татарчук Тетяна Феофанівна
(Київ, Україна)
Толстанов Олександр Костянтинович
(Київ, Україна)

Адреса редакції

02140, Київ, просп. Миколи Бажана, 10А
Тел./факс: (044) 585-97-10 (багатоканальний)

Адреса видавця

02140, Київ, просп. Миколи Бажана, 10А
Тел./факс: (044) 585-97-10 (багатоканальний)
E-mail: public@morion.ua
Internet: <http://www.morion.ua>

Підписано до друку

06.11.2020 р. Формат 60×841/8.
Друк офсетний. Ум. друк. арк. 9,3.
Обл.-вид. арк. 8,6. Наклад 2000 прим. Зам. № 4326.

Видруковано у ТОВ «АРТ СТУДІЯ ДРУКУ»
02093, м. Київ, вул. Бориспільська, 15
Оформити передплату за безготівковим
розрахунком можна у видавництві «МОРІОН»
Тел./факс: (044) 585-97-10 (багатоканальний)

Цілковите або часткове розмноження в будь-який спосіб матеріалів,
опублікованих у цьому виданні, допускається лише
з письмового дозволу видавця.

Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе рекламодавець.
Знаком ■ помічено матеріали, що друкуються на правах реклами

ЗМІСТ

СЛОВО РЕДАКТОРА

ВСТУПНЕ ВІТАЛЬНЕ СЛОВО ГОЛОВНОГО РЕДАКТОРА, ПРЕЗИДЕНТА ВУЛТ ДОКТОРА ОЛЕГА МУСІЯ 3

АКТУАЛЬНІ ПОДІЇ

О. Осадчий 4

ЛІКАРСЬКЕ САМОВРЯДУВАННЯ В УКРАЇНІ – ПОТУЖНИЙ КРОК ВПЕРЕД.

УКРАЇНА СТАЛА АСОЦІЙОВАНИМ ЧЛЕНОМ «ЄВРОПЕЙСЬКОЇ СПІЛКИ ЛІКАРІВ-СПЕЦІАЛІСТІВ» (UEMS)

І. Мазур, Л. Матюха, Т. Татарчук, О. Мусій, К. Надутий 6

САМОВРЯДУВАННЯ МЕДИЧНИХ ПРОФЕСІЙ: ЗВІЛЬНЕННЯ З РАБСТВА ЧИ ПОНЕВОЛЕННЯ?

С. Нечаїв 9

110-ЛІТТЯ ВСЕУКРАЇНСЬКОГО ЛІКАРСЬКОГО ТОВАРИСТВА

ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

О.П. Волосовець, В.М. Заболотько, А.О. Волосовець 20

КАДРОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ ТА СВІТІ:

СУЧАСНІ ВИКЛИКИ

М.М. Островський, О.В. Панасюк, В.І. Зуб 27

ОРГАНІЗАЦІЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ СЛУЖБИ ПІД ЧАС ВІЙНИ

Л. Матюха, Л. Бабінець, Л. Хіміон, К. Надутий, П. Колесник, А. Базилевич, Є. Заремба 31

ОСНОВНІ ЕТАПИ РОЗВИТКУ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ

ТА УКРАЇНСЬКОЇ АСОЦІАЦІЇ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

МЕДИЧНА ЕТИКА

Дж. Р. Вілл'ємс 39

ПІДРУЧНИК З ЛІКАРСЬКОЇ ЕТИКИ. ПЕРЕКЛАД З 2-ГО АНГЛОМОВНОГО ВИДАННЯ

СВІТОВОГО ЛІКАРСЬКОГО ТОВАРИСТВА / WORLD MEDICAL ASSOCIATION (WMA)

В.Г. Кравченко 44

ЕТИКО-ДЕОНТОЛОГІЧНІ ПРИНЦИПИ В ДІЯЛЬНОСТІ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІВ

А.І. Літвак 47

ПОСТІЙНИЙ РОЗВИТОК ЕТИЧНОСТІ ЛІКАРЯ

ЛІКАРЮ–ПРАКТИКУ

Д.Т. Карабаєв, О.Я. Теленгатор 50

ЗАГАЛЬНА ТЕОРІЯ МОВИ: МЕДИЧНИЙ АСПЕКТ

В.Г. Лизогуб, Н.А. Крушинська 53

ВПЛИВ НА ЗДОРОВ'Я ПАЛІННЯ КАЛЬЯНУ, СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ

Т.Я. Погорельчук, В.Р. Шагінян, О.П. Данько, К.І. Бодня, С.М. Ніколаєнко,

В.В. Афанасьєва, Л.П. Мельник, Т.С. Волкожа, Н.І. Кімуржи, Т.І. Журбенко, К.П. Машлевська 58

ПОШИРЕННЯ ПАРАЗИТАРНИХ ІНВАЗІЙ – СЬОГОДЕННЯ УКРАЇНИ

О.М. Проценко, Я.М. Вітовський, С.В. Маркітанюк 61

ГЕНІТОУРИНАРНИЙ СИНДРОМ ПІСЛЯ ТРАНСВАГІНАЛЬНОЇ ГІСТЕРЕКТОМІЇ

А.Р. Вергун, Б.М. Паращук, З.М. Кіт, О.М. Вергун, М.Р. Красний, І.О. Макагонов 64

ХІРУРГІЧНА МІКОТИЧНА ОНІХОПАТОЛОГІЯ, АСОЦІЙОВАНА З ВТОРИННОЮ ІНКАРНАЦІЄЮ НІГТІВ:

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ, АВТОРСЬКІ ПОГЛЯДИ

М. Циганок 68

DOCRADAR – ВУЛТ: ІННОВАЦІЙНІ УКРАЇНСЬКІ МЕДИЧНІ ІТ-ТЕХНОЛОГІЇ

В ТІСНІЙ СПІВПРАЦІ З ЛІКАРСЬКОЮ СПІЛЬНОТОЮ

ІСТОРІЯ МЕДИЦИНИ

І.П. Мазур, О.М. Вахненко 70

СТОРИЧЧЯ УКРАЇНСЬКОЇ СТОМАТОЛОГІЇ: ЗДОБУТКИ ТА СУЧАСНІ ВИКЛИКИ

С. Нечаїв 77

ДО 100-РІЧЧЯ РОСІЙСЬКО-УКРАЇНСЬКОГО МЕДИЧНОГО СЛОВНИКА МАРТИРІЯ ГАЛИНА

РЕДАКЦІЙНА ІНФОРМАЦІЯ

ВИМОГИ ДО ОФОРМЛЕННЯ РУКОПИСІВ 80



***Дорогі Колеги та Друзі!
Вельмишановні читачі!***

Ділюся з вами радісною новиною, яких у нашій професійній царині, у складний як для української медицини, так і для нашої держави загалом час, на жаль, не так уже й багато.

Спільними зусиллями багатьох небайдужих лікарів, об'єднаних у Всеукраїнське Лікарське Товариство (ВУЛТ), та професійних видавців, ми всі маємо змогу поновити видання першого українського медичного журналу «Українські медичні вісті», заснованого далекого 1918 р. за активної участі Лікаря з великої букви, гігієніста й організатора, міністра народного здоров'я і опікування Української Народної Республіки, академіка Овксентія Корчака-Чепурківського. Цитати його передової статті «Наші завдання часу» з першого номеру часопису понад 100 років, однак вона є вкрай актуальною й сьогодні: «На Україні почалося нове життя. Медичний персонал, завжди близький до народу, з'єднаний з ним одним бажанням — захистити його здоров'я від хвороб і допомагати народові в боротьбі з ними, не може не відгукнутися на нові, світової вартості події, які зачепили й наше громадянство. Вкупі з народом і ми, лікарі, й інший медичний персонал повинні взяти участь у творенні нового життя».

Маю велику надію, що поновлений часопис стане настільним у організаторів і управлінців охорони здоров'я, у колег з активною громадською позицією, у тих, хто хоче бути на вістрі сучасного українського медичного життя.

Єднання українських лікарів стало сьогодні не тільки вимогою часу, а й нагальною потребою виживання нашої професії.

Вірю, що в нашому часописі кожен Колега знайде для себе не тільки цікаву, необхідну освіченій людині інформацію, а й зможе поділитися своїми думками та напрацюваннями з широкою українською медичною аудиторією.

Знаю, що наші Колеги давно очікують свого мультидисциплінарного загальномедичного видання, яке б служило не владі, а було порадиником та рупором життя звичайного українського лікаря.

Вважаю, що місією нашого видання має стати просвітницька робота і відновлення престижу нашої шляхетної професії, звільнення лікаря від чиновницьких оков «професійного рабства» шляхом запровадження справжнього лікарського самоврядування.

Ми маємо на меті зробити часопис сучасним, цікавим, затребуваним та актуальним. Спільно з вами, нашими читачами, нам це під силу.

Саме це, я вбачаю, і є нашим першочерговим завданням як редакції поновлених «Українських медичних вістей»!

***Головний редактор,
президент ВУЛТ
Д-р Олег Мусій***

ЛІКАРСЬКЕ САМОВРЯДУВАННЯ В УКРАЇНІ — ПОТУЖНИЙ КРОК ВПЕРЕД

Резюме. Україна стала асоційованим членом Європейської спілки лікарів-спеціалістів (UEMS).

Ключові слова: лікарське самоврядування, Європейська спілка лікарів-спеціалістів, UEMS, Всеукраїнське Лікарське Товариство, ВУЛТ, Олег Мусій, Жоао Греньо, Василюс Папалоіс.

Україна стала на крок ближче до повноцінного членства у Європейському Союзі. Нарешті, після багаторічної титанічної роботи Всеукраїнського Лікарського Товариства (ВУЛТ) на міжнародній арені та в Україні українським лікарям відкрили ворота до спільної європейської лікарської сім'ї. Так, 17 жовтня 2020 р. українські лікарі в особі



Василюс Папалоіс



Жоао Греньо

ВУЛТ стали асоційованим членом **Європейської спілки лікарів-спеціалістів (UEMS)**. Ця знаменна подія не могла би трапитися без її натхненника та відомого лікаря-організатора **Олега Степановича Мусія**, міністра охорони здоров'я України 2014 р. та народного депутата України VIII скликання. Повідомлення з цієї нагоди доктор О. Мусій отримав 20 жовтня за підписом президента UEMS **професора Василюса Папалоіса** та секретаря **доктора Жоао Греньо**.

Крім привітання на адресу президента ВУЛТ О. Мусія, у посланні повідомляється про таке: на засіданні Ради UEMS 17 жовтня 2020 р. розглянута заява про бажання ВУЛТ стати членом цієї організації. Під час голосування її члени висловили підтримку намірам України долучитися до членства в UEMS та надали їй право стати асоційованим членом цієї організації. Крім вітальних слів, члени асоціації та її президент висловили побажання українській лікарській організації плідної співпраці із UEMS, якої з нетерпінням очікують.

Подія дійсно знакова. Адже не секрет, що проблема реформування охорони здоров'я для України є однією з пріоритетних. Багато недоліків, яких варто позбутися українській системі охорони здоров'я, спричинені надмірною централізацією її функціонування. Спостерігається системна криза галузі, яка зумовлена успадкованою командно-адміністративною моделлю управління із адміністративно-чи-

новницькою вертикаллю керування без делегування повноважень органам професійного самоврядування. Саме широке залучення самоврядних організацій до управлінських функцій та створення суспільно-адміністративної моделі управління охороною здоров'я через професійні самоврядні організації дає реальну можливість ши-

роких соціальних перетворень у цій сфері. На таких засадах відбувалися зрушення в медичній галузі багатьох, тепер уже успішних, європейських країн. На сьогодні в більшості з них завдяки залученню організацій лікарського самоврядування до управління системою охорони здоров'я як рівноправного партнера державних органів дозволило створити дієву, соціально орієнтовану медичну галузь. Для України залишається актуальним завдання реальних змін системи охорони здоров'я і головним рушієм на цьому шляху може стати дієва самоврядна лікарська організація, яка функціонуватиме на принципах автономії професійної діяльності. Розподіл повноважень і монополізація управлінської складової в охороні здоров'я з передачею функцій ведення реєстрів спеціалістів, післядипломної освіти, акредитації освітніх заходів для лікарів, участі у створенні стандартів та протоколів лікування, страхування професійної відповідальності, формуванні правил дотримання лікарської етики, правового та фінансового захисту лікарів — самою лікарською спільнотою — єдино можливий шлях успішної реформи охорони здоров'я в Україні.

Членство українських лікарів в UEMS дає можливість отримати методичну та організаційну підтримку з боку наших європейських колег для побудови усіх властивих UEMS інституцій в Україні. Попереду багато роботи! Так, керуючись професійними



їнських лікарських організацій у розробленні та утвердженні європейських стандартів і протоколів надання медичної допомоги та післядипломної освіти тощо.

Звісно, це тільки початок шляху. Попереду багато організаційної та професійної роботи спільно з усіма лікарськими організаціями України. Єдністю! У цьому наша сила!

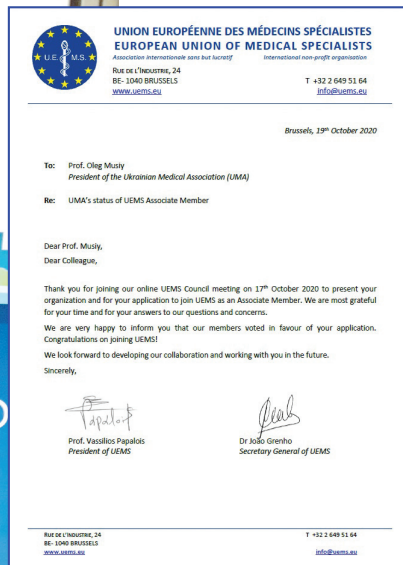
Дякую усім, хто готував, допомагав та наближав цю непересічну подію!

Вітаю усіх українських лікарів з цим надзвичайно важливим визнанням!

**Президент ВУЛТ,
Д-р Олег Мусій**

Оригінал телеграми-повідомлення про схвалену та затвержену членство ВУЛТ у Європейській

спільці лікарів-спеціалістів (UEMS) за підписом її президента та секретаря.



знаннями та позитивним європейським досвідом, вважає О. Мусій, президент ВУЛТ. Вітаючи українську лікарську спільноту із прийняттям до членства в UEMS, він наголосив:

Шановні українські лікарі, колеги, друзі! 20.10.2020 р. ВУЛТ отримало офіційний лист від UEMS про прийняття нашої організації лікарів асоційованим членом цієї найповажнішої фахової організації країн Євросоюзу як офіційного представника від України.

Це визнання і членство суттєво наближає нас до побудови в Україні справжнього лікарського самоврядування, ширшої професійної інтеграції українських і європейських лікарів, до визнання українських медичних заходів країнами Євросоюзу, до участі укра-

MEDICAL SELF-GOVERNMENT IN UKRAINE IS A POWERFUL STEP FORWARD.

O. Osadchij

Summary. *Ukraine became an associate member of UEMS (Union Européenne des Médecins Spécialistes; European Union of Medical Professionals).*

Key words: *medical self-government, European Union of Medical Specialists, UEMS, Ukrainian Medical Association, UMA, Oleh Musii, Joao Grenho, Vassilios Papalois.*

Уперше опубліковано на сайті видання «Український медичний часопис» www.umj.com.ua.

САМОВРЯДУВАННЯ МЕДИЧНИХ ПРОФЕСІЙ: ЗВІЛЬНЕННЯ З РАБСТВА ЧИ ПОНЕВОЛЕННЯ?

У Верховній Раді України від 03.07.2020 р. зареєстровано доопрацьований законопроект «Про самоврядування медичних професій в Україні» (реєстр. № 2445-д), який став приводом для палкої дискусії серед представників профільних професійних організацій. Так, 24 вересня 2020 р. у пресцентрі інформаційного агентства «Інтерфакс Україна» відбулася пресконференція на тему «Самоврядування медичних професій від Верховної Ради: звільнення з рабства чи поневолення?». Участь у заході взяли **Ірина Мазур**, президент Асоціації стоматологів України, **Лариса Матюха**, президент Української асоціації сімейної медицини, **Тетяна Татарчук**, президент Асоціації гінекологів-ендокринологів України, **Олег Мусій**, президент Всеукраїнського лікарського товариства, та **Костянтин Надутий**, президент Національної лікарської ради України.



Наприкінці минулого року у Верховній Раді України було зареєстровано 4 законопроекти щодо самоврядування медичних професій (№№ 2445, 2445-1, 2445-2, 2445-3), які були неоднозначно сприйняті професійною медичною спільнотою та профільними асоціаціями.

Тоді Комітет Верховної Ради України з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування відкликав усі 4 документи та ініціював створення робочої групи з приводу доопрацювання законопроекту з професійного самоврядування. Метою цієї робочої групи було створення спільно з лікарською, фармацевтичною, стоматологічною, медсестринською та фельдшерською професійною громадськістю узгодженого документа. Останнє засідання відбулося у лютому 2020 р.

«З величезним подивом у липні ми дізналися про реєстрацію доопрацьованого законопроекту. Ані наші багаторічні напрацювання, ані наші численні пропозиції не були враховані», — зазначив **Олег Мусій**. Спікер переконаний, що нова версія гірша, ніж законопроект «Про лікарське самоврядування» від 06.04.2018 р. № 8250.

Він нагадав, що робота над законодавчим врегулюванням лікарського самоврядування загалом триває понад 10 років на платформі Національної

лікарської ради України, Всеукраїнського лікарського товариства, Української медичної експертної спільноти, профільних асоціацій і товариств. Ці напрацювання велися за безпосередньої співпраці із самоврядними організаціями європейських колег. Вінцем даної діяльності став законопроект «Про лікарське самоврядування» № 8250, зареєстрований у Верховній Раді України VIII скликання, який пройшов не тільки численні громадські обговорення в Україні, а й ще 2 роки тому отримав підтримку 17 європейських лікарських самоврядних організацій.

ЩО НЕ ТАК У ЗАКОНОПРОЄКТІ?

За словами учасників заходу, в документі повністю проігноровано досвід функціонування подібних організацій у країнах європейської спільноти. Так, на їх думку, робиться спроба юридично перекласти на медиків всю відповідальність за здійснення численних державних функцій, навіть за реалізацію конституційного права громадян на охорону здоров'я, а також передати лікарям відповідальність роботодавців за якість медичного обслуговування, що безпрецедентно в світовій практиці.

Спікери зазначили, що йде спроба перекласти фінансові навантаження держави безпосередньо

на лікарів: у законопроекті не розділено повноваження на власні і делеговані від держави. І ті повноваження, які сьогодні виконуються державою і нею ж фінансуються з податків (ведення реєстрів, створення протоколів та стандартів лікування, розгляд скарг пацієнтів, страхування відповідальності), цим законопроектом покладені на лікарів без жодної фінансової підтримки з боку держави. Окрім того, понад чверть регуляцій законопроекту присвячено організації розгляду скарг пацієнтів і накладанню адміністративних стягнень на медичних працівників.

За словами учасників заходу, в законопроекті повністю проігноровано запропоновані робочою групою підходи до регуляції підприємницької діяльності в охороні здоров'я (необхідності ліцензування тільки лікарів та акредитації лише закладів охорони здоров'я, надання права медикам бути самозайнятою особою). При цьому лікарська професія штучно розділяється на 3 окремі юридичні структури. Також ставиться під загрозу існування єдиних етичних правил поведінки у професії, що у світі є основою їх діяльності.

«Всеукраїнське лікарське товариство після оприлюднення законопроекту звернулося до владних інституцій, а саме до Президента України, голови Верховної Ради України, прем'єр-міністра України, керівників всіх депутатських фракцій Верховної Ради України, а також до МОЗ України. На превеликий жаль, за 2,5 міс прийшла лише одна відповідь — від депутатської фракції «Слуга народу», — зазначив О. Мусій. На думку доповідача, прийняття даного законопроекту в чинній редакції може призвести до ще більшого відтоку кадрів із системи охорони здоров'я.

«Те, що відбувається зараз, — справжня кадрова катастрофа в системі охорони здоров'я серед практично усього медичного персоналу, спричинена багатьма різними факторами, в тому числі тим, що держава досі продовжує вважати, що тільки вона здатна управляти професіоналами охорони здоров'я і здійснювати професійне керівництво вільними професіями лікарів, фармацевта та медичної сестри. У країнах ЄС подібні інституції давно відокремлені від держави на законодавчому рівні, існують організації, яким держава передає відповідні повноваження. Замість того, щоб передати подібні повноваження організації лікарського самоврядування, наша держава вирішила передати те, що є найбільшим боєм в МОЗ, — зазначив О. Мусій. — Більше половини статей документа присвячені тому, яким чином здійснюватимуться контроль та адміністративний тиск на органи професійного самоврядування. Простежується не бажання дати професіоналам охорони здоров'я можливість керувати своєю професією, а залишити цю структуру підконтрольною МОЗ України і Комітету Верховної Ради України з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування».

«Ми також обговорювали дане питання на національних конгресах, з'їздах Асоціації стоматологів України. На сьогодні розіслано лист-звернення до лікарів-стоматологів, відповідно до якого вони мають у своїх обласних осередках розглянути цей законопроект і висловити свою думку.

Ті листи, які наразі надходять до Асоціації стоматологів України, свідчать про те, що, по-перше, лікарі не підтримують цей документ, а по-друге — необхідне створення нового законопроекту, щоб самоврядування було для лікарів, а не проти них», — висловилася Ірина Мазур.

ФІНАНСОВИЙ БІК ПИТАННЯ

«Чи потрібне нам самоврядування? Так, якщо ми зробили вибір орієнтуватися на Європу. Але чи потрібно нам TAKE? Уніфікований редакції закону є багато вад, зупинюся на одній з найбільшійших. Хто заплатить за впровадження такого самоврядування?» — запитує Костянтин Надутий.

Як зазначив спікер, сьогодні держава виконує (і фінансує) практично всі функції, які за законопроектом мають бути покладені, передані або делеговані лікарському, фармацевтичному, сестринському самоврядуванню. У законопроекті пропонується покласти ці функції на самоврядні організації без фінансової підтримки з боку держави. Зокрема — створення протоколів лікування, що є дуже дорогим і всюди в світі фінансується державою.

Родзинка законопроекту, на думку спікера, — страхування професійної відповідальності представників медичних професій. Позови стосуються, як правило, закладів охорони здоров'я, адже якість медичного обслуговування забезпечує заклад охорони здоров'я, а не окремих лікарів. *«Натомість у законопроекті повна відповідальність за якість медичного чи фармацевтичного обслуговування покладається на конкретного працівника, — підкреслив К. Надутий. — Чи готові ми оплачувати цю історію та дозволити комусь заробити грошей на високомаржинальній схемі запровадження нового виду обов'язкового страхування?».*

На думку експерта, в результаті вимушені видатки (а споживання медичних послуг є вимушеним) домогосподарств, які й зараз не покривають всі потреби у медичному обслуговуванні, збільшаться. Тобто постраждають ті, хто потребує медичної допомоги. *«Ми не готові підтримати такий законопроект та таке самоврядування, яке начебто спрямовує нас у Європу, але насправді брутально залазить нам у кишеню», — зауважив К. Надутий.*

ТРИ ПАЛАТИ ЛІКАРІВ

Законопроектом пропонується створити 5 органів професійного медичного самоврядування, з них 3 структурні підрозділи для лікарів (Палата лікарів сімейної медицини, Палата лікарів-спеціалістів, Палата стоматологів). Цю ситуацію прокоментувала **Лариса Матюха**. *«Усі мають*

бути в одній організації: лікарі первинної, вторинної ланки, стоматологи. Це має бути одна самоврядна організація. Законопроект 2445-д все розпорюшує, — зазначила спікер. — Професійне самоврядування — важливий інструмент, який вже давно існує в багатьох країнах світу. Але, на жаль, законотворці не дослухаються до громадськості, до того ж у нашій країні немає наступності у створенні законопроектів».

ПРОФЕСІЙНА ЕТИКА

Тетяна Татарчук акцентувала увагу на механізмах етики, які прописані у законопроекті. Документом передбачено 5 етичних кодексів: для лікарів первинної ланки, вторинної ланки, стоматологів, медичних сестер та фармацевтів. «Як може працювати заклад охорони здоров'я, в якому медич-

на сестра працює за одним кодексом етики, сімейний лікар — за іншим, вузький спеціаліст — за третім, а стоматолог — за четвертим? Якщо всі фахівці працюватимуть відповідно до різних етичних кодексів, ми не зможемо вивести спільного знаменника», — застережує спікер. Доповідач вважає, що в цьому аспекті даний законопроект недосконалий і потребує серйозного доопрацювання.

Підсумовуючи захід, учасники пресконференції — очільники професійних громадських організацій наголосили, що категорично не згодні з редакцією законопроекту № 2445-д та переконані, що у такому вигляді затверджувати його не можна.

Пресслужба «Щотижневика АПТЕКА»

Уперше опубліковано в «Щотижневика АПТЕКА», № 37 (1258) від 28.09.2020 р.

*Історико-термінологічна комісія Всеукраїнського Лікарського Товариства
Світова Федерація Українських Лікарських Товариств*

110-ЛІТТЯ ВСЕУКРАЇНСЬКОГО ЛІКАРСЬКОГО ТОВАРИСТВА

Всеукраїнське Лікарське Товариство у 2020 р. відзначає 110-ту річницю від створення у Львові 1910 р. Руського Лікарського Товариства, яке 1912 р. перейменували на Українське. Після захоплення у вересні 1939 р. Радянським Союзом Західної України Українське Лікарське Товариство у Львові було ліквідоване. 28 квітня 1990 р. Українське Лікарське Товариство відновило свою діяльність спочатку як львівська регіональна організація, а 30 червня 1990 р. — у вигляді загальнонаціональної.



Ключові слова: Руське Лікарське Товариство, Українське Лікарське Товариство у Львові, Всеукраїнське Лікарське Товариство, ВУЛТ.

Всеукраїнське Лікарське Товариство (ВУЛТ), як записано в його Статуті, зареєстрованому в Міністерстві юстиції України, веде свій початок з 1910 р., коли у Львові було створено Руське Лікарське Товариство, яке невдовзі, 1912 р., перейменували на Українське. У Києві в 1917 р. почала свою діяльність Всеукраїнська спілка лікарів. З них і розпочалася історія єдиної теперішньої загальноукраїнської — територіально, загальнолікарської — професійно, організації — Всеукраїнського Лікарського Товариства, яке відновило свою діяльність 30 червня 1990 р.

У Львові 1 жовтня 1910 р. галицькі русини (українці)-лікарі створили Руське Лікарське Товариство. Головою Товариства було обрано директора Народної лікарни, активного українського діяча доктора Євгена Озаркевича. 1912 р. Руське Лікарське Товариство було перейменовано в Українське. Українське Лікарське Товариство у Львові тоді об'єднувало кілька сотень українських лікарів Галичини, Буковини та Закарпаття.

Після падіння російської монархії внаслідок Лютневої революції 1917 р. в Києві стрімко почало розквітати українське життя. Постала Центральна Рада, до першого складу якої увійшли лікарі: акушер-гінеколог Олександр Крупський (1875–1943), репресований у 1937 р., фтизіатр Андрій Журавель (1892–1938), розстріляний у 1938 р. енкавесівцями, Юрій Вороний, який 1933 р. першим у світі зробив трансплантацію нирки. Зусиллями українських лікарів 1917 р. було створено Спілку українських лікарів у Києві, яка з ініціативою скликання всеукраїнського лікарського з'їзду.

12–14 жовтня 1917 р. у Києві в приміщенні Педагогічного музею відбувся Всеукраїнський лікар-

ський з'їзд. У його роботі взяли участь представники 79 лікарських організацій України, які об'єдналися у Всеукраїнську Спілку Лікарів. Була обрана тимчасова Президія. Засновниками та активними діячами Всеукраїнської Спілки Лікарів були Євген і Олександр Черняхівські, Олександр Крупський, Овксентій Корчак-Чепурківський, Марко Нещадименко, Михайло Левитський, Володимир Удовенко, Павло Кучеренко, Олександр Тижненко, Євмен Лукасевич, Дмитро Одрин, Аркадій Барбар, Антін Собкевич, Іван Липа, Модест Левицький, Борис Матюшенко, Олександр Пучківський, Олекса Білоус, Василь Наливайко, Леонід Гиренко, Іван Тесленко, Мартирій Галин, Валентина Радзимовська та інші. Одночасно свій з'їзд провели й військові лікарі.

Провідними діячами Всеукраїнської Спілки Лікарів, які налагоджували охорону здоров'я Української Народної Республіки та Української Держави, були Борис Матюшенко, Овксентій Корчак-Чепурківський, Дмитро Одрин, Олекса Білоус (Білоусов). Усі вони були міністрами народного здоров'я й опікування незалежної України. Серед активних членів Всеукраїнської Спілки Лікарів слід назвати Івана Липу, Модеста Левицького, Станіслава Степовського, Петра Андрієвського, Олександра Черняхівського, Миколу Стаховського, Євмена Лукасевича.

Всеукраїнською Спілкою Лікарів було засновано двотижневий часопис «Українські медичні вісти», перший номер якого вийшов 15 січня 1918 р. у Києві. Його ініціатором і головним редактором став Євмен Лукасевич (1871–1929) — виходець зі Східної Галичини, медичну освіту він здобував у Львові, Відні і Цюріху, диплом нострифікував 1905 р. у Хар-

кові, працював у Києві, був заступником голови Всеукраїнської спілки лікарів, автором «Анатомічного словника» та інших праць українською мовою.

25 грудня 1919 р. Українське Лікарське Товариство у Львові відновило діяльність, перервану Першою світовою війною, постановило видавати «Лікарський вісник», вшанувало пам'ять померлого 1916 р. голови товариства доктора Євгена Озаркевича та обрало своїм новим головою доктора Івана Курівця (1861 року народження) — українського діяча, якого у 1908 і 1912 р. обирали до Галицького крайового сейму, також він був одним із засновників Українського Лікарського Товариства (1910 р.), у 1918–1919 рр. працював держсекретарем здоров'я Західно-Української Народної Республіки, консультував у «Народній лічниці» з 1918 р., друкувався в періодиці, автор спогадів про Івана Франка та двох популярних видань, дійсний член природничо-лікарської комісії Наукового товариства ім. Т.Г. Шевченка.

У грудні 1922 р. у Празі за ініціативою доктора Бориса Матюшенка створили Спілку українських лікарів Чехословаччини, яка нараховувала близько 120 членів (серед почесних членів був також Іван Горбачевський (1854–1942), уродженець Тернопільщини, український лікар, біохімік, гігієніст, епідеміолог і громадський діяч; у 1883–1917 рр. — професор Чеського університету у Празі, у 1902–1903 рр. — його ректор; у 1917–1918 рр. — перший міністр здоров'я Австрії (першого міністерства здоров'я у світі!); один із засновників та в 1923–1924 і 1931–1935 рр. — ректор Українського вільного університету, який було створено 17 січня 1921 р. у Відні, восени того ж 1921 р. перенесено до Праги в знаменитий Карлів Університет, а в 1945 р. — до Мюнхена). Головою Спілки українських лікарів Чехословаччини обрали професора кафедри гігієни Українського вільного університету в Празі та Української господарської академії в Подебрадах Б.П. Матюшенка, дійсного члена Наукового товариства ім. Т.Г. Шевченка у Львові, члена Українського наукового інституту в Берліні, учасника всеслов'янських та українських наукових з'їздів (Белград, 1926; Прага, 1926, 1932), який головував до 1935 р. Президія включала також заступника голови — доктора В. Наливайка та секретаря — доктора І. Ортинського. З грудня 1923 р. до 1925 р. видавався неперіодичний науковий лікарський часопис «Український медичний вісник» (6 номерів), у серпні 1926 р. було видано «Медичний латинсько-український словник» доктора медицини Мартирія Галина (під редакцією професора, доктора медицини Б. Матюшенка і доктора В. Наливайка). Спілку українських лікарів Чехословаччини розпустили 21 вересня 1940 р.

Після захоплення у вересні 1939 р. Радянським Союзом Західної України згідно з пактом Молотова — Ріббентропа Українське Лікарське Товариство у Львові було ліквідоване.

22 січня (в день Злуки соборної України) 1950 р. в Нью-Йорку, США, за ініціативи львівського лікаря Романа Осінчука на Перших загальних зборах українських лікарів і дантистів (близько 70) було відновлено Українське Лікарське Товариство. Його головою в Америці обрали Романа Осінчука, заступниками — Еміля Гарасима та Волтера Барона, секретарем — Ярослава Макарушку, скарбником — Дмитра Лепкого. За рік товариство прийняло 145 членів. У травні 1954 р. в Нью-Йорку за ініціативою Романа Осінчука (під його редагуванням) поновилося видання «Лікарського вісника». Пізніше Українське Лікарське Товариство в Америці перетворило на Українське Лікарське Товариство Північної Америки, спільне для США та Канади.

14 вересня 1952 р. у Мюнхені за ініціативою професора Василя Плюща відбулися установчі збори Товариства українських лікарів в еміграції, яке наступного року перейменували в Українське Лікарське Товариство в Мюнхені (понад 30 українських лікарів та 15 студентів-медиків); головою обрали доктора Омеляна Тушинського.

13–14 листопада 1976 р. у Сідней відбувся установчий з'їзд Українського Лікарського Товариства в Австралії. Головою Товариства обрали Б. Шеховича.

У травні 1977 р. в Чикаго під час Сімнадцятого з'їзду делегатів Українського Лікарського Товариства Північної Америки за ініціативою Р. Осінчука, А. Хрептовського та представників українських лікарських товариств Австралії, Австрії, Західної Німеччини та Аргентини було створено Світову Федерацію Українських Лікарських Товариств (СФУЛТ). Першим президентом СФУЛТ обрали Романа Осінчука (Нью-Йорк), потім — Ахіля Хрептовського (Чикаго), який першим у 1989 р. встановив контакти з лікарями України.

10–15 вересня 1984 р. у Мюнхені в Українському вільному університеті відбувся Перший Конгрес СФУЛТ під головуванням президента організації Ахіля Хрептовського та почесного президента СФУЛТ професора Романа Осінчука.

1–7 липня 1988 р. в Австрії у Відні відбувся Другий науковий конгрес СФУЛТ. До Президії входили Ахіль Хрептовський, Мирослав Коленський, Павло Пундій, Леонід Мостович, Юрій Грицеляк, секретар Зоя Крассер. Окрім наукової частини (27 доповідей), учасники урочисто відзначили 1000-ліття хрещення Русі-України, яке на Батьківщині, у Києві, майже не святкувалося, бо основні урочистості відбувалися в Москві.

1989 р. у Києві лікарі-рухівці започаткували організований рух українських медиків з Медичної комісії Народного Руху України, до якої входили С. Гаврилюк, В. Городинський, В. Івасюк, С. Нечаїв, Л. Пиріг, О. Ціборовський. Почала визрівати ідея створення української професійної організації. Утворився оргкомітет Української Медичної Асоціації (УМА). Було напрацьовано проекти ста-

туту та програми УМА, розповсюджено листівки-відозви в лікарнях Києва та здійснено звернення через газети [17].

28 квітня 1990 р. в Щецині відбулася установча конференція Українського Лікарського Товариства у Польщі.

28 квітня 1990 р. в актовій залі Львівського медичного інституту відбулася установча конференція відродженого Українського Лікарського Товариства у Львові. Близько 300 делегатів обрали Головою Управи Українського Лікарського Товариства у Львові професора Олександра Кічеру.

27 травня 1990 р. у Києві в малій залі Науково-дослідного інституту ортопедії та травматології (вул. Воровського, 27) відбулася Перша (установча) конференція Київської крайової організації Української медичної асоціації — Київської медичної асоціації, яку перейменували пізніше на Українське Лікарське Товариство у Києві. На конференції було зареєстровано 112 представників від 47 медичних закладів Києва. Правління Київської медичної асоціації обрали у складі: Гелія Аронова, Сергія Гаврилюка, Валерія Городинського, Едвіна Задорожного, Віктора Маргітича, Олега Мусія, Станіслава Нечаєва, Любомира Пирога, Костянтина Тринуса, Олега Ціборовського, Валерія Чмиря. Головою Київської УМА був обраний тоді ще професор Любомир Пиріг.

У червні 1990 р. відновило діяльність Українське Лікарське Товариство Чехословаччини, яке очолив доктор Ярослав Баб'юк.

30 червня 1990 р. в Києві у великій залі Науково-дослідного інституту ортопедії та травматології відбувся Перший (установчий) з'їзд Української Медичної Асоціації, на якому було 146 учасників, які представляли лікарів 17 областей України. Назву Української Медичної Асоціації на з'їзді змінили на Всеукраїнське Лікарське Товариство, позаяк медсестри та інші середні медичні працівники не виявили громадської активності, з одного боку, а, з іншого, враховуючи традицію існування саме лікарських організацій у Києві та Львові в до-радянські часи, і після їх розгрому у підрадянській Україні відродження українських лікарських товариств в еміграції (об'єднані в СФУЛТ) і відновлення 28 квітня 1990 р. Українського Лікарського Товариства у Львові, заснованого ще 1910 р.

Президентом ВУЛТ обрали професора Любомира Пирога, депутата Верховної Ради УРСР. Правління ВУЛТ обрали у складі: *киян* Костянтина Тринуса (голова), Євгена Білинського, Валерія Городинського, Едвіна Задорожного, Людмили Максимець, Віктора Маргітича, Станіслава Нечаєва, Олексія Соколюка, Івана Солоненка, Олега Ціборовського, Валерія Чмиря, Левка Шевчика; *львів'ян* Юрія Дашо, Олександра Кічери; *тернополянина* Юрія Калінобродського; *іванофранківки* Лесі Попиль; *лучанина* Юрія Шаварова; *миргородчанина* Віктора Харченка; *одесита* Володимира Погорелова. Ревізійну комісію

обрали у складі: *киян* Сергія Гаврилюка, Олега Мусія та Юрія Житієва (Романенка). На III Конгресі СФУЛТ ВУЛТ було прийнято до Світової Федерації Українських Лікарських Товариств [18, 19].

3–17 серпня 1990 р. у Києві (3–10) та Львові (11–17) вперше на Батьківщині разом із лікарями України, ще в умовах існування колишнього СРСР, відбувся III Конгрес СФУЛТ, в якому взяли участь 817 лікарів-українців (у тому числі 230 із США, Канади та ще 8 країн світу). Тоді, на відкритті Конгресу, в Київському театрі опери та балету ім. Т. Шевченка вперше за багато років радянської влади в Україні привселюдно урочисто пролунав гімн «Ще не вмерла Україна».

Навесні, 24–30 травня 1991 р., в м. Івано-Франківськ відбувся I Європейський Конгрес Українських Лікарських Товариств.

24 лютого 1992 р. ВУЛТ було нарешті зареєстровано Міністерством юстиції України за реєстраційним № 209. Засновниками ВУЛТ виступили: Любомир Антонович Пиріг, Іван Миколайович Солоненко, Олег Михайлович Ціборовський, Валерій Павлович Чмир, Євген Олександрович Білинський, Олексій Михайлович Соколюк, Станіслав Владиславович Нечаїв, Олександр Омелянович Кічеру, Людмила Миколаївна Максимець, Едвін Михайлович Задорожній.

8–14 (9–13) серпня 1992 р. у Харкові відбувся IV Конгрес СФУЛТ.

7 листопада 1992 р. в Ужгороді відбувся Другий всеукраїнський з'їзд ВУЛТ та наукова конференція «Природні чинники в санаторно-курортному лікуванні». Президентом ВУЛТ повторно обрали Л.А. Пирога.

30 липня 1993 р. ВУЛТ пройшло перереєстрацію в Міністерстві юстиції України.

Восени 1993 р. у Музеї медицини України (Київ, вул. Леніна, *нині* — Б. Хмельницького, 37) відбулася конференція ВУЛТ «Медицина і українська культура».

Через рік, 4–9 вересня 1994 р. у Дніпропетровську в Катерининському палаці (Палац студентів) у парку ім. Т. Шевченка відбувся V Конгрес СФУЛТ. До редакційної колегії матеріалів Конгресу входили: Євген Білинський, Тетяна Бліхар, Павло Джуль, Станіслав Нечаїв, Любомир Пиріг, Людмила Порожняк-Гановська, Іван Солоненко, Валерій Чмир, Антоніна Яніна.

28 квітня 1995 р. в Києві в Українській (нині — Національній) Академії державного управління при Президентові України (вул. Єжена Потье, 20) відбулася наукова конференція «Історія української медицини» та Третій всеукраїнський з'їзд ВУЛТ. Президентом ВУЛТ обрали академіка Академії медичних наук України Любомира Пирога. Головою правління ВУЛТ — професора Івана Солоненка.

8(9)–14 вересня 1996 р. в Одеському медичному інституті відбувся VI Конгрес СФУЛТ.

17 травня 1997 р. в Києві в Українській (нині — Національній) Академії державного управління при Президентові України відбулася науково-практична конференція «Актуальні питання реформування охорони здоров'я в Україні». Організаційний комітет включав: Євгена Білинського, Тетяну Бліхар, Дмитра Заболотного, Володимира Князева, Людмилу Максимець, Ярину Малес, Василя Нетьяженка, Станіслава Нечаєва, Любомира Пирога, Людмилу Порохняк-Гановську, Івана Солоненка, Валерія Чмиря, Олега Ціборовського, Антоніну Яніну. У Національному медичному університеті ім. О.О. Богомольця (Кафедра військової медицини) відбувся Четвертий всеукраїнський з'їзд ВУЛТ. Президентом обрано академіка Академії медичних наук України Любомира Пирога. Головою правління ВУЛТ — професора Івана Солоненка [13].

16–20 серпня 1998 р. у м. Ужгороді відбувся VII Конгрес СФУЛТ.

28–29 травня 1999 р. в Києві у Центрі роботи з жінками Київської міської держадміністрації (вул. Мельникова, 20) відбувся П'ятий з'їзд ВУЛТ і науково-практична конференція «Сучасні проблеми первинної медико-санітарної допомоги в Україні». Президентом ВУЛТ обрали академіка АМН України Любомира Пирога. Головою правління ВУЛТ — професора Людмилу Порохняк-Гановську.

13–17(19) серпня 2000 р. у Львові та Трускавці відбувся VIII Конгрес СФУЛТ, під час якого вперше президентом товариства обрали лікаря з України (м. Київ) Любомира Антоновича Пирога (01.03.1931 року народження), нефролога, доктора медичних наук, професора, академіка Академії медичних наук України (*тепер — Національної*), члена-кореспондента Національної академії наук України, заслуженого діяча науки і техніки України, президента ВУЛТ, народного депутата Верховної Ради України 1-го скликання.

18–19 травня 2001 р. у Чернівцях у Буковинській державній медакадемії відбувся Шостий всеукраїнський з'їзд ВУЛТ. Президентом товариства обрано Любомира Пирога, головою правління спочатку було обрано Ярослава Радиша, а 14 листопада 2001 р. — Станіслава Нечаєва.

25–26 січня 2002 р. в Києві під час виборів до Верховної Ради відбулася Всеукраїнська науково-практична конференція ВУЛТ «Стан системи охорони здоров'я в Україні та шляхи її реформування».

19–22 серпня 2002 р. в Луганську відбувся IX Конгрес СФУЛТ і науково-практична конференція. Серед делегатів Конгресу лікарі-українці були зі Сполучених Штатів Америки, Канади, Німеччини, Нідерландів, Болгарії, Росії та з усіх областей України.

16–17 травня 2003 р. у Тернополі відбувся Сьомий всеукраїнський з'їзд ВУЛТ. Президентом товариства обрали Любомира Пирога, головою правління — Станіслава Нечаєва.

26–28 серпня 2004 р. в Чернівцях відбувся X Конгрес СФУЛТ, на якому 503 делегати Конгресу представляли, окрім усіх областей України, також лікарів-українців із США, Канади, Австралії, Німеччини, Польщі, Словаччини, Болгарії та Росії.

17 грудня 2004 р. на Майдані Незалежності в Будинку профспілок відбулася Всеукраїнська конференція лікарів, яка прийняла рішення «Утвердити Всеукраїнське Лікарське Товариство як координуючий орган діяльності громадських лікарських об'єднань у розв'язанні загальних питань професійної діяльності та соціального захисту лікарів».

2 квітня 2005 р. на спільному засіданні Великої Ради ВУЛТ та ініціативної робочої групи Громадської Ради при МОЗ України вперше було обговорено проєкт закону про лікарське самоврядування, схваливши його в редакції «Про Всеукраїнське Лікарське Товариство (Ukrainian Medical Association)», який було видруковано в науково-практичному часописі «Українські Медичні Вісті» т. 6, № 1–2 (64–65) для обговорення на VIII з'їзді ВУЛТ.

Потім 21–22 квітня 2005 р. в Івано-Франківську відбувся Восьмий всеукраїнський з'їзд ВУЛТ. Президентом організації було обрано академіка Академії медичних наук України Любомира Пирога, головою правління — Станіслава Нечаєва.

6 липня 2005 р. представники ВУЛТ — президент організації О. Мусій та голова правління С. Нечаїв — взяли участь у Парламентських слуханнях «Проблеми у сфері забезпечення охорони здоров'я і медичного обслуговування громадян України та шляхи їх розв'язання», де також обговорювався законопроект, підготований ВУЛТ «Про лікарське самоврядування». Це знайшло відображення у Рекомендаціях Парламентських слухань під назвою «Програма невідкладних заходів з реформування системи охорони здоров'я України».

Восени 2005 р. ВУЛТ відвідав керівник міжнародного відділу Польського Лікарського Товариства (Naczelna Izba Lekarska) доктор Кшиштоф Макух (Dr. Krzysztof Makuch), який поділився досвідом функціонування лікарського самоврядування в Польщі.

Пізніше, 22 листопада 2005 р. у Києві було проведено ювілейну Всеукраїнську конференцію ВУЛТ, під час якої, крім іншого, відбулося обговорення законопроектів «Про лікарське самоврядування».

3–6 січня 2006 р. Олег Мусій від імені ВУЛТ взяв участь у роботі VIII з'їзду лікарів Польщі, організованого у Варшаві Польським Лікарським Товариством.

17 березня 2006 р. проєкт закону України «Про лікарське самоврядування» було нарешті зареєстровано у Верховній Раді України за № 9250.

19 травня 2006 р. нову, доопрацьовану редакцію проєкту закону України «Про лікарське самоврядування» оприлюднила газета «Ваше здоров'я» у № 18.

28–30 серпня 2006 р. в Полтаві відбувся XI Конгрес СФУЛТ. Під час заходу також обговорював-

ся проєкт закону України «Про лікарське самоврядування», що знайшло відображення у документах Конгресу [7, 8].

7 вересня 2006 р. проєкт закону України «Про лікарське самоврядування», підготовлений та доопрацьований народним депутатом Володимиром Георгійовичем Карпуком та іншими членами ВУЛТ, з подання голови Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я Тетяни Дмитрівни Бахтеєвої, пройшов перереєстрацію за № 2053. Та до сесійної зали українського Парламенту законопроєкт «Про лікарське самоврядування» дороги тоді так і не знайшов.

16 березня 2007 р. голова Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я Т.Д. Бахтеєва на Колегії МОЗ знову згадала «о врачебном самоуправлении», що цей Закон, мовляв, обов'язково прийматимуть, та не сказала лише, коли і хто...

За місяць, 14–15 квітня 2007 р., відбувся Перший всеукраїнський конгрес з медичного права і соціальної політики, який провів ВУЛТ з Українською медико-правовою асоціацією, Академією адвокатури України за підтримки Міністерства охорони здоров'я України, Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я, Постійної комісії Київської міської ради з питань охорони здоров'я і соціальної політики, Національної Ради з питань охорони здоров'я при Президентові України, Інституту держави і права ім. В.М. Корецького Національної академії наук України, Національної академії державного управління при Президентові України та іншими організаціями. На Конгресі також обговорювався законопроєкт «Про лікарське самоврядування» [15].

Ще за місяць, 10–12 травня 2007 р. у Вінниці відбувся Дев'ятий всеукраїнський з'їзд ВУЛТ. Тези доповідей оприлюднені в ювілейному випуску науково-практичного часопису «Українські Медичні Вісті», присвяченому 10-річчю відновлення журналу (1997–2007 рр.). На з'їзді ВУЛТ знову обговорювався законопроєкт «Про лікарське самоврядування» та зволікання з його прийняттям Верховною Радою, що було відображено в документах з'їзду. Почесним Президентом ВУЛТ обрано академіка АМН України Любомира Антоновича Пирого, президентом ВУЛТ — Олега Степановича Мусія, головою правління — Станіслава Владиславовича Нечаєва [11].

Поки тривали дискусії, Президент В. Ющенко розпустив Верховну Раду і закон «Про лікарське самоврядування» тоді так і не було прийнято. Законопроєкт ВУЛТ тоді розділив сумну долю самої Верховної Ради [28, 30].

У вересні 2007 р. у рамках міжнародної співпраці ВУЛТ Київ з офіційним візитом відвідали представники Німецького Лікарського Товариства (Bundesärztekammer; англ. — German Medical Association) та Фінського Лікарського Товариства (Suomen Lääkäriliitto; англ. — Finnish Medical Association) з метою обміну досвідом у царині лі-

карського самоврядування, лікарської етики тощо. Вони зустрілися з правлінням ВУЛТ і поділилися досвідом функціонування лікарського самоврядування у своїх країнах.

Згодом 25–27 листопада 2007 р. делегація ВУЛТ в особі його Президента Олега Мусія та голови правління Станіслава Нечаєва на запрошення Фінського Лікарського Товариства ознайомила в Гельсінкі з досвідом функціонування лікарського товариства та лікарського самоврядування у Фінляндії та в інших країнах Північної Європи (Нордійського Союзу).

11 січня 2008 р. під час обговорення проєкту Програми діяльності Кабінету Міністрів на громадських слуханнях у Міністерстві охорони здоров'я знову піднімалося питання законопроєкту «Про лікарське самоврядування», який підготував ВУЛТ та провів тоді з десятком його широких публічних обговорень і подав законопроєкт на розгляд до Верховної Ради.

Наступного дня, 12 січня 2008 р. законопроєкт «Про лікарське самоврядування» у новій редакції знову обговорювався членами Української медико-правової асоціації і в цілому був схвалений.

15 січня 2008 р. під час загальнонаціонального громадського обговорення проєкту Програми діяльності Кабінету Міністрів в Українському Домі за участю Прем'єр-Міністра знову згадувалося про законопроєкт «Про лікарське самоврядування», підготовлений ВУЛТ, та досягти розуміння тогочасним керівництвом держави такої важливої для українських лікарів проблеми тоді не вдалося.

Через тиждень, 21–22 січня 2008 р., на Дорадчій раді Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я детально розглядався та удосконалювався законопроєкт «Про лікарське самоврядування» за участі провідних експертів медичного і юридичного середовища.

Згодом, 5 лютого 2008 р. на засіданні Громадської Ради при Міністерстві охорони здоров'я, в присутності тодішнього міністра охорони здоров'я Василя Михайловича Князевича, вкотре наголошувалося, що ще 2005 р. підготовано законопроєкт «Про лікарське самоврядування», який багато разів обговорювався й подавався на розгляд Верховної Ради України, але через розпуск Президентом В. Ющенком Парламенту тоді залишився без розгляду [9, 10, 16, 22, 24, 25].

2–6 березня 2008 р. офіційна делегація ВУЛТ в особі його президента Олега Мусія, голови правління Станіслава Нечаєва та представників регіональних організацій: Андрія Базилевича з Українського Лікарського Товариства у Львові та Миколи Тищука з Одеської крайової організації ВУЛТ на запрошення Німецького Лікарського Товариства вивчала досвід функціонування лікарського товариства та лікарського самоврядування в Німеччині, як на загальнонімецькому рівні, так і на прикладі Лікарського Товариства м. Берлін [5, 20, 21].

За місяць, у квітні 2008 р., ВУЛТ у м. Тель-Авів (Ізраїль) було прийнято до Європейського форуму лікарських товариств (ЄФЛТ; European Forum of Medical Associations — EFMA).

25–28 вересня 2008 р. в Івано-Франківську відбувся XII Конгрес СФУЛТ, в якому ВУЛТ взяв щонайактивнішу участь.

Потім у жовтні 2008 р. в Сеулі (Південна Корея) відбулося 59-те Світове лікарське зібрання — щорічний форум Світового Лікарського Товариства (World Medical Association — WMA). Україна вперше за столітню історію українського лікарського руху отримала в особі ВУЛТ повноправне членство в цій найпотужнішій та найавторитетнішій світовій лікарській організації [32, 33].

З нагоди такої важливої події, як вступ ВУЛТ до Світового Лікарського Товариства, 4 листопада 2008 р. в Українському незалежному інформаційному агентстві новин (УНІАН) відбулася пресконференція за участі президента ВУЛТ Олега Мусія, голови правління Станіслава Нечаєва, народного депутата України Володимира Карпука і журналістів українських та зарубіжних засобів масової інформації. На пресконференції наголошувалося, що, враховуючи активність ВУЛТ на загальноукраїнському і на міжнародному рівнях, рішення про прийняття України 87-м членом Світового Лікарського Товариства було прийнято одностайно. ВУЛТ отримало дозвіл та авторські права на переклад з англійської і видання українською «Підручника з лікарської етики», що й було успішно здійснено [1, 14, 31, 34, 35].

Пізніше, 20 листопада 2008 р. ВУЛТ, який було зареєстровано Міністерством юстиції 24 лютого 1992 р. (реєстраційний № 209) та перереєстровано 30 липня 1993 р., пройшов чергову перереєстрацію (наказ № 200615), легалізувавши нову редакцію свого статуту.

23 грудня 2008 р. з метою адаптації законодавства в галузі охорони здоров'я до передових європейських та світових надбань, керуючись деклараціями Світового лікарського зібрання: Каліфорнійською (1986) стосовно незалежності і професійної свободи лікаря, Мадридською (1987) щодо необхідності самоврядування лікарської професії (професійної незалежності лікаря) та Сеульською (2008) про лікарське самоврядування, законопроект «Про лікарське самоврядування», який детально удосконалювався на Дорадчій раді Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я, ВУЛТ за підтримки Національної ради з питань охорони здоров'я, через своїх членів — лікарів-депутатів, утретє подав на розгляд українського Парламенту (№ 3539, 23.12.2008 р.). Ініціатори законопроекту — народні депутати VI скликання В.Г. Карпук, Є.Д. Добряк, Л.С. Григорівка. Авторський колектив: В.Г. Карпук, Є.Д. Добряк, О.С. Мусій, В.В. Глуховський, С.В. Нечаїв, М.М. Тишук, А.Я. Базилевич, Д.В. Карамішев, І.Я. Сенюта, О.П. Перетяка. Останній етап проходження законопроекту — не включено до по-

рядку денного 7 вересня 2010 р. Потім Парламент його знову «загубив».

19–22 травня 2009 р. в м. Майнц (Mainz), Німеччина, на 112-му з'їзді Німецького Лікарського Товариства ВУЛТ представляв його президент О. Мусій.

5 червня 2009 року в Києві в Національній науковій медичній бібліотеці (вул. Льва Толстого, 7) відбулася презентація українського перекладу другого англomовного видання «Підручника з лікарської етики» Світового Лікарського Товариства («WMA Medical Ethics Manual», 2nd edition), здійсненого зусиллями ВУЛТ та Німецького Лікарського Товариства і Фінського Лікарського Товариства. Найбільший внесок у якість українського перекладу зробили: академік Національної академії наук України та Академії медичних наук України Юрій Ілліч Кундієв, доцент Національного університету ім. Т. Шевченка Віталій Дмитрович Радчук, магістр управління охороною здоров'я Станіслав Владиславович Нечаїв, доктор Олег Степанович Мусій, доктор Ніна Анатоліївна Крушинська. Загальну редакцію здійснив академік Академії медичних наук України Любомир Антонович Пиріг [14, 34, 35].

18 вересня 2009 р. у Белграді (Београд/Beograd) ВУЛТ став членом Форуму лікарських організацій країн центральної та східної Європи (ZEVA) під час його 16-го Симпозіуму.

За тиждень, 24–27 вересня 2009 р., у м. Євпаторія відбувся ювілейний Десятий з'їзд ВУЛТ. Президентом обрали Олега Степановича Мусія, головою правління — Станіслава Владиславовича Нечаєва.

На Десятому з'їзді ВУЛТ разом з іншими лікарськими організаціями 24–27 вересня 2009 р. у тоді ще не окупованій росіянами Євпаторії, вперше за всю нашу історію був прийнятий Етичний кодекс лікаря України. Цьому передувала тривала та копітка робота найбільших авторитетів українського лікарського загалу, серед яких варто особливо відзначити академіка Національної академії медичних наук України Любомира Пирога. Спочатку проєкт Етичного кодексу українського лікаря було видруковано в часописі «Українські Медичні Вісті», т. 6, № 1–2 (64–65). Навесні 2009 р. проєкт Етичного кодексу лікаря України надрукувала газета «Ваше Здоров'я» (Київ, 1 травня 2009, № 17(994) — С. 6–7), а перед самим євпаторійським з'їздом ВУЛТ проєкт Етичного кодексу було видруковано окремою брошурою [26].

Через півмісяця, 14–17 жовтня 2009 р. у м. Нью-Делі (New Delhi) ВУЛТ на 60-му Світовому лікарському зібранні Світового Лікарського Товариства представляв президент О. Мусій.

16 грудня 2009 р. Президент України, визнаючи заслуги Всеукраїнського Лікарського Товариства перед українськими лікарями і медичною спільнотою, з нагоди 100-літнього ювілею видав Указ № 1055/2009 «Про відзначення 100-річчя Українського Лікарського Товариства».

24 лютого 2010 р. Кабінет Міністрів видав Розпорядження № 364-р «Про підготовку та відзначення

100-річчя Українського Лікарського Товариства», доручивши Міністерству охорони здоров'я, іншим центральним органам виконавчої влади, Київській міській та Львівській обласній держадміністрації забезпечити його виконання.

11–14 травня 2010 р. в м. Дрезден (Dresden), Німеччина, від імені ВУЛТ президент організації О. Мусій взяв участь у 113-му з'їзді лікарів Німеччини (Deutsche Aertzetag).

Пізніше, 30 вересня — 3 жовтня 2010 р., в рамках міжнародного XIII Конгресу СФУЛТ у Львові наша єдина всеукраїнська загальнолікарська організація відзначила своє перше століття на локальному рівні. До столітніх роковин Українське Лікарське Товариство у Львові підготувало кілька видань, О. Ціборовський з Києва видав книгу «На варті здоров'я: Історія становлення соціальної медицини і охорони громадського здоров'я в Україні», О. Мусій та С. Нечаїв підготували чотири книги [2, 3, 4, 6, 12].

Тієї ж осені, 13–16 жовтня 2010 р. у м. Ванкувер (Vancouver) відбулося 61-ше Світове лікарське зібрання Світового Лікарського Товариства, в якому від імені ВУЛТ взяв участь О. Мусій.

14–15 квітня 2011 р. ВУЛТ виступив співорганізатором Другого всеукраїнського конгресу з медичного права, біоетики і соціальної політики з міжнародною участю. У рамках Конгресу відбувся круглий стіл «Саморегульні організації в медицині і фармації». У резолюції Конгресу зазначена необхідність прийняття Закону України «Про лікарське самоврядування».

Потім, 31 травня — 3 червня 2011 р., у м. Кіль (Kiel) президент О. Мусій від імені ВУЛТ взяв участь у 114-му з'їзді лікарів Німеччини.

23–25 червня 2011 р. Президент ВУЛТ О. Мусій відвідав Брюссель (Bruxelles), Бельгія, і взяв участь у роботі ЄФЛТ.

Пізніше, 11 серпня 2011 р., ВУЛТ та шість фахових професійних саморегулювальних організацій підписали Меморандум про заснування коаліції громадських організацій України «Фахова рада».

7–10 вересня 2011 р. в місті Несебр (Несебър), Болгарія, президент ВУЛТ О. Мусій взяв участь у 2-му міжнародному конгресі Південно-Східного європейського лікарського форуму (Southeast European Medical Forum — SEEMF).

Через пів місяця, 28–30 вересня 2011 р., на базі Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України відбувся Одинадцятий з'їзд ВУЛТ. Президентом ВУЛТ було обрано О.С. Мусія, головою правління — С.В. Нечаєва [23, 27].

12–15 жовтня 2011 р. у м. Монтевідео (Montevideo), Уругвай, відбулося 62-ге Світове лікарське зібрання Світового Лікарського Товариства, в якому Україну представляв ВУЛТ в особі його президента О. Мусія.

19–21 квітня 2012 р. президент ВУЛТ О. Мусій відвідав Єреван і взяв участь у роботі ЄФЛТ.

1–5 травня 2012 р. делегація ВУЛТ на чолі з президентом О. Мусієм на запрошення Ізраїльського Лікарського Товариства з робочим візитом відвідала міста Тель-Авів і Єрусалим, та з ознайомчим — Віфлеєм, Назарет і Хайфу.

Незабаром, 22–25 травня 2012 р., в м. Нюрнберг (Nuernberg) президент ВУЛТ О. Мусій від імені організації взяв участь у 115 з'їзді лікарів Німеччини.

У липні 2012 р. було зареєстровано коаліцію громадських організацій «Фахова рада України», ініціатором заснування якої виступив ВУЛТ.

12–15 вересня 2012 р. у м. Белград на 3-му міжнародному конгресі Південно-Східного європейського лікарського форуму президента ВУЛТ О. Мусія було обрано віце-президентом цієї міжнародної лікарської організації.

4–6 жовтня 2012 р. в Донецьку відбувся XIV Конгрес СФУЛТ [29].

Невдовзі, 10–13 жовтня 2012 р., у м. Бангкок (Bangkok), Тайланд, відбулося 63-тє Світове лікарське зібрання Світового Лікарського Товариства, на якому Україну представляв ВУЛТ в особі його президента О. Мусія.

Із листопада 2012 р. президент ВУЛТ О. Мусій — член Колегії МОЗ України.

Із 20 грудня 2012 р. ВУЛТ — співорганізатор, учасник та доповідач Форуму громадських рад та громадських організацій України, Київ.

Із січня 2013 р. президент ВУЛТ О. Мусій — член постійнодіючої ради Форуму громадських рад та громадських організацій України.

21–23 березня 2013 р. президент ВУЛТ О. Мусій відвідав Ригу і взяв участь у роботі ЄФЛТ.

11–12 травня 2013 р. на Батьківщині Гіппократа (о. Кос, Греція) Президент ВУЛТ О. Мусій взяв участь у засіданні правління Південно-Східного європейського лікарського форуму.

Незабаром 28–31 травня 2013 р. в м. Гановер (Hanover) президент ВУЛТ О. Мусій від імені організації взяв участь у 116-му з'їзді лікарів Німеччини.

5 червня 2013 р. делегація ВУЛТ у складі його почесного президента академіка Л. Пирога, президента О. Мусія, голови правління С. Нечаєва та членів правління А. Базилевича й М. Тищука взяла участь у Парламентських слуханнях «Сучасний стан, шляхи і перспективи реформи у сфері охорони здоров'я України», де з трибуни Верховної Ради України Президентом ВУЛТ О. Мусієм була виголошена доповідь щодо необхідності запровадження лікарського самоврядування в Україні.

5–7 вересня 2013 р. у Києві відбувся Дванадцятий з'їзд ВУЛТ. Президентом ВУЛТ обрали Олега Мусія, головою правління — Станіслава Нечаєва.

Протягом кількох років до кінця 2013 р. президент ВУЛТ Олег Мусій та голова правління Станіслав Нечаїв працювали в громадських радах при Міністерстві охорони здоров'я України, профільному Комітеті Верховної Ради та Київській міській державної адміністрації.

Лише навесні 2014 р. після призначення міністром охорони здоров'я України президента ВУЛТ Олега Мусія у Комітеті Верховної Ради України з питань охорони здоров'я згадали про лікарське самоврядування і 12 березня 2014 р. Рішенням № 04–26/4–25 утворили Робочу групу з підготовки проєкту закону України, спрямованого на впровадження в Україні лікарського самоврядування у складі 29 осіб (А.Я. Базилевич, О.А. Беденко-Звадридчук, С.В. Богатова, О.М. Вахненко, А.М. Вієвський, О.П. Волосовець, В.В. Глуховський, А.П. Гук, О.М. Дергачов, З.М. Дергачова, В.Є. Дріянська, А.О. Іванців, М.М. Іонов, Д.Т. Карабаєв, А.О. Кисельов, Н.О. Лісневська, С.В. Лилик, Л.Ф. Матюха, В.Л. Михайленко, К.О. Надутий, С.В. Нечаїв, В.В. Погорілий, І.Я. Сенюта, О. Скорик, М.М. Тищук, М.М. Угрин, В.М. Ширяєв, З.С. Черненко) під головуванням народного депутата України Романа Романовича Ілика.

28 травня 2014 р. у Верховній Раді України відбулося засідання Робочої групи з підготовки проєкту Закону України, спрямованого на впровадження в Україні лікарського самоврядування. Законопроект у цілому був схвалений, і було створено редакційну колегію у складі: О.А. Беденко-Звадридчук, М.М. Іонова, А.О. Кисельова, В.В. Короленка, Н.О. Лісневської, С.В. Нечаєва та З.С. Черненко. Доопрацьований законопроект «Про лікарське самоврядування» був направлений у Комітет Верховної Ради України з питань охорони здоров'я першому заступникові голови Комітету, народному депутату України Роману Романовичу Ілику.

39 до 13 червня 2014 р. делегація ВУЛТ у складі голови правління Станіслава Владиславовича Нечаєва та члена правління Олександра Петровича Волосовця разом з колегами з МОЗ та Тернопільського медичного університету у Вроцлаві та Варшаві детально вивчала медичну освіту та систему охорони здоров'я Польщі взагалі та лікарське самоврядування зокрема на прикладі функціонування Лікарського Товариства Нижньої Сілезії (Dolnośląska Izba Lekarska).

20 червня 2014 р. в Одесі відбулася Науково-практична конференція «Лікарське самоврядування в новій системі охорони здоров'я України». Голова Правління ВУЛТ С. Нечаїв поінформував про стан справ із законопроектом «Про лікарське самоврядування» у Комітеті Верховної Ради України з питань охорони здоров'я. З доповідями виступили члени правління ВУЛТ К. Надутий, А. Літвак та М. Тищук, а також представник Болгарського Лікарського Товариства (Български Лекарски Сюз) А. Кехайов.

Після того, як голова правління ВУЛТ С.В. Нечаїв став помічником міністра охорони здоров'я України та з огляду завантаженості та неможливості суміщення державної служби і громадської посади, у серпні 2014 р. новим головою правління ВУЛТ було обрано М.М. Тищука.

11–12 вересня 2014 р. у Тернополі на базі Тернопільського державного медичного університету від-

булася Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю «Післядипломна освіта та лікарське самоврядування за європейськими стандартами», на якій з доповідями про лікарське самоврядування виступили А.Р. Вайда, Л.А. Гришук, С.В. Нечаїв, І.М. Кліщ та І.Я. Дзюбановський з І.В. Паньковим. У конференції також взяли участь активні члени ВУЛТ О.П. Волосовець та В.В. Севастьянов.

1 жовтня 2014 р. у Верховній Раді України було зареєстровано законопроект «Про лікарське самоврядування» (№ 198/01–10), внесений народним депутатом України Р.Р. Іликом (посв. № 345, 5-та сесія VII скликання), реєстраційний № 5124, дата — 01.10.2014 р. Авторський колектив проєкту закону України «Про лікарське самоврядування»: Роман Романович Ілик — народний депутат України (м. Київ); Олег Степанович Мусій — міністр охорони здоров'я України (м. Київ); Станіслав Владиславович Нечаїв — помічник міністра охорони здоров'я України, магістр управління охороною здоров'я, член правління ВУЛТ (м. Київ); Ірина Ярославівна Сенюта — кандидат юридичних наук, доцент, завідувач кафедри медичного права Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького, адвокат, президент ВГО «Фундація медичного права та біоетики України» (м. Львів); Андрій Ярославович Базилевич — доктор медичних наук, професор кафедри пропедевтики внутрішньої медицини № 1 Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького; Микола Миколайович Тищук — директор Інституту психічного здоров'я, голова правління ВУЛТ (Одеса); Дмитро Йосифович Клапатій — магістр права, асистент кафедри медичного права Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, член Правління ВГО «Фундація медичного права та біоетики України» (м. Львів). Проте депутати Верховної Ради України, розпущеної Президентом, не змогли прийняти цей закон.

16–18 жовтня 2014 р. у Чернівцях на базі Буковинського державного медичного університету відбувся XV Конгрес СФУЛТ, присвячений 70-річчю Буковинського державного медичного університету та 30-річчю Першого Конгресу СФУЛТ. Одночасно з Конгресом було проведено позачерговий, Тринадцятий з'їзд ВУЛТ, на якому керівництво не переобиралося.

30 червня 2015 р. в Києві за адресою: вул. Льва Толстого, 7, Історико-термінологічною комісією ВУЛТ спільно з Національною науковою медичною бібліотекою та Національним музеєм медицини України проведено День історичних читань «Українська медицина у віках».

1 липня 2015 р. Комітетом Верховної Ради України з питань охорони здоров'я проведено слухання на тему: «Запровадження лікарського самоврядування в Україні», в якому взяли участь члени ВУЛТ: О. Мусій (народний депутат України), А. Базилевич, О. Волосовець, А. Гук, О. Зелінський, Р. Ілик, В. Кар-

пук, В. Князевич, К. Надутий, С. Нечаїв, М. Островський, О. Перетяка, М. Поліщук, В. Севастьянов, М. Тищук. У Комітеті виступили провідні вітчизняні діячі охорони здоров'я та закордонні фахівці в галузі лікарського самоврядування: генеральний секретар Світового Лікарського Товариства Отмар Клойбер, президент головної ради Польського Лікарського Товариства Мацей Гаманкевіч, керівник відділу міжнародних зв'язків Польського Лікарського Товариства Марек Шевчиньскі, представник Болгарського Лікарського Товариства, президент Південно-Східного Європейського лікарського форуму Андрей Кехайов.

9–12 вересня 2015 р. в Одесі відбувся Чотирнадцятий з'їзд ВУЛТ, присвячений 25-річчю відродження товариства, спільно з VI Конгресом Південно-Східно-Європейського лікарського форуму.

30 червня 2016 р. у Києві в приміщенні Національної наукової медичної бібліотеки України за адресою вул. Льва Толстого, 7, відбулася наукова історико-термінологічна конференція ВУЛТ «Українська лікарська лексикографія (називництво)».

22–23 серпня 2016 р. в Києві відбувся XVI Конгрес СФУЛТ. Пре-конгрес проходив 18–19 серпня 2016 р. в Берліні.

18 листопада 2016 р. в Києві було проведено позачерговий, П'ятнадцятий з'їзд ВУЛТ.

28 грудня 2016 р. народним депутатом О.С. Мусієм (посв. 322) був внесений проєкт закону України про лікарське самоврядування № 5617 і зареєстрований на 5-й сесії VIII скликання Верховної Ради.

Але 13 січня 2017 р. народним депутатом О.В. Богомолець (посв. 067) було внесено альтернативний проєкт закону України про лікарське самоврядування № 5617-1 і зареєстровано на тій же 5-й сесії VIII скликання Верховної Ради.

9 червня 2017 р. у Комітеті Верховної Ради України з питань охорони здоров'я відбулося засідання круглого столу на тему: «Законодавчі ініціативи парламентського Комітету з питань охорони здоров'я з питань адаптації системи охорони здоров'я до європейських стандартів». ВУЛТ чи не найпотужніше проявив себе у роботі серед інших громадських організацій: зі 103 запрошених учасників шість безпосередньо представляли ВУЛТ (С. Мушак, К. Надутий, І. Найда, А. Науменко, С. Нечаїв, І. Седченко). Крім того, у засіданні взяли участь такі активісти лікарського руху, як народний депутат України, заступник голови Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я О. Мусій, начальник Управління охорони здоров'я Дніпровської райдержадміністрації в м. Києві, голова Київської крайової організації ВУЛТ Д. Карабаєв, О. Євстигнеєва та І. Сорока. Найважливішим було обговорення проєкту закону «Про лікарське самоврядування» (реєстраційний № 5617), який представив на засіданні народний депутат України, заступник голови Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я О. Мусій. Голова Комітету О. Богомо-

лець публічно пообіцяла, що відкличе свій альтернативний варіант у разі досягнення домовленостей.

30 червня 2017 р. у Києві в урочистій залі Національної наукової медичної бібліотеки України відбулася щорічна наукова історико-термінологічна конференція ВУЛТ «100-річчя Всеукраїнської Спілки Лікарів».

28 вересня — 1 жовтня (30 вересня) 2017 р. в Кам'янці-Подільському відбувся Шістнадцятий з'їзд ВУЛТ.

3 жовтня 2017 р. обидва законопроєкти «Про лікарське самоврядування», основний О. Мусія за № 5617 та альтернативний О. Богомолець за № 5617-1, було включено до порядку денного (2149-VIII) Верховної Ради України.

20 березня 2018 р. після довготривалих узгоджень обидва законопроєкти «Про лікарське самоврядування» — О. Мусія № 5617 та О. Богомолець № 5617-1 — були відкликани ініціаторами, щоб подати спільний варіант.

6 квітня 2018 р. у Верховній Раді зареєстрували спільний законопроєкт «Про лікарське самоврядування» № 8250, підписаний більшістю членів профільного Комітету та іншими депутатами: О.В. Богомолець, О.С. Мусієм, А.Ф. Шипком, О.П. Мушаком, С.П. Мельничуком, Т.Д. Бахтеєвою, І.М. Шурмою, Ю.П. Савчуком, Є.Ю. Рибчинським, І.М. Констанкевич, О.М. Біловолом, В.О. Дубілем.

20 квітня 2018 р. у Комітеті Верховної Ради України з питань охорони здоров'я відбувся круглий стіл на тему «Лікарське самоврядування та професійні асоціації як запорука професійного зростання медичних працівників», на якому народним депутатом Олегом Мусієм було презентовано новий об'єднаний законопроєкт «Про лікарське самоврядування» № 8250. Серед учасників обговорення законопроєкту були й члени ВУЛТ Тарас Кавецький, Даніель Карабаєв, Володимир Короленко, Костянтин Надутий, Ігор Найда, Станіслав Нечаїв, Олег Перетяка, Іван Сорока.

6 липня 2018 р. в Національній науковій медичній бібліотеці України в Києві відбулася Наукова історико-термінологічна Конференція ВУЛТ «100-річчя Міністерства народнього здоров'я та опікування України і лікарське самоврядування».

20–22 вересня 2018 р. в Тернополі відбувся XVII Конгрес СФУЛТ.

3 липня 2019 р. відбулася Наукова історико-термінологічна конференція ВУЛТ «10-річчя прийняття Етичного кодексу лікаря України 2009 року в Євпаторії».

14–16 листопада 2019 р. у Полтаві відбувся черговий XVII з'їзд ВУЛТ. Під час відкриття з'їзду відбувся показ фільму «1000-ліття української медицини і шлях до лікарського самоврядування: погляд з Києва». 15 листопада делегати обрали знову Олега Мусія президентом ВУЛТ, а новим головою правління — Даніеля Карабаєва.

30 червня 2020 р. у Києві за адресою вул. Митрополита Андрея Шептицького, 5 у форматі онлайн

відбулася наукова історико-термінологічна конференція ВУЛТ «110-річчя Українського Лікарського Товариства». Окрім ювілею товариства, серед програмних питань провідним було також 100-ліття першого українського медичного словника. Зі вступним словом виступив президент ВУЛТ О. Мусій. Вітальні промови виголосили президент СФУЛТ А. Базилевич та голова Історико-термінологічної комісії ВУЛТ С. Нечаїв. На конференцію було заявлено 23 доповіді та зареєструвалися 38 учасників з Києва, Львова, Одеси, Полтави, Кременця, Луганщини, Євпаторії, а також зі США та Німеччини. Отже, навіть в умовах коронавірусного карантину ВУЛТ зміг провести наукову конференцію, яку почули не лише в Україні, включно з Кримом та Донбасом, але й у Європі та на Американському континенті.

ВУЛТ багато років працює на благо українських лікарів, відкрито проводить свої регулярні всеукраїнські з'їзди, домагається достойної європейської оплати праці та умов роботи лікарів, лікарського самоврядування, будівництва соціального/службового житла для медиків на території закладів охорони здоров'я, правового супроводу та юридичного захисту лікарської діяльності, становлення повноцінної приватної лікарської практики, підвищення кваліфікації українських лікарів (у тому числі й за кордоном), провадить просвітницько-профілактичні проекти «Майстерня Здоров'я», «Школа практикуючого лікаря» та «Школа пацієнта».

ВУЛТ з 1990 р. є членом СФУЛТ, з 2008 р. — ЄФЛТ, провадить широку міжнародну діяльність спільно з Німецьким Лікарським Товариством, Фінським Лікарським Товариством, Польським Лікарським Товариством, Болгарським Лікарським Товариством, Австрійським Лікарським Товариством (нім. Oesterreichische Aeztekammer).

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Крушинська Н., Мусій О., Нечаїв С. (2010) Етичний кодекс лікаря України. У кн.: Матеріали XIII Конгресу Світової Федерації Українських Лікарських Товариств (30 вересня — 03 жовтня 2010 р., Львів). СФУЛТ, Львів — Київ — Чикаго: 115—116.
2. Мусій О., Нечаїв С. (2010) Пам'ятний фотоальбом про лікарське товариство (Українське Лікарське Товариство). «Від «А» до «Я», Київ, 104 с.
3. Мусій О., Нечаїв С. (2010) Українське Лікарське Товариство (1910—2010). 100 років. Буклет. «Ямайка», Київ, 40 с.
4. Мусій О., Нечаїв С. (2010) Українське Лікарське Товариство: історія та розвиток (1910—2010). — «Народна газета», Київ, 200 с.
5. Нечаїв С. (2008) Німецький досвід лікарського самоврядування — для України. Ваше Здоров'я, 14(941): 3.
6. Нечаїв С. (2010) Віковий рубіж єдиної всеукраїнської загальнолікарської організації (ВУЛТ). У кн.: Матеріали XIII Конгресу Світової Федерації Українських Лікарських Товариств (30 вересня — 03 жовтня 2010 р., Львів). СФУЛТ, Львів — Київ — Чикаго: 18—25.
7. Нечаїв С. (2006) Всесвітній конгрес українських лікарів. Українське слово, 37(3289): 3.
8. Нечаїв С. (2006) Всесвітній конгрес українських лікарів у Полтаві. Народна газета: 34(736): 6.

9. Нечаїв С. (2011) Всеукраїнське Лікарське Товариство в сучасній Україні. Укр. мед. вісті, Т. 9, 1—4(72—75).
10. Нечаїв С. (2009) Всеукраїнське Лікарське Товариство на сучасному етапі. Укр. мед. вісті, Т.8, 1—4(68—71): 11—15.
11. Нечаїв С. (2007) Громадські медичні (лікарські) організації на українських землях в історичній ретроспективі. Укр. мед. вісті, Т. 7, 1—2(66—67): 73—83.
12. Нечаїв С. (2010) До 100-ліття Всеукраїнського Лікарського Товариства. Здоров'я України, 17(246).
13. Нечаїв С. (1997) До питання про формування керівників системи охорони здоров'я. Укр. мед. вісті, 2—3 (57—58): 39.
14. Нечаїв С. (2009) До українського видання Всеукраїнського Лікарського Товариства. В кн.: Вілл'ємс Джон Р. Підручник з лікарської етики. Переклад з англ. (ред. Л. Пиріг). ВУЛТ, БФ «Третє Тисячоліття», Київ, с. 3—5.
15. Нечаїв С. (2007) Лікарське самоврядування та законодавчий процес в Україні. У кн.: Перший Всеукраїнський конгрес з медичного права і соціальної політики, 14—15 квітня 2007 р., Київ, с. 33—34.
16. Нечаїв С. (2011). Лікарське самоврядування як важлива умова реформування охорони здоров'я в сучасній Україні. Укр. мед. вісті, Т. 9, 1—4(72—75): 58—64.
17. Нечаїв С. (1990) Лікувати треба саму медицину. Вечірній Київ, 118(13933).
18. Нечаїв С. (1990) Незалежна асоціація українських лікарів. Літературна Україна, 30(4387).
19. Нечаїв С. (1990) Незалежна організація українських лікарів. Вечірній Київ, 165(13980).
20. Нечаїв С. Німецький досвід лікарського самоврядування — для України. // Ваше Здоров'я. Київ. — 11 квітня 2008. — №14(941) — С. 3.
21. Нечаїв С. (2008) Німецький досвід лікарського самоврядування. Народна газета, 11(809): 4.
22. Нечаїв С. (2009) Проблеми лікарського самоврядування в Україні в контексті реформування вітчизняної охорони здоров'я. Укр. мед. вісті, Т. 8, 1—4(68—71): 38—43.
23. Нечаїв С. (2011) Святкування столітніх роковин Всеукраїнського Лікарського Товариства. Укр. мед. вісті — Т. 9, 1—4(72—75): 83—84.
24. Нечаїв С. (2012) Справжнє лікарське самоврядування як запорука і передумова успішного реформування охорони здоров'я в Україні. У кн.: Матеріали XIV Конгресу Світової Федерації Українських Лікарських Товариств (4—6 жовтня 2012 р., місто Донецьк). СФУЛТ, Донецьк — Київ — Чикаго, с. 13—17.
25. Нечаїв С. (2008) Становлення лікарського самоврядування в Україні. У кн.: XII Конгрес СФУЛТ 25—28 вересня 2008 р. Тези доповідей. Івано-Франківськ — Київ — Чикаго, с. 30—32.
26. Нечаїв С. (2009) Столітній ювілей Всеукраїнського Лікарського Товариства. Укр. мед. вісті, Т. 8, 1—4(68—71): 79—88.
27. Нечаїв С. (2011) Столітня історія Всеукраїнського Лікарського Товариства. Укр. мед. вісті, Т. 9, 1—4(72—75): 351—358.
28. Нечаїв С. (2007) Тернистий шлях лікарського самоврядування в Україні. Укр. мед. вісті, Т. 7, 1—2(66—67): 16—22.
29. Нечаїв С. (2012) Український хірург Іван Андрійович Микulich-Радецький. У кн.: Матеріали XIV Конгресу Світової Федерації Українських Лікарських Товариств (4—6 жовтня 2012 р., Донецьк). СФУЛТ, Донецьк — Київ — Чикаго, с. 448.
30. Нечаїв С. (2007) Ходіння по муках українського лікарського самоврядування. Тези науково-практичної конференції 19 жовтня 2007 р. Херсон, с. 88—92.
31. Нечаїв С., Крушинська Н. (2009) Лікарська етика і лікарське товариство. Укр. мед. вісті, Т.8, 1—4(68—71): 71.
32. Musii O., Nechaiv S. (2010) The Ukrainian Medical Association after entering to the WMA. World Medical Journal, 56(5): 206.

33. **Musii O., Nechaiv S.** (2008) The Ukrainian Medical Association is going to Europe. *World Medical Journal*, 54 (1): 18–19.
34. **Williams, John R.** (2005) *Medical ethics manual*. WMA, 134 p.
35. **Williams, John R.** (2009) *Medical ethics manual*. 2nd edition. WMA, 134 p.

110th ANNIVERSARY OF THE UKRAINIAN MEDICAL ASSOCIATION

S. Nechajiv

*Historical and Terminological Commission
of the Ukrainian Medical Association*

World Federation of Ukrainian Medical Associations

Summary. *In 2020, the Ukrainian Medical Association celebrates the 110th anniversary of the establishment in Lviv in 1910 of the Rus (Ruthenian) Medical*

Association, which in 1912 was renamed the Ukrainian. After the occupation of Western Ukraine by the Soviet Union in September 1939 the Ukrainian Medical Association in Lviv was liquidated. On April 28, 1990, the Ukrainian Medical Association renovated its activities, initially as the Lviv regional organization, and on June 30, 1990, as the nationwide.

Key words: *Rus (Ruthenian) Medical Association, Ukrainian Medical Association in Lviv, Ukrainian Medical Association, UMA.*

Адреса для листування:

Нечаїв Станіслав

E-mail: nechajs@ukr.net

Отримано 09.09.2020

О.П. Волосовець¹, В.М. Заболотько², А.О. Волосовець³¹Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ²Центр медичної статистики МОЗ України, м. Київ³Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

КАДРОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ ТА СВІТІ: СУЧАСНІ ВИКЛИКИ



О.П. Волосовець



В.М. Заболотько



А.О. Волосовець

Актуальність. Унаслідок загальносвітового тренду щодо зменшення кількості лікарів та медичних сестер стан здоров'я населення та рівень організації медичної допомоги у багатьох країнах, особливо з низьким індексом розвитку, в умовах пандемії COVID-19 знаходиться під загрозою через можливе зниження доступності медичної допомоги, зокрема невідкладної. **Матеріали та методи дослідження.** Під час аналізу використано дані ДУ «Центр медичної статистики МОЗ України» за 2009–2019 рр. Застосовано методи системного підходу та епідеміологічного аналізу. **Мета дослідження.** Оцінити стан укомплектованості та забезпеченості медичними кадрами закладів охорони здоров'я в Україні в порівнянні зі світовими та європейськими показниками та визначити відповідні ризики. **Результати.** Нині за рівнем забезпеченості лікарями та медичними сестрами, фельдшерами та акушерками Україна знаходиться на 38-му місці в Європейському регіоні. Така від'ємна динаміка щодо кадрових ресурсів охорони здоров'я супроводжується скороченням обсягів підготовки лікарів та медичних сестер із 2017 р. За даними Центру медичної статистики МОЗ України, станом на 31.12.2019 р. медичну допомогу в закладах охорони здоров'я усіх форм власності надавали 184 713 лікарів усіх спеціальностей та 296 054 молодших медичних працівники з медичною освітою. Це значно менше, ніж у 2010 р., коли лікарів нараховувалося 224 876 осіб, а медичних сестер, фельдшерів, акушерок та лаборантів було 428 667. Так, тільки за 2019 р. кількість лікарів зменшилася на 2056 осіб, а медичних сестер — на 17 288, що суттєво більше, ніж у період 2017–2018 рр. За даними, представленими у щорічній доповіді ВООЗ, у цілому в світі на кожні 10 тис. осіб припадає близько 16 лікарів і 38 медичних сестер. На кожні 10 тис. жителів Європейського регіону припадає в середньому 34 лікаря та 82 медичних сестри. Співвідношення між лікарями і середніми медичними працівниками є нижчим за середній показник у європейських країнах і нині становить 1:1,9 та має чітку тенденцію до зниження, зокрема через зменшення обсягів підготовки медичних сестер у коледжах та училищах, міграційні процеси з прикордонних областей, та є нижчим за середньоєвропейський та світовий показник, що становить 1:2,4 (2016 р.). **Висновки.** Усе вищезазначене вимагає термінових політичних рішень щодо виправлення ситуації з кадровими ресурсами в галузі охорони здоров'я та попередження ризиків погіршення надання медичної допомоги населенню. Без стабілізації ситуації з кадровим забезпеченням галузі, відновлення належних обсягів підготовки та перепідготовки медиків, медична допомога населенню стане проблематичною, а боротьба з епідеміями інфекційних та неінфекційних хвороб завершиться поразкою для людства.

Ключові слова: лікарі, медичні сестри, забезпеченість, укомплектованість, дефіцит медичних кадрів.

АКТУАЛЬНІСТЬ

Задовго до пандемії COVID-19 Комісія ООН із зайнятості у сфері охорони здоров'я та економічного зростання визначила, що до 2030 р. в країнах з низьким і нижче середнього рівнем доходів про-

гнозована глобальна нестача медичних працівників сягне 18 млн [1]. ВООЗ зазначає, що інвестиції у кадрові ресурси сфери охорони здоров'я є однією з важливих ланок щодо зміцнення та забезпечення ефективності роботи систем охорони здоров'я та

соціального захисту в умовах викликів сьогодення і міжнародних криз [2, 3].

Унаслідок загальносвітового тренду щодо зменшення кількості лікарів та медичних сестер стан здоров'я населення та рівень організації медичної допомоги у багатьох країнах, особливо з низьким індексом розвитку, в умовах пандемії COVID-19 знаходиться під загрозою через можливе зменшення обсягів надання та зниження доступності медичної допомоги, зокрема невідкладної [3].

Епідемії, війни, старіння населення та зростання рівня захворюваності збільшує потребу у медичних послугах та загострює проблему ефективного відновлення кадрового потенціалу системи охорони здоров'я, що частіше розвинутими країнами вирішується за рахунок міжнародної міграції лікарів та медичних сестер. Це стимулюється значними відмінностями в оплаті праці медичних працівників і загальній якості їх життя у різних країнах [4].

У відповідь на COVID-19 ряд країн Організації економічного співробітництва та розвитку (Organisation for Economic Co-operation and Development — OECD) вже вжили заходів, що дозволяють мобільним медичним працівникам-мігрантам допомогти задовольнити попит на медичне обслуговування в цих країнах, що зростає. Такі дії можуть набути форми сприяння продовженню дозволу на роботу або найму, тимчасового та/або обмеженого ліцензування, прискореної обробки визнання зарубіжних кваліфікацій або доступу до деяких робочих місць у секторі охорони здоров'я розвинутих країн світу [1, 4]. Задля управління міграційними процесами вже навіть створена Міжнародна платформа щодо мобільності працівників охорони здоров'я. Водночас така ситуація призведе до поглиблення кризових явищ у країнах, що нестимуть найбільші втрати кваліфікованих медичних працівників.

Уже впродовж тривалого часу в галузі охорони здоров'я України спостерігаються негативні процеси у сфері кадрового забезпечення, пов'язані зі зменшенням забезпеченості лікарями та молодшими медичними працівниками з медичною освітою та укомплектованості посад лікарів і медичних сестер [5, 6, 7].

Основним же джерелом збільшення чисельності медичних кадрів залишається їх ефективна підготовка та перепідготовка за освітніми програмами різного рівня [4]. У більшості країн Європейського регіону спостерігається стале збільшення обсягів підготовки лікарів та медичних сестер [4, 8]. Без правильних політичних рішень, належного соціального захисту, постійної уваги влади й суспільства до галузі та постійного поповнення лав лікарів та молодших медичних працівників з медичною освітою, успішна боротьба з епідеміями інфекційних та неінфекційних хвороб стане проблематичною.

Через неухабну до питань людських ресурсів охорони здоров'я нинішній стан кадрового забезпечення галузі в Україні характеризується:

- зменшенням кількості лікарів та молодших медичних спеціалістів з медичною освітою, особливо у сільській місцевості, що прогресує;
- зниженням престижності лікарської та сестринської спеціальностей;
- суттєвим зменшенням обсягів підготовки медичних кадрів у закладах вищої медичної освіти та закладах післядипломної освіти;
- постійним зниженням для українських громадян доступності медичної додипломної та післядипломної освіти;
- дисбалансом медичних кадрів між містом та селом, між первинною, вторинною і третинною ланками надання медичної допомоги;
- неконтрольованими процесами міграції медиків з України до інших країн.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Під час аналізу використано дані ДУ «Центр медичної статистики МОЗ України» за 2009–2019 рр. Застосовано методи системного підходу та епідеміологічного аналізу. Кластерна оцінка областей України відповідно до рівнів забезпеченості лікарями та молодшими медичними працівниками з медичною освітою була здійснена за методом к-середніх через співвіднесення рівнів показників забезпеченості лікарями до загальнодержавного рівня показника.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Оцінити стан укомплектованості та забезпеченості медичними кадрами закладів охорони здоров'я в Україні у порівнянні зі світовими та європейськими показниками та визначити відповідні ризики.

РЕЗУЛЬТАТИ

Нині за рівнем забезпеченості лікарями та медичними сестрами і акушерками Україна знаходиться на 38-му місці в Європейському регіоні [9]. Така від'ємна динаміка щодо кадрових ресурсів охорони здоров'я супроводжується скороченням обсягів підготовки лікарів та медичних сестер із 2017 р.

За даними Центру медичної статистики МОЗ України, станом на 31.12.2019 р. медичну допомогу в закладах охорони здоров'я усіх форм власності надавали 184 713 лікарів усіх спеціальностей [6]. Це значно менше, ніж у 2010 р. — майже 224 876 лікарів. Так, тільки за останній рік кількість лікарів зменшилася на 2056 осіб, а медичних сестер — на 17 288, що суттєво більше, ніж у період 2017–2018 рр.

Відповідно, спостерігалось й суттєве зниження показника забезпеченості лікарями: із 49,3 на 10 000 населення у 2010 р. до 44,3 у 2019 р. У закладах охорони здоров'я МОЗ України показник забезпеченості лікарями становив тільки 37,0 на 10 тис. населення. Якщо ж вилучити з перелі-

ку лікарів, які безпосередньо надають медичну допомогу, лікарів-стоматологів (у світі вважаються окремою професійною групою у системі охорони здоров'я), організаторів охорони здоров'я, науковців, викладачів, групу санітарних лікарів, що в цілому становить 54,5 тис. осіб, то, за даними Центру медичної статистики МОЗ України, реальний рівень забезпеченості практикуючими лікарями у закладах охорони здоров'я становить лише 24,7 на 10 тис. населення, або 103 112 осіб, що є найнижчим показником за останні роки (у 2009 р. — 26,8 на 10 тис. населення). Для порівняння зазначимо, що, за даними ВООЗ, забезпеченість лікарями на 10 тис. населення в Європейському регіоні становить 34,1 (2018 р.), а у світі — 15,6 [10].

Більшість лікарів та молодших медичних працівників з медичною освітою працює в державних та комунальних закладах охорони здоров'я системи МОЗ України — 83,5 та 89% відповідно. У приватних закладах працює 20 563 лікарів, або 11,1% від загальної кількості та 18 754, або 5,7% медичних сестер. Серед лікарів із приватного сектору більш ніж 41%, або 8595 осіб становлять лікарі-стоматологи. У відомчій медичній системі працює близько 5% лікарів та медичних сестер. Упродовж 2010–2019 рр. частка кадрів, які працюють у приватному медичному секторі, зростає майже вдвічі.

У цілому ж у світі на кожні 10 тис. осіб припадає 16 лікарів і 38 медичних сестер, у Європейському та Північно-Американському регіоні забезпеченість кваліфікованими медичними кадрами є втричі вищою, а в Африканському регіоні — втричі нижчою [10]. Серед країн світу значення показника варіює від 1,1 у Сомалі до 266 в Монако. Понад 200 медичних працівників на кожні 10 тис. осіб припадає у таких розвинутих країнах, як Італія, Швейцарія, Німеччина, Франція, Норвегія, Данія та Ісландія. Найбільше лікарів працює в Китаї, США та Індії. В усіх країнах, крім Греції та Грузії, кількість медичних сестер перевищує число лікарів [4].

Таким чином, нині Україна вдвічі поступається за рівнем забезпеченості практикуючими лікарями таким країнам, як Словаччина, Угорщина, Норвегія, Італія. У той же час необхідно зазначити, що за цим показником наша країна знаходиться на рівні Південної Кореї, Японії, Польщі та Великої Британії.

За останні роки Україна стала донором медичних кадрів для багатьох країн ЄС та світу. Як наслідок, при середньому забезпеченні медичними працівниками в Європі 106 на 10 тис. населення в Україні нині маємо 102,8 на 10 тис. населення. Серед медичних сестер, які працюють у країнах Організації економічного співробітництва та розвитку, які народилися за кордоном, найбільше вихідців із Філіппін — близько 238 тис. осіб. У кілька разів менше уродженців Індії (87,8 тис.), Польщі (70,3 тис.), Великобританії (47,2 тис.), Нігерії (47,2 тис.), України (20,1 тис.) [1, 3].

Як вказує Е.М. Щербакова, у світі 76% медичних працівників (лікарів і медичних сестер) становлять жінки, хоча їх частка варіює залежно від спеціалізації, виду занять і регіону. Серед лікарів жінки становлять трохи більше 40%, серед медичних сестер — більше 90%. Сестринською справою зайнята найбільша частина працівників сфери охорони здоров'я — медичні сестри становлять у середньому 59% медичного персоналу в 172 країнах, щодо яких є відповідні дані [4]. У 2014 р. жінки становили 52% від загальної кількості лікарів у Європейському регіоні ВООЗ, що на 4% більше, ніж на початку 2000-х років [11]. В Україні, за даними Проєкту Агентства США з міжнародного розвитку (United States Agency for International Development — USAID «Кадрові ресурси системи охорони здоров'я в Україні. Ситуаційний аналіз» понад 66% лікарів та 90% середнього медичного персоналу становлять жінки [5].

Усього в закладах охорони здоров'я системи Міністерства охорони здоров'я України на кінець 2019 р. було зареєстровано 187 973 (у 2018 р. — 243 971) штатних лікарських посад, на яких працювало 154 265 лікарів (2010 р. — 197 065). Тобто розрив між посадами та фізичними особами становив 33 708. Понад 9 тис. посад лікарів зайняті сумісниками, коефіцієнт сумісництва був одним із найнижчих за останні роки і становив 1,1. За останні 10 років кількість лікарів в Україні скоротилася на 42,4 тис. осіб (рис. 1), а за останні 8 років зменшилася на 20,1 %, що призводить до значної напруги в роботі галузі з надання медичної допомоги населенню.

Укомплектованість штатних лікарських посад фізичними особами — лікарями в цілому становить 82,1% (у 2018 р. — 81,7%). Укомплектованість штатних посад лікарями (фізичними особами) в лікувально-профілактичних закладах — 78,3 % (2018 р. — 78,0%). В окремих типах закладів охорони здоров'я укомплектованість фізичними особами становить: в обласних лікарнях — 85,4%, у міських лікарнях — 78,6%, центральних районних лікарнях — 74,7 %,



Рис. 1. Чисельність лікарів у закладах охорони здоров'я МОЗ України у 2001–2019 рр.

дільничних лікарнях — 88,3 %; у сільських лікарських амбулаторіях — 71,8 %. Найменше забезпечені лікарями ті ланки охорони здоров'я, що найбільш наближені до жителів села [6].

У закладах охорони здоров'я системи МОЗ України на лікарських посадах працює 2,8 тис. осіб з вищою немедичною освітою (2010 р. — 5,5 тис.), в основному на посадах лікарів-лаборантів — 2130, лікарів-статистиків — 197, лікарів з лікувальної фізкультури — 37. На кінець 2019 р. кількість вакантних посад лікарів у цілому становила 24 691 (2010 р. — 22 754). У закладах охорони здоров'я кількість вакансій становила 19 650, у тому числі в закладах, які надають медичну допомогу переважно сільському населенню: у центральних районних лікарнях — 4649, районних лікарнях — 319, дільничних лікарнях — 5, сільських лікарських амбулаторіях — 1646. При цьому в 540 амбулаторіях не була укомплектована жодна лікарська посада, що майже на 100 амбулаторій більше, ніж у 2018 р. Таким чином, система медичної допомоги сільському населенню, яке становить третину населення України, недоукомплектована на 6619 лікарів.

Дані Центру медичної статистики МОЗ України свідчать про кризові явища в системі кадрового забезпечення охорони здоров'я України. Так, станом на 01.01.2020 р. в галузі залишалися вакантними 1354 посади лікарів-терапевтів, 1086 посад лікарів-педіатрів, 784 — лікарів-хірургів, 763 — лікарів — акушерів-гінекологів, 965 — анестезіологів, 406 — лікарів-фтизіатрів, 3188 — лікарів загальної практики — сімейної медицини, 655 посад лікарів-лаборантів, 911 посад лікарів-стоматологів [6]. Це свідчить про падіння престижу роботи в державних лікувально-профілактичних закладах серед лікарів, особливо молодих, через низьку заробітну плату та незадовільні умови праці. Певну роль також відіграє припинення з 2017 р. практики державного розподілу спеціалістів, які готувалися за державним замовленням.

Особливо турбує зменшення на 5628 осіб від потреби кадрового потенціалу первинної ланки охорони здоров'я, де зосереджується до 80% звернень громадян, що особливо важливо в умовах пандемії COVID-19. У закладах охорони здоров'я первинної ланки на початок 2020 р. працювало лише 15 029 сімейних лікарів (2018 р. — 14 814), з яких було протестовано трохи більше 10 тис. осіб (66,7%). Їх кількість упродовж останніх років поступово зростає, в основному за рахунок перепрофілізації терапевтів та педіатрів [5].

Принагідно зазначимо, що для ефективної роботи первинної ланки згідно з обґрунтованими розрахунками МОЗ України до 2020 р. кількість сімейних лікарів мала б сягнути мінімуму 20 000 лікарів, що нині в умовах щорічного скорочення підготовки лікарів за державним замовленням недосяжним завданням. Тож зовсім не випадково — до 20% на-

селення країни не може укласти декларацію з сімейним лікарем у зв'язку з неуккомплектованістю служби сімейної медицини на 21%.

За даними Центру медичної статистики МОЗ України, нині рівень забезпеченості дитячими лікарями у закладах охорони здоров'я становить лише 1,95 на 10 тис. дитячого населення віком до 17 років або 8131 особа, у той час як у 2011 р. кількість дитячих лікарів становила 12 153 особи — 2,67 на 10 тис. дітей. Нині у загальній кількості практикуючих лікарів дитячі лікарі та неонатологи становлять лише 6,3%, тоді як у 2011 р. — 7,1%.

Україн незадовільним також є кадрове забезпечення лабораторної, санітарної, патологоанатомічної, наркологічної, фтизіатричної та інфекційної служб та системи невідкладної медичної допомоги, де зайнято близько 75% посад. У той же час найкращою є укомплектованість посад лікарів-стоматологів та лікарів за спеціальністю «Дерматовенерологія».

У центрах швидкої допомоги працює тільки 3929 лікарів, або 0,94 на 10 000 населення, що значно менше, ніж у 2011 р., коли лікарів за спеціальністю «Медицина невідкладних станів» нараховувалося 5130, або 1,13 на 10 000. Тобто забезпеченість бригад швидкої медичної допомоги зменшилася за останні 10 років на 16,8%.

У системі закладів МОЗ України працює 38 132 лікарів пенсійного віку або 24,7% від загальної кількості (2018 р. — 24,6 %). Кількість осіб пенсійного віку серед молодших спеціалістів з медичною освітою становила 37 131, або 12,5% (2018 р. — 12,7%).

Як вказано у виданні «Кадрові ресурси системи охорони здоров'я в Україні. Ситуаційний аналіз. Проєкт USAID»: «Кадровий резерв студентів спеціальностей «Медицина» та «Медсестринство» є недостатнім для того, щоб замінити медичний персонал пенсійного віку. На одного вступника до медичних університетів та академій припадає приблизно три лікарів пенсійного віку, а на одного вступника на спеціальність «Медсестринство» — чотири працюючі пенсіонери з числа середнього медичного персоналу. Проте зростає кількість запитів до медичних університетів (академій) і закладів післядипломної освіти для підтвердження документів про освіту, що опосередковано свідчить про наміри емігрувати за кордон» [5]. Упродовж 2015–2018 рр. кількість вступників на спеціальність «Медсестринство» щороку зменшувалася. Така ж негативна динаміка стосувалася і показників вступу за спеціальністю «Педіатрія» та «Медицина». Доцільно зазначити, що тільки за останні 6 років щорічний прийом за спеціальностями «Медицина» та «Педіатрія» скоротився за всіма формами підготовки на понад 1000 осіб та досяг мінімуму за всі роки незалежності — 2980 та 148 осіб відповідно. Практично згорнуто в закладах вищої медичної освіти підготовку за спеціальністю «Медико-профілактична справа» вна-

Кластеризація областей України за показником забезпеченості лікарями та молодшими медичними працівниками з медичною освітою у розрахунку на 10 000 осіб за зниженням показника

Забезпеченість лікарями	Області країни	Забезпеченість молодшими медичними працівниками з медичною освітою	Області країни
Рівень забезпеченості практикуючими лікарями вище загальнодержавного показника	Івано-Франківська, м. Київ, Львівська, Тернопільська	Рівень забезпеченості молодшими медичними працівниками з медичною освітою є вищим за загальнодержавний показник	Рівненська, Івано-Франківська, Чернігівська, Тернопільська
Рівень забезпеченості практикуючими лікарями близький до загальнодержавного показника — 24,7 на 10 000 населення	Чернівецька, Запорізька, Хмельницька, Полтавська, Рівненська, Вінницька, Волинська, Сумська, Харківська, Чернігівська, Черкаська, Житомирська, Дніпропетровська, Закарпатська, Київська, Одеська, Кіровоградська, Миколаївська	Рівень забезпеченості молодшими медичними працівниками з медичною освітою є близьким до загальнодержавного показника — 70,94 на 10 000 населення	Сумська, Волинська, Житомирська, Хмельницька, Кіровоградська, Львівська, Черкаська, Чернівецька, Вінницька, Полтавська, Запорізька, Херсонська, Закарпатська, Луганська, Київська, Дніпропетровська, Донецька
Низький рівень забезпеченості практикуючими лікарями	Херсонська, Донецька, Луганська	Низький рівень забезпеченості молодшими медичними працівниками з медичною освітою	м. Київ, Харківська, Одеська, Миколаївська

слідок руйнування у країні санітарно-епідеміологічної служби.

Високі показники забезпеченості практикуючими лікарями поки зберігаються в західних областях країни, передусім Івано-Франківській, Тернопільській, Львівській, Чернівецькій, кожна з яких має заклад вищої медичної освіти. Виділяється першість за забезпеченістю лікарями м. Київ — 33,4 на 10 000 осіб (у 2014 р. — 35,7). Значно нижчі показники забезпеченості лікарями залишаються в областях півдня та сходу країни, зокрема біля зони бойових дій: Донецькій — 19,1, Луганській — 20,3, Миколаївській — 21,1; Херсонській — 22,0, Кіровоградській — 23,9, областях (таблиця).

На противагу українському тренду щодо зменшення кількості лікарів у країнах ОЕСД спостерігається поступове зростання їх числа у порівнянні з 2000 р., в основному за рахунок збільшення кількості випускників медичних факультетів університетів цих країн. Це стало можливим у результаті прийняття спеціальних урядових рішень щодо збільшення набору студентів відповідного профілю у відповідь на поточний дефіцит лікарів у більшості розвинутих держав. У деяких країнах Центральної та Східної Європи було вжито заходів із залучення іноземних медиків, зокрема з країн Східної Європи [1, 4].

За розрахунками ВООЗ, загальне число працівників охорони здоров'я в Європейському регіоні ВООЗ у 2013 р. становило 12,7 млн осіб. На 2030 р. прогнозується його збільшення до 16,8 млн осіб. Наприклад, у Норвегії до 2060 р. в секторі охорони здоров'я буде задіяно до 38% трудових ресурсів [11].

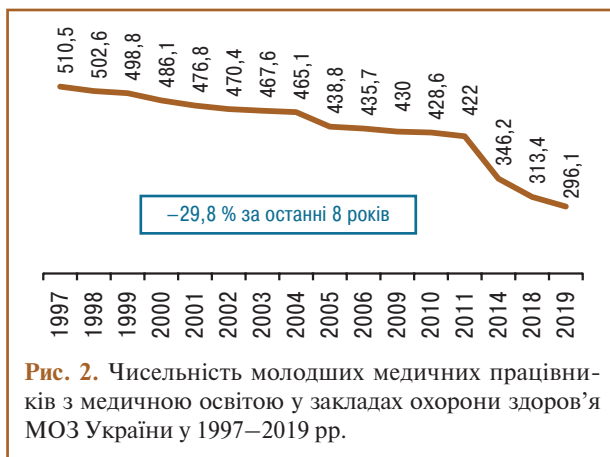
Кількість штатних посад молодших спеціалістів з медичною освітою на кінець 2019 р. ста-

новила 331 804,75 (у 2010 р. — 450 217), на яких працювало 296 054 (у 2010 р. — 428 667) молодших спеціалістів з медичною освітою. Забезпеченість молодшими спеціалістами з медичною освітою в Україні постійно знижується та нині становить 70,94 на 10 тис. населення (2010 р. — 98,3). Найнижчі показники забезпеченості медичними сестрами, фельдшерами, лаборантами та акушерками спостерігалися у Миколаївській обл. — 64,3 на 10 тис. населення; Одеській обл. — 66,1; у м. Київ та Харківській обл. — 66,5 та Донецькій обл. — 67,4 (див. таблицю). За 10 останніх років кількість середнього медичного персоналу через низку демографічних та соціально-політичних причин (окупація АР Крим, війна на Донбасі, вимушена міграція та зміна фаху) в Україні зменшилася на 132 613 осіб, або на 17,9%.

Для порівняння зазначимо, що, за даними ВООЗ, забезпеченість медичними сестрами на 10 тис. населення в Європейському регіоні становить 82,0 (2018 р.), а у світі — 16,0 [4, 10].

Щороку зі сфери охорони здоров'я вибуває більш ніж 2 тис. лікарів та 14,7 тис. молодших медичних працівників, що уже не компенсується щорічним обсягом випускників закладів вищої медичної освіти всіх рівнів акредитації.

В цілому укомплектованість фельдшерсько-акушерських пунктів (далі — ФАП) молодшими спеціалістами з медичною освітою становила 88,6 % (2018 р. — 88,9%). Разом з тим у 1 580 ФАП станом на кінець звітного року жодна штатна посада молодшого спеціаліста з медичною освітою не була укомплектована основним працівником (у 2010 р. — 536). У сільській місцевості працює лише 34 929 осіб, що становить 11,8% від загальної кількості середнього медичного персоналу.



Співвідношення між лікарями і середнім медперсоналом є нижчим за середній показник у європейських країнах і нині становить 1:1,9 та має чітку тенденцію до зниження, зокрема у зв'язку зі зменшенням обсягів підготовки медичних сестер у коледжах та училищах, міграційні процеси з прикордонних областей, і є нижчим за середньоєвропейський та світовий показник, що становить 1:2,4 (2016) [4]. Укомплектованість штатних посад молодших спеціалістів з медичною освітою фізичними особами в цілому зменшується та на даний момент досягла рівня у 89,23% (2010 р. — 95,2%). Щорічно укомплектованість посад лікарів та молодших медичних спеціалістів зменшується на 0,7–1,1%, що відображає процес депопуляції, міграції медиків та відмову працювати за спеціальністю внаслідок незадовільного соціального захисту та професійного вигорання.

Кадровий дефіцит молодших спеціалістів з медичною освітою (розрив між штатними посадами і фізичними особами) становить 35 750 осіб (2010 р. — 24 790), а кількість вакантних посад становить 30 101 (2010 р. — 22 605), посад, зайнятих за сумісництвом, — 5 649 (2010 р. — 2185). Тільки за останні 8 років кількість молодших медичних працівників з медичною освітою в країні зменшилася на 29,8% (рис. 2).

Таким чином, кадрова ситуація в галузі охорони здоров'я за останнє десятиріччя суттєво погіршилася, що знаходить відображення у зменшенні кількості медичних працівників на 175,013 тис. осіб, або на 28,1% від рівня 2010 р., передусім у сільській місцевості та на первинній ланці.

Усе вищезазначене вимагає термінових політичних рішень щодо виправлення ситуації з кадровими ресурсами в охороні здоров'я та попередження ризиків погіршення надання медичної допомоги населенню. Без стабілізації ситуації з кадровим забезпеченням галузі, відновлення належних обсягів підготовки та перепідготовки медиків медична допомога населенню стане проблематичною, а боротьба з епідеміями інфекційних та неінфекційних хвороб завершиться поразкою для людства.

Комісія Організації Об'єднаних Націй із зайнятості в сфері охорони здоров'я і економічного зрос-

тання вважає одним із виходів з ситуації, що склалася, створення нових робочих місць у сфері охорони здоров'я та поліпшення якості підготовки медичних працівників у відповідь на глобальний попит на працівників охорони здоров'я та їх нестачу [1]. Щоб ефективно реагувати на надзвичайні ситуації в галузі охорони здоров'я, зокрема пандемію COVID-19, медичні працівники повинні мати можливості для формування необхідних знань, навичок і компетенцій.

Покращити ситуацію у цих напрямках в Україні можливо за умови раціонального управління кадровими ресурсами на рівні областей та країни, поліпшення соціального захисту медиків, збільшення вдвічі обсягів державного замовлення на підготовку лікарів і медичних сестер та підвищення доступності медичної освіти. Одним з негайних кроків має стати прийом на навчання за кошти бюджету до 1000 дитячих лікарів та 1000 санітарних лікарів за цільовим регіональним держзамовленням для потреб областей.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. **World Health Organization** (2016) Working for health and growth: investing in the health workforce. Report of the High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250047/9789241511308-eng.pdf?sequence=1>).
2. **World Health Organization** (2015) Health Workforce and Services. Draft Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030. Report by the Secretariat (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_38-en.pdf).
3. **Organisation for Economic Co-operation and Development** (2020) Contribution of migrant doctors and nurses to tackling COVID-19 crisis in OECD countries (<http://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/contribution-of-migrant-doctors-and-nurses-to-tackling-covid-19-crisis-in-oecd-countries-2f7bace2/#tablegrp-d1e94>).
4. **Щербаківа Е.М.** (2020) Медицинские кадры мира. Демоскоп Weekly, 861–862 (<http://demoscope.ru/weekly/2020/0861/barom01.php>).
5. **Богдан Д., Бойко А., Василькова А.** (2019) Кадрові ресурси системи охорони здоров'я в Україні. Ситуаційний аналіз. Проєкт USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». Київ, 133.
6. **Заболотько В.М.** (2020) Медичні кадри та мережа закладів охорони здоров'я системи МОЗ України за 2018–2019 роки. МОЗ України, ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України» (<http://medstat.gov.ua/ukr/MMXIX.html>).
7. **Волосовець О.П.** (2019) Витоки кадрової кризи в охороні здоров'я України. Матеріали XVII з'їзду Всеукраїнського лікарського товариства. Полтава. 14–16.11.2019: 36–38.
8. **Organisation for Economic Co-operation and Development** (2019) Health Statistics 2019 — Frequently Requested Data/November 2019 (http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT).
9. **World Health Organization** (2020) World health statistics 2020: Annex 2; WHO Global Health Workforce (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/health-workforce>).
10. **World Health Organization** (2020) World health statistics 2020: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
11. **Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения** (2018) Трудовые ресурсы здравоохранения (https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/385939/fs-sdg-3-c-workforce-rus.pdf?ua=1).

HUMAN RESOURCES MANAGEMENT IN HEALTHCARE SYSTEM OF UKRAINE AND WORLD: CURRENT CHALLENGES

O.P. Volosovets¹, V.M. Zabolotjko², A.O. Volosovets³

¹Bohomolets National Medical University, Kyiv

²Center of Medical Statistics of the Ministry of Health of Ukraine, Kyiv

³Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv

Abstract. Topicality. Global trend of reducing the number of doctors and nurses has put the health status and organization of health care under significant threat in many countries, especially those with low development indices. Importance of this process is growing in the context of the COVID-19 pandemic due to possible reduced access to health care. **Materials and methods of research.** We have performed the analysis of the data of the Center for Medical Statistics of the Ministry of Health of Ukraine for 2009–2019. Also methods of systematic approach and epidemiological analysis were used. **Aim of the study.** Assess the sufficiency of medical staff in healthcare facilities of Ukraine in comparison with world and European indicators and identification of the relevant risks. **Results.** Currently, Ukraine ranks 38th in the European region in terms of the number of doctors and nurses. Such a negative trend in dynamics of healthcare personnel is accompanied by a reduction of training of doctors and nurses since 2017. According to the Center for Medical Statistics of the Ministry of Health of Ukraine, on December 31, 2019, medical care was provided by 184,713 doctors of all specialties and 296,054 junior medical workers with medical education in healthcare facilities of all forms of owner-

ship. This is much less than in 2010, when there were 224,876 doctors and 428,667 nurses and laboratory assistants. Thus, only in 2019 the number of doctors has decreased by 2,056 people, and nurses — by 17,288, which is significantly more than in the period of 2017–2018. According to the WHO Annual Report there are approximately 16 doctors and 38 nurses per 10,000 people worldwide. For every 10,000 inhabitants of the European region there are 34 doctors and 82 nurses on average. The ratio between doctors and nurses in Ukraine is lower (1: 2.4 on average) than in Europe (1:1.9 on average) and has a clear downward trend, in particular due to a decrease in the training of nurses in medical colleges and schools, migration processes from border areas (2016). **Conclusions.** All of the above requires urgent policy decisions to fix the human resources situation in healthcare system and prevent the risks of deteriorating health care. Without stabilization of the situation with the medical personnel and restoring the proper amount of training and retraining of medical professionals, medical care will become problematic and the fight against epidemics of infectious and non-communicable diseases will not end well for humanity.

Key words: doctors, nurses, security, staffing, shortage of medical personnel.

Адреса для листування:

Волосовець Олександр Петрович
01601, Київ, бульв. Т. Шевченка, 13
Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця
E-mail: volosovec@ukr.net
Тел.: +38 (050) 900-49-56

Отримано 28.09.2020

М.М. Островський¹, О.В. Панасюк², В.І. Зуб³¹ Львівський міський психотерапевтичний центр² Комунальне некомерційне підприємство «2-га міська поліклініка м. Львова»³ Управління охорони здоров'я Львівської міської ради

ОРГАНІЗАЦІЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ СЛУЖБИ ПІД ЧАС ВІЙНИ

Група психотерапевтів, які працюють у закладах охорони здоров'я м. Львів, у 2014–2017 рр. допомагали бійцям, що брали участь в антитерористичній операції, реабілітуватися на волонтерських засадах.

Ключові слова: війна, посттравматичний стресовий розлад, психотерапія, волонтерський рух.

Події на Майдані Незалежності, війна на Сході України спонукали до дій лікарську спільноту Львівщини. Науково-практичну конференцію Української спілки психотерапевтів (президент — професор О.О. Фільц) під назвою «Психотерапія в часі суспільних потрясінь» було проведено 28.06–29.06.2014 рр. [2] Її завданням було донести до фахівців методи психотерапії в частині лікування стресів. Було продемонстровано й передано відповідні методи. Тренерами були фахівці з Хорватії, Ізраїлю, Великобританії, Нідерландів.

Асоціація психіатрів України на чолі з президентом Семеном Глузманом провела 14–15 листопада 2014 р. у Львові конференцію, націлену на вивчення проблем посттравматичного стресового розладу (ПТСР) під назвою: «Війна. Травма. Зцілення... Міфи та реалії ПТСР в Україні». Існує статистика, яка свідчить про те, що на депресію хворіють 200 млн осіб на планеті. На депресію припадає 22–30% усіх психічних захворювань. У 13% хворих на депресію перебіг закінчується суїцидом. ПТСР відмічають у 17% усіх задіяних у військових діях. Депресія і ПТСР — це дві основні й найважливіші проблеми у воєнний період [3, 4].

Ольга Богомолец, голова Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я (парламент VIII скликання), на парламентських слуханнях 16 грудня 2015 р. на тему: «Про реформу охорони здоров'я в Україні» підтвердила необхідність профілактики психічних захворювань і алкоголізму. Також вона зробила акцент на необхідності відновлення патріотичного виховання в школах, актуальності цивільної оборони, налагодження фахової психологічної служби в армії.

Ірина Пінчук, доктор медичних наук, директор Українського науково-дослідного інституту соціальної й судової психіатрії МОЗ України, директор міжнародного центру обміну технологій у сфері залежностей, навчає психіатрів, що ПТСР — не єдина психічна патологія в армії, мають місце й коморбідні стани — поєднання кількох захворювань [1].

Тому ми, фахівці на місцях, почали вивчати ресурс львівської міської системи охорони здоров'я, опираючись на штатний розпис, на наявність посад психологів і психотерапевтів та їх затребуваність відповідно (табл. 1).

Таблиця 1

Заклади охорони здоров'я	Психотерапевти	Психологи (посади)
1-ша міська клінічна лікарня ім. Князя Лева	1.0 (посада)	1.5 (Центр «Підліток і сім'я»)
3-тя міська клінічна лікарня	1.0	0.5 (Центр планування сім'ї)
4-та міська клінічна лікарня	—	0.5 (Сексологічний центр)
5-та міська клінічна лікарня	—	—
7-ма міська лікарня	—	—
8-ма міська клінічна лікарня	—	—
Львівська міська лікарня швидкої медичної допомоги	1.0	—
1-ша міська поліклініка	—	—
2-га міська поліклініка	1.0	—
4-та міська поліклініка	0.5	—
5-та міська клінічна поліклініка (міський психотерапевтичний центр)	2.0	1.0 посада 2 штатні одиниці (Психотерапевтичний центр)
6-та міська поліклініка	0.5	—
10-та міська поліклініка	—	—
Львівська міська дитяча лікарня	—	0.5 (Центр статевого виховання)
Усього:	7.0	4.0

Наступним кроком було формування ініціативною групою психотерапевтів із 4 осіб плану-проєкту.

План було узгоджено і затверджено з Управлінням охорони здоров'я Департаменту гуманітарної політики Львівської міської ради під назвою: «Надання психотерапевтичної допомоги психотерапевтичною службою міста постраждалим в зоні АТО і членам їх сімей» [4].

У своїй роботі психотерапевтична служба міста керується:

- обласною програмою: «Діагностика, лікування та реабілітація осіб, які постраждали внаслідок Революції Гідності у 2014–2015 рр.» (за рішенням Львівської обласної ради від 11.02.2014 р. № 950);
- рішенням колегії Департаменту охорони здоров'я Львівської обласної державної адміністрації від 27.11.2014 р.: «Про особливості надання психіатричної і психологічної допомоги постраждалим в зоні АТО».

На даний час учасники АТО отримують психіатричну і психологічну допомогу у Військово-медичному клінічному центрі Західного регіону (госпіталь) та у Львівській обласній клінічній психіатричній лікарні. Враховуючи те, що частина пролікованих, імовірно, матиме необхідність у подальшому психотерапевтичному супроводі, психотерапевтична служба міста готова долучитися до надання такої допомоги.

Для реалізації зазначених завдань психотерапевтична служба міста планує здійснити наступні заходи:

1. скоординувати співпрацю з психіатричною службою госпіталю, Львівською обласною клінічною психіатричною лікарнею, антикризовим центром психологічної допомоги (волонтерська служба);
2. розробити маршрут (Додаток 1) та критерії відбору пацієнтів (Додаток 2) для подальшого психотерапевтичного супроводу;
3. забезпечити покриття поліклінічних закладів м. Львова психотерапевтичною допомогою постраждалим у зоні АТО і членам їхніх сімей (Додаток 3).

ДОДАТОК 1. МАРШРУТ ПАЦІЄНТІВ ДЛЯ ПОДАЛЬШОГО ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОГО СУПРОВОДУ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я М. ЛЬВОВА



ДОДАТОК 2. КРИТЕРІЇ ВІДБОРУ ПАЦІЄНТІВ

У відборі пацієнтів для лікування працює підхід відповідно до психотерапевтичних стандартів. На лікуванні у психотерапевтичних кабінетах закладів охорони здоров'я можуть перебувати пацієнти:

- 1) які пройшли необхідне лікарське комісійне обстеження, лікування у психіатра з відповідним висновком та виписані на амбулаторне лікування;
 - 2) які звернулися самостійно за психотерапевтичною і консультативною допомогою;
 - 3) скеровані лікарями закладів охорони здоров'я.
- У нозологічному аспекті це пацієнти з такими розладами (за МКХ-10):

F 43 реакція на важкий стрес і порушення адаптації (зокрема F 43.1 — ПТСР);

F 40 фобічні і тривожні розлади (агорафобії, соціальні фобії, специфічні фобії);

F 41 панічні розлади, змішані тривожні і депресивні розлади;

F 44 дисоціативні розлади;

F 45 соматоформні розлади.

Не підлягають психотерапії пацієнти з психозами, ендогенними депресіями і зі зловживанням психоактивними речовинами (алкоголь, наркотики, транквілізатори). Таких хворих направляють на консультацію до нарколога, психіатра [3].

На загальних зборах психотерапевтів м. Львова, що відбулися 17.12.2014 р. було прийнято рішення утворити штаб психотерапевтичної служби, куди увійшли 7 лікарів. Було узгоджено територіальне забезпечення психотерапевтичною допомогою закладів охорони здоров'я міста, де відсутні психотерапевтичні кабінети (на період дії АТО (ООС)) (Додаток 3) (табл. 2).

ДОДАТОК 3. СХЕМА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ ПОЛІКЛІНІЧНИХ СТРУКТУР ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЛЬВОВА ПОСТРАЖДАЛИМ У ЗОНІ АТО

У заклади охорони здоров'я було розіслано буклет про роботу психологічно-психотерапевтичної служби міста, координаторами якої стали лікарі-психотерапевти (табл. 3). У буклеті представлена інформація про місце роботи, зону обслуговування та напрямок діяльності і практики психотерапевта.

Львівський міський психотерапевтичний центр у складі 2 психотерапевтів і 2 психологів здатний надати психотерапевтичну допомогу пацієнтам у кількості 190–220 осіб, таким чином, за 5 років війни понад 2% пацієнтів становили бійці АТО (2014–2018 рр.).

Психотерапевтичну допомогу було надано 84 учасникам АТО, що перебували на лікуванні у психотерапевтів міста. У Львівському міському психотерапевтичному центрі відповідне лікування проведено 24 особам. На прикладі центру показано

Таблиця 2

Назва закладу охорони здоров'я Львова, де наявний кабінет психотерапії	Прізвище психотерапевта	Назва закладу охорони здоров'я Львова, де відсутній кабінет психотерапії (хто обслуговуватиме)
2-га міська поліклініка	О.В. Панасюк	4-та міська клінічна лікарня
5-та міська клінічна поліклініка (міський психотерапевтичний центр)	М.М. Островський	5-та міська клінічна лікарня
3-тя міська клінічна лікарня	О.С. Кітура	1-ша міська поліклініка
5-та міська клінічна поліклініка (міський психотерапевтичний центр)	С.Я. Галушко	3-тя міська поліклініка, 10-та міська поліклініка
1-ша міська клінічна лікарня (1-ше поліклінічне відділення)	О.В. Гошовський	1-ша міська клінічна лікарня (2-ге поліклінічне відділення)
4-та міська поліклініка	С.В. Пірожик	8-ма міська клінічна лікарня
6-та міська поліклініка	О.В. Федорюк	7-ма міська лікарня

Таблиця 3

Ім'я, по батькові, прізвище	Місце роботи лікаря-психотерапевта	Міські заклади охорони здоров'я, що обслуговуються психотерапевтом	Напрямок психотерапії
Мирон Миколайович Островський, завідувач міського психотерапевтичного центру	5-та міська клінічна поліклініка, вул. Виговського, 41	5-та міська клінічна поліклініка, 5-та міська клінічна лікарня	Психоаналіз, травматерапія, релаксаційні техніки
Степан Якович Галушко	5-та міська клінічна поліклініка, вул. Виговського, 41	5-та міська клінічна поліклініка, 10-та міська поліклініка, 3-тя міська поліклініка (Залізнична поліклініка)	Релаксаційні техніки, терапія кризових станів
Олександр Володимирович Гошовський	1-ша міська клінічна лікарня ім. Князя Лева, вул. Хімічна, 7А	1-ша міська клінічна лікарня: поліклінічне відділення № 1, поліклінічне відділення № 2	Рационально-роз'яснювальна психотерапія
Світлана Володимирівна Пірожик	4-та міська поліклініка, просп. Червоної Калини, 57	4-та міська поліклініка, 8-ма міська клінічна лікарня	Рационально-роз'яснювальна психотерапія
Ольга Святославівна Кітура	3-тя міська клінічна поліклініка, вул. Озаркевича, 2	3-тя міська клінічна лікарня, 1-ша міська поліклініка	Гештальт-терапія
Оксана Володимирівна Панасюк	2-га міська поліклініка, вул. Симоненка, 4	2-га міська поліклініка, 4-та міська клінічна лікарня	Психоаналіз, травматерапія
Олеся Всеволодівна Федорюк	6-та міська поліклініка вул. Медової Печери, 1	6-та міська поліклініка, 7-ма міська клінічна лікарня	Психоаналіз, травматерапія

Таблиця 4

№ з/п	Дата первинного звернення:	Адреса:	Діагноз:
1.	5.04.2014 р.	м. Львів	(F43.1) ПТСП
2.	7.04.2014 р.	Золочівський р-н	(F06.36) органічне ураження ЦНС
3.	9.04.2014 р.	Жидачівський р-н	(F43.1) ПТСП
4.	14.08.2014 р.	м. Львів	Ендогенне захворювання
5.	3.11.2014 р.	м. Львів	Ендогенне захворювання
6.	2.01.2015 р.	м. Львів	(F41.1) генералізований тривожний розлад
7.	7.12.2015 р.	м. Буськ	(F43.1) ПТСП
8.	18.12.2015 р.	м. Львів	(F43.24) адаптаційний розлад
9.	23.12.2015 р.	м. Львів	(F45.4) соматоформний розлад
10.	24.12.2015 р.	м. Львів	(F45) соматоформний розлад
11.	24.12.2015 р.	м. Львів	(F41.1) тривожно-депресивний розлад
12.	21.01.2016 р.	м. Львів	(F43.24) адаптаційний розлад
13.	22.01.2016 р.	м. Новояворівськ	(F43.25) адаптаційний розлад
14.	10.11.2015 р.	м. Львів	(F43.25) адаптаційний розлад
15.	7.12.2016 р.	м. Новояворівськ	(F43.1) ПТСП
16.	22.12.2016 р.	м. Львів	(F43.22) адаптаційний розлад
17.	16.05.2017 р.	м. Дрогобич	(F43.1) ПТСП
18.	19.05.	м. Львів	(F41.2) тривожно-депресивний розлад
19.	30.05.	м. Львів	(F41.2) тривожно-депресивний розлад
20.	30.05.	м. Львів	(F48) неврастенія
21.	4.07.	м. Львів	(F45) соматоформний розлад
22.	1.11.2018 р.	м. Новояворівськ	(F 43.2) адаптаційний розлад
23.	1.11.	м. Новояворівськ	хронічний алкоголізм
24.	8.11.	м. Львів	(F 43.1) — ПТСП

статистику лікування. З етичних міркувань не вказано прізвищ осіб, що проходили терапію (табл. 4). З табл. 4 зрозуміло, що територіально звернення виходять за межі впливу системи охорони здоров'я міста і поширюються на Львівську обл.

Результати роботи з 24 пацієнтами: № 1, 3, 6, 14 — повернулися в АТО; № 22 — повернувся до виконання службових обов'язків на Яворівському полігоні; № 13, 21, 24 — влаштувалися на роботу в органах поліції.

Усі решта пацієнтів вийшли зі стану неврозу. Лише двоє (№ 4 і 5) отримали негативний результат (проявився латентний психоз).

ВИСНОВКИ

Показана ситуація перших років війни. Ситуація була складною. Бракувало підготовки до бойових дій і в армії, і в цивільному житті. Величезне значення в Україні відіграв волонтерський рух. Ця ситуація свідчить про ініціативу, що виникла на робочому місці. Ініціатива полягає в тому, що група психотерапевтів ще до початку реформ у МОЗ України вийшла за межі території обслуговування і виконання службових обов'язків. Час був такий, що всі в нашій країні змушені були вийти за межі.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Мусій О.С., Пінчук І.Я., Хаустова О.О. (2014) Інноваційні підходи до організації медико-психологічної допомоги при посттравматичному стресовому розладі. Методичні рекомендації. — Київ, 2014. — 32 с.
2. Матеріали науково-практичної конференції Української спілки психотерапевтів: «Психотерапія в часі суспільних потрясінь», 28.06–29.06.2014.

3. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реакції на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад» (2016). Затверджений Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 23.02.2016 р. № 121.

4. Островський М.М. (2020) Психотерапія в контексті професійного вигорання. Матеріали звітних наукових конференцій факультету педагогічної освіти. — Львів, ЛНУ імені Івана Франка. — 95 с.

ORGANIZATION OF PSYCHOTHERAPEUTIC SERVICE DURING THE WAR

M. Ostrovsky¹, O. Panasyuk², V. Zub³

¹*Lviv City Psychotherapeutic Center, Lviv*

²*Municipal non-profit enterprise «2nd city polyclinic of the city of Lviv», Lviv*

³*Lviv City Council Health Department, Lviv*

Summary. *In 2014–2017, a group of psychotherapists who worked in health care facilities in the city of Lviv helped soldiers who participated in the anti-terrorist operation to rehabilitate on a volunteer basis.*

Key words: *war, post-traumatic stress disorder, psychotherapy, volunteer movement.*

Адреса для листування:

Островський Мирон Миколайович
79000, м. Львів, вул. Виговського, 41
5-та міська клінічна поліклініка
E-mail: m.ostrovsky@ukr.net
Тел.: +38 (067) 985-03-61

Отримано 30.09.2020

Л. Матюха, Л. Бабінець, Л. Хімїон, К. Надутий, П. Колесник, А. Базилевич, Є. Заремба

Українська асоціація сімейної медицини

ОСНОВНІ ЕТАПИ РОЗВИТКУ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ ТА УКРАЇНСЬКОЇ АСОЦІАЦІЇ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

У статті в історичному аспекті представлено розвиток загальної практики — сімейної медицини, основних засновників цієї спеціальності, освітні, організаційні, клінічні її аспекти, міжнародну співпрацю. Висвітлено діяльність Української асоціації сімейної медицини, яка є платформою для об'єднання лікарів первинної медичної допомоги та викладачів кафедр сімейної медицини щодо напрацювання спільних пропозицій щодо розвитку первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини в Україні, удосконалення якості освіти й роботи сімейного лікаря.

Ключові слова: загальна практика — сімейна медицина, Українська асоціація сімейної медицини, кафедра сімейної медицини, сімейний лікар.

Розвиток сімейної медицини (СМ) в Україні почався з експерименту, проведеного ще за часів СРСР у Львівській обл., де у 1989 р. було відкрито Поліклініку сімейної медицини, у 1992 р. — амбулаторію сімейних лікарів у м. Дрогобич. Це й заклало основи для розвитку СМ в Україні. Протягом 1987–1988 рр. було запроваджено регіональний експеримент у Львові, розроблено моделі поступового переходу терапевтів і педіатрів від дільничного до сімейного принципу обслуговування. Значний внесок у започаткування СМ в Україні та запровадження її на Львівщині зроблено колективом ентузіастів, зокрема доцентом Ярославом Базилевичем та професором Євгенією Зарембою.

У 1992 р. Основами законодавства України про охорону здоров'я, прийнятими Верховною Радою, визначено пріоритетним розвиток первинної медичної допомоги (ПМД). З того часу почала розвиватися нормативна база для розвитку ПМД в Україні, продовжено впровадження СМ у м. Комсомольськ, м. Вознесенськ, Запорізькій, Хмельницькій, Харківській областях та інших регіонах. Виникла потреба у підготовці кадрів із загальної практики — сімейної медицини (ЗПСМ), створенні кафедр СМ, громадських організацій та розвитку нової лікарської спеціальності «Загальна практика — сімейна медицина», затвердженої в 1996 р. Так, у 1995 р. змінено назву кафедри терапії на кафедру терапії з курсом СМ у Львівському національному медичному університеті імені Данила Галицького, створено Асоціацію сімейних лікарів Львівщини.

У 1996 р. почали створюватися кафедри сімейної медицини в медичних вищих навчальних за-

кладах України. Першою було створено кафедру СМ у Київській медичній академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика (КМАПО; нині — Національна медична академія післядипломної освіти — НМАПО) імені П.Л. Шупика, яку очолив професор Г.І. Лисенко. Спільними зусиллями професора Є.Х. Заремби та професора Г.І. Лисенка у 1997 р. засновано Українську асоціацію сімейної медицини, яка у 1999 р. стала членом Всесвітньої асоціації сімейних лікарів (World Organization of Family Doctors — WONCA) та територіально увійшла до Європейського регіону. У 1997 р. створено навчальний курс для підготовки сімейних лікарів у Дніпропетровській медичній академії, який очолила Н.Д. Чухрієнко.

У 1999 р. створено першу мультидисциплінарну кафедру поліклінічної справи та сімейної медицини на додипломному рівні викладання у Тернопільській державній медичній академії імені І.Я. Горбачевського з відкриттям перших в Україні навчально-практичних центрів первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) у сільській місцевості.

Першим президентом Української асоціації сімейної медицини став професор Г.І. Лисенко (02.07.1947–09.10.2013). З того часу основні події розвитку сімейної медицини на Київщині відбувалися і за його сприяння. У 1999 р. за участю Г.І. Лисенка у співпраці з КМАПО імені П.Л. Шупика та Королівським коледжем лікарів загальної практики (Royal College of General Practitioners) було засновано всеукраїнський науково-практичний журнал «Сімейна медицина», який сьогодні є фаховим медичним виданням України, на його сторінках

друкуються результати наукових робіт, проводиться дистанційне навчання сімейних лікарів, публікуються новини СМ з усього світу.

Біля витоків створення в Україні ЗПСМ стояли: доцент Я.П. Базилевич, професор Є.Х. Заремба, професор Г.В. Дзяк, професор В.М. Лехан, професор Б.С. Зіменковський, Є.М. Полотайко, професор М.П. Павловський, професор Р.І. Орач, М.Д. Борисевич, професор Н.Г. Гойда, професор Г.І. Лисенко, професор Н.Д. Чухрієнко, доктор наук з державного управління Б.Б. Лемішко, професор М.К. Хобзей, професор Л.Ф. Матюха, О.М. Гиріна, Л.М. Пасієшвілі та ін.

Для створення системи охорони здоров'я за принципом СМ та захисту прав сімейних лікарів на Львівщині 27 грудня 1995 р. на установчих зборах було засновано Асоціацію сімейних лікарів Львівщини. Асоціація сімейних лікарів Львівської обл. стала першою регіональною асоціацією сімейних лікарів в Україні. На момент створення до її складу входило 195 сімейних лікарів.

На установчих зборах Асоціації сімейних лікарів Львівщини прийнято звернення до всіх сімейних лікарів України про створення асоціацій в інших областях та асоціації сімейних лікарів України.

Враховуючи всі труднощі й проблеми у впровадженні нової для України лікарської спеціальності ЗПСМ для згуртування і всебічної підтримки сімейних лікарів та інших спеціалістів, які працюють в амбулаторії СМ, за ініціативи викладачів та практикуючих лікарів, за підтримки колективу КМАПО в грудні 1997 р. було створено, а в 1998 р. зареєстровано Українську асоціацію сімейної медицини (УАСМ). Її засновниками були професор В.Н. Гирін, професор Г.І. Лисенко, професор Н.Д. Чухрієнко. Першим президентом УАСМ було одногослосно обрано Г.І. Лисенка, який очолював кафедру терапії та сімейної медицини в КМАПО (тепер — кафедра сімейної медицини).

Значну попередню роботу з підготовки створення Асоціації було проведено провідними спеціалістами й викладачами з різних регіонів України, які вивчали міжнародний досвід, спілкувалися з представниками громадських організацій сімейних лікарів Великобританії, США, Австралії в рамках міжнародних програм співробітництва, зокрема із Королівським коледжем лікарів загальної практики (Велика Британія).

Перший з'їзд сімейних лікарів України відбувся у Львові в 2001 р., другий — у Харкові 2005 р., третій — в Дніпрі 2011 р. та четвертий — у Полтаві 2015 р. Після I з'їзду сімейних лікарів напрацьовані п'онерів сімейної медицини Львова і Києва поширювалися та поглиблювалися. З'явилися та стрімко розвивалися цікаві пілотні проекти на основі місцевих ініціатив у містах Вознесенську, Кам'янці-Подільському, Комсомольську (нині — Горішні Плавні), на Харківщині тощо. Наймасштабніші зміни торкнулися первинної ланки в сільській місцевості

на Харківщині, де на її розвиток — розбудову мережі, матеріально-технічне і кадрове забезпечення — були спрямовані фінансові та адміністративні ресурси.

Отже, коли постало питання, де саме проводити наступний II з'їзд сімейних лікарів, перевагу справедливо було віддано Харкову. У роботі II з'їзду взяв участь на той час Президент України В.А. Ющенко. По суті, якщо перший, Львівський, з'їзд був скоріше зібранням тих ентузіастів з певним досвідом та організаторів, які мали наміри щодо впровадження СМ, то другий, Харківський, уже зібрав тисячу сімейних лікарів — практиків, і в ході заходу обговорювалися проблеми їхнього життя й роботи. Саме після другого з'їзду вийшов відповідний Указ Президента України, і питання переведення ПМД на засади ЗП—СМ набуло безальтернативного характеру.

Для подальшого розвитку цієї ініціативи Міністерством охорони здоров'я України за активної участі УАСМ (члени УАСМ увійшли до складу відповідної робочої групи МОЗ) було розроблено Концепцію державної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики — сімейної медицини, яку було затверджено у 2006 р. Планом заходів на виконання Концепції було, зокрема, передбачено проведення комплексної інвентаризації первинної ланки медичного обслуговування.

У 2005 р. було створено перший в Україні факультет «Загальна практика — сімейна медицина» в КМАПО імені П.Л. Шупика, деканом якого було обрано професора Г.І. Лисенка. Факультет наприкінці 2009 р. реорганізовано в Інститут сімейної медицини НМАПО імені П.Л. Шупика, першим директором якого обрано також професора Г.І. Лисенка. Відповідно до наказу МОЗ України від 07.06.2010 р. № 466 на інститут покладено здійснення таких функцій: організація та впровадження якісної та ефективної системи підготовки, координація наукових досліджень у галузі СМ, участь у здійсненні науково-методичного супроводу впровадження СМ в первинну ланку охорони здоров'я України та у формуванні стратегічних напрямків її розвитку. Тоді ж, у 2010 р., було затверджено академічну спеціальність «Загальна практика — сімейна медицина» (14.01.38), що була затверджена наказом Вищої атестаційної комісії України від 29 квітня 2010 р. № 237, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 5 травня 2010 р. за № 315/17610. Рішенням Департаменту атестації кадрів вищої кваліфікації України вперше було відкрито спеціалізовану вчену раду Д 26.613.06 із захисту докторських і кандидатських дисертацій зі спеціальностей 14.01.02 — внутрішні хвороби, 14.01.38 — загальна практика — сімейна медицина при НМАПО імені П.Л. Шупика.

Обґрунтування подальших дій щодо розвитку СМ потребувало управлінської інформації, якої на той час ані МОЗ, ані УАСМ не мали. Відповідно,

у 2008 р. на виконання Наказу МОЗ від 11.05.2007 р. № 237 у всіх регіонах України зібрано стандартизовані дані про мережу закладів ПМСД та стан будівель і споруд, кадрове, матеріально-технічне та фінансове забезпечення ПМСД. Аналіз отриманих даних продемонстрував наявність значних ресурсів, сконцентрованих на первинній ланці, але водночас спостерігалися системні прогалини та їх нерівномірний розподіл, як між регіонами так і всередині областей. Крім того, було зафіксовано низьку та нерівномірну фізичну доступність ПМСД, як у сільській місцевості так і містах; низький рівень кадрового забезпечення, з високим потенціалом природного відтоку кадрів (значна частина працівників пенсійного і передпенсійного віку); низький або невизначений рівень фінансування ПМСД. Усе це спонукало до ухвалення стратегічно важливого документа. У 2010 р. було прийнято Закон України «Про загальнодержавну програму розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини». Члени УАСМ були учасниками розробки та виконавцями вказаних документів у якості членів робочих груп та учасників організаційних заходів, а Л.Ф. Матюха в 2006–2016 рр. була головним позаштатним спеціалістом МОЗ України з питань ПМСД.

У 2013 р. асоціація і вся медична громадськість України понесли важку втрату: передчасно пішов з життя президент УАСМ професор Г.І. Лисенко. У 2013–2015 р. обов'язки президента УАСМ виконувала віце-президент асоціації — професор Н.Д. Чухрієнко. У 2015 р. на IV з'їзді сімейних лікарів України (м. Полтава) президентом УАСМ було обрано Л.Ф. Матюху, яка започаткувала перебудову структури і функцій Асоціації.

За статутом УАСМ є всеукраїнською громадською організацією, яка об'єднує не лише сімейних лікарів та медичних сестер, але всіх, хто підтримує ієї і розділяє філософію сімейної медицини. На даний час УАСМ налічує понад 12 000 членів, які також об'єднуються в регіональні асоціації й осередки. Основною метою діяльності УАСМ є покращення стану здоров'я українців шляхом підвищення якості надання медичної допомоги населенню на засадах СМ.

Завдяки активній громадській позиції, участі в міжнародних форумах сімейних лікарів і бажанню розвиватися президент УАСМ є членом правління WONCA.

Активні члени УАСМ стають також і дійсними членами WONCA, що дає змогу брати участь у міжнародних форумах сімейних лікарів, безпосередньо спілкуватися з колегами з різних країн, долучатися до програм міжнародного співробітництва і досліджень у галузі сімейної медицини. Надзвичайно корисними для розвитку сімейної медицини в Україні стали спільні проекти УАСМ, НМАПО з Університетом Темпл (США), фондом «Відродження», Королівським коледжем лікарів загальної практики

(Велика Британія), Всесвітньою організацією охорони здоров'я, Нідерландським інститутом дослідження медичних послуг (Netherlands Institute for Health Services Research — NIVEL), ВООЗ, ЮНІСЕФ (1998–2020 рр.). Спеціалісти й викладачі з провідних навчальних закладів і професійних асоціацій Європи, США, Австралії виступають на конференціях сімейних лікарів в Україні, проводять тренінги для практикуючих лікарів і навчання викладачів. Завдяки активній позиції всіх членів правління УАСМ філософія сімейної медицини поширюється в Україні, зміцнюється роль сімейного лікаря як самостійного спеціаліста в системі охорони здоров'я України, ЗП–СМ затверджується як самостійна наукова спеціальність (2010 р.).

З початку утворення УАСМ двічі на рік проводить конференції для лікарів, організаторів охорони здоров'я, викладачів за участю зарубіжних колег. Члени Асоціації не лише обговорюють організаційні та клінічні питання спеціальності, але й дискутують з проблемних питань законодавчого процесу, гострих економічних питань, шляхів підвищення якості підготовки майбутніх сімейних лікарів. Резолюції конференцій сімейних лікарів направляються з конкретними пропозиціями до Верховної Ради України, Кабінету Міністрів, Президента, МОЗ України. Члени Асоціації входять до експертних рад МОЗ, регіональних та місцевих органів управління, є депутатами місцевих та обласних рад.

У 2015 р. на IV з'їзді за багаторічну невтомну працю, активну громадську позицію, значний персональний внесок у розвиток сімейної медицини України Почесним президентом УАСМ обрано професора Євгенію Хомівну Зарембу (м. Львів), віце-президентом — професора Івана Васильовича Чопея (м. Ужгород). Обрано правління асоціації з 59 осіб з різних регіонів України, а також 3 членів ревізійної комісії. На сучасному етапі УАСМ складається з департаментів за наступними основними напрямками роботи, зокрема: медичний менеджмент (К.О. Надутий), належна лікарська практика (В.В. Івчук), освіта (Л.В. Хімюон), наукова діяльність (Л.С. Бабінець), методична робота (Н.Д. Чухрієнко), міжнародне співробітництво (П.О. Колесник), молода команда сімейних лікарів (Ю.С. Періг), медичні сестри (Л.А. Головашук), відділ оперативних функцій (А.О. Кисельов).

Понад 70 членів УАСМ є членами Європейської академії викладачів загальної практики та сімейної медицини (European Academy of Teachers in General Practice and Family Medicine — EURACT), проходять навчання та стажування на міжнародних навчальних курсах і тренінгах для викладачів сімейної медицини.

За останні роки УАСМ реалізовано кілька нових міжнародних проектів — у співпраці з ВООЗ, Міжнародним благодійним фондом «Альянс громадського здоров'я». У 2016 р. Асоціацією реалізо-

вано проєкт «Ведення пацієнтів з ВІЛ-інфекцією/СНІДом сімейним лікарем» за підтримки Агентства з міжнародного розвитку США (United States Agency for International Development — USAID), Благодійної організації «Всеукраїнська мережа людей, що живуть з ВІЛ» та НМАПО імені П.Л. Шупика. Провідними спеціалістами УАСМ проводяться регулярні виїзні навчально-тренінгові цикли в різних регіонах України. Відповідно до розробленого Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) документа «Глобальна стратегія сектору охорони здоров'я з ВІЛ на 2016–2021 рр.», метою якої є ліквідація епідемії СНІДу до 2030 р. в рамках досягнення цілей стратегії Об'єднаної програми Організації Об'єднаних Націй з ВІЛ/СНІД (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS — UNAIDS) «Прискорення подолання епідемії ВІЛ-інфекції», а також Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 рр. в Україні проводиться низка заходів, які спрямовані на розширення доступу до тестування на ВІЛ-інфекцію, антиретровірусної терапії, на покращення державної системи надання якісних і доступних послуг людям, які живуть з ВІЛ, формування толерантного ставлення до них у суспільстві, профілактику ВІЛ-інфекції тощо.

Сімейна медицина поступово виходить на перший план як база системи охорони здоров'я. Сімейний лікар зможе надати значно ширший обсяг медичних послуг пацієнтам, ніж спеціалізовані заклади, що розширять доступ до лікування і профілактики захворювань, зокрема ВІЛ-інфекції. Крім того, законодавчі акти України, уніфіковані клінічні протоколи створюють передумови для ефективної роботи лікарів усіх рівнів та окреслюють місце первинної ланки у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Розуміючи актуальність такого навчання для сімейних лікарів, спираючись на трирічний досвід їх підготовки за напрямком ВІЛ/СНІДу ВГО «Українська асоціація сімейної медицини» за підтримки та у співпраці з НМАПО імені П.Л. Шупика та в рамках реалізації проєкту RESPECT: «Зменшення стигми та дискримінації, пов'язаної з ВІЛ, до представників груп найвищого ризику в медичних закладах України» за підтримки USAID разом з ВБО «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ» у 2015–2017 рр. провела одинадцять 5-денних циклів тематичного удосконалення «Ведення пацієнта з ВІЛ-інфекцією/СНІДом сімейним лікарем» для сімейних лікарів Житомирської, Київської, Черкаської, Чернігівської, Київської областей та м. Київ, Дніпропетровської, Кіровоградської, Миколаївської, Одеської, Полтавської та Херсонської областей. Усього пройшли тренінги 230 фахівців.

За результатами проведених тренінгів було проведено дослідження «Оцінка впливу знань, отриманих сімейними лікарями після проходження циклу тематичного удосконалення «Ведення пацієнта з ВІЛ-інфекцією/СНІДом сімейним лікарем»

на залучення людей, які живуть з ВІЛ, та представників груп підвищеного ризику до програм добровільного консультування та тестування й лікування ВІЛ-інфекції».

У 2016 р. кафедрами сімейної медицини Дніпропетровської медичної академії МОЗ України, Вищого державного навчального закладу «Українська медична стоматологічна академія» та Одеського національного медичного університету навчальний план та програму циклу тематичного удосконалення було адаптовано та затверджено вченими радами факультетів післядипломної освіти цих вищих навчальних закладів.

У цьому ж році було проведено тренінг для тренерів (15 осіб) з метою підготовки викладачів кафедр сімейної медицини факультетів післядипломної освіти ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія». Також у рамках проєкту були проведені робочі зустрічі у Дніпропетровській, Одеській, Полтавській областях з метою розробки механізму залучення сімейних лікарів до проходження навчання за програмою циклу тематичного удосконалення «Ведення пацієнта з ВІЛ-інфекцією/СНІДом сімейним лікарем». До участі в робочих зустрічах було залучено представників обласних департаментів охорони здоров'я; головних позаштатних спеціалістів департаментів охорони здоров'я Дніпропетровської, Одеської та Полтавської обласних державних адміністрацій за спеціальністю «Загальна практика — сімейна медицина»; представників кафедр факультетів післядипломної освіти сімейних лікарів ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», ВДНЗ «Одеський національний медичний університет» та ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія», головних лікарів обласних центрів з профілактики та боротьби зі СНІДом; голів правління неурядових організацій, що працюють у сфері протидії ВІЛ-інфекції; представників регіональних асоціацій сімейної медицини у Дніпропетровській, Одеській, Полтавській областях.

УАСМ через проєкт «Покращення якості та стійкості медикаментозного підтримувального лікування в Україні» долучилася до процесу локалізації епідемії ВІЛ-інфекції в Україні шляхом впровадження розширених інтегрованих медичних послуг, зокрема підтримувальної терапії агоністами опіоїдів (ПТАО) наркозалежним пацієнтам на первинній ланці, що дає можливість контролювати стан здоров'я і діагностувати ВІЛ-інфекцію в тому числі, направляти на антиретровірусну терапію, контролювати ефективність лікування.

На першому етапі реалізації проєкту результатів досягнуто в 11 центрах ПМСД Дарницького, Деснянського, Дніпровського районів м. Київ.

На замовлення УАСМ протягом 2018 р. в НМАПО імені П.Л. Шупика було підготовлено 36 сімейних лікарів за програмою 39-годинного курсу те-

матичного удосконалення «Надання інтегрованої допомоги пацієнтам з опіоїдною залежністю на первинній ланці медичної допомоги», у межах якого надано спеціальні знання про розлади, що викликаються вживанням психоактивних речовин, фази лікування препаратами замісної підтримувальної терапії, та навички спілкування з пацієнтами програми ПТАО. У межах проекту було проведено додаткові інформаційні заходи з метою розширення знань лікарів загальної практики в питаннях лікування та особливостей ведення пацієнтів з опіоїдною залежністю в межах програми замісної підтримувальної терапії.

УАСМ налагоджено співпрацю з вторинною ланкою надання медичної допомоги, зокрема, з Київською міською наркологічною клінічною лікарнею (КМНКЛ) «Соціотерапія». Відпрацьовано механізм переадресації пацієнтів замісної підтримувальної терапії до первинної ланки надання медичної допомоги: розроблено критерії переадресації пацієнтів, стажування лікарів і медичних сестер на робочому місці (КМНКЛ «Соціотерапія»), супровід соціальним працівником пацієнтів на етапі переадресації, надання консультацій лікарів-наркологів сімейним лікарям щодо клінічних випадків ведення пацієнтів, що отримують замісну підтримувальну терапію, організація сімейними лікарями моніторингу вживання додаткових нелегальних психоактивних речовин хворими, ведення пацієнтів із ВІЛ-інфекцією, туберкульозом, вірусними гепатитами.

На сьогодні 18 наркозалежних пацієнтів з січня 2018 р. отримують ПТАО за рецептурною формою, 26 пацієнтів знаходяться на амбулаторній формі ПТАО, яка функціонує на базі кабінетів інтегрованої допомоги в центрах ПМСД Дарницького, Деснянського та Дніпровського районів м. Київ.

До кінця 2018 р. планується переадресувати 130 пацієнтів з КМНКЛ «Соціотерапія» в центри ПМСД Дарницького, Деснянського та Дніпровського районів м. Києва. Ведеться активна підготовча робота в районних центрах ПМСД Київської обл. для переадресування наркозалежних пацієнтів, які отримують ПТАО в наркологічних закладах охорони здоров'я, на первинну ланку медичної допомоги. У рамках науково-практичної конференції з міжнародною участю «Пацієнт-орієнтоване консультування у первинній медичній допомозі» 4–5 грудня 2018 р., проведено симпозіум: «Ведення пацієнтів із залежностями у практиці первинної допомоги. Психологічні аспекти консультування» із залученням фахівців Надзвичайної ініціативи Президента США з надання допомоги у боротьбі з ВІЛ/СНІД (President's Emergency Plan for AIDS Relief — PEPFAR).

Важливою проблемою здоров'я населення України початку 2000-х років стала епідемія ВІЛ-інфекції. У 2016 р. в Києві було розроблено й впровадже-

но міську цільову програму протидії епідемії ВІЛ-інфекції на 2017–2021 рр. Заходи з боротьби з ВІЛ/СНІД, реалізовані за останні 15 років в Україні та Києві, де інфікованих виявлено найбільше, принесли вагомий результат, але для подолання епідемії ще існує багато не вирішених проблем.

Досі поза увагою залишається значна кількість людей із соціальними проблемами, насамперед з груп підвищеного ризику, щодо інфікування або осіб, які живуть з ВІЛ/СНІД і не отримують медичної допомоги.

З 2014 р. країни світу за координації Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІДу (UNAIDS) почали перехід до нову стратегію подолання епідемії ВІЛ-інфекції Фаст Трек (Fast Track). Метою стратегії є забезпечення визначення ВІЛ-статусу у 90% населення, забезпечення 90% людей з позитивним ВІЛ-статусом антиретровірусним лікуванням і досягнення у 90% людей, які отримують антиретровірусну терапію, невизначуваного рівня вірусного навантаження, що обриває ланцюг подальшої передачі вірусу.

Члени УАСМ активно співпрацюють з регіональними та національними органами влади, беруть участь у засіданнях Комітету з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування Верховної Ради України, залучені до роботи над створенням клінічних настанов, уніфікованих клінічних протоколів, відстоюють інтереси СМ в громадських слуханнях і обговоренні процесу реформування системи охорони здоров'я України. Асоціація спрямовує свою діяльність на укріплення позицій сімейної медицини в Україні, підвищення престижу спеціальності ЗПСМ, сприяння постійному професійному розвитку сімейних лікарів, підвищення якості підготовки спеціалістів.

УАСМ і надалі бачить свою роль провідної громадської організації, що об'єднує зусилля лікарів, влади і суспільства задля покращення стану здоров'я нації, зміцнення первинної медичної допомоги на засадах СМ.

Основні етапи розвитку СМ в Україні:

- 1987 р. — затвердження МОЗ України регіонального експерименту у Львові: розроблення тимчасових нормативних документів, першої кваліфікаційної характеристики, функціональних обов'язків сімейних лікарів, моделей поступового переходу терапевтів і педіатрів від дільничного до сімейного принципу обслуговування;
- 1991 р., м. Львів — перехід до підготовки лікарів загальної практики з числа випускників інститутів у 3-річній інтернатурі;
- 1992 р., МОЗ України — затвердження навчального плану і програми спеціалізації (інтернатури) випускників за спеціальністю «лікар загальної практики»;
- 1992 р., м. Дрогобич — відкриття першої в Україні амбулаторії СМ;

- 1994 р., МОЗ України — затвердження кваліфікаційної характеристики лікаря за спеціальністю «Сімейна медицина»;
- 1995 р., МОЗ України — затвердження посади «Лікар загальної практики — сімейний лікар»;
- 1995 р., МОЗ України — затвердження навчального плану та програми циклу спеціалізації з СМ;
- 1995 р. — кафедру терапії у Львівському національному медичному університеті імені Данила Галицького реорганізовано в кафедру терапії з курсом СМ;
- 1996 р., КМАПО імені П.Л. Шупика — відкриття першої кафедри СМ шляхом реорганізації кафедри терапії № 1 (18 грудня 1996 р.);
- 1997 р., МОЗ України — включення до номенклатури лікарських спеціальностей спеціальності «Загальна практика — сімейна медицина»;
- 1997 р. — створення УАСМ;
- 1999 р. — починає видаватися науково-практичний журнал «Сімейна медицина»;
- 1999 р. — створено першу мультидисциплінарну кафедру поліклінічної справи та сімейної медицини на додипломному рівні викладання у Тернопільській державній медичній академії імені І.Я. Горбачевського із відкриттям перших в Україні навчально-практичних центрів ПМСД у сільській місцевості;
- з 2001 р. кафедри СМ наявні у 17 медичних вищих навчальних закладах України;
- 2004 р. — експеримент в м. Комсомольськ Полтавської обл. зі створення сучасної інноваційної моделі надання якісних медичних послуг населенню з пріоритетним впровадженням СМ (наказ МОЗ від 16.01.2004 р. № 16);
- 2004 р. — експеримент з міжнародною участю щодо впровадження сучасної моделі СМ в Автономній Республіці Крим, Запорізькій та Хмельницькій областях (наказ МОЗ від 06.07.2004 р. № 338);
- 2005 р., КМАПО імені П.Л. Шупика — створення першого факультету «Загальна практика — сімейна медицина»;
- 2009 р. — створення у НМАПО імені П.Л. Шупика Інституту сімейної медицини;
- 2011 р. — впровадження реформування системи охорони здоров'я на засадах СМ у пілотних регіонах — Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях і м. Київ.

Нормативно-правова база впровадження СМ в Україні. Суттєвого розвитку ЗПСМ в Україні стала набувати з 2000 р., коли відповідно до документів ВООЗ була прийнята Концепція розвитку охорони здоров'я в Україні, в якій серед провідних заходів з реформування галузі було визначено організацію ПМД за сімейним принципом (Указ Президента від 07.12.2000 р. № 1313/2000), а Постановою Кабінету Міністрів від 20.06.2000 р. № 989 затверджено

комплексні заходи щодо впровадження СМ. Відповідно до цього МОЗ видано низку наказів, які регламентують процеси перетворень у системі ПМД, різні аспекти організації роботи первинної ланки на засадах СМ, затверджено документацію, кваліфікаційні характеристики і положення про лікаря та медичну сестру ЗПСМ, а саме:

- від 11.09.2000 р. № 214 «Про затвердження плану поетапного переходу до організації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини»;
- від 23.02.2000 р. № 33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я», яким затверджено нормативи навантаження та розрахункові норми обслуговування населення для лікарів ЗПСМ;
- від 29.12.2000 р. № 372 «Про внесення доповнень до переліку закладів охорони здоров'я», яким доповнено номенклатуру закладів охорони здоров'я амбулаторією ЗПСМ;
- від 01.02.2001 р. № 39 «Про внесення доповнень до номенклатури спеціальностей середніх медичних працівників» (внесено спеціальність «медична сестра загальної практики — сімейної медицини»);
- від 23.02.2001 р. № 72 «Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини»: Примірного положення про лікаря ЗПСМ, Примірного положення про медичну сестру ЗПСМ, Примірного положення про відділення ЗПСМ, Примірного положення про денний стаціонар, Примірного положення про стаціонар вдома, Кваліфікаційної характеристики лікаря зі спеціальності «Загальна практика — сімейна медицина», Кваліфікаційної характеристики медичної сестри зі спеціальності «Загальна практика — сімейна медицина»;
- від 12.07.2001 р. № 283 «Про затвердження медичної облікової документації щодо діяльності закладів загальної практики — сімейної медицини», яким затверджено медичну облікову документацію (чинний до 2004 р.);
- від 23.07.2001 р. № 303 «Про організацію роботи закладів (підрозділів) загальної практики — сімейної медицини», яким затверджено положення про амбулаторію ЗПСМ, табель оснащення амбулаторії (відділення) ЗПСМ, обладнання сумок-укладок лікаря ЗПСМ та медсестри ЗПСМ, перелік лікарських засобів для закладів (підрозділів) ЗПСМ;
- від 25.06.2001 р. № 244 «Про проведення моніторингу реорганізації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини», який регламентував проведення моніторингу впровадження СМ (чинний до 2004 р);
- 28.12.2002 р. № 507 «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги», яким затвер-

джено нормативи надання медичної допомоги дорослому населенню в амбулаторно-поліклінічних закладах;

- від 05.05.2003 р. № 191 «Про затвердження тимчасових нормативів надання медичної допомоги за спеціальністю «загальна практика — сімейна медицина», яким уніфіковано вимоги до обсягів і якості медичної допомоги в амбулаторно-поліклінічних закладах України, починаючи з 2004 р. запроваджено тимчасові нормативи;
- від 08.01.2004 р. № 1 «Про удосконалення моніторингу первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини та уніфікації відповідної облікової медичної документації», яким було затверджено перелік і зразки облікової медичної документації закладу ЗПСМ;
- від 01.12.2004 р. № 588 «Про затвердження облікових статистичних форм».

Надалі розвиток ПМД регламентували:

- Постанова Кабінету Міністрів від 10 січня 2002 р. № 14 «Про затвердження Міжгалузеві комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002–2011 роки»;
- Указ Президента від 06.12.2005 р. № 1694/2005 «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення»;
- Розпорядження Кабінету Міністрів України від 24.07.2006 р. № 421 Ір «Про схвалення концепції державної Програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2010 р.»;
- Постанова Кабінету Міністрів України від 13.06.2007 р. № 815 «Про затвердження Національного плану розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 року».

У рамках виконання цих документів МОЗ було видано низку наказів, серед яких: наказ МОЗ від 20.06.2006 р. № 404 «Про внесення змін до Наказу МОЗ від 22.05.2006 р. № 308 «Про затвердження таблиця оснащення фельдшерсько-акушерських пунктів, лікарських амбулаторій (у тому числі амбулаторій загальної практики — сімейної медицини) та підрозділів первинної медичної допомоги лікувально-профілактичних закладів», Наказ МОЗ від 28.12.2006 р. № 915 «Про забезпечення регіонів України автомобілями швидкої медичної допомоги для сільських закладів охорони здоров'я», Наказ МОЗ від 21.12.2006 р. № 848 «Про внесення змін до наказу МОЗ від 12.07.2006 р. № 468 «Про заходи щодо посилення моніторингу забезпечення населення медичною допомогою та лікарськими засобами» та Наказ МОЗ від 11.05.2007 р. № 237 «Про проведення інвентаризації закладів та підрозділів закладів охорони здоров'я, що надають населенню первинну медико-санітарну допомогу», коли фактично вперше у незалежній Україні було проведено інвентаризацію первинної ланки медичної до-

помоги: стану мережі, її матеріального, кадрового і фінансового забезпечення.

На даний момент законодавчою базою діяльності ПМД на засадах СМ є наступні законодавчі та нормативні акти: Конституція України, Господарський кодекс України, Цивільний кодекс України, Податковий кодекс України, Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», Закон України «Про ліцензування видів господарської діяльності», Закон України «Про державну реєстрацію юридичних осіб, фізичних осіб — підприємців та громадських формувань», Постанова Кабінету Міністрів України від 02.03.2016 р. № 285 «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики», Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 р. № 1101 «Про утворення Національної служби здоров'я України», Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 р. № 1094 «Про затвердження Порядку проведення конкурсу на зайняття посади керівника державного, комунального закладу охорони здоров'я», Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 р. № 1077 «Про спостережну раду закладу охорони здоров'я та внесення змін до Типової форми контракту з керівником державного, комунального закладу охорони здоров'я».

З 2014 р. відбувається глибинне реформування ПМСД, яке відкрило нову сторінку в її історії. Напрацьовано серйозні нормативні документи, які регламентують поступальний рух і глибокі зміни в розвитку СМ — пріоритетної галузі системи охорони здоров'я. До таких документів належать наступні:

- Закон України від 19.10.2017 р. № 2168-VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»;
- Закон України від 07.12.2017 р. № 2233-VIII «Про внесення змін до Бюджетного кодексу України»;
- Постанови Кабінету Міністрів України від 09.11.2016 р. № 862 «Про державне регулювання цін на лікарські засоби»;
- від 09.11.2016 р. № 863 «Про запровадження відшкодування вартості лікарських засобів»;
- від 17.03.2017 р. № 152 «Про забезпечення доступності лікарських засобів»;
- Наказ МОЗ України від 04.01.2018 р. № 13 «Про деякі питання застосування Україномовного варіанту Міжнародної класифікації первинної медичної допомоги (ICPC-2-E)»;
- Наказ МОЗ України від 21.03.2018 р. № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги»;
- Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 р. № 1013-р «Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я»;

- Наказ МОЗ України від 19.03.2018 р. № 503 «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу».

УАСМ реалізує свої основні статутні завдання: гуртувати медичну спільноту ПМД, вносити корективи до курсу, який пропонує Уряд і очільники МОЗ, захищати права членів Асоціації, пропонувати свіжі ідеї, які засновані на реальному практичному досвіді, науково обґрунтовувати їх для забезпечення достатнього рівня доказовості інновацій.

Впевнені, що на реформу у сфері ПМД чекає успіх, який так необхідний як працівникам галузі — медикам, так і пацієнтам — громадянам України. Основна мета ПМД і УАСМ — досягнення високого рівня якості життя і стану здоров'я громадян України та активного довголіття.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Латишев Є. Є., Августинович Я.І. (2016) Сімейна медицина — пріоритетний напрямок розвитку охорони здоров'я. Сімейна медицина, 1 (63). 57–59.
2. Кризина Н.П., Слабкий В.Г. (2011) Стан та перспективи розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини: Наукові розвідки з державного та муніципального управління. Зб. наук. праць Академії муніципального управління. Вип. 1, Київ, с. 70–81.
3. **Family medicine in Ukraine: the process is on** (2018) (<http://doctor.itop.net/ArticleItem.aspx?ArticleId=785>).
4. **Chereshniuk H.S.** (2018) Chronology of introduction of family medicine in Ukraine (https://pidruchniki.com/68074/meditsina/hronologiya_vprowadzhennya_simeynoyi_meditsini_ukrayini).
5. **Яремчук О.В.** (2018) Генезис сімейної медицини та перспективи його розвитку на теренах України. Інвестиції: практика та досвід, 24: 30–34.

MAIN STAGES OF THE HISTORY OF DEVELOPMENT OF FAMILY MEDICINE IN UKRAINE AND THE UKRAINIAN ASSOCIATION OF FAMILY MEDICINE

L. Matjukha, L. Babinets, L. Khimion, K. Nadutyj, P. Kolesnyk, A. Bazylevych, E. Zaremba

Ukrainian Association of Family Medicine

Summary. *The article presents in the historical aspect the development of general practice — family medicine, presents the founders of this specialty, its educational, organizational, clinical aspects, international cooperation. The activity of the Ukrainian Association of Family Medicine, which is a platform for uniting primary care doctors and teachers of the departments of family medicine to develop joint proposals for the development of primary health care based on the principles of family medicine in Ukraine, improving the quality of education and work of a family doctor, is highlighted.*

Key words: *general practice — family medicine, Ukrainian Association of Family Medicine, Department of Family Medicine, family doctor.*

Адреса для листування:

Матюха Лариса Федорівна

04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, кафедра сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги

Факс: (044) 288-10-34

E-mail: mlarysa@gmail.com

Отримано 26.09.2020

Світове Лікарське Товариство / World Medical Association (WMA) ПІДРУЧНИК З ЛІКАРСЬКОЇ ЕТИКИ 2-е видання 2009



Переклад з 2-го англомовного видання 2009 року
за загальною редакцією Почесного президента
Всеукраїнського Лікарського Товариства,
академіка АМН України Любомира ПИРОГА
Київ
2009

Резюме: Цей Підручник є публікацією Підрозділу з Етики Світового Лікарського Товариства. Він був написаний Джоном Р. Віл'ємсом, керівником з етики Світового Лікарського Товариства.



ДО УКРАЇНСЬКОГО ВИДАННЯ ВСЕУКРАЇНСЬКОГО ЛІКАРСЬКОГО ТОВАРИСТВА (ВУЛТ)

Світове Лікарське Товариство (анг. **World Medical Association — WMA**) — не «Всесвітня Медична Асоціація», як інколи хибно перекладають, бо «всесвіт» більше ніж «світ», «медик» ширше ніж «лікар». Оскільки WMA об'єднує лише лікарів, а не всіх медиків, точніше користуватись назвою «**Світове Лікарське Товариство**». Саме «Товариство», а не «Асоціація», бо WMA об'єднує не асоціації, а національні лікарські організації, які в різних країнах частіше мають свої власні назви, які дуже умовно перекладаються англійською, як «association». Отож хибно і неграмотно в цьому контексті зворотньо перекладати з англійської словом «асоціація» замість своїх національних відповідників у кожній країні.

Світове Лікарське Товариство (WMA) засновано ще 1947 року 27 країнами з метою об'єднання та захисту прав лікарів і пацієнтів, тепер нараховує 94 країни-члена. Штаб-квартира WMA знаходиться у Франції.

Світове Лікарське Товариство (WMA) є представником голосу лікарів більшості країн світу, незалежно від їхньої спеціальності, місця проживання чи практики, але вона об'єднує не окремих осіб, а лікарів, організованих у свої єдині національні лікарські об'єднання. У жовтні 2008 року в Сеулі (Південна Корея) на 59-му **Світовому Лікарському Зібранні** (анг. **World Medical Assembly**), щорічному форумі цієї загальнолікарської організації, Україну в особі Всеукраїнського Лікарського Товариства (ВУЛТ), як загальноукраїнської організації, нарешті прийняли у світову лікарську родину. Враховуючи багаторічну активну діяльність Всеукраїнського Лікарського Товариства, як на загальноукраїнському, так і на між-

народному рівні, рішення про повноправне членство України 87 членом Світового Лікарського Товариства (WMA) в цій потужній та впливовій світовій лікарській організації було прийнято одногосно.

Наше членство в WMA відкриває для українських лікарів нові перспективи їхнього професійного росту та удосконалення, захисту прав лікарів і прав пацієнтів, розвитку лікарської етики. З метою адаптації українського законодавства в галузі охорони здоров'я до передових європейських та світових надбань, керуючись деклараціями Світового Лікарського Зібрання: Каліфорнійською (1986) стосовно незалежності і професійної свободи лікаря, Мадридською (1987) щодо необхідності самоврядування лікарської професії (професійної незалежності лікаря) та Сеульською (2008) про лікарське самоврядування, Всеукраїнське Лікарське Товариство за підтримки Національної ради з питань охорони здоров'я через Народних депутатів України (своїх членів) подало на розгляд Верховної Ради України законопроект «Про лікарське самоврядування».

Як один із напрямків співпраці зі Світовим Лікарським Товариством (WMA) Всеукраїнське Лікарське Товариство (ВУЛТ) отримало дозвіл та авторські права на переклад і видання українською мовою цього «Підручника з лікарської етики».

Надзвичайно багато зробили для цього Голова департаменту міжнародних зв'язків Німецького Лікарського Товариства (Bundesärztekammer — German Medical Association) доктор **Рамін Вальтер Парса-Парсі (Dr. Ramin Walter Parsa-Parsi)** та представник відділу міжнародних зв'язків Фінського Лікарського Товариства (Suomen Lääkäriliitto — Finnish Medical Association) пан **Юкка Сіюкосаарі (Mr. Jukka Siukosaari)**, за що Всеукраїнське Лікарське Товариство складає їм щонайщирішу подяку від

імені українських лікарів, які, без сумніву, отримають неабияку користь від нашої спільної співпраці.

Всеукраїнське Лікарське Товариство (ВУЛТ) може пишатися тим, що Україні випала честь представити перший у світі переклад найновішого другого видання Підручника з лікарської етики («Medical Ethics Manual» 2nd edition), яке щойно оприлюднило Світове Лікарське Товариство (WMA).

Над українським перекладом працювало багато осіб. Найбільший вклад у його якість зробили академік НАН України та АМН України **Юрій Кундієв**, доцент Національного університету ім. Т. Шевченка **Віталій Радчук**, магістр управління охороною здоров'я **Станіслав Нечаїв** та доктор **Олег Мусій**. Загальну редакцію здійснив академік АМН України **Любомир Пиріг**. Насамкінець хочемо подякувати усім, хто долучився до видання цього підручника. Зауваги та пропозиції просимо спрямовувати до Всеукраїнського Лікарського Товариства: 02160, м.Київ-160, а/с 96.



Президент ВУЛТ
Олег МУСІЙ



Голова Правління ВУЛТ
Станіслав НЕЧАЇВ

ПОДЯКИ

Підрозділ з Етики Світового Лікарського Товариства глибоко вдячний наступним особам за надання розлогіх вдумливих коментарів до раннього проекту цього Підручника:

Проф. Соллі Бенатар (Prof. Solly Benatar), Кейптаунський університет, Південна Африка;

Проф. Кеннет Бойд (Prof. Kenneth Boyd), Единбургський університет, Шотландія;

Д-р Аннетт Дж. Браунек-Мейєр (Dr. Annette J. Braunack-Mayer), Аделаїдський університет, Австралія;

Д-р Роберт Карлсон (Dr. Robert Carlson), Единбургський університет, Шотландія;

н. Сев Флюсс (Mr. Sev Fluss), Світове Лікарське Товариство (WMA) та CIOMS, Женева, Швейцарія;

Проф. Еугеніус Гефенас (Prof. Eugenijus Gefenas), Вільнюський університет, Литва;

Д-р Делон Г'юмен (Dr. Delon Human), Світове Лікарське Товариство (WMA), Форне-Вольтер, Франція;

Д-р Гіріш Боббі Канур (Dr. Girish Bobby Kanur), Університет Джорджа Вашингтона, Вашингтон, ОК, США;

Проф. Нуала Кенні (Prof. Nuala Kenny), Долхаузі університет, Галіфакс, Канада;

Проф. Черил Кокс Макферсон (Prof. Cheryl Cox Macpherson), Університет св. Георгія, Гренада;

н. Марайке Мьоллер (Ms. Mareike Moeller), Ганноверська вища медична школа;

Проф. Ференц Оберфранк (Prof. Ferenc Oberfrank), Угорська академія наук, Будапешт, Угорщина;

н. Атіф Рахман (Mr. Atif Rahman), Хіберський медичний коледж, Пешавар, Пакістан;

н. Мохамед Свайлем (Mr. Mohamed Swailem), Факультет медицини у Банзі, Банга, Єгипет, та його десять студентів, які ідентифікували словниковий склад, що не був звичним особам, чия перша мова є іншою ніж англійська.

Підрозділ з Етики Світового Лікарського Товариства частково підтриманий необмеженим освітнім грантом від Джонсон & Джонсон.

ПЕРЕДМОВА

*Д-р Делон Г'юмен (Dr. Delon Human),
Генеральний секретар,
Світове Лікарське Товариство*

Неймовірно, що хоча засновники лікарської етики, такі, як Гіппократ, оприлюднили свої праці понад 2000 років тому, лікарська професія дотепер, не має основного, універсально вживаної навчальної програми викладання лікарської етики. Цей перший Підручник з лікарської етики Світового Лікарського Товариства має на меті заповнити таку прогалину. Який великий привілей представити його Вам!

Початок Підручника сягає 51-го Світового Лікарського Зібрання у 1999 році. Лікарі, які зібралися, репрезентуючи лікарські товариства цілого світу, вирішили «наполегливо рекомендувати Лікарським Школам по всьому світі, щоб викладання лікарської етики та прав людини було включено, як обов'язковий курс до їхніх навчальних програм». В руслі цього рішення розпочався процес випрацювання основного навчального посібника з лікарської етики для всіх студентів-медиків та лікарів, який би базувався на політиці Світового Лікарського Товариства, не будучи власне політичним документом. Тому цей Підручник є наслідком всебічного глобального еволюційного та консультативного процесу, спрямовуваного та координованого Підрозділом з Етики Світового Лікарського Товариства.

Сучасна охорона здоров'я призводить до збільшення надзвичайно складних та багатограних етичних дилем. Дуже часто лікарі не готові компетентно з цим упоратися. Ця публікація є специфічно побудованою, щоб посилити та зміцнити етичне **мислення** та етичну практику лікарів і надати інструменти, щоб знайти етичне вирішення цих дилем. Це не є перелік «правильного й помилкового», а спроба зробити чутливим сумління лікарів, що є основою для всякого правильного та етичного прийняття рішення. Насамкінець ви знайдете кілька розборів випадків у цій книзі, які призначені, щоб заохотити, як ін-

дивідуальне розмірковування щодо етики, так і дискусії в групових засіданнях.

Як лікарі, ми знаємо, який великий привілей бути залученим у стосунки пацієнта й лікаря, унікальні стосунки, котрі полегшують обмін науковими знаннями та здійснення піклування в рамках етики й довіри. Підручник побудовано, щоб адресувати предмет обговорення, який стосується різних взаємин, у які залучені лікарі, але в стрижні завжди будуть стосунки пацієнта й лікаря. У недавній час ці взаємини йдуть під тиском, зумовленим засобами примусу та іншими чинниками, і цей Підручник показує необхідність зміцнення цього зв'язку через етичну практику.

Насамкінець, треба сказати про центральність пацієнта в будь-якій дискусії про лікарську етику. Більшість лікарських товариств визнають у своїй основоположній політиці, що етично, коли найважливіші інтереси індивідуального пацієнта повинні бути першорядними в будь-якому рішенні щодо медичної допомоги. Цей Підручник з етики Світового Лікарського Товариства тільки тоді добре служитиме своїм цілям, якщо він допоможе підготуватись студентам медицини та лікарям до кращого орієнтування в багатьох етичних викликах, з якими ми зустрічаємося віч-на-віч у нашій повсякденній практиці та знайти ефективні шляхи **СТАВИТИ ХВОРОГО НА ПЕРШЕ МІСЦЕ**.

ВСТУП ЩО ТАКЕ ЛІКАРСЬКА ЕТИКА?

Розгляньте наступні лікарські випадки, які можуть мати місце майже в будь-якій країні:

1. Д-р Р, досвідчений і вправний хірург наприкінці нічного чергування у середніх розмірів комунальній лікарні. Молода жінка доставлена у лікарню своєю матір'ю, яка опісля негайно від'їхала, сказавши медсестрі приймального відділення, що вона має наглядати за іншими своїми дітьми. Хвора мала вагінальну кровотечу і дуже страждала на біль. Д-р Р обстежив її і вирішив, що вона мала або переривання вагітності, або самочинний викидень. Він швидко зробив розширення і вишкрібання та сказав медсестрі запитати хвору чи має вона змогу залишитись у лікарні допоки буде безпечно її виписати. Д-р Q прийшов змінити д-ра Р, який пішов додому не поговоривши з хворою.

2. Д-р S стає дуже розстроєна хворими, які приходять до неї перед чи після консультувань іншими працівниками охорони здоров'я щодо тієї самої недуги. Вона вважає це переведенням ресурсів охорони здоров'я, а також непродуктивним для здоров'я хворих. Вона вирішила не розмовляти з тими хворими, яких вона не лікуватиме в подальшому, якщо вони спостерігатимуться іншими лікарями-практиками щодо однієї й тієї ж недуги. Вона мала намір зробити пропозицію своєму національному лікарському товариству лобювати перед урядом, щоб за-

побігти неправильному розміщенню ресурсів охорони здоров'я.

3. Д-р С, новопризначений в міську лікарню *анестезіолог**, стурбований поведінкою старшого хірурга в операційній. Хірург застосовує застарілі технології, що збільшують тривалість операції, в результаті чого збільшується післяопераційний біль та подовжується час одужання. Крім того, він часто грубо жартує з приводу хворих, що, очевидно, набридає асистуючим медсестрам. Як більш молодий член персоналу, д-р С неохочий критикувати хірурга особисто чи повідомляти про нього вищому начальству. Тим не менше він відчував, що він мусять щось зробити аби покращити ситуацію.

*Слова, написані *курсивом*, розтлумачені в глосарію (Додаток «А»).

4. Д-р R, лікар загальної практики в маленькому містечку в сільській місцевості, запрошена контрактною дослідницькою організацією (С.Р.О.) до участі у клінічних випробуваннях нових нестероїдних протизапальних ліків (NSAID) при остеоартритах. Їй запропонували суму грошей за кожного хворого, завербованого до дослідження. Представник С.Р.О. (контрактної дослідницької організації) запевнив її, що дослідження отримало усі необхідні затвердження, включаючи з комітету етичного нагляду. Д-р R ніколи не брала участі у дослідженнях перед цим і бажала мати таку можливість, особливо за додаткові гроші. Вона прийняла пропозицію без докладних довідок про наукові чи етичні аспекти дослідження.

Кожен із цих випадків запрошує до етичного розмірковування. Вони піднімають питання про **поведінку лікарів та прийняття рішень** — не наукові чи технічні питання такі, як, яким чином лікувати діабет, чи як виконати подвійний шунт, а питання про цінності, права та відповідальність. Лікарі зустрічаються з такими видами питань так само часто, як і з науковими чи технічними.

У лікарській практиці, незалежно від спеціальності чи посади, на деякі питання набагато легше відповісти, ніж на інші.

Зіставлення простого переламу і зашивання простої рани ставлять небагато викликів перед лікарями, які звикли до виконання цих процедур. На іншому кінці спектра може бути велика невизначеність чи неузгодженість про те, як лікувати деякі хвороби, навіть звичайні, такі як туберкульоз та гіпертонія. Так само, етичні питання в медицині не всі в однаковій мірі складні. На деякі з них досить легко відповісти, в основному тому, що існує добре розвинений *консенсус* щодо правильного шляху, як діяти в цій ситуації (наприклад, лікар повинен завжди узгодити з пацієнтом щодо його участі в якості суб'єкта дослідження). Інші є набагато складнішими, особливо ті, для яких не розроблений консенсус або коли всі альтернативи мають недоліки (наприклад, раціоналізація обмежених ресурсів охорони здоров'я).

Отже, що ж таке етика і як вона допомагає лікарям вирішувати такі питання? Простіше кажучи,

етика є вивчення моральності — ретельне і систематичне відображення та аналіз моральних рішень і поведінки, чи то в минулому, теперішньому або майбутньому. Моральність є ціннісний вимір людських рішень і поведінки. Мова моральності включає іменники, такі, як «права», «відповідальності» і «чесноти» та прикметники, такі як «хороший» і «поганий» (або «злий»), «правильний» та «неправильний», «справедливий» і «несправедливий». Відповідно до цих визначень, етика є насамперед питанням **знаття** тоді, як моральність є питанням **діяння**. Їх тісний взаємозв'язок полягає у значенні етики для надання розумних критеріїв для людей вирішувати або поводитись у певний спосіб радше, ніж в інший.

«Етика є вивчення моральності — ретельне і систематичне відображення та аналіз моральних рішень і поведінки»

З того часу, як етика охоплює всі аспекти людської поведінки та прийняття рішень, вона є дуже великим і складним полем вивчення з великою кількістю відгалужень та підрозділів. Цей Підручник зосереджується на **лікарській етиці**, відгалуженні етики, яка займається моральними питаннями в лікарській практиці. Лікарська етика тісно пов'язана, але не ідентична з *біоетикою (біомедичною етикою)*. Якщо лікарська етика зосереджується головним чином на питаннях, що постають із практики медицини, біоетика є дуже широким предметом, який стосується моральних питань, що постають з розвитком біологічних наук більш загально. Біоетика також відрізняється від лікарської етики, оскільки вона не вимагає прийняття певних традиційних цінностей, котрі, як ми побачимо у другому розділі, є основоположними для лікарської етики.

Як академічна дисципліна, лікарська етика має розроблений свій власний спеціалізований словник, включаючи багато термінів, які були запозичені з філософії. Цей Підручник не передбачає будь-якого знайомства з філософією у його читачів, і, отже, визначення ключових понять наводяться або там, де вони зустрічаються в тексті, або у словничку в кінці цього Підручника.

ЧОМУ ВИВЧАЮТЬ ЛІКАРСЬКУ ЕТИКУ?

«До того часу, поки лікар є обізнаним та вмільним клініцистом, етика не має значення».

«Етика вивчається в родині, а не в лікарській школі».

«Лікарська етика вивчається на підставі спостережень дій старших лікарів, а не з книг та лекцій».

«Етика є важливою, але наш навчальний план уже переповнений, і немає місця для викладання етики».

Це деякі з приводів, що виголошуються, аби не визнати за етикою важливої ролі у навчальному плані лікарської школи. Кожен із них частково, але лише частково, справедливий. Дедалі більше по всіх світових лікарських школах розуміють, що

вони повинні забезпечити своїм студентам достатньо часу і ресурсів для навчання етиці. Вони отримали сильні заохочення рухатися в цьому напрямку від таких організацій, як Світове лікарське товариство (WMA) та Світова федерація лікарської освіти (див. Додаток «С»).

Важливість етики у лікарській освіті буде обґрунтовано в цьому Підручнику. Підбиваючи підсумок, етика є і завжди була важливим компонентом лікарської практики. Етичні принципи, такі, як повага до людей, інформована згода і конфіденційність є базовими для лікаря і пацієнта. Однак застосування цих принципів у певних ситуаціях часто проблематичне, оскільки лікарі, пацієнти і члени їхніх родин та інші працівники охорони здоров'я можуть не погодитися, як правильно діяти в певній ситуації. Вивчення етики готує студентів-медиків розпізнавати важкі ситуації та мати справу з ними на раціональній і принциповій основі. Етика також є важливою для взаємодії лікарів із суспільством і своїми колегами та для проведення медичних досліджень.

«Вивчення етики готує студентів-медиків розпізнавати важкі ситуації та мати справу з ними на раціональній і принциповій основі»

ЛІКАРСЬКА ЕТИКА, ЛІКАРСЬКИЙ ПРОФЕСІОНАЛІЗМ, ПРАВА ЛЮДИНИ ТА ЗАКОН

Як буде показано в першому розділі, етика є невід'ємною частиною медицини, принаймні з часів Гіппократа — грецького лікаря п'ятого століття до нашої ери (до християнської ери), який вважається засновником лікарської етики. Від Гіппократа започаткована концепція медицини як **професії**, коли лікарі публічно обіцяли, що вони будуть ставити інтереси своїх пацієнтів вище своїх власних інтересів (див. третій розділ для подальших роз'яснень). Тісний взаємозв'язок етики та професіоналізму буде очевидним у цьому Підручнику.

Останнім часом лікарська етика була під великим впливом розвитку **прав людини**. У *плюралістичному* і багатокультурному світі, з багатьма різними моральними традиціями, основні міжнародні угоди в галузі прав людини можуть слугувати основою для лікарської етики, що є прийнятною через національні і культурні кордони. Крім того, лікарям часто доводиться мати справу з медичними проблемами, що виникають в результаті порушення прав людини, таких, як вимушена міграція та тортури. І на них значно вплинуло обговорення з приводу того, чи охорона здоров'я є одним із прав людини, оскільки відповідь на це питання у будь-якій окремій країні визначається значною мірою тим, хто має доступ до медичного обслуговування. Цей Підручник буде приділяти пильну увагу питанням прав людини, як вони впливають на лікарську практику.

Лікарська етика також тісно пов'язана з **законом**. У більшості країн є закони, які визначають, як лі-

карі зобов'язані вирішувати етичні питання в лікуванні хворих і дослідженнях. На додаток, посадові особи з лікарського ліцензування та регулювання в кожній країні можуть карати і карають лікарів за етичні порушення. Але етика і закон не ідентичні. Досить часто етика приписує вищі стандарти поведінки, ніж закон, а іноді й етика вимагає, щоб лікарі не підкорялися законам, які вимагають неетичної поведінки. Крім того, закони однієї країни істотно відрізняються від іншої, тоді коли етика прийнятна через національні кордони. З цієї причини основна увага у цьому Підручнику приділяється радше етиці, ніж законам.

«Часто етика приписує вищі стандарти поведінки, ніж закон, а іноді й етика вимагає, щоб лікарі не підкорялися законам, які вимагають неетичної поведінки»

ЗАКЛЮЧЕННЯ

Медицина є як наукою так і мистецтвом. Наука має справу з тим, що може бути огляненим та виміренним, і компетентний лікар розпізнає ознаки захворювання і хвороби і знає, як відновити хоро-

ше здоров'я. Але наукова медицина має свої межі, особливо у відношенні до людської індивідуальності, культури, релігії, свободи, прав і відповідальності. Мистецтво медицини включає застосування медичної науки і технології до окремих пацієнтів, родин та громад, жодне з яких не є ідентичним.

Найбільша частина відмінностей серед осіб, родин та громад не є фізіологічною, і в розпізнаванні та розгляді цих відмінностей велику роль відіграють мистецтво, гуманітарні і соціальні науки, разом із етикою. Дійсно, етика сама збагатилася знаннями і даними цих та інших дисциплін, наприклад, театральні презентації клінічних дилем можуть бути більш потужним стимулом для етичних роздумів і аналізу, ніж простий опис випадку.

Цей Підручник може бути тільки базовим вступом до лікарської етики і деяких з його центральних проблем. Він покликаний дати вам оцінити необхідність постійних роздумів про етичний вимір медицини, і особливо про те, як мати справу з етичними питаннями, з якими ви зустрінетесь у своїй власній практиці. Список ресурсів наводиться в Додатку «В», щоб допомогти вам поглибити Ваші знання в цій галузі.

ЕТИКО-ДЕОНТОЛОГІЧНІ ПРИНЦИПИ В ДІЯЛЬНОСТІ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІВ

У статті наголошується на тому, що успіх у здійсненні медичними працівниками гуманної місії залежить не лише від своєчасної діагностики й лікування хвороб, але й значною мірою від характеру взаємин лікаря і пацієнта, колег за фахом, персоналу медичних закладів, дотримання принципів медичної деонтології в усіх сферах їхньої діяльності. Високі морально-етичні принципи, чітке дотримання лікарями та середнім медичним персоналом деонтологічних норм мають вагоме значення для ефективного лікування хворих. Своєрідність шкірних і венеричних хвороб зумовлюють особливості деонтологічної парадигми цієї галузі медицини і деонтологічних стосунків лікар — пацієнт. Вони визначають важливість усталення етико-деонтологічних принципів, якими повинні керуватися спеціалісти в своїй практичній діяльності. Підкреслюється, що прийняття в Україні «Етичного кодексу лікаря України» є важливим кроком до цивілізованої медицини.

Ключові слова: етико-деонтологічні принципи, морально-етичні принципи, медична деонтологія, деонтологічні норми, деонтологічна парадигма, деонтологічні стосунки, Етичний кодекс лікаря України.

Прийняття Етичного кодексу лікаря України у 2009 р. в Євпаторії на Всеукраїнському з'їзді лікарів і X з'їзді Всеукраїнського лікарського товариства стало знаковою подією і кроком до цивілізованої світової медицини. У вступі Кодексу визначено, що життя і здоров'я людини є головними і фундаментальними цінностями. Саме цим єдиним Кодексом зобов'язані керуватися у своїй діяльності лікарі нашої країни.

Своєрідність шкірних і венеричних хвороб зумовлює певні особливості деонтологічної парадигми дерматовенерологічної галузі медицини і етико-деонтологічних стосунків лікар — пацієнт. Робота з пацієнтами зі шкірними захворюваннями забезпечується не лише клінічною здатністю лікаря професійно оцінювати об'єктивний стан патологічних змін шкіри і можливостей їх реабілітації, але й глибоким розумінням суб'єктивного, внутрішнього стану пацієнта. Тривоги пацієнта ґрунтуються на ступені загроз його здоров'ю чи життю від невідомих йому процесів на шкірі, небезпеки втрати чи обмеження працездатності, часткового відриву від суспільства, переживаннях щодо косметичних дефектів, якими супроводжується дерматоз. Лікар зобов'язаний бути безмежно витриманим і терплячим, з розумінням ставитися до проявів дратівливості, тривожності, психологічної заглибленості пацієнта у свою хворобу. Професія лікаря за визначенням жертвна і не прощає байдужості, яка зазвичай сприймається пацієнтом як глибока образа, що інколи нелегко помітити або відчувати.

Хронічний напружено-неврастенічний стан хворої людини породжує загальну загальмованість, зни-

ження концентрації уваги, пригнічення настрою, зниження працездатності тощо. Такі явища не можуть не враховуватися лікарем, адже співчутливе ставлення до хворого здатне створювати сприятливу атмосферу для покращення як суб'єктивного, так і об'єктивного стану пацієнта. Усе відбувається за принципом «добро породжує добро» і «добро перемагає зло». Особлива ситуація спостерігається у випадках, коли пацієнтом є дитина, і тоді виникає своєрідний психологічний трикутник: лікар — дитина — батьки. Батьки зазвичай тяжко реагують на хворобу дитини, що може викликати в них душевні розлади, внутрішню образу на лікарів, медицину взагалі, що, у свою чергу, може трансформуватися у неврастенічний синдром. Розумний і співчутливий лікар має знаходити можливості для максимального зниження градусу напруги, потрібні заспокоїливі й переконливі слова для батьків і одночасної демонстрації своєї готовності й активної участі в змаганні за здоров'я хворої дитини. Тут важливим є одночасне встановлення теплих і довірливих стосунків лікаря з хворою дитиною, де нещирість і фальш лікаря можуть відіграти вкрай негативну роль, бо дитина надзвичайно тонко відчуває обман дорослих. Лише непідробна доброта до дітей здатна визначити їхню психологічну налаштованість взаємодіяти з лікарем, що само по собі забезпечує вільний доступ до розкутого контакту і довірливого спілкування.

Розуміння психологічних глибин внутрішнього стану людини, вміння використовувати навички деонтології особливо потрібні для вироблення поведінкової тактики лікаря під час роботи з пацієнтами венерологічного профілю. Це зумовлюєть-

ся тим, що венеричні хвороби, наприклад сифіліс, завдають великої шкоди здоров'ю пацієнта, пригнічують його душевний стан, спричинюють серйозні страждання сім'ї і близьких. Венерологу слід бути дуже обережним під час повідомлення пацієнту діагнозу венеричної хвороби, особливо сифілісу, оскільки це може викликати у нього не тільки відчай або депресію, а інколи й лють і агресію до винуватця хвороби, навіть спробу самогубства. Пацієнта перш за все слід заспокоїти, переконати у виліковності його хвороби, повідомити йому, що він не перший і не останній, переконати у збереженні таємниці про його захворювання. Хворий ніколи не розкриється, якщо не відчує співчуття лікаря до його проблеми, якою б мізерною, на погляд фахівця, вона не здавалася. Немає нічого більш образливого для пацієнта, як черствість і спустошливе вигорання лікарської душі у вигляді байдужості! Хворий — особа дуже чутлива і вразлива у своїй проблемі, особливо у разі такої «делікатної» хвороби... *Лікарю в галузі дерматовенерології повинні бути притаманні властивості, від яких значною мірою залежить успіх у запобіганні розповсюдженню соціально небезпечних венеричних інфекцій, виявленні джерела зараження пацієнта і його статевих контактів.* Таємницю своєї хвороби можна довірити, безумовно, лише близькій, принаймні, небайдужій до чужої біди чи проблеми людині. Саме це повинен пам'ятати лікар перш за все, і ніколи не відмовляти у доброзичливості й співчутті людині, яка звернулася зі своїм горем чи клопотом. *Внутрішньо ображений пацієнт ніколи не дасть інформації про свій інтимний світ, якщо не буде довіри до лікаря. Бути уважним, зосередженим, готовим допомогти пацієнту у його нагальній життєвій потребі* — ось головний ключ до внутрішнього світу особи пацієнта. Це особливо важливо на сучасному етапі, коли і сифіліс, і гонорея, як і інші венеричні уrogenітальні інфекції, протягом тривалого часу можуть проявлятися малосимптомно або цілком безсимптомно. Пацієнту, крім цього, треба пояснити, що статевий партнер через прихований або малосимптомний перебіг хвороби не звертається за медичною допомогою, а її прогресування може призвести до тяжких наслідків, у тому числі до розповсюдження інфекції. Особливості діяльності лікаря-венеролога полягають також у тому, що, з одного боку, лікар згідно зі своєю присягою, не може розголошувати в суспільстві відомості стосовно хворого, отримані в процесі обстеження і лікування, з іншого — зобов'язаний забезпечити хворого від відомостей про хворобу, у результаті чого можуть розвинутися ятрогенні наслідки. У разі бесіди, наприклад, із заміжною жінкою, яку чоловік заразив венеричною хворобою, необхідний особливий хист і тактичність лікаря, щоб хоч якось пом'якшити її психоемоційну напруженість, переконати у виліковності хвороби і збереженні таємниці факту захворювання. Головним завжди має залишатися єдине: повинно бути забезпечено великим запасом добро-

ти втручання в особисте, інтимне, інакше все закінчиться елементарним провалом, повною поразкою, нерідко з непоправними психологічними втратами.

У роботі з морально нестійкими пацієнтами, які не належать до асоціальних елементів і легковажать своїм здоров'я, розмова лікаря має бути відвертою і правдивою в тому, що стосується суті захворювання, його повної виліковності за умови суворого виконання пацієнтом усіх лікарських призначень і дотримання певного, у тому числі статевого, режиму, контрольного спостереження до зняття з обліку. І це, як правило, спрацьовує.

Із хворими, яких можна охарактеризувати як асоціальні елементи, особи без певних суспільних занять і постійного місця проживання, на початку можна спробувати розпочинати бесіду за звичайними підходами, і досвідченим лікарям із усталеними деонтологічними навичками нерідко вдається досягнути бажаних результатів. Але за відсутності адекватного розуміння з боку пацієнта суті його хвороби, незважаючи на терплячу роз'яснювальну й лагідну позицію лікаря, можна використовувати як «останній патрон», тактику «заялювання», зокрема за допомогою демонстрації ілюстрацій тяжких наслідків ускладненої хвороби (наприклад демонстрування фото сифілітичної гуми головного мозку, різноманітних мутиляцій, проявів уродженого сифілісу, розповіді про можливу смерть у разі ураження серцево-судинної системи тощо) або можливого притягнення до кримінальної відповідальності згідно із законодавством. Сценаріїв специфічних приватних бесід дерматовенеролога і пацієнта може бути безліч, що, безумовно, залежить значною мірою від загальної ерудиції лікаря, його внутрішньої інтелігентності, вихованості, здатності до співчуття, вміння тонко відчувати психологію людини, яка страждає. Водночас необхідні спеціальні знання, якими слід оволодівати лікарю-спеціалісту.

Таким чином, основним принципом моралі медичного працівника перш за все є гуманізм: уважне ставлення, чуйність і співчуття до пацієнта, незалежно від його національної чи расової належності, політичних і релігійних переконань тощо. Лікар — цілитель не тільки фізичних вад, а й психіки і душі хворого.

Питання деонтології слід включати до програм усіх факультетів вищих медичних навчальних закладів України і кафедр підвищення кваліфікації лікарів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. **Веденко Б.Г., Веденко Л.Б., Даценко В.Г. та ін.** (2010) Естетична медицина — крок до покращення медичного обслуговування населення. Актуальні питання сучасної медицини. Вінниця, Нова книга, с. 244–248.
2. **Веденко Б.Г., Мельник В.А., Даценко В.Г.** (2010) Лікар — хворий, межа поведінки (Думки звичайних лікарів). *Новости медицины и фармации*, 22(350): 20–21.
3. **Концевич И.А.** (1983) Долг и ответственность врача. Київ, Вища школа, 110 с.

4. Мусій О., Малій М. (2010) Етичний кодекс лікаря України: крок до цивілізованої медицини. «Щотижневик АПТЕКА», 2 (723).

5. Позднякова С.А. (1965) К вопросу врачебной этики. Вопросы истории медицины и здравоохранения БССР, Минск.

6. Углов Б.Г. (1987) О врачебном долге. Київ, Здоров'я, 104 с.

7. Федотов В.П. Об этике и долге врача, врачебной деонтологии и врачевании. Клинические лекции по дерматовенерологии и косметологии, с. 22–59.

ETHICS AND DEONTOLOGICAL PRINCIPLES IN THE ACTIVITIES OF DERMATOVENEROLOGISTS

Kravchenko V.H.

Summary. *The article emphasizes that the success of a humanitarian mission by medical staff depends not only on the timely diagnosis and treatment of diseases, but also largely on the nature of the relationship between doctor and patient, colleagues, medical staff, adherence to the principles of medical deontology in all areas of their activities. High moral and ethical principles, strict observance of deontological norms by doctors and mid-*

dle medical personnel are important for effective treatment of patients. The peculiarity of skin and venereal diseases is determined by the peculiarities of the deontological paradigm of this branch of medicine and the peculiarity of the creation of deontological doctor-patient relations. They determine the importance of establishing ethical and deontological principles, which should be guided by specialists in their practice. It is emphasized that the adoption of the «Code of Ethics...» in Ukraine is an important step towards civilized medicine.

Key words: *ethical and deontological principles, moral and ethical principles, medical deontology, deontological norms, deontological paradigm, deontological relations, Code of Ethics of the doctor of Ukraine.*

Адреса для листування:

Кравченко Володимир Григорович

E-mail: vladkrav38@gmail.com

Тел.: +38 (050) 304-48-51

Отримано 10.09.2020

ПОСТІЙНИЙ РОЗВИТОК ЕТИЧНОСТІ ЛІКАРЯ

Дотримання моральних і етичних норм та правил залежить безпосередньо від особистості. Це зумовлює непересічне значення виховання моральності і набуття навичок етичної поведінки. Виховання своєї моральності і намагання дотримуватися етичних норм і правил є справою добровільною. Мета морального виховання передбачає формування моральної культури людини відповідно до вимог суспільства. Зміст етичного виховання зводиться до надання людям певного обсягу знань про етику і норми моральної поведінки, необхідно також навчити їх умінням і навичкам етичної поведінки, виховувати у них особисте відчуття задоволеності і радості від дотримання норм поведінки згідно з етичними нормами та правилами. У різних закладах системи охорони здоров'я доцільно створити школи етичного виховання медичних працівників, які могли б об'єднати молодих лікарів і медичних сестер, що мають бажання удосконалювати свою етичність і поведінку. Школа могла б стати частиною поточного удосконалення лікарів і середнього медичного персоналу. Теорія та вправи з морального виховання включають відомості про мораль як частину людської культури. Однак кінцева і головна мета виховних вправ — формування моральної поведінки, конкретних навичок у цьому напрямку. Організація роботи школи покладається на головного лікаря медичного закладу, а безпосереднє оперативне управління навчальним процесом — на спеціально призначеного лікаря, який має широкий кругозір і авторитет серед колег.

Ключові слова: етика, моральність, етичне виховання, моральне виховання, етична поведінка, моральна поведінка, правильна поведінка, Школа етичного виховання, медичний працівник, заклад системи охорони здоров'я, головний лікар.

Дотримання моральних та етичних норм і правил залежить безпосередньо від особистості, що зумовлює першочергове значення виховання моральності та набуття навичок етичної поведінки. Виховання моральності і намагання дотримуватися етичних норм і правил є справою добровільною. Крайні представники суспільства в різні часи вважали, що моральне виховання значною мірою впливає на розвиток позитивних якостей особистості. Морально вихованою людиною стає тоді, коли норми і правила етичної поведінки, напрацьовані протягом тривалого часу суспільством, стають поглядами й особистими переконаннями людини, коли етична поведінка стає потребою. Дотримання моральних норм і правил базується не на примусі, а головним чином на свідомості самої особистості, на розумінні нею цих норм і правил та необхідності їх дотримання. Дотримання моральних вимог, їх усвідомлення особою зазвичай асоціюється з добром. Порушення ж моральних норм і правил характеризуються як моральне зло. Моральні норми спонукають людину до певних вчинків і дій, що дозволяє кожному самостійно вибирати порядок взаємовідносин із суспільством, колективом, іншими людьми, тоді як правові норми поведінки точно зафіксовані в законі. Порушення моральних норм супроводжується громадським осудом, порушення правових норм призводить до кримінального покарання, відповідальності перед законом. Метою морального

виховання є формування людини відповідальної, що усвідомлює свої вчинки і те, як вони позначаються на людях, які нас оточують, і на суспільстві в цілому, виховання людини чесної, сумлінної, нездатної на обман і крадіжку.

Мета морального виховання передбачає формування культури людини відповідно до вимог суспільства. Із мети морального виховання випливають і завдання, до яких належать:

- **формування моральної свідомості**, тобто збагачення морального світогляду особистості, озброєння її етичними поняттями, моральними переконаннями і моральними оцінками відповідно до їх загальносуспільної сутності;
- **формування моральної поведінки** — звичок і навичок, моральних вчинків особистості;
- **формування єдності моральної свідомості і поведінки**.

Система етичного виховання має забезпечити розуміння широким колом співробітників етичних норм і правил, що відповідають професійній етиці та деонтології. Вона неодмінно має бути основою виховної діяльності під час формування етичної професійної поведінки. Разом з тим навчання і знання суспільних вимог, норм і правил дозволяє особистості формувати свою моральність і етичну поведінку, що буде без застережень сприйнята співробітниками. Такий інформований підхід дозволяє кожному окремому працівнику ставитися

до себе та інших людей, формувати особисту поведінку таким чином, щоб не нашкодити іншим. З огляду на це, зміст етичного виховання зводиться до надання людям певного обсягу знань про етику і норми моральної поведінки, необхідно також навчити їх умінням і навичкам етичної поведінки, виховати у них особисте відчуття задоволеності та радості від поведінки з дотриманням етичних норм і правил.

Ми вважаємо, що в умовах системи охорони здоров'я при медичному закладі чи їх об'єднанні доцільно створити школи етичного виховання, які могли б об'єднати молодих медичних працівників, що мають бажання удосконалити свою етичність і поведінку. Така школа могла б стати частиною поточного удосконалення лікарів і медичних сестер. Метою діяльності школи має бути формування у молодих спеціалістів і всього медичного персоналу закладу етичних навичок у стосунках із хворими та колегами, розвиток потреб в удосконаленні своєї етичності, виховання у медичних працівників високих професійних ідеалів і цінностей, які забезпечують етичну поведінку, повагу до іншої особистості й гідності іншої людини. Змістом навчання у школі при медичному закладі має стати набуття знань про норми моралі, розвиток навичок етичної поведінки, поглиблення відчуття справедливості й моральності стосовно тих, з ким працюєш. Основні завдання такої школи можна сформулювати наступним чином:

- забезпечення участі молодих медичних працівників та інших членів трудового колективу в навчанні етичній поведінці, у подоланні можливих етичних труднощів у стосунках між людьми;
- формування етичної самосвідомості співробітників;
- формування етичних навичок у поведінці людини;
- впровадження передового досвіду в етичне виховання молодих спеціалістів.

Школа етичного виховання має працювати протягом року за визначеним планом з постійним складом слухачів за двома напрямками діяльності — лікарським і сестринським (для середнього медичного персоналу). Слухачами школи мають бути неодмінно молоді фахівці і всі охочі медичні працівники, ті, хто бажає підвищити свою моральність, знання та розуміння етичних норм і правил, які регламентують поведінку медичного працівника. Діяльність такої школи зосереджена на освітніх напрямках, серед яких найактуальнішими є:

- визначення основних понять з етики;
- історія і розвиток етичних вчень;
- розвиток думки в історії медичної етики;
- норми і правила Етичного кодексу лікаря України;
- норми і правила Етичного кодексу медичної сестри України;
- міжнародні документи з медичної етики і прав людини;

- обговорення найтипівіших етичних помилок, яких припускаються медичні працівники;
- розвиток потреб у постійному етичному вдосконаленні.

До структури вправ з морального виховання включаються відомості про мораль як частину людської культури. Однак кінцева і головна мета моральних виховних вправ — формування моральної поведінки, конкретних навичок. Виховні вправи, таким чином, мають становити ланцюг моральних вчинків у щоденних життєвих ситуаціях. А система вчинків сприяє формуванню моральної звички, потреби здійснювати моральні вчинки постійно. Організація й методичні форми діяльності школи етичного виховання можуть бути такими: науково-практичні конференції, семінари, навчальні ігри, тренінги, творчі звіти, лекції, консультації, обговорення, круглі столи й рецензії на проекти слухачів. Зміст виховного заходу з формування моральної та етичної поведінки має відповідати потребам слухачів і реаліям життя, містити аналіз конкретних життєвих ситуацій, враховувати необхідність в уточненні моральних понять, спонукати до емоційного відгуку на матеріал, що обговорюється, передбачати узагальнення, усвідомлення та подальші роздуми над проблемою, надавати конкретні рекомендації щодо формування досвіду моральної поведінки.

Слухачі, які виконали освітню програму й продемонстрували досягнення, мають отримувати свідоцтво про етичне навчання. Свідоцтво має містити повне найменування школи й медичного закладу, при якому вона працює, відповідно до положення, назву освітньої програми, загальний обсяг навчальних годин. Свідоцтво підписує керівник закладу.

Безпосередня організація навчального процесу повинна покладатися на підготовленого й досвідченого лікаря, який користується повагою й авторитетом, має широке коло знань і є етичним взірцем для співробітників. На нього можна покласти такі обов'язки: безпосередня організація всієї роботи школи; формування плану роботи; залучення сторонніх учасників, досвідчених і авторитетних фахівців у питаннях медичної етики; організація групових занять, проведення практичних занять, науково-практичних конференцій, заслуховування звітів слухачів; вивчення професійно-етичних проблем і потреб слухачів та допомога їм у самовдосконаленні; формування бази даних про слухачів. Також до проведення окремих занять можуть залучатися й інші фахівці, спеціалісти й співробітники медичного закладу або колеги з інших закладів, що за домовленістю можуть проводити заняття з певної теми, яка їм близька і на якій вони розуміються. Робочий план включає графік проведення занять, теми занять, творчих робіт і звітів слухачів. Протягом року за планом може проводитися від 4 до 10 занять, що організовуватимуться щоквартально або щомісячно. Окремі заняття, якщо не всі, можуть проводитися окремо для чоловіків і жінок, враховуючи гендерні особливості

сприйняття навчального матеріалу й етичні особливості чоловіків і жінок.

Разом з тим у школі етичного виховання має бути певна документація, що включає:

- положення про школу, яке включатиме наступні розділи: загальні положення; мета, завдання і форми діяльності; керівництво школою; діловодство;
- тематичний план-графік проведення занять;
- журнал обліку відвідувань занять слухачами;
- банк даних про слухачів — кількісний і якісний склад (вік, освіта, спеціальність, стаж, рік закінчення навчального закладу);
- звіти про роботу школи;
- методичні матеріали до проведення занять.

Таким чином, форма школи етичного виховання для лікарів є найкращим інструментом удосконалення персоналу в етичних знаннях, набутті навичок високої моралі і етичної поведінки. Організація роботи школи покладається на головного лікаря медичного закладу, а безпосереднє оперативне управління навчальним процесом — на спеціально призначеного лікаря, який має широкий кругозір і авторитет серед колег, людину, яка користується моральним авторитетом, яка усвідомлює загальні моральні принципи, суспільні й професійні інтереси. Також до проведення окремих занять можуть залучатися й інші фахівці, а також авторитетні співробітники медичного закладу. Школа працює за складеним заздалегідь тематичним планом, в якому передбачені лекційні, практичні й семінарські заняття.

ТЕМАТИЧНИЙ ПЛАН ШКОЛИ ЕТИЧНОГО ВИХОВАННЯ (ПРОЄКТ)

№	Тривалість	Тематика
1	30 хв	Вступне слово. Знайомство з групою
2	1 год 30 хв	Тема 1. Природа етичних знань. Лекція
3	1 год 30 хв	Тема 2. Медична етика як різновид професійної етики. Лекція
4	1 год 30 хв	Семінар: «Лікар і пацієнт — етичні моделі взаємодії»
5	1 год 30 хв	Практика: «Етика взаємовідносин у медичних групах і колективах». Семінар
6	1 год 30 хв	Тема 3. Лікарські помилки і ятрогенія. Лекція
7	1 год 30 хв	Тема 4. Етичний кодекс лікаря України. Лекція
8	1 год 30 хв	Семінар: обговорення використання Етичного кодексу лікаря України у повсякденному житті
9	1 год 30 хв	Практика: підготовка проєкту етичного кодексу медичного закладу. Обговорення
10	1 год 30 хв	Тема 5. Міжнародні документи з етики, їх основний зміст. Лекція
11	1 год 30 хв	Практика: самооцінка особистої етичності і шляхи поліпшення ситуації

№	Тривалість	Тематика
12	1 год 30 хв	Семінар: «Поняття про евтаназію. Активна і пасивна евтаназія»
13	1 год 30 хв	Конференція: за обраною темою кожен учасник готує доповідь у вигляді презентації і демонструє її в групі
14	30 хв	Заключна частина, підсумок результатів спільної роботи, побажання, зауваження

Кількість аудиторних годин — 25. Із яких: лекцій — 10 год., практичних і семінарів — 14 год, організаційних — 1 год, а також самостійна робота — 25 год. **Усього 50 год навчання.**

PERMANENT DEVELOPMENT OF ETHICNESS OF PHYSICIAN

A.I. Litvak

Regional Institute for Public Administration, Odesa

Summary. Adherence to moral and ethical norms and rules is depending on the individual and affects the quality of sources of behavior. It means the paramount importance of moral education and the acquisition of ethical behavior. Educating the importance of morality and striving to adhere to ethical norms and rules is voluntary. The purpose of moral education involves the formation of moral culture in accordance with the requirements of society. The content of ethical education is to provide people with a certain amount of knowledge about ethics and norms of moral behavior. You can also teach people the content and skills of ethical behavior, to educate students in self-esteem satisfaction and joy of the right behavior in accordance with certain rules and regulations. Ethics education school of health workers could be created in various health care institutions, which can unite young doctors and nurses who would like to improve their ethics and behavior. The school could be part of the ongoing improvement of doctors and nurses. The theory and justification of moral education include information about human morality as part of human culture. However, the ultimate and main goal of moral educational exercises is to form moral behavior, its specific skills. The organization of the school is the duty of the chief physician of the medical institution and a specially selected doctor who has a broad outlook and authority among colleagues have to provide operational management of the educational process.

Key words: ethics, morality, ethical education, moral education, ethical behavior, moral behavior, right behavior, Ethics education school, health worker, health care institution, chief physician.

Адреса для листування

Літвак Аким Ізраїльович
65007, Одеса-7, вул. Велика Арнаутська, 123,
прим. 21
E-mail: akymilitvak@gmail.com
Тел.: +38 (067)144-85-79

Отримано 10.09.2020

Д.Т. Карабаєв¹, О.Я. Теленгатор²¹Консультативно-діагностичний центр Дніпровського району м. Києва²Київська міська клінічна лікарня № 11

ЗАГАЛЬНА ТЕОРІЯ МОВИ: МЕДИЧНИЙ АСПЕКТ

У роботі наводяться відомості про мову, її характеристики, зв'язок з деякими функціями головного мозку, зв'язок мовних ділянок мозку. Розповідається про передачу інформації з рецепторів у кору головного мозку, обробку цієї інформації, процеси формування мови. Висловлено думку про можливі фізико-математичні особливості в теорії мови.

Ключові слова: мова, інформація, мозок, нервові шляхи, нейрони.

Як відомо, мова — історична форма спілкування людей за допомогою мовних конструкцій, які були створені на основі визначених правил. Процес мови припускає, з одного боку, формування та формулювання думок мовними засобами, а з іншого — сприйняття мовних конструкцій та їх розуміння. Щоб розуміти один одного, люди використовують мовне спілкування. Це спілкування було напрацьоване людством у процесі розвитку.

Виділяють наступні функції мови:

1) позначення (людина позначає будь-який предмет, явище словом, показує на цей предмет, явище);

2) узагальнення (одним словом можна позначити групу подібних предметів, понять, явищ. Це поєднує мову з мисленням);

3) комунікація — використання мови в процесі спілкування.

Мова може бути трьох видів:

а) інформаційна — передача знання;

б) експресивна — відображає ставлення людини до оточуючих, діє на почуття людини;

в) планувальна — спрямована на організацію поведінки, діяльності. Може проявлятися у вигляді наказів, рекомендацій, розпоряджень, порад і т.ін.

Мову поділяють на зовнішню, внутрішню та егоцентричну.

Зовнішня мова є головною в процесі спілкування. Вона може бути усною та письмовою. Письмова мова представляє собою розгорнуте мовне висловлювання. Усна мова виразніша. Під час її застосування звичайно використовується міміка, інтонація, жести, модуляції. Слід вказати, що письмова мова також може мати сильну виразність, якщо текст важливий для тієї людини, яка його читає. Не завжди усна та письмова мова співпадають за якістю (наприклад промовець недостатньо добре викладає свої думки на папері і навпаки). Усна мова розділяється на монологічну й діалогічну. Мову розділяють також на ситуативну та контекстуальну. Ситуативна

мова мало зрозуміла для людини, яка не ознайомлена з даною ситуацією. Контекстуальна мова — розгорнутіша, одне слово, речення йде за іншим, поступово розкриваючи зміст. Егоцентрична мова — це мова людини до самої себе.

Виділяють наступні основні властивості мови: змістовність, розуміння, виразність, впливовість. Також виділяють сприйняття та розуміння мови. Сприйняття мови — це аналіз і синтез різних матеріальних комбінацій мовних звуків та їх ознак. Розуміння мови — це аналіз і синтез елементів думки, тобто розумінь, суджень, фіксованих у матеріальних властивостях мови і такі, що відображають предметні відношення дійсності. Сприйняття та розуміння мови взаємно зумовлені. Розуміння мови є неможливим без сприйняття її матеріальних засобів. В основі аналізу і синтезу під час сприйняття мови лежить розуміння предметних значень слів. Виділяють також комунікативну, регулювальну, програмувальну функції мови.

Слід зазначити, що, на думку С.Л. Рубінштейна, між мисленням і мовою існує єдність, але не тотожність. Мислення представляє собою спеціальну когнітивну функцію, яка припускає створення нового ментального продукту. Хід мислення може бути відображений у мові мислячої людини (але це не обов'язково). У процесі мови необхідним є розуміння, як і в процесі мислення. Мова може бути включена в різні види когнітивних функцій [5].

Л.С. Виготський писав, що слово так само відноситься до мови, як і до мислення. Слово завжди характеризує предмет або явище (яке воно позначає взагалі) і виступає як акт мислення. Але слово — це засіб спілкування і тому воно входить до складу мови. У цьому, на думку Л.С. Виготського, зав'язаний вузол єдності, який називається мовним мисленням. Однак є види мислення, які не пов'язані з мовою (жести, міміка) [4].

Слід вказати, що в основі мислення відрізняють два процеси: перетворення думки на мову та виокремлення думки зі змісту мови. Мова збагачує людину, пов'язує її з іншими людьми за допомогою сприйняття, уваги, пам'яті, мислення, уяви, емоцій.

Кооперація мовних ділянок здійснюється таким чином: після проходження слуховими шляхами інформація потрапляє в первинну слухову кору, далі в зону Верніке (за необхідності — в третинну кору, де проходять операції абстракції і формування системи відношень між лінгвістичними одиницями у фразі). Далі інформація по дугоподібному пучку потрапляє в зону Брока. Виникає детальна програма артикуляції, яка реалізується активувальною частиною моторної кори, яка керує мовною мускулатурою. Контроль точності виконання артикуляції забезпечується нижньо-тім'яною (постцентральною) зоною. Для експресивно-емоційного забарвлення мови використовуються зв'язки з правою півкулею. Функція називання в основному забезпечується роботою третинної скронево-потиличної зони лівої півкулі. Для формулювання складного закінченого речення, яке упорядковане у часі й послідовності моторних дій, необхідна робота лобних конвексальних відділів.

Якщо мовна інформація надходить через зоровий аналізатор (під час читання), то сигнали після первинної зорової кори потрапляють у зону куткової звивини, яка забезпечує асоціацію зорового образу слова з його акустичним аналогом з наступним визначенням змісту в зоні Верніке. Взаємодія між мовними зонами відбувається, вірогідно, не тільки по горизонталі, а й по вертикалі — по таламо-кортикальних зв'язках, у різних напрямках. Таким чином, мовні структури широко розповсюджені та поліфункціональні [3].

Слід ще раз підкреслити спільність функцій мислення та мови, те, що мова потребує активації уваги, зв'язків з процесами пам'яті, емоційної сфери. Тому ми можемо говорити, що процес мови, як і процеси мислення, уваги, представляє собою багаторівневий, багатовекторний процес, заснований на складній геометрії головного мозку. В цьому процесі, вірогідно, слід враховувати й фізико-математичні особливості мислення, уваги, які нами вже розглядалися раніше [6, 7, 8, 9].

Так, передача інформації в нейрони головного мозку починається зі збудження рецепторів (у даному разі слухових або зорових), а далі — по аферентних нервових шляхах інформація передається до нейронів у просторі А. Ейнштейна — Г. Мінковського в реальному для нас континуумі «простір-час». Далі в цьому ж просторі А. Ейнштейна — Г. Мінковського виникає передача інформації у вигляді низькочастотного електромагнітного імпульсу до інших нейронів конкретних нейронних ансамблів зі швидкістю від 0,1 до 100 м/с. Потім інформація обробляється, систематизується, класифікується, аналізується вже в нейронних ансамблях

у просторі Н.А. Козирєва — в 24–26-мірному просторі — «час — енергія». Ймовірно, що в цьому велике значення мають торсійні поля. Це відбувається через фітони А.Є. Акімова, квадриги Я.П. Терлецького та вакуумні домени В.Л. Дятлова. Таким чином, інформація не тільки оцінюється, але й повністю формується думка — мова, яка потім вже реалізується через еферентні нервові шляхи (знову в просторі А. Ейнштейна — Г. Мінковського) через артикуляційний м'язовий апарат у конкретну мову.

Як уже було сказано, у реалізації мови необхідним є залучення пам'яті, яка, вірогідно, базується на тому, що мозок — це аморфне середовище (скло), яке має вільність у динаміці спінових структур (за ідеєю Дж. Хопфілда про теорію спінового скла). Торсійне поле через стан спінової підсистеми деяких складових нейрона може впливати на стан самого нейрона і таким чином впливати на процеси пам'яті, мислення [1, 2].

У нашій роботі із загальної теорії уваги [9] ми вказували, що процес уваги є дуже складним та багатовекторним, «багатоповерховим», він, як і процес мислення, реалізується не тільки в просторі А. Ейнштейна — Г. Мінковського, а й у просторі Н.А. Козирєва, і потім взагалі — в багатомірному просторі (згідно з теорією суперструн, теорією багатомірних мембран з їх гармоніками). Багатомірність думки, що формується, — уваги (згідно з теорією суперструн), вірогідно, компактифікується зовнішніми проявами чотирьохмірного простору А. Ейнштейна — Г. Мінковського (на вході та виході), але в самому процесі аналізу — синтезу проявляється в просторі Н.А. Козирєва.

Слід вважати, що суть формування мислення та уваги заснована на теорії хаосу, яка, у свою чергу, базується на поняттях фрактальної геометрії Бенуа Мандельброта. У зв'язку з тим, що мова тісно пов'язана з процесами мислення, уваги, пам'яті, нерідко й емоцій, можна думати, що наведені вище дані мають місце й у процесах аналізу — синтезу мови й у її продукційній реалізації.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ:

1. Акімов А.Е., Бинги В.Н. (1992) О физике и психофизике. М.: МНТЦ ВЕНТ, 30 с.
2. Акімов А.Е., Бинги В.Н. (1995) О физике и психофизике. Сознание и физический мир, 1. Агентство «Яхтсмен», Москва, 105–125.
3. Бизюк А.П. (2005) Основы нейропсихологии: Учебное пособие. Речь, Санкт-Петербург, 293 с.
4. Выготский Л.С. (1999) Мышление и речь. Лабиринт, Москва, 252 с.
5. Рубинштейн С.Л. (2000) Основы общей психологии. Питер, Санкт-Петербург, 712 с.
6. Теленгатор А.Я. (2018) Общая теория мышления. Новости медицины и фармации, 646: 74–76.
7. Теленгатор А.Я. Общая теория мышления (часть 2) (2019). Новости медицины и фармации, 681: 47–51.
8. Теленгатор А.Я. Общая теория мышления (часть 3) (2019). Новости медицины и фармации, 681: 52–55.
9. Теленгатор А.Я. Общая теория внимания (2020). Новости медицины и фармации, 722: 28–34.

**GENERAL THEORY OF LANGUAGE:
MEDICAL ASPECT**

Karabayev D.T.¹, Telengator O.Ya.²

*¹Consulting and diagnostic center of the Dnieper district
of Kyiv*

²Kyiv City Clinical Hospital №11

Summary: *The paper provides information about language, its characteristics, connection with some other functions of the brain, the connection of language areas of the brain. It tells about the transfer of information from receptors in the cerebral cortex, the processing of this information, the processes of language formation. The opinion about possible physical and mathematical features in the theory of language is expressed.*

Key words: *language, information, brain, nerve pathways, neurons.*

Адреса для листування:

Карабаєв Данієль Таїрович
02000, м. Київ, вул. Митрополита Андрея
Шептицького, 5

Консультативно-діагностичний центр
Дніпровського району м. Києва

E-mail: dkarabaev@ukr.net

Тел.: +38 (050) 383-46-13

Теленгатор Олександр Якович

02092, Київ, вул. Рогозівська, 6

Київська міська клінічна лікарня № 11

E-mail: bellatelengator@gmail.com

Тел.: +38 (066) 673-05-89

Отримано 15.09.2020

ВПЛИВ НА ЗДОРОВ'Я ПАЛІННЯ КАЛЬЯНУ: СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ

Паління кальяну є важливою проблемою сьогодення, оскільки в усьому світі, у тому числі й в Україні, спостерігається зростання його вживання. У статті представлені актуальні наукові дані щодо епідеміології паління кальяну, складових його диму, побічних ефектів на здоров'я, а також підходів до припинення його паління.

Ключові слова: паління, кальян, тютюн, побічні ефекти.

АКТУАЛЬНІСТЬ

Паління кальяну становить нагальну проблему сьогодення, враховуючи значне зростання його поширення як в усьому світі, так і в Україні, особливо серед осіб молодого віку.

Вживання тютюну залишається провідною причиною захворювань та передчасної смерті, а, за даними ВООЗ, тютюн зумовлює 9% смертей в усьому світі [41], близько 6 млн людей щорічно помирає від причин, пов'язаних з тютюном [43]. Тютюнопаління є основним модифікованим фактором ризику. За даними останніх досліджень, в Україні палять близько 50% чоловіків і 14% жінок [42].

Переважає більшість курців починає палити кальян у підлітковому та юнацькому віці. Так, частота паління кальяну серед підлітків за останні роки становить від 4,8% серед учнів старших класів [23] до 7,5% серед підлітків віком 12–17 років, причому паління кальяну може переважати над палінням цигарок. Близько половини підлітків, які палили кальян, використовували >1 тютюнового продукту [27].

Паління кальяну відрізняється від звичайних цигарок. Кальян (або hookah, narghile, argileh, shisha, goza, hubble-bubble) складається з чаші для розміщення тютюну, шахти, колби, водяної основи і трубки, яка закінчується мундштуком.

На верхівці чаші з тютюном розташовують підпалене вугілля, яке часто відділене від тютюну перфорованою алюмінієвою фольгою, крізь яку нагріте повітря проходить через тютюн і далі рухається вниз. Дим проходить крізь резервуар з водою, охолоджуючись і зволожуючись з утворенням бульбашок. Після цього дим потрапляє у трубку, з якої вдихається курцем, можливе одночасне використання кальяну кількома курцями.

Тютюн для кальяну містить у складі власне тютюн, висушені фрукти і вологоутримувальну речовину. Додавання до тютюну ароматизаторів (фрукти, ягоди, шоколад, кокос, м'ята, ваніль, квіткові аромати, кола) під-

вищує привабливість кальяну у зв'язку з асоціацією з фруктами, десертами, цукерками, що сприяє залученню до паління молодших споживачів [25; 31]. А наявність ароматизаторів і зволоження робить дим кальяну менш подразливим для дихальних шляхів, що сприяє легшому початку та продовженню паління [37, 12].

ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ТА ПОГЛЯДИ НА ВЖИВАННЯ КАЛЬЯНУ

Загалом частота використання кальяну є вищою серед молоді в порівнянні з дорослими [28; 38], а також серед міського населення.

Також вищою частота вживання кальяну є в країнах, для яких цей вид тютюнопаління є традиційним (наприклад держави Середнього Сходу).

Зростання вживання кальяну демонструє дослідження Т.Е. Barnett та співавторів, у якому було встановлено, що поширеність паління кальяну серед студентів США становила 28,4% для паління «минулого року» та 46,4% — для ситуаційного вживання [10], перевищуючи паління цигарок.

Підґрунтям для паління кальяну є культурні традиції (Середній Схід), легкий доступ у родині або через друзів, вітрини кафе і барів, традиційна реклама та промоція через соціальні медіа, особливо серед молоді, а також позитивні психологічні ефекти через підсилення концентрації та працездатності, зниження стресу, відчуття голоду і депресії, що, принаймні частково, зумовлені дією нікотину.

Популярність кальяну серед молоді пов'язана зі сприйняттям кальяну як такого, що менше викликає залежність через епізодичне вживання, а також його ймовірно меншу шкоду для здоров'я [29] у порівнянні з цигарками.

Натомість є дані, що у підлітків ознаки залежності з'являються відносно швидко (<1 року після першого вживання) і в разі ситуаційного вживання (7,5 кальянів на місяць) [9]. Деякі курці кальяну вважають його безпечним, оскільки вони не вдихають, а тримають дим у роті, але насправді нікотин легко

адсорбується через слизову оболонку ротової порожнини [26]. А більшість дорослих курців тютюну стають залежними ще в підлітковому віці.

Іншими факторами, які спричиняють глобальне поширення кальяну, є соціальне прийняття/менше засудження, доступність, високий соціально-економічний статус, цікавість, тиск з боку оточення, вечірки, бажання розважитися [4], тілесний досвід, у тому числі приємний смак і аромат, а також тактильні та візуальні елементи, властиві об'ємному диму, при цьому більшість підлітків розглядають кальян як спосіб соціалізації [8, 40].

Поширення паління кальяну також спричиняє розміщення кальян-барів у місцях з високою концентрацією людей, особливо біля коледжів та університетів. Часто старшокласники та студенти дізнаються про паління кальяну, спостерігаючи за роботою кальян-барів, а такі заклади, у свою чергу, розміщують заохочення до паління кальяну у вигляді реклами та в соціальних мережах [30].

За даними Глобального опитування дорослих щодо вживання тютюну, 0,7% населення віком старше 15 років вживають кальян з тютюном, 1,4% — кальян без тютюну, загалом 2,1% натепер є курцями кальяну [2]. Причому популярності кальян стрімко набув упродовж останніх років, особливо серед молоді віком до 25 років. За результатами опитування 2017 р., за останні 12 міс 9% чоловіків і 7,8% жінок віком від 18 років палили кальян [3]. У зв'язку зі слабким контролем за дотриманням закону деякі бари, кафе та ресторани пропонують кальяни своїм відвідувачам. У 2015 р. до Європейського опитування учнівської молоді щодо вживання алкоголю та наркотичних речовин (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs — ESPAD) вперше було включено запитання про кальяни й електронні цигарки. Результати продемонстрували, що 38,8% підлітків віком 15–17 років пробували кальян, 19,4% — електронні цигарки, а за останні 30 днів 11,3% підлітків палили кальян і 5,5% — електронні цигарки [1], тобто частота куріння кальяну майже удвічі перевищує частоту споживання електронних сигарет. При цьому лише 53,7% знають, що паління кальяну з тютюном спричиняє серйозні захворювання.

СКЛАДОВІ ДИМУ КАЛЬЯНУ

У порівнянні з цигарками паління кальяну варіабельніше, що включає загальний час паління, кількість вдихів, загальну кількість вдихуваного диму, на що також впливає вміст нікотину в тютюні, наявність ароматизаторів, особисті переваги та соціальні обставини сесії.

Паління кальяну — це соціальна активність, і споживачі зазвичай підлягають дії як диму від продукту як такого (бічний потік диму), так і вторинного диму, видихуваного іншими споживачами.

Дим кальяну містить потенційно шкідливі домішки, подібні до хімічних речовин, які виявляють у звичайних цигарках. Але профіль потенційно

шкідливих домішок значно відрізняється, враховуючи різницю температур горіння або нагрівання тютюну, обсяг диму та тип паління.

Основні потенційно шкідливі домішки, які впливають на курців кальяну, включають нікотин, частки аерозолу, моноокис вуглецю (СО), леткі органічні сполуки, поліциклічні ароматичні вуглеводні (ПАВ), акролеїн, важкі метали та ртуть.

Вміст нікотину, головного джерела тютюнової залежності, значно відрізняється в різних видах тютюну і в середньому становить 8,32 мг/г тютюну (від 1,8 до 41,3 мг/г). Після сесії куріння кальяну спостерігається підвищення рівня нікотину в сечі в 73 рази [20].

Кальян є значним джерелом СО. При стандартному протоколі впродовж сесії кальян генерує у 30 разів більше СО, ніж цигарка [15], 90% якого виділяється з вугілля.

Паління кальяну утворює значно більші кількості летких органічних сполук (акролеїн, бензол, феноли, пропіональдегід та ін.) у порівнянні з димом цигарки. Альдегіди, такі як акролеїн, мають серцево-легеневу токсичність, потенційно канцерогенні та характеризуються протромботичною дією. Аміак подразнює дихальні шляхи.

ПАВ — визначені або потенційні канцерогени. Їх профіль у диму кальяну відрізняється від такого у диму цигарок. І хоча концентрація ПАВ у 1 мл диму кальяну є нижчою, ніж у цигарковому диму, типова сесія кальяну, враховуючи її тривалість, зумовлює виділення до 20 разів більшої кількості ПАВ і в 50 разів більше важких (4–5 кільцевих) ПАВ. Загалом типова сесія кальяну за кількістю ПАВ еквівалентна 50 цигаркам, і більшість із них надходить у дим із вугілля і, відповідно, не залежить від наявності нікотину.

Тверді часточки (ТЧ) утворюються під час паління кальяну у великій кількості, їх розмір варіює від 0,01 до 0,2 мкм з медіаною 0,04–0,05 мкм, але може перевищувати 0,15 мкм, у той час як цигарки утворюють дим із часточками розміром 0,15–0,5 мкм. Розрахувавши, що 1-годинна сесія куріння кальяну складається зі 100 вдихів у порівнянні з 11 вдихами під час паління цигарки, сесія кальяну призводить до як мінімум у 10 разів більшого впливу ТЧ [15].

Важкі метали (Be, Ni, Co, Cr та Pb) і миш'як також містяться у диму кальяну. Точно невідомо їх джерело, але вважають, що вони можуть виділятися як із тютюну, так і з вугілля.

Таким чином, проблема паління кальяну полягає в доставці великої кількості шкідливих хімічних речовин упродовж сесії у порівнянні з цигарками. Відповідно, паління кальяну зумовлює подібні чи навіть вищі ризики у порівнянні з курінням цигарок.

ШКІДЛИВИЙ ВПЛИВ КАЛЬЯНУ НА ЗДОРОВ'Я

Окрім безпосередньої загрози здоров'ю курців, слід зважати на забруднення довкілля, спричинене палінням кальяну. Для оцінки рівня забруднення повітря під час паління використовують концентрації ТЧ. Ана-

ліз якості повітря калянь-барів засвідчив, що воно варіює від «нездорового» до «загрозливого» за класифікацією Агентства з охорони довкілля (Environmental Protection Agency — EPA), з високим вмістом ТЧ [19, 44], що становить особливу небезпеку для осіб, які працюють у цих закладах і підлягають щоденному тривалому впливові диму. Більше того, у помешканнях курців каляню вміст токсичних речовин у повітрі вищий, ніж у помешканнях тих, хто палить цигарки.

Паління каляню асоціюється з ризиком інфікування патогенними мікроорганізмами, включаючи мікобактерії туберкульозу, ураження дихальної системи зі зниженням функціональних показників легень, розвитком метаболічного синдрому [35].

Вживання каляню підлітками, що набуває все більшого поширення, асоціюється з поведінковими розладами, такими як зниження рівня уваги і агресія [7]. Крім того, паління каляню асоціюється з підвищенням ризику розвитку раку ротової порожнини, стравоходу, легень та шлунка, а також психічними розладами, такими як депресія, тривога та залежності. Депресанти центральної нервової системи, такі як толуен та бензонітрил, можуть викликати непритомність, головний біль і нудоту.

Із палінням каляню також пов'язаний розвиток хронічного обструктивного захворювання легень, бронхіальної астми, гострого пошкодження легень, гострого респіраторного дистрес-синдрому, що можна пояснити оксидативним стресом, клітинним запаленням, порушеною здатністю до очищення бронхіального дерева і підвищенням рівнем прозапальних цитокінів.

Загалом паління каляню підвищує серцево-судинний ризик і спричиняє розвиток серцево-судинних подій. Загальні механізми, через які реалізуються несприятливі ефекти як цигарок, так і каляню, включають симпатичну активацію, судинну дисфункцію, системне запалення та оксидативний стрес, інсулінорезистентність, підвищену коагуляцію і тромбози та перекисне окиснення ліпідів. Але при екстраполюванні даних щодо паління цигарок на споживання каляню, слід враховувати додаткові компоненти, специфічні для останнього, зокрема ті, що вивільняються під час згоряння вугілля, зокрема СО і бензол. Окрім того, куріння каляню пов'язане із синергічною дією у вигляді вдихання тютюнового диму і диму вугілля. Також паління каляню асоціюється з хворобами періодонту, порушенням легеневої функції та зниженням толерантності до фізичних навантажень, що може бути зумовлено підвищенням рівнів СО крові та, відповідно, зниженням здатності крові до перенесення кисню.

Паління каляню супроводжується гострими та хронічними серцево-судинними ефектами.

Гострі ефекти включають підвищення систолічного (на 3–16 мм рт ст.) та діастолічного (на 2–14 мм рт ст.) артеріального тиску [21], частоти серцевих скорочень (на 6–13 ударів/хв) та зменшення варіабельності частоти серцевих скорочень [13, 14], помірне підвищення коронарного кровотоку та по-

треби міокарда в кисні. Ці гемодинамічні ефекти пов'язують з нікотин-індукованою β-адренергічною стимуляцією, що реалізується через збільшення локального і системного вивільнення катехоламінів, змінами барорефлекторного механізму.

Також спостерігається підвищення активності тромбоцитів [6], що є патогенетичною ланкою виникнення інфаркту міокарда та інсульту. А у пацієнтів з анамнезом паління каляню відмічають вищий ризик смерті у разі розвитку гострого коронарного синдрому у порівнянні з некурцями [11].

Серцево-судинні ефекти тривалого паління каляню пов'язані з підвищенням ризиком серцево-судинних захворювань, їх тяжкістю та пов'язаною з ними смертністю [5, 33].

У дослідженні пацієнтів зі встановленим коронарним атеросклерозом паління каляню асоціювалося з вищим систолічним артеріальним тиском і частотою серцевих скорочень у порівнянні з хворими, що споживали тютюн в інших формах [34].

Щоденне паління каляню у порівнянні з відсутністю куріння в анамнезі, у дослідженні К.Д. Ward та співавторів асоціювалося з вищим на 2,26 кг/м² індексом маси тіла, навіть після стандартизації за палінням цигарок, кількістю хронічних захворювань, статтю, рівнем прибутку та сімейним станом. У курців каляню відмічали майже втричі вищий ризик ожиріння [39].

Встановлено зв'язок тривалого вживання каляню з утричі вищим ризиком захворювання серця, що включало ішемічну хворобу серця та серцево-недостатність [22], що можна пояснити тривалим впливом високих концентрацій СО. Також одним із ускладнень паління каляню є розвиток інфаркту міокарда [5] та гострого порушення мозкового кровообігу, в тому числі за ішемічним типом [18].

Таким чином, калянь не є безпечнішим і викликає не меншу залежність, ніж паління цигарок.

ЗАХОДИ З ПРИПИНЕННЯ ПАЛІННЯ КАЛЯНУ

Багато курців каляню роблять щороку невдалі спроби з припинення паління. Щодо медичної допомоги в цьому питанні є певні особливості й проблеми. Однією з них є те, що медичні працівники значно менш обізнані про паління каляню, ніж про традиційне тютюнопаління. Відповідно, його виявлення залишається поза їх увагою. Іншою проблемою є недостатня обізнаність лікарів щодо шкоди каляню для здоров'я, відповідно, при декларуванні пацієнтом вживання каляню перед багатьма лікарями виникає питання: як діяти в цій ситуації, чи потрібно рекомендувати відмовитися від цієї звички.

Іншою особливістю під час роботи з курцями каляню є сама модель тютюнопаління. Якщо курці традиційних цигарок спроможні визнати тютюнозалежність, то споживачі каляню пояснюють свою звичку соціалізацією, отриманням задоволення тощо. Більше того, необхідно зважати на соціальні аспекти й культурні традиції курців. Усе це створює певні труднощі під час консультування таких пацієнтів.

Враховуючи те, що проблема є відносно новою, заходи щодо припинення паління кальяну наразі розробляються.

Одним з основних напрямків у припиненні паління кальяну є поведінкова терапія, яка включає інформування пацієнтів щодо шкоди кальяну для здоров'я, підготовку і планування власне припинення і довготривале попередження рецидивів [32].

Щодо медикаментозних заходів, то було показано ефективність бупропіону в комбінації з поведінковою терапією. Велике дослідження О. Dogar та співавторів включало 1955 пацієнтів із 33 центрів, які були рандомізовані для проведення 1 із 3 видів лікування: поведінкова підтримка, поведінкова підтримка плюс 7 тиж терапії бупропіоном та звичайне спостереження [16]. Серед 215 курців винятково кальяну рівень 6-місячного утримання був вищим серед осіб, які отримували поведінковий супровід у порівнянні зі звичайним спостереженням (45,7% порівняно з 20,3% відповідно, скоригований відносний ризик — 2,5 (95% довірчий інтервал (ДІ) 1,3–4,8) і серед осіб, які отримували поведінкову терапію плюс бупропіон у порівнянні зі звичайним спостереженням (50,0% порівняно з 20,3% відповідно, скоригований відносний ризик 2,2 (95% ДІ 1,3–3,7).

Таким чином, поведінкова терапія з наданням інформації щодо шкоди паління для здоров'я є ефективним засобом попередження тютюнопаління [36]. Молодь сприйнятлива до інформації про шкоду кальяну для здоров'я, і підходи з наданням такої інформації є ефективними.

В іншому дослідженні з вивчення ефективності варенікліну для припинення паління кальяну, що широко застосовується для лікування тютюнопаління, не було показано достовірної різниці щодо відмови від кальяну в групах з варенікліном (12 із 253; 4,7%) та плацебо (11 із 257; 4,3%) (відносний ризик 1,11, 95% ДІ 0,50–2,47, $p=0,80$) [17].

Більшість оцінювань припинення паління кальяну на сьогодні — це пілотні дослідження, з невеликим розміром вибірки, коротким періодом спостереження, без біохімічної верифікації статусу відмови та нерандомізованим дизайном [24]. Попри недоліки, ці дослідження показують, що певні поведінкові стратегії, застосовувані для припинення паління цигарок, можуть бути з адаптацією використані для припинення паління кальяну. Стосовно медикаментозних засобів необхідні подальші дослідження для визначення їхньої ефективності.

ВИСНОВКИ

1. Кальян є поширеною проблемою, що набуває актуальності в усьому світі, особливо серед молоді.

2. Нікотин, що міститься в кальяні, спричиняє формування залежності при повторному використанні.

3. Вдихання великої кількості диму при палінні кальяну асоціюється з поглинанням великої кількості токсичних речовин, що призводить до множинних негативних ефектів для здоров'я.

4. Наразі як споживачі кальяну, так і студенти-медики й лікарі, недостатньо поінформовані щодо

потенційно шкідливого впливу кальяну на здоров'я, що призводить до недостатнього виявлення паління кальяну як такого та недостатнього застосування інтервенцій для його припинення.

5. Необхідні подальші дослідження впливу диму кальяну на здоров'я а також поведінкових та медикаментозних інтервенцій для сприяння припиненню паління кальяну.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Балакірева О.М., Бондар Т.В., Приймак Ю.Ю. та ін. (2015) Куріння, вживання алкоголю та наркотичних речовин серед підлітків, які навчаються: поширення й тенденції в Україні. Київ, Поліграфічний центр «Фоліант», 200 с. (<http://www.uisr.org.ua/img/upload/files/ESPAD-ForWEB.pdf>).
2. Глобальне опитування дорослих щодо вживання тютюну (Global Adult Tobacco Survey — GATS) (2017). Київ, 240 с. (<https://is.gd/Op5JeG>).
3. Київський міжнародний інститут соціології (2017). Поширеність куріння серед молоді зменшилась на 28% — КМІС. 20 березня 2017 р. (<http://kiis.com.ua/?lang=ukr&cat=reports&id=692&t=7&page=1>).
4. Akl E.A., Ward K.D., Bteddini D. et al. (2015) The allure of the waterpipe: a narrative review of factors affecting the epidemic rise in waterpipe smoking among young persons globally. *Tob Control.*, 24 (suppl 1): i13–i21. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2014–051906.
5. Al-Amri A., Ghalilah K., Al-Harbi A. et al. (2019) Waterpipe smoking and the risk of myocardial infarction: A hospital-based case-control study. *Tob. Induc. Dis.*, 17 (December): 87 (<https://doi.org/10.18332/tid/114074>).
6. Alarabi A.B., Karim Z.A., Ramirez J.E.M. et al. (2020) Short-Term Exposure to Waterpipe/Hookah Smoke Triggers a Hyperactive Platelet Activation State and Increases the Risk of Thrombogenesis. *Arterioscler Thromb Vasc Biol.*, 40: 335–349. DOI: 10.1161/ATVBAHA.119.313435.
7. Alomari M.A., Al-sheyab N.A., Khabour O.F. et al. (2018) Brain-derived neurotrophic factor in adolescents smoking waterpipe: the Irbid TRY. *Int J Dev Neurosci.*, 67: 14–8.
8. Baheiraei A., Shahbazi Sighaldehy S., Ebadi A. et al. (2015) Psycho-social needs impact on hookah smoking initiation among women: a qualitative study from Iran. *Int J Prev Med.*, 6: 79.
9. Bahelah R., DiFranza J.R., Fouad F.M. et al. (2016) Early symptoms of nicotine dependence among adolescent waterpipe smokers. *Tob Control.* 25: e127–e134. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2015–052809.
10. Barnett T.E., Smith T., He Y. et al. (2013) Evidence of emerging hookah use among university students: a cross-sectional comparison between hookah and cigarette use. *BMC Public Health.* 13: 302.
11. Bhatnagar A., Maziak W., Eissenberg T. et al. (2019) Water pipe (Hookah) smoking and cardiovascular disease risk: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation.* 139(19), e917–e936.
12. Bird Y., May J., Nwankwo C. et al. (2017) Prevalence and characteristics of flavoured tobacco use among students in grades 10 through 12: a national cross-sectional study in Canada, 2012–2013. *Tob Induc Dis.*, 15: 20. doi: 10.1186/s12971–017–0124–0.
13. Blank M.D., Cobb C.O., Kilgallen B. et al. (2011) Acute effects of waterpipe tobacco smoking: a double-blind, placebo-controlled study. *Drug Alcohol Depend.*, 116: 102–109. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2010.11.026.
14. Cobb C.O., Sahmarani K., Eissenberg T. et al. (2012) Acute toxicant exposure and cardiac autonomic dysfunction from smoking a single narghile waterpipe with tobacco and with a «healthy» tobacco-free alternative. *Toxicol Lett.*, 215: 70–75. doi: 10.1016/j.toxlet.2012.09.026.
15. Daher N., Saleh R., Jaroudi E. et al. (2010) Comparison of carcinogen, carbon monoxide, and ultrafine particle emissions

- from narghile waterpipe and cigarette smoking: sidestream smoke measurements and assessment of second-hand smoke emission factors. *Atmos Environ* (1994), 44: 8–14. doi: 10.1016/j.atmosenv.2009.10.004 [PubMed: 20161525].
16. Dogar O., Jawad M., Shah S.K. et al. (2014) Effect of cessation interventions on hookah smoking: post-hoc analysis of a cluster-randomized controlled trial. *Nicotine Tob Res.*, 16: 682–688. doi: 10.1093/ntr/ntt211 [Pub Med: 24376277].
17. Dogar O., Zahid R., Mansoor S. et al. (2018) Varenicline versus placebo for waterpipe smoking cessation: a double-blind randomized controlled trial. *Addiction.*, 113(12): 2290–2299. doi: 10.1111/add.14430.
18. El-Hajj M., Salameh P., Rachidi S. et al. (2019) Cigarette and Waterpipe Smoking are Associated with the Risk of Stroke in Lebanon. *J Epidemiol Glob Health.*, 9(1): 62–70. doi: 10.2991/jegh.k.181231.002.
19. Fiala S.C., Morris D.S., Pawlak R.L. (2012) Measuring indoor air quality of hookah lounges. *Am J Public Health.*, 102(11): 2043–5.
20. Gideon S.H., Neal L.B., Katherine M.D. et al. (2014) Nicotine and carcinogen exposure after water pipe smoking in hookah bars. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.*, 23: 1055–1066. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-13-0939 [PubMed: 24836469].
21. Hawari F.I., Obeidat N.A., Ayub H. et al. (2013) The acute effects of waterpipe smoking on lung function and exercise capacity in a pilot study of healthy participants. *Inhal Toxicol.*, 25: 492–497. doi: 10.3109/08958378.2013.806613.
22. Islami F., Pourshams A., Vedanthan R. et al. (2013) Smoking water-pipe, chewing nass and prevalence of heart disease: a cross-sectional analysis of baseline data from the Golestan Cohort Study, Iran. *Heart (British Cardiac Society)*, 99(4): 272–8.
23. Jamal A., Gentzke A., Hu S.S. et al. (2017) Tobacco use among middle and high school students—United States, 2011–2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.*, 66: 597–603. doi: 10.15585/mmwr.mm6623a1.
24. Jawad M., Jawad S., Waziry R.K. et al. (2016) Interventions for waterpipe tobacco smoking prevention and cessation: a systematic review. *Sci Rep.*, 6: 25872. doi: 10.1038/srep25872 [PubMed: 27167891].
25. Jawad M., Nakkash R.T., Hawkins B. et al. (2015) Waterpipe industry products and marketing strategies: analysis of an industry trade exhibition. *Tob Control*, 24: e275–e279. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2015–052254.
26. Jukema J.B., Bagnasco D.E., Jukema R.A. (2014) Waterpipe smoking: not necessarily less hazardous than cigarette smoking: possible consequences for (cardiovascular) disease. *Neth Heart J.*, 22(3): 91–9.
27. Kasza K.A., Ambrose B.K., Conway K.P. et al. (2017) Tobacco-product use by adults and youths in the United States in 2013 and 2014. *N Engl J Med.*, 376: 342–353. doi: 10.1056/NEJMsa1607538.
28. Maziak W., Taleb Z.B., Bahelah R. et al. (2015) The global epidemiology of waterpipe smoking. *Tob Control*, 24(suppl 1): i3–i12. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2014–051903.
29. Momenabadi V., Hossein Kaveh M., Hashemi S.Y. et al. (2016) Factors affecting hookah smoking trend in the society: a review article. *Addict Health*, 8: 123–135.
30. Morris D.S., Fiala S.C., Pawlak R. (2012) Opportunities for policy interventions to reduce youth hookah smoking in the United States. *Prev Chronic Dis.*, 9: E165. doi: 10.5888/pcd9.120082.
31. Nakkash R., Khalil J. (2010) Health warning labelling practices on narghile (shisha, hookah) waterpipe tobacco products and related accessories. *Tob Control*, 19: 235–239. doi: 10.1136/tc.2009.031773.
32. O'Neill N., Dogar O., Jawad M. et al. (2018) Which behavior change techniques may help waterpipe smokers to quit? An expert consensus using a modified Delphi technique. *Nicotine Tob Res.*, 20: 154–160. doi: 10.1093/ntr/ntw297.
33. Platt D.E., Hariri E., Salameh P. et al. (2017) Association of waterpipe smoking with myocardial infarction and determinants of metabolic syndrome among catheterized patients. *Inhal Toxicol.*, 29(10): 429–34;
34. Selim G.M., Fouad H., Ezzat S. (2013) Impact of shisha smoking on the extent of coronary artery disease in patients referred for coronary angiography. *Anadolu Kardiyol Derg.*, 3: 647–654. doi: 10.5152/akd.2013.191.
35. Shafique K., Mirza S.S., Mughal M.K. et al. (2012) Waterpipe smoking and metabolic syndrome: a population-based study. *PLoSOne*, 7(7): e39734.
36. Stamm-Balderjahn S., Groneberg D.A., Kusma B. et al. (2012) Smoking prevention in school students: Positive effects of a hospital-based intervention. *Dtsch. Arztebl. Int.*, 109(44): 746–752 [PMID: 23189108].
37. Sutfin E.L., Song E.Y., Reboussin B.A. et al. (2014) What are young adults smoking in their hookahs? A latent class analysis of substances smoked. *Addict Behav.*, 39: 1191–1196. doi: 10.1016/j.addbeh.2014.03.020.
38. Villanti A.C., Johnson A.L., Ambrose B.K. et al. (2017) Flavored tobacco product use in youth and adults: findings from the first wave of the PATH study (2013–2014). *Am J Prev Med.*, 53: 139–151. doi: 10.1016/j.amepre.2017.01.026.
39. Ward K.D., Ahn S., Mzayek F. et al. (2015) The relationship between waterpipe smoking and body weight: population-based findings from Syria. *Nicotine Tob Res.* 17: 34–40. doi: 10.1093/ntr/ntu121.
40. Wong L.P., Alias H., Aghamohammadi N. et al. (2016) Shisha smoking practices, use reasons, attitudes, health effects and intentions to quit among shisha smokers in Malaysia. *Int J Environ Res Public Health.*, 13(7). <https://doi.org/10.3390/ijerph13070726>.
41. World Health Organization (2019) Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf)
42. World Health Organization (2018) (<https://www.worldlifeexpectancy.com/country-health-profile/ukraine>).
43. World Health Organization (2011). WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2011: Warning About the Dangers of Tobacco. Geneva, Switzerland: World Health Organization (https://www.who.int/tobacco/global_report/2011/en/).
44. Zhou S., Weitzman M., Vilcassim R. et al. (2015) Air quality in New York City hookah bars. *Tob Control*, 24(e3): e193–8.

INFLUENCE ON HEALTH OF WATERPIPE SMOKING, MODERN CONDITION OF THE PROBLEM

V.H. Lyzohub, N.A. Krushynska

Bohomolets National Medical University, Kyiv

Summary. Waterpipe smoking is important problem worldwide and in Ukraine due to high growth of its usage. In the article there are actual scientific data for waterpipe smoking epidemiology, smoke compounds, health side effects and approaches to its cessations.

Key words: smoking, waterpipe, tobacco, side effects.

Адреса для листування:

Крушинська Ніна Анатоліївна
04080, Київ, вул. Кирилівська, 107
Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця,
кафедра внутрішньої медицини № 4
E-mail: k1n2a3@i.ua
Тел.: +38 (099) 193-52-12

Отримано 20.09.2020

Т.Я. Погорельчук¹, В.Р. Шагінян², О.П. Данько², К.І. Бодня³,
С.М. Ніколаєнко⁴, В.В. Афанасьєва⁵, Л.П. Мельник⁵, Т.С. Волкожа¹,
Н.І. Кімуржи¹, Т.І. Журбенко¹, К.П. Машлевська¹

¹Відокремлений підрозділ «Білгород-Дністровський міськрайонний відділ лабораторних досліджень
ДУ «Одеський обласний лабораторний центр Міністерства охорони здоров'я України»

²«Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського
Національної академії медичних наук України»

³Харківський національний медичний університет

⁴ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України»

⁵ДУ «Одеський обласний лабораторний центр Міністерства охорони здоров'я України»

ПОШИРЕННЯ ПАРАЗИТАРНИХ ІНВАЗІЙ — СЬОГОДЕННЯ УКРАЇНИ

У роботі представлено результати ретроспективного (2009–2018 рр.) аналізу інвазованості населення України кишковими паразитами (дані звітності МОЗ України). Встановлена тенденція до зростання поширеності *Blastocystis spp.* У дослідженнях за 2018–2019 рр. показана висока інвазованість осіб з дисфункцією шлунково-кишкового тракту і пацієнтів з ВІЛ (30,6 і 28,0% відповідно). Інвазія, викликана *Cryptosporidium spp.*, у ВІЛ-інфікованих осіб відзначалася частіше (10,5 та 0,6%), а *Blastocystis spp.* — рідше (15,5 і 27,2%, $p < 0,005$), ніж у пацієнтів з дисфункцією шлунково-кишкового тракту.

Ключові слова: кишкові паразитарні інвазії, поширеність.

ВСТУП

Незважаючи на значні успіхи, досягнуті в боротьбі з паразитарними хворобами, вони дотепер залишаються актуальною проблемою охорони здоров'я в багатьох країнах світу. Найпоширенішими кишковими паразитами є аскаридоз (близько 1,2 млрд інвазованих), трихоцефальоз (близько 800 млн інвазованих) і анкілостомоз (близько 800 млн інвазованих) [1].

Проблема паразитарних інвазій зумовлена не тільки їх значною поширеністю, а й сенситивним та імунодепресивним впливом ряду кишкових паразитів, виникненням в організмі господаря широкого спектра патогенетичних реакцій [2]. На жаль, оцінити справжню поширеність кишкових паразитарних інвазій у світі складно. Так, у комп'ютеризованій системі інформації з інфекційних хвороб Європейського регіонального бюро ВООЗ (centralized information system for infectious diseases — CISID) [3] відсутні дані про виявлення достатньо поширених гельмінтозів (аскаридоз, трихоцефальоз, ентеробіоз), ряду опортуністичних кишкових найпростіших. Останні дані доступні лише за 2012 р. щодо декількох країн. Впродовж останніх років активно вивчається роль кишкових паразитозів у розвитку захворювань шлунково-кишкового тракту (ШКТ). Найбільший інтерес викликають опортуністичні

найпростіші, у першу чергу *Blastocystis spp.* [4–6]. Незважаючи на неоднозначність відповіді на питання про патогенність опортуністичних найпростіших, їх виявлення, безумовно, має велике значення.

МЕТА РОБОТИ

Метою роботи є вивчення поширеності кишкових паразитарних інвазій та її динаміки за даними статистичних форм Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) та результатами досліджень, проведених у ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського Національної академії медичних наук (НАМН) України».

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проведено аналіз даних офіційної статистичної звітності МОЗ України (галузева статистична форма № 40-здоров «Звіт про роботу санітарно-епідеміологічної (дезінфекційної, протичумної) станції», розділ Паразитологія) за період 2009–2018 рр.

У флаконі з консервантом [7] для виявлення ооцист *Cryptosporidium spp.* використовували метод фарбування мазків ооцист за Ціль-Нільсенном. Статистичну обробку результатів і розрахунки проводили за допомогою уніфікованих функцій, передбачених програмою Microsoft Office Excel.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

За результатами аналізу даних офіційної звітності МОЗ за останні 10 років (2009–2018 рр.) встановлено, що показники інвазованості населення України кишковими паразитами в цілому знижувалися протягом усього періоду спостереження. Найвищими були показники зараженості *Enterobius vermicularis* і *Ascaris lumbricoides*, тому динаміка інвазованості гельмінтами продемонстрована на прикладі розповсюдження кишкових паразитозів: ентеробіозу і аскаридозу.

Щодо найактуальніших кишкових найпростіших можна відзначити зниження показників інвазованості *Giardia lamblia* з 71,28 на 100 тис. населення в 2009 р. до 26,22 — у 2018 р., стабільно невисокі показники виявлення *Cryptosporidium spp.* (у межах 0,1–0,2 на 100 тис. населення) та тенденцію до підвищення інвазованості *Blastocystis spp.*

За даними офіційної звітності МОЗ України, відсоток інвазованих кишковими паразитами серед обстежених дітей був вищим, ніж серед дорослих упродовж 2014–2016 рр.

Найпомітнішою була різниця в інвазованості дітей гельмінтами — приблизно в 5 разів більша кількість порівняно з дорослими. У дітей домінували наступні кишкові найпростіші — *Giardia lamblia* і *Blastocystis spp.*, у дорослих — *Cryptosporidium spp.* і *Entamoeba histolytica*.

Аналіз результатів паразитологічних обстежень, проведених в ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України» протягом 1995–2016 рр. свідчить про поступове підвищення рівня інвазованості як дітей (з 7,4 до 21,7%), так і дорослих (з 13,8 до 26,1%). В усі періоди спостереження ураженішими виявилися дорослі, інвазованість яких кишковими паразитами перевищувала інвазованість дітей. У той же час можна відзначити нівелювання різниці в показниках інвазованості дітей і дорослих. У даному разі термін «інвазованість» означає поширення, оскільки враховувалися всі випадки кишкових інвазій, у тому числі опортуністичних, без кількісного визначення найпростіших, що має значення для клінічного діагнозу.

Протягом усіх аналізованих періодів у обстежених частіше виявляли кишкових найпростіших, ніж гельмінтів. У 2015–2016 рр. у дітей гельмінти виявлені не були взагалі, а серед обстежених дорослих інвазованих найпростішими було в 8 разів більше, ніж гельмінтами. Серед кишкових найпростіших частіше виявляли *Blastocystis spp.*, *Giardia lamblia* і *Entamoeba histolytica*. При цьому показники визначення *Blastocystis spp.* підвищилися в 3 рази (з 6,5 до 19,5%), а *Giardia lamblia* — знизилася в 10 разів (з 4,1 до 0,4%). Частота виявлення цист *Entamoeba histolytica* залишалася практично на одному рівні. Таким чином, порівняння результатів власних досліджень з даними статистики МОЗ України свідчить про збіг форм кишкових найпростіших, що домінують. У той же час слід зазначити про розбіжності в показниках інвазованості гельмінтами і вищу

поширеність кишкових найпростіших у пацієнтів, обстежених в ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України». Це може бути зумовлено відмінностями в обстежених контингентах. У клініку ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України» частіше звертаються пацієнти, вже обстежені в лабораторіях. Пацієнти з виявленими гельмінтами проходять дегельмінтизацію і, як правило, не звертаються в інші лабораторії. Контингент наших пацієнтів — переважно люди з дисфункцією шлунково-кишкового тракту невстановленої етіології, що може пояснити високі показники виявлення у них кишкових найпростіших, у тому числі опортуністичних.

Тенденцією останніх років є зростання поширеності опортуністичних кишкових найпростіших. Паразитарна інвазія, викликана *Cryptosporidium spp.*, вважається найпоширенішою серед ВІЛ-інфікованих пацієнтів [8, 9]. У той же час, на думку ряду авторів, *Blastocystis spp.* належить важлива роль у розвитку деяких соматичних захворювань шлунково-кишкового тракту, у першу чергу синдрому подразненого кишечника [4, 6], при цьому значення опортуністичних найпростіших збільшується в осіб з порушеннями роботи імунної системи.

Інвазованість кишковими паразитами виявлялася високою в обох досліджених групах, показники статистично не розрізнялися (30,6 і 28,0%). При цьому глистяні інвазії частіше виявляли у пацієнтів з дисфункцією шлунково-кишкового тракту ($p > 0,05$). Спектр гельмінтів, виявлених у цій групі, був ширшим, ніж у ВІЛ-позитивних пацієнтів, у яких були виявлені тільки *Ascaris lumbricoides*. Найпоширенішою інвазією був бластоцистоз (27,2 і 15,5%), при цьому частота виявлення *Blastocystis spp.* у ВІЛ-інфікованих пацієнтів була достовірно нижчою ($p < 0,005$), ніж у дорослих з дисфункцією шлунково-кишкового тракту. Інший опортуністичний паразитоз — криптопориоз, навпаки, відмічали у ВІЛ-інфікованих пацієнтів в 10 разів частіше, що збігається з даними літератури. Питання про те, чому опортуністичні найпростіші — *Blastocystis spp.* в осіб з імунодефіцитом виявляли рідше, ніж в аналогічній групі дорослих, але без імунодефіциту, потребує додаткових досліджень. З огляду на результати, отримані в роботі [10], можна припустити, що наявність *Blastocystis spp.* у ВІЛ-позитивних осіб можна розцінювати як сприятливий фактор, що свідчить про позитивну імунологічну динаміку, що відзначається у деяких пацієнтів.

ВИСНОВКИ

1. Вивчення динаміки поширеності паразитарних кишкових інвазій за 10 років (2009–2018 рр.) на підставі даних звітів МОЗ України свідчить про зниження рівня інвазованості населення гельмінтами і тенденції до зростання виявлення кишкових найпростіших, зокрема *Blastocystis spp.*

2. Показники інвазованості залежать від обстежуваних контингентів, що необхідно враховува-

ти під час проведення епідагляду за кишковими паразитами. Серед осіб, обстежених переважно з профілактичною метою (дані МОЗ України), серед інвазованих переважали діти, в яких були виявлені гельмінти. Серед осіб, обстежених за клінічними показаннями (пацієнти ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України»), паразитарні інвазії виявляють частіше у дорослих, переважають інвазії, викликані опортуністичними найпростішими (*Blastocystis spp.*).

3. За даними власних досліджень, поширеність кишкових паразитозів у пацієнтів з дисфункцією шлунково-кишкового тракту і ВІЛ-інфікованих хворих статистично не розрізнялася (30,6 і 28,0%), при цьому інвазію, викликану *Cryptosporidium spp.* У ВІЛ-інфікованих відмічали частіше (10,5 та 0,6% відповідно), а *Blastocystis spp.* — рідше (15,5 і 27,2%, $p < 0,005$), ніж у пацієнтів з дисфункцією шлунково-кишкового тракту.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Albonico M., Allen H., Chitsulo L. et al. (2008) Controlling Soil-Transmitted Helminthiasis in Pre-School-Age Children through Preventive Chemotherapy. *PLoS Negl Trop Dis.*, 2(3): 126–135. doi: 10.1371/journal.pntd.0000126.
2. Кочергіна Е.А., Корюкіна І.П., Зубов Є.В. (2004) Особливості лікування паразитарних захворювань. *РМЗ*, 13: 15–823.
3. База даних CISID Європейського бюро ВОЗ (<http://data.euro.who.int/cisid/Default.aspx?>).
4. Ibarra C., Herrera V., Pérez de Arce E. et al. (2016) Parasitosis and irritable bowel syndrome. *Rev Chilena Infectol.*, 33 (3): 268–274.
5. Vasquez-Rios G., Machicado J.D., Terashima A. et al. (2016) Irritable bowel syndrome and intestinal parasites: a view from South America. *Rev Gastroenterol Peru*, 36 (2): 153–158.
6. Rostami A., Riahi S.M., Haghghi A. et al. (2017) The role of *Blastocystis sp.* and *Dientamoeba fragilis* in irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Parasitol Res.*, 116 (9): 2361–2371.
7. Сопіль Г.В., Шагінян В.Р., Данько О.П. (2017) Склад для обробки проб досліджуваного матеріалу при проведенні досліджень біологічних матеріалів: патент № 114976.
8. Shimelis T., Tassachew Ya., Lambiyo T. (2016) *Cryptosporidium* and other intestinal parasitic infections among HIV patients in southern Ethiopia: significance of improved HIV-related care. *Parasit Vectors*, 9: 270–277.
9. Wang Z.D., Liu Q., Liu H.H. et al. (2018) Prevalence of *Cryptosporidium*, microsporidia and *Isospora* infection in HIV-infected people: a global systematic review and meta-analysis. *Parasit Vectors*, 11(1): 28.
10. Li-Guang Tian, Tian-Ping Wang, Shan Lv et al. (2013) HIV and intestinal parasite co-infections among a Chinese population: an immunological profile of poverty. *Infectious Diseases*, 2 (<http://www.idpjournals.com/content/2/1/18>).

SPREAD OF PARASITIC INVASIONS — THE PRESENT OF UKRAINE

T. Ya. Pogorelchuk¹, V.R. Shaginyan²,
O.P. Danko², K.I. Bodnya³,
S.M. Nikolaenko⁴, V.V. Afanasieva⁵,
L.P. Melnyk⁵, T.S. Volkozha¹, N.I. Kimurzhi¹,
T.I. Zhurbenko¹, K.P. Mashlevskaya¹

¹Separate subdivision Bilhorod-Dnistrovsjkyj City-District Department of Laboratory Research of the State Institution «Odesa Regional Laboratory Center of the Ministry of Health of Ukraine»

²«Institute of Epidemiology and Infectious Diseases. L.V. Hromashevsjkyj National Academy of Medical Sciences of Ukraine»

³Kharkiv National Medical University

⁴SI «Public Health Center of the Ministry of Health of Ukraine»

⁵SI «Odesa Regional Laboratory Center of the Ministry of Health of Ukraine»

Summary. The paper presents the results of a retrospective (2009–2018) analysis of the infestation of the population of Ukraine with intestinal parasitosis (reporting data of the Ministry of Health of Ukraine). There is a tendency to increase the prevalence of *Blastocystis spp.* Studies of 2018–2019 showed a high incidence of persons with gastrointestinal dysfunction and HIV-infected patients (30.6% and 28.0%, respectively). Invasion caused by *Cryptosporidium spp.* was more common in HIV-infected individuals (10.5% and 0.6%), and *Blastocystis spp.* — less often (15.5% and 27.2%, $p < 0.005$) than in patients with gastrointestinal dysfunction.

Key words: intestinal parasitic invasions, prevalence.

Адреса для листування:

Коваш Ольга Петрівна
67700, Одеська обл., м. Білгород-
Дністровський, вул. Московська, 7
Відокремлений підрозділ «Білгород-
Дністровський міськрайонний відділ
лабораторних досліджень ДУ «Одеський
обласний лабораторний центр МОЗ України»
E-mail: olya.kovash@gmail.com
Тел.: +38 (067) 305-40-57

Отримано 10.09.2020

О.М. Проценко¹, Я.М. Вітовський¹, С.В. Маркітанюк²¹Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ²Перинатальний центр м. Києва

ГЕНІТОУРИНАРНИЙ СИНДРОМ ПІСЛЯ ТРАНСВАГІНАЛЬНОЇ ГІСТЕРЕКТОМІЇ

Міома матки — найрозповсюдженіша пухлина в структурі гінекологічних захворювань, і частота її за останні десятиріччя зростає у жінок репродуктивного та перименопаузального віку, становлячи близько 35–45%, а радикальне хірургічне лікування зазвичай залишається методом вибору у цих жінок. Нами прооперовано 64 жінки репродуктивного віку з лейоміомою матки, яким виконано трансвагінальну гістеректомію без додатків. Майже кожна третя пацієнтка до п'ятого року моніторингу після гістеректомії відзначала неспроможність тазового дна та ознаки цисто-ректоцеле I–II ступеню, синдром релаксації тазового дна, а ступінь вираженості генітоуринарних розладів на пряму залежав від оперативних технік, віку, коли було проведено оперативне лікування та ступеня гіпоестрогенії. Підходи до реабілітації таких пацієнток після гістеректомії, що існують на сьогодні, носять суперечливий характер, висвітлюючи тільки окремі аспекти корекції її наслідків.

Ключові слова: міома матки, гістеректомія, генітоуринарний синдром.

АКТУАЛЬНІСТЬ

У структурі гінекологічних захворювань найрозповсюдженішою пухлиною репродуктивної системи жінки є лейоміома матки, і частота її виникнення за останні десятиріччя проявляє тенденцію до підвищення у жінок репродуктивного та перименопаузального віку, становлячи близько 35–45% [2, 8]. Як демонструють зарубіжні джерела, третина жінок віком до 60 років у США перенесли гістеректомію, у Німеччині до 18% пацієнток репродуктивного віку зазнали такого оперативного втручання [9].

Оперативне лікування, що здійснюється в період найактивнішого соціального життя жінки, її самореалізації у суспільстві і сім'ї та продуктивної професійної діяльності, вимагає розробки систематизованої цілеспрямованої системи реабілітації таких хворих після гістеректомії, підходи до якої, що існують на сьогодні, мають суперечливий характер, висвітлюючи тільки окремі аспекти корекції наслідків хірургічного втручання [4, 6].

Враховуючи збільшення частки радикальних операцій у жінок активного репродуктивного віку, відсутність уніфікованих підходів до діагностики та профілактики віддалених післяопераційних наслідків щодо яєчників та неспроможності тазового дна, розроблення системи надання лікувально-профілактичної допомоги у вказаному аспекті зберігає свою актуальність як у науковій, так і в практичній площині. На сьогодні відсутня однозначна думка щодо ранньої діагностики післяопераційних ускладнень, таких як пролапс органів

малого тазу та синдром хронічного тазового болю після радикальних хірургічних втручань з приводу лейоміоми матки, що зумовлює доцільність пошуку прогностичних предикторів віддалених післяопераційних ускладнень та розробку й оптимізацію хірургічних технік, спрямованих на покращення параметрів якості життя у цієї когорти пацієнтів [1, 3, 5–7].

Усе вищевикладене і визначило мету даного наукового пошуку — розробити діагностичний алгоритм і програми профілактики віддалених післяопераційних ускладнень у жінок репродуктивного віку після радикального хірургічного лікування з приводу лейоміоми матки.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

У ході виконання даної частини наукового дослідження нами проліковано методом хірургічного втручання 64 жінки репродуктивного віку з лейоміомою матки, яким виконано трансвагінальну гістеректомію без додатків (основна група). У групу порівняння увійшли 20 пацієнток із гістеректомією, проведеною трансабдомінальним доступом. Критеріями виключення були: оваріектомія в анамнезі, злоякісні захворювання будь-якої локалізації, тяжка соматична патологія, відмова пацієнток від участі в дослідженні. Контрольну групу сформували 30 умовно здорових жінок репродуктивного віку. До діагностичного алгоритму включали оцінку стану тазового дна та урогенітальної дисфункції із використанням стандартизованої системи POP-Q, характеристику параметрів якості життя як на ета-

пі передопераційного спостереження, так і протягом 12 міс, 3 та 5 років після оперативного втручання, ультразвукову сонографію органів малого тазу та оцінку структури яєчників. Для визначення ознак неспроможності тазового дна та дисфункції органів малого тазу використовували кашлеву пробу, пробу Вальсальви, «стоптест»-пробу із конусами Кегеля тощо. Статистичну обробку матеріалу здійснювали за допомогою пакету «STATISTICA 6,0» прикладної програми Microsoft Excel.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Як вказують літературні джерела, радикальні оперативні втручання з приводу лейоміоми матки, без сумніву, спричиняють порушення не тільки функції гіпоталамо-гіпофізарно-яєчничкової осі та асоціативних зв'язків з наднирниковими залозами та щитоподібною залозою, але й зумовлюють зміни іннервації, кровопостачання та лімфовідтоку органів малого тазу, що призводить до зміни функції як тазових органів, так і тазового дна в цілому [3, 7]. Наші дослідження дозволили підтвердити думку щодо особливостей генітоуринарного статусу пацієнток репродуктивного віку після гістеректомії. Отримані в динаміці післяопераційного періоду результати продемонстрували високий рівень урогенітальної інфекції та порушень мікробіоти статевих шляхів у 53 хворих (63,1%) уже до 3 років після гістеректомії, десценція тазового дна була діагностована у кожній третій пацієнтки, полакіурія — у 14,3% випадків (у половини з них — у нічні години), стресова інконтиненція сечі — у 9,5%, імперативна форма нетримання сечі — у 11,9% хворих, цистоцеле та ентероцеле у їх поєднанні — у 13,1%, причому без статистично значущих відхилень у групах.

Синдром хронічного тазового болю верифіковано до 3 років спостереження у 27 пацієнток (32,1%), причому в групі порівняння больові відчуття відмічали у 1,8 раза частіше ($p < 0,05$), як і обмеження рухомості культі, тяжистість у проєкції придатків, інфільтрацію та ущільнення тканин. Метеоризм, дискомфорт у кишкової частки пацієнток обох груп.

Слід відмітити, що у 12 випадках у віддалений післяопераційний період (до 5 років спостереження) пацієнтки зазнали повторних оперативних втручання (з приводу спайкового процесу і хронічного тазового болю, захворювань культі та післяопераційного пролапсу геніталій). Доцільно вказати, що вираженість віддалених післяопераційних ускладнень, урогенітальної дисфункції та клінічних проявів спайкового процесу була більш значущою у пацієнток групи порівняння, а також демонструвала чіткі кореляційні зв'язки з перименопаузальним віком жінки, що підтверджують дані щодо вагомого впливу естрогенового статусу в післяопераційному адгезіогенезі та дисфункції тазового дна [1, 3, 5, 7, 8, 10].

Зіставлення симптомів урогенітальної дисфункції з тривалістю моніторингу в післяопераційний

період дозволили відзначити збільшення їх частки у віддаленіші терміни після оперативного втручання. Так, клінічні прояви генітоуринарного синдрому спостерігали у 3,6 % пацієнток до року спостереження зі збільшенням верифікації симптомів у 2,7 раза (до 9,5% випадків) через 12 міс та збереженням прогресивної динаміки протягом усього періоду моніторингу. Найвищий ступінь дискомфорту був у пацієнток після трансабдомінальної гістеректомії з давністю оперативного лікування більше 5 років.

ВИСНОВКИ

Абдомінальна гістеректомія є додатковим фактором ризику десценції тазового дна, так званою «нереалізованого» пролапсу геніталій, а також порушення генітоуринарного статусу. Власне не діагностовані й некориговані помірні форми пролапсу стінок піхви та безсимптомна урогенітальна дисфункція, що маніфестують у післяопераційний період, поряд з гіпоестрогенією формують основні патогенетичні аспекти генітоуринарного синдрому [10].

За даними проведених аналітичних досліджень, слід відзначити зростання частки і різноманітності порушень сексуальної та урогенітальної функцій у пацієнток вже до року після гістеректомії (у кожному третьому випадку); в порівняльному контексті вказані дисфункції переважали у пацієнток групи порівняння, а також у жінок перименопаузального віку.

У кожній четвертій пацієнтки до 5-го року спостереження відзначали десценцію тазового дна та ознаки пролапсу I–II ступеня, синдром релаксації тазового дна, переднє та заднє ректоцеле, що, без сумніву, є результатом порушення архітектоніки анатомічно-функціональних структур стромально-м'язового компоненту тазового комплексу.

Отримані результати ще раз доводять доцільність розробки нових діагностичних підходів, визначення ранніх діагностичних предикторів і програми реабілітаційних заходів, спрямованих на відтермінування клінічних проявів генітоуринарного синдрому.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. **Балан В.Е., Ковалева Л.А.** (2015). Урогенітальний синдром в климактерії. Возможности терапии. Акушерство и гинекология, 5: 104–108.
2. **Заболотнов В.А., Рыбалка А.Н., Шатила В.Й. та ін.** (2015). Современная классификация лейомиом матки. Здоровье женщины, 1(97): 70–73.
3. **Ильина И.Ю., Доброхотова Ю.Э.** (2011). Генитальный пролапс: этиология, диагностика, лечение: учебно-методическое пособие. М., 37.
4. **Лашкул О.С.** (2017). Концепция ранней реабилитации (fast track) в оперативной гинекологии. Запорожский медицинский журнал, 2(101): 186–189.
5. **Лашкул О.С.** (2018). Качество жизни и сексуальная функция у женщин, оперированных на органах репродуктивной системы. Запорожский медицинский журнал, 1(106): 76–81.
6. **Новиков А.И., Михайличенко В.В., Александров В.П. и др.** (2008). Влияние оперативного доступа на функциональ-

ное состояние нижних мочевых путей при гистерэктоми. Андрология и генитальная хирургия, 4: 21–24.

7. **Петрос П.** 2016 Женское тазовое дно. Функции, дисфункции и их лечение в соответствии с интегральной теорией. МЕДпресс-информ, Москва, 293–332.

8. **Потапов В.А., Мугана Эллуми, Степанова Д.Ю. и др.** (2013) Диагностические и прогностические критерии полноценности репаративной регенерации в матке после реконструктивно-пластических операций у женщин с лейомиомой матки. Медико-социальные проблемы семьи, 18: 37–39.

9. **Fernandez H., Farrugia M., Jones S.E. et al.** (2009) Rate, type, and cost of invasive interventions for uterine myomas in Germany, France, and England. Minim Invasive Gynecol., 16(1): 40–46.

10. **Vomvolaki E., Kalmantis K., Kioses E. et al.** 2006. The effect of hysterectomy on sexuality and psychological changes. Eur J Contracept Reprod Health Care, 11 (1): 23–27.

GENITOURINARY SYNDROME AFTER VAGINAL HYSTERECTOMY

*O.M. Proshchenko¹, Ya.M. Vitovsky¹,
S.V. Markitanyuk²*

¹*Bohomolets National Medical University, Kyiv*

²*Perinatal Center of Kyiv*

Summary. *Uterine myoma are the most common tumor in the structure of gynecological diseases, and its*

frequency has increased in recent decades in women of reproductive and perimenopausal age, accounting for about 35–45%, and radical surgical treatment usually remains the method of choice in these women. We promptly rehabilitated 64 women of reproductive age with uterine leiomyoma who underwent transvaginal hysterectomy without appendages. Almost every third patient before the fifth year of monitoring after hysterectomy noted pelvic floor failure and signs of cysto-rectocele I–II degree, pelvic floor relaxation syndrome, and the severity of genitourinary disorders directly depended on surgical techniques, age of treatment and degree of hypoesrogenism. The current approaches to the rehabilitation of such patients after hysterectomy are scattered and contradictory, highlighting only some aspects of the correction of its consequences.

Key words: *uterine myoma, hysterectomy, genitourinary syndrome.*

Адреса для листування:

Прошенко Ольга

E-mail: proshchenko777@gmail.com

Отримано 10.09.2020

А.Р. Вергун, Б.М. Паращук, З.М. Кіт,
О.М. Вергун, М.Р. Красний, І.О. Макагонов

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

ХІРУРГІЧНА МІКОТИЧНА ОНІХОПАТОЛОГІЯ, АСОЦІЙОВАНА ІЗ ВТОРИННОЮ ІНКАРНАЦІЄЮ НІГТІВ: КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ, АВТОРСЬКІ ПОГЛЯДИ

У представленій роботі оптимізовано схему комплексного лікування та хірургічних втручань при хронічній оніхопатології, асоційованій з оніхомікозом та вросанням нігтів. Проведено ретроспективний та проспективний аналіз за 10-річний період клінічних особливостей та лікування 919 пацієнтів віком 5–92 роки: 503 чоловіки та 416 жінок, вивчено морфогенез оніходеструктивних та інкарнаційних аспектів мікотичного ураження, біохімічні зміни. Пацієнтам з грибковими ураженнями проводили видалення уражених нігтів та застосовували місцеву та системну фунгіцидну терапію. Хірургічне видалення уражених мікозом нігтів у цих хворих рекомендується проводити через ділянки розшарування гіперкератозу нігтьового ложа та оніхолізовані структури з одночасним видаленням дерматофітоми, піднігтьового гіперкератозу із локусами вросання та епоніхальних гіпергрануляцій, що детермінує зменшення післяопераційного болю ($\chi^2=48,32$, $p<0,01$), покращуючи якість життя, та підвищує частоту повного клінічного одужання пацієнтів.

Ключові слова: оніхопатологія, оніхомікоз, інкарнація нігтів, хірургічні інтервенції, комплексне лікування.

Актуальність проблеми оніхомікозу та вторинної інкарнації нігтів (ІН), врослого нігтя (оніхокриптозу, *unguis incarnatus*) в амбулаторній гнійній хірургії зумовлена високою частотою виникнення, хронізацією, ускладненнями, ранніми та пізніми рецидивами. Дерматофіти, що інфікують матрикс нігтів, детермінують дистрофічні зміни, гіперкератинізацію нігтя, виникнення субунгвального гіперкератозу та дерматофітоми, мікотичну хірургічну патологію та деформації нігтів, які ускладнені вторинним вросанням в епоніхій. Мікотично-асоційована інфекція має специфічний вплив на комплексне лікування, зокрема, на хірургічне видалення нігтів. Досвідом інших клінік та нашими попередніми дослідженнями щодо сучасного стану проблеми хірургічної оніхопатології та ІН обґрунтовано основні клінічні варіанти, етіологічні фактори та патогенетичні ланки, базові методи комплексного лікування, проте актуальною є оптимізація інтервенцій для покращення якості життя пацієнтів.

МЕТА РОБОТИ

Метою роботи є оптимізація схеми комплексного лікування та хірургічних інтервенцій при хронічній оніхопатології, асоційованій з оніхомікозом та інкарнацією нігтів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Здійснено ретроспективний та проспективний аналіз особливостей клінічного перебігу та лікування 919 пацієнтів віком 5–92 роки за 10-річний період: 503 чоловіки та 416 жінок у хірургічному відділенні поліклініки 4-ї комунальної клінічної лікарні, хірургічних відділеннях 2-ї та 5-ї міських поліклінік м. Львів. У 186 пацієнтів пізні рецидиви оніхокриптозу були підтверджені після попередніх операцій в інших клініках. Консервативне лікування рекомендувалося лише на ранніх стадіях вросання. Проведено дослідження морфогенезу оніходеструктивного та інкарнаційного аспектів мікотичних уражень. Ретроспективним матеріалом були 295 спостережень неускладненої деструктивної хірургічної патології нігтів у пацієнтів віком 11–85 років: 177 чоловіків та 118 жінок. Пацієнти молодого віку становили 26,44 %, середнього — 32,20 %, люди похилого віку — 41,36 % ретроспективної підгрупи. Проспективним матеріалом були спостереження 624 випадків деструкції нігтів: 326 чоловіків та 298 жінок, вік оперованих пацієнтів — 5–92 роки. Згідно із застосованими методами лікування виокремлено основну та контрольну групи. Також досліджено особливості лікування, деякі

показники ліпідного обміну хворих на цукровий діабет, метаболічний синдром, які (як коморбідна та фонова патологія) спричиняли деструктивний оніхомікоз та вторинні ІН. Дослідження відповідає вимогам біоетики. Пік захворюваності на неускладнені випадки (включаючи оніхокриптоз) зафіксовано у пацієнтів віком 30–40 років, посереднє зростання частоти ускладнених клінічних випадків — у пацієнтів віком 30–40 років та 60–70 років, деяких комбінованих уражень — у хворих 40–50-річного віку. Із нігтьової пластини та ураженого матриксу нігтів найчастіше виявляли *T. rubrum* та *C. albicans*, рідше — *T. mentagrophytes*. Видалення уражених нігтів проводили у пацієнтів з мікотичними ураженнями, також паралельно використовували місцеву та системну фунгіцидну терапію. Згідно з проектом і дизайном дослідження застосовували деякі клінічні та параклінічні, мікробіологічні методи, функціональну діагностику, рентгенологічні, біохімічні, морфологічні та статистичні методи.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Встановлено, що піднігтьовий гіперкератоз та дерматофітома внаслідок здавлення центральної частини нігтя детермінують вторинне вrostання його країв, $\chi^2 = 20,87$, рівень значущості, $p < 0,01$. Аналіз субунгвальних зіскрібків в осіб з оніхомікотичними ураженнями та вторинною ІН дозволив констатувати переважання дерматофітів (червоної трихофітії), $\chi^2 = 35,43$, $p < 0,01$. У третини пацієнтів виявлено асоціації мікотичних збудників і бактеріальної флори, що призводило до виникнення гострих гнійних процесів. Приєднання кандидозної, бактеріальної або змішаної суперінфекції у 21,08% пацієнтів детермінувало формування безсимптомного піднігтьового панарицію змішаної етіології (з множинними гнійними локусами, схожими на «бджолині стільники»), що є безпосередньою причиною тяжких ускладнень, у тому числі таких, що призводять до інвалідизації, включаючи хронічний мікотично асоційований остеомиєліт дистальної фаланги. У хворих на поліоніхомікоз, асоційований із вторинною ІН, у переважній більшості спостережень підтверджено тяжку грибкову інфекцію з гіпертрофією нігтів, утворенням піднігтьового гіперкератозу або оніхогрифозу, $\chi^2 = 20,41$, $p < 0,01$ та оніхоматриками (дерматофітоми, трихофітоми), у зв'язку з чим виникали труднощі для виконання хірургічної інтервенції. У хворих на оніхомікоз, особливо при множинних ураженнях, наявності піднігтьового гіперкератозу або поліоніхогрифозу, фоново відзначалися погіршення мікроциркуляції. У пацієнтів основної групи на периферичних реовазограмах виявлено підвищений тонус дрібних судин. Реографічні криві мали спастичний вигляд у 48,7% субв'ибірки, у 32,1% — гіпотонічні та у 19,2% — дистонічні. Переважали спастичні типи реографічних кривих (у = 30,6, $p < 0,01$). Індекс відкритих капілярів був знижений до 31%.

Існувала позитивна кореляція між рівнем загального холестерину та лептину ($r = 0,38$; $p < 0,01$). Підвищений рівень загального холестерину понад 5,2 ммоль/л спостерігався у пацієнтів основної групи — $6,31 \pm 0,09$ ммоль/л, а у хворих групи контролю — $6,33 \pm 0,11$ ммоль/л. Рівень холестерину ліпопротеїнів низької щільності (ЛПНЩ) був вище 3,0 ммоль/л у пацієнтів основної групи — $3,34 \pm 0,2$ ммоль/л, у хворих з контрольної групи — $3,32 \pm 0,15$ ммоль/л, коефіцієнт Спірмена (ρ) у досліджуваних групах становив 0,513–0,609. Концентрація холестерину ЛПВЩ в осіб основної групи становила $1,36 \pm 0,05$ ммоль/л, у пацієнтів контрольної групи — $1,12 \pm 0,03$ ммоль/л. Середній вміст оксиду азоту у хворих основної групи, яким проводили стандартну оніхектомію, був незначно вищим — $15,46 \pm 0,35$ мкмоль/л, $p < 0,05$ ($\chi^2 = 8,11$, $p = 0,032$), порівняно з випадками, коли застосовували малотравматичне видалення мікотичних змін нігтів; цей параметр також дещо відрізнявся у осіб з неускладненим оніхомікозом і становив відповідно $12,32 \pm 0,23$ мкмоль/л та $11,62 \pm 1,51$ мкмоль/л, $p > 0,05$.

Проведено ретроспективний і проспективний аналіз 108 випадків деструктивного поліоніхомікозу на тлі метаболічного синдрому та цукрового діабету, ускладненого гнійними захворюваннями нігтя та епоніхеальних тканин. Продемонстровано, що частота мікозів і оніхомікозів стоп у хворих на цукровий діабет перевищує цей показник для пацієнтів загальної популяції, $\chi^2 = 13,69$, що також підтверджується результатами двофакторного дисперсійного аналізу, $p < 0,05$. Зміни біохімічних показників у хворих на метаболічний синдром та цукровий діабет були пов'язані з ліпідним обміном, відмічали підвищений рівень холестерину — більше 5,18 ммоль/л; холестерин ЛПВЩ — $1,12 \pm 0,06$ ммоль/л, $p < 0,05$. У цих пацієнтів була наявна інсулінорезистентність: НОМА-індекс інсулінорезистентності становив $8,11 \pm 1,1$, $p < 0,01$, та глікований гемоглобін — $11,1\% \pm 1,5\%$, $R < 0,05$, зниження функції β -клітин та підвищення індексу НОМА-IR, кореляція рівня глюкози з інсуліном ($r = 0,52$; $p < 0,01$), з індексом НОМА ($r = 0,69$; $p < 0,01$), з глікованим гемоглобіном ($r = 0,76$; $p < 0,01$); інсулін з індексом НОМА ($r = 0,74$; $p < 0,01$) та глікований гемоглобін ($r = 0,65$; $p < 0,01$); індекс НОМА з глікованим гемоглобіном ($r = 0,69$; $p < 0,01$). У хворих на цукровий діабет виявлено кореляцію між інсулінорезистентністю, рівнем глікованого гемоглобіну та частотою виникнення ускладнень оніхомікозу, вторинної інкарнації та деформації нігтів, $\chi^2 = 28,21$, $p < 0,05$.

Застосовували системну ад'ювантну пульс-терапію 400 мг ітраконазолу протягом 2 днів до початкового хірургічного лікування вторинної мікотичної ІН та протягом перших 3 днів післяопераційного періоду. Також поряд з антимікотичною терапією та корекцією коморбідної патології було проведено такі процедури: висічення патологічних

епоніхеальних тканин, гіпергрануляцій та некротів, резекція ІН або видалення нігтьової пластинки з частковою крайовою матриксектомією в ділянці вrostання. Застосовували малотравматичні методи видалення нігтів та крайової резекції нігтів у 24,7% пацієнтів основної групи та у хворих на цукровий діабет. Санацію інших уражених нігтів з метою запобігання реінфекції мікозом проводили антимікотичними лаками для нігтів з 5% аморолфіном або 8% циклопіроксом. Видалення трихофітно уражених нігтів (через оніхолізовані структури) на окремих етапах поєднували з терапією ітраконазолом. Найбільш вираженими були оніхеальні зміни при ускладненому оніхомікозі ($\chi^2 = 20,87, p < 0,01$) та тотальній мікотичній деструкції нігтів, діагностовано випадки вторинної ІН, $\chi^2 = 17,35, p = 0,022$, коефіцієнт Спірмена (ρ) у досліджуваних груп становив 0,552–0,617, що детермінувалося деформаціями нігтів і супроводжувалося вrostаннями нігтів в епоніхеальні тканини, $\chi^2 = 5,11–36,22, p < 0,05$.

Хірургічні інтервенції проводилися з урахуванням патологічних змін ($\chi^2 = 21,23, p = 0,012$), відповідно до наших попередніх рекомендацій поєднували хірургічні втручання і консервативну терапію, $\chi^2 = 28,17, p < 0,01$. Продемонстровано, що збільшення парціального відсотка рецидивів інкарнації свідчить про необхідність антирецидивних одномоментних інтраопераційних технічних заходів, $\chi^2 = 31,23, p < 0,01$, зокрема — крайової парціальної прецизійної матриксектомії в ділянці вrostання, як найбільш оптимального антирецидивного компонента, $\chi^2 = 18,21, p < 0,01$ (відповідно підтверджено зниження частоти повторних ІН до 1–3% ранніх, 3,25–6,42% пізніх рецидивів вrostання; $\chi^2 = 28,17, p < 0,01$). Було використано блокоподібну епоніхеотомію — авторську методику візуалізації краю нігтя для лікування ускладненого і комбінованого врослого нігтя з видаленням en block епоніхеальної тканини з мікроабсцесами, некрозами та гіпергрануляціями. Відшарували бічні залишки фрагментів епоніхеальної тканини від краю нігтя, що востає, за допомогою стерильного леза педикюрного інструмента PE-60/1 (із зігнутим шпателем та лезом). Виконували візуальну макроскопічну оцінку наявності деформації бічного краю нігтя, розшарування осередків гіперкератозу та оніхолізу, щоб вибрати обсяг резекції або прийняти рішення про повне видалення нігтя. Розсікали та відсепарували край нігтя, що востає, від нігтьового ложа та матриксу нігтя до візуально здорових тканин ковзними рухами із застосуванням стерильних манікюрних пушерів PE-10/2 (заокруглений з лопаткою-распатором) та PE-30 (заокруглений пушер із зігнутим сепаративним лезом) та виконували часткову резекцію або видалення нігтя з подальшою санацією ділянки резекції за допомогою стерильних педикюрних лез з операційною абразивною пилюкою PE-60 (PE-60/2 — кутовим рашпилем та рашпилем із вигнутим кінцем). Виконували часткову крайову матриксектомію з поздо-

внім механічним висіченням і коагуляцією нігтьового матриксу в ділянці вrostання. Санацію епоніхеальних «каналів» проводили ложкою Фолькмана та стерильним пушером. Рану промивали 3% розчином перекису водню і розчином полівідон-йоду та здійснювали девульсію залишених епоніхеальних тканин з гемостатичною тампонадою під візуальним контролем. Своєчасне хірургічне лікування ІН адекватно запобігало деяким ускладненням та рецидивам, $\chi^2 = 28,13, p < 0,01$, включаючи мікотичну змішану реінфекцію.

Під час аналізу результатів виявлено пряму залежність між даними анамнезу ($y = 16,9, p < 0,05, r = 0,7$), а також клінічними проявами, поширеністю уражень мікозом шкіри та нігтьових пластин з артеріальною патологією ($y = 15,5, p < 0,05, r = +0,8$). Вогнища оніхолізу (оніхомадезу) і деструкції гіперкератозу, що призводять до вторинного оніхолізу, відшарування нігтьової пластини та вторинної ІН ($\chi^2 = 15,23, p < 0,0211$), визначають та обґрунтовують доцільність малотравматичної оніхоектомії з одноетапним послідовним видаленням дерматофітоми і крайовою резекцією росткової зони зі зміненими епоніхеальними тканинами. Методи хірургічного лікування піднігтьового гіперкератозу та оніхогрифозу з рецидивуючою ІН або без вrostання нами вдосконалено з урахуванням пато- та морфогенезу деструктивного ускладненого поліоніхомікозу. Хірургічне видалення уражених мікозом нігтів у цих пацієнтів рекомендуємо проводити через ділянки розшарування гіперкератозу нігтьового ложа та оніхолізовані структури з одночасним видаленням дерматофітоми, субунгвального гіперкератозу, ділянок вrostання і розшарування нігтя з гіпергрануляціями, що детермінує зменшення післяопераційного больового синдрому ($\chi^2 = 48,32, p < 0,01$, коефіцієнт Спірмена (ρ) залежно від аналізованого фактора — 0,624–0,692), поліпшення якості життя пацієнтів. Схему комплексного лікування, що включає пульс-терапію ітраконазолом, видалення уражених нігтів, обробку нігтьового ложа повідон-йодом, використання лініменту тербінафіну та санацію інших нігтьових пластин антимікотичними лаками — циклопіроксом або аморолфіном можна використовувати для лікування тяжких випадків поліоніхомікозу.

SURGICAL MYCOTIC ONYCHOPATHOLOGY ASSOCIATED WITH SECONDARY NAIL INCARNATION: COMPLEX TREATMENT, AUTHOR'S VIEWS

A.R. Vergun, B.M. Paraschuk, Z.M. Kit, O.M. Vergun, M.R. Krasnyi, I.O. Makahonov

Danylo Halytsky Lviv National Medical University

Summary. *The scheme of complex treatment and surgical interventions of chronic onychopathology associated with onychomycosis and nail incarnation are optimized. A retrospective and prospective analysis of clin-*

ical features and treatment of 919 patients 5–92 years old for a 10-year period: 503 men and 416 women and study of the morphogenesis of onychodestructive and incarnation aspects of fungal infection, biochemical changes were studied. Affected nails removal performed in patients with fungal lesions, and used local and systemic fungicide therapy. Surgical removal of mycosis-affected nails in these patients is recommended to be performed through of nail bed hyperkeratosis dissection areas and onycholized structures with simultaneous removal of dermatophytoma and subungual hyperkeratosis with ingrowth loci and eponycheal hypergranulations, that determines the postoperative pain reduction ($\chi^2=48,32$, $p<0,01$), improving the quality

of life, increases in patients the frequency of complete clinical recovery.

Key words: onychopathology, onychomycosis, nail incarnation, surgical interventions, complex treatment.

Адреса для листування:

Андрій Вергун

79010, Львів, вул. Пекарська, 69

Львівський національний медичний
університет імені Данила Галицького

E-mail: plagi@mail@meta.ua

Тел.: +38 (050) 747-33-40

Отримано 10.09.2020

DOCRADAR — ВУЛТ: ІННОВАЦІЙНІ УКРАЇНСЬКІ МЕДИЧНІ ІТ-ТЕХНОЛОГІЇ В ТІСНІЙ СПІВПРАЦІ З ЛІКАРСЬКОЮ СПІЛЬНОТОЮ

У статті подано інформацію про сучасні тенденції з організації та логістики надання домедичної допомоги і медичних послуг пацієнтам з використанням продуктів ІТ-технологій, формування медичними працівниками власної практики, а керівниками закладів охорони здоров'я — замкненого циклу пацієнтотоку, використання правової та інформаційної підтримки Всеукраїнського Лікарського Товариства лікарями, які застосовують у своїй роботі мобільний додаток DocRadar.

Ключові слова: мобільний додаток DocRadar, рятівник, домедична допомога, медична послуга, лікар, пацієнт, Всеукраїнське Лікарське Товариство, правовий захист.

Колись відомого антрополога Маргарет Мід спитали, що, на її думку, є першою ознакою цивілізації. Від неї чекали, що вона скаже про кам'яну сокиру або точильний камінь чи про рибацький гачок або колесо. Але ні. Несподівано вона відповіла, що першою ознакою цивілізації в культурі є людська стегнова кістка з ознаками зрощеного перелому. М. Мід пояснила, що в тваринному світі, якщо ти зламаєш ногу, то ти помреш. Ти не втечеш від небезпеки, не зможеш забезпечити себе водою та їжею. Жодна тварина не виживає зі зламною ногою стільки часу, скільки потрібно для зрощення перелому кістки. А стегнова кістка прадавньої людини з ознакою зрощеного перелому свідчить про те, що хтось, хто був поруч, приділив увагу постраждалому, переніс його в безпечне місце, доглядав за ним, забезпечував водою та їжею до моменту одужання.

Із часу первісногромадського ладу людської цивілізації минули тисячоліття, за які людство для збереження себе як виду створило спеціальну галузь під назвою «медицина». І сьогодні головним сенсом медицини залишається допомога людині, яка її потребує.

Сучасна медицина — це мистецтво, наука, філософія, професія і бізнес. Бізнес у сенсі організації медичних бізнес-процесів від навчання лікаря, облаштування його робочого місця, його первинної консультації пацієнта до створення складної інфраструктури багатoproфільних клінік та забезпечення складних операцій.

Будь-який лікар існує до того часу, поки існують його пацієнти. В організації медичної логістики є два способи формування шляху пацієнта.

Перший — це шлях пацієнта до лікаря. Другий — шлях лікаря до пацієнта.

Загальновідомо, що сьогодні українські ІТ-фахівці є одними з найбільш затребуваних на світовому ринку

праці, а вітчизняна ІТ-галузь переживає період бурхливого розвитку. Саме українськими фахівцями було створено сучасний стартап, інноваційний інструмент для швидкого, зручного як для пацієнта, так і для лікаря, медсестри, фельдшера механізму надання допомоги через формування пацієнтотоку, де фахівець має можливість отримати виклик і прийти до того, хто потребує допомоги.

Інструмент називається DocRadar. Він складається з двох окремих мобільних додатків: для спеціалістів і для пацієнтів.

Пацієнтська частина DocRadar містить у собі дві можливості: безкоштовний виклик найближчого рятівника, що має навички надання домедичної допомоги особі, що потребує допомоги до приїзду бригади екстреної медичної допомоги та платний виклик найближчого медика (лікаря, медсестри, реабілітолога, масажиста, лаборанта, фельдшера) до пацієнта.

Відповідно пацієнт (як клієнт) завантажує на свій смартфон мобільний застосунок DocRadar для клієнта, а медичний працівник — для спеціаліста. Алгоритм завантаження та реєстрації простий та інтуїтивно зрозумілий. Спеціаліст для підтвердження фаху завантажує своє фото та документи про медичну освіту, а рятівник — відповідний сертифікат про проходження курсів домедичної допомоги.

Спеціаліст у DocRadar самостійно формує свій графік роботи, час у який він може приймати виклики від клієнтів та самостійно оцінює вартість компенсації за свою послугу.

Спеціалісти мають можливість використовувати DocRadar як індивідуально, так і в статусі корпоративного спеціаліста — від закладу охорони здоров'я, фахової медичної громадської організації або благодійного фонду. Для цього керівник закладу чи організації за по-

передньою згодою з медичним спеціалістом на сайті docradar.help реєструє свій заклад у корпоративному кабінеті та додає відповідних фахівців. Після реєстрації всі працівники закладу матимуть корпоративну ознаку — логотип, який бачитиме пацієнт. Безумовно, це розраховано на те, що апріорі належність фахівця до певної корпорації (закладу, організації) викликає у клієнта набагато вищу довіру до спеціаліста. Окрім того, наявність у фахівця логотипу певної корпорації надає йому більший захист (професійний, юридичний тощо) та можливість користуватися додатковими корпоративними послугами та акціями. Також керівник закладу в корпоративному кабінеті може отримувати статистичну інформацію про роботу спеціалістів для ефективнішого менеджменту.

Описаний шлях формування пацієнтотоку «спеціаліст — пацієнт» у певних ситуаціях і за необхідності автоматично створює другий шлях пацієнтотоку «пацієнт — медичний заклад, адже однозначно виникнуть ситуації, коли пацієнт потребуватиме додаткового обстеження, консультацій інших спеціалістів або певних медичних маніпуляцій, які реально можливо виконати лише в медичному закладі. Таким чином, завдяки DocRadar як найпростішому та найшвидшому комунікатору між спеціалістом та пацієнтом обидва шляхи формування пацієнтотоку логічним чином замикаються між собою в коло та дають можливість медичним та іншим закладам максимально підвищити свою конкурентоздатність на ринку медичних послуг.

Сьогодні фінансування системи охорони здоров'я України так і не отримало необхідного мінімуму в 5% внутрішнього валового продукту, і серед фахового середовища існують великі, небезпідставні сумніви, що найближчим часом це станеться. Відповідно, медикам годі сподіватися на належну й гідну оплату за їхні знання від держави. Це означає лише одне, що реальне фінансування медичної допомоги та медичних послуг залишається на плечах пацієнтів за їхні власні кошти, так само, як це було впродовж десятиліть останніх років.

Враховуючи реалії сьогодення: депресивний стан системи охорони здоров'я в Україні, проблеми оплати праці медичних працівників, які не вирішували десятиріччями, дефіцит забезпечення медичними кадрами, важкодоступність медичної допомоги та медичних послуг, пандемія COVID-19, яка додатково вводить систему охорони здоров'я України в колапс, застосування мобільного додатку DocRadar — це перший крок для закладів охорони здоров'я і медичного спеціаліста вижити та зберегти себе як фахівця, в умовах стагнації економіки та руйнування медичної галузі, отримати власну індивідуальну незалежність від державних «кайданів рабства», в які його закувала й не відпускає система охорони здоров'я. А для пацієнта DocRadar — це можливість швидко та в зручний для нього час знайти необхідного й доступного для нього медичного працівника та отримати послугу, причому не виходячи з дому.

Важливою ознакою правильного поступу й розвитку інноваційного продукту DocRadar є співпраця з найбільшою, найстарішою та найповажнішою в лі-

карському середовищі організацією — Всеукраїнським Лікарським Товариством (ВУЛТ). Відповідний меморандум про співпрацю було підписано організаціями 28 серпня 2020 р. Започаткування такої співпраці надало нові можливості членам ВУЛТ бути на вістрі сучасних передових українських технологій та реалізовувати себе як незалежних фахівців. За необхідності ВУЛТ надаватиме своїм членам додатковий правовий захист під час їх фахової реалізації, а пацієнти отримують додаткові гарантії фаховості затребуваних спеціалістів.

У DocRadar застосовано першу ознаку цивілізованості — допомогу. DocRadar — це комунікатор. Між постраждалим та рятівником, між пацієнтом та лікарем. У DocRadar рятівник зможе врятувати життя постраждалому, а лікар реалізувати свої знання і вміння, самостійно визначаючи вартість свого часу та одночасно бути незалежним від примх держави.

Допомагати іншим долати перешкоди — саме з цього починається цивілізованість. Ми стаємо кращими, коли допомагаємо іншим. Так сказала цивілізована людина Маргарет Мід.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. **Benedict R.** (2005) *A humanist in anthropology*. New York, ISBN 0-231-13490-8.
2. **Mead M.** (1972) *Twentieth century faith, hope and survival*. Harper & Row. ISBN 978-0060655495.
3. **Yamin M.** (2018) *IT applications in healthcare management* International Journal of Information Technology, 10: 503–509.
4. www.youtube.com/watch?v=sz4kX1BUbd4.
5. www.youtube.com/watch?v=V3VOGxM4nPQ.
6. www.youtube.com/watch?v=sAOy3PsJmH0.
7. www.youtube.com/watch?v=lvjpcgwwY-c.
8. docradar.help.
9. facebook.com/docradar.ua.

DOCRADAR — UMA: INNOVATIVE UKRAINIAN MEDICAL IT TECHNOLOGIES IN CLOSE COOPERATION WITH THE MEDICAL COMMUNITY

M. Tsyhanok

Summary: *The article provides information on current trends in the organization and logistics of home care and medical services for victims and patients, using IT products, the formation of their own practice, and heads of health care facilities, the formation of a closed cycle of patient flow. Use of legal and informational support of the Ukrainian Medical Association by physicians who use the mobile application DocRadar in their work.*

Key words: *mobile application DocRadar, savior, pre-medical care, medical service, physician, patient, Ukrainian Medical Association, legal protection.*

Адреса для листування:

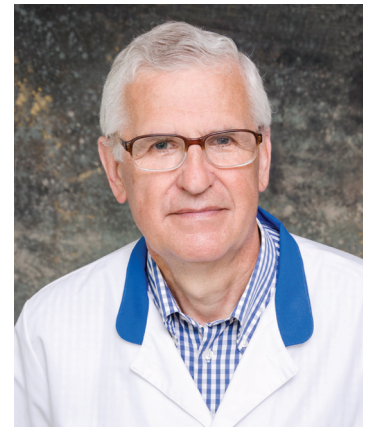
Циганок Максим Борисович
03048, Київ, вул. Івана Пулюя, 5
E-mail: surgeontrau@gmail.com
Тел.: +38 (096) 872-23-56

І.П. Мазур^{1,2}, О.М. Вахненко²¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика, м. Київ
²ГО «Асоціація стоматологів України», м. Київ

СТОРИЧЧЯ УКРАЇНСЬКОЇ СТОМАТОЛОГІЇ: ЗДОБУТКИ ТА СУЧАСНІ ВИКЛИКИ



У статті представлено історичні нариси створення державної системи організації та регулювання стоматологічної служби в Україні, що підготовлені на основі вивчення архівних документів. Аналіз досвіду минулих років дозволяє глибше зрозуміти пройдений шлях, осмислити підґрунтя досягнень і помилок, визначити закономірності еволюційного розвитку спеціальності та втілити найкращі напрацювання для створення фундаменту стоматології майбутнього. Формування Української наукової стоматологічної школи тісно пов'язане з процесами реформування стоматологічної освіти та становлення



стоматології як самостійної дисципліни наукової та клінічної медицини. Стоматологічна спільнота цього річчя святкує 100-річчя формування Української наукової стоматологічної школи. Також представлено здобутки вітчизняної стоматології за роки становлення незалежної Української держави та виклики, що стоять перед галуззю сьогодні, у першу чергу в процесі реформування медичної допомоги в Україні.

Ключові слова: стоматологічна допомога, стоматологічна освіта, Українська наукова стоматологічна школа.

У XIX ст. спостерігався поступовий перехід лікування зубів від цілительства, народної медицини, цирульної справи та ремісничого зуболікування до виокремлення стоматології (одонтології) як самостійної лікарської спеціальності.

Наприкінці XIX ст. відповідно до наказу Російської імперії «О преобразовании обучения зубо-врачебному искусству» готували 2 види спеціалістів, які надавали зуболікарську допомогу — зубні лікарі та дантисти. Ці спеціалісти не мали загальної медичної освіти та не вважалися лікарями. Зубні лікарі навчалися в приватних зуболікарських школах протягом 2,5 років за затвердженими програмами, після чого вони склали іспит на медичному факультеті. Дантисти навчалися за індивідуальною програмою в приватних зуболікарських кабінетах з наступним складанням іспиту комісії при університеті. Дантисти мали право лікувати тільки зуби, а зубні лікарі також захворювання порожнини рота. Разом з тим, на той час надавали допомогу лікарі з вищою освітою, що спеціалізувалися на зуболікарській допомозі, щелепно-лицевій хірургії, їх називали лікарями-одонтологами [1].

Наприкінці XIX ст. — на початку XX ст. в Україні проводили підготовку спеціалістів у галузі стоматології приватні зуболікарські школи в Києві, Одесі, Харкові, Катеринославі (Дніпрі), Львові. Однак фахівців було недостатньо, і стоматологічну допомогу надавали переважно земські лікарі, фельдшери. Лікування в одонтологів чи зубних лікарів могли собі дозволити заможні верстви населення переважно у великих містах [1].

Якщо питаннями лікування населення України займалися земства, то стоматологічним здоров'ям людей опікувалися одонтологічні товариства. Також вони значною мірою впливали на державну службу охорони здоров'я. Теми, які обговорювалися під час засідань одонтологічних товариств та висвітлювалися на сторінках фахових видань, є актуальними і на сьогодні. Під час одного з таких засідань 9 листопада 1913 р. зубний лікар І. Гершанський представив доповідь про проблеми хвороб зубів серед учнів, у якій навів статистичні дані щодо карієсу у дітей у Москві (90%), Харкові (95,5% у дівчат та 98% у хлопців) та Одесі (від 72% до 95% залежно

від школи). Потім він порівняв рівні стоматологічної допомоги дітям у Німеччині (більш ніж 200 шкільних амбулаторій) та Одесі (1 амбулаторія, що надавала стоматологічну допомогу дітям безкоштовно).

Зуболікарські амбулаторії для простих людей утримувалися на пожертви меценатів та не мали адміністративного підпорядкування. Наприкінці XIX ст. в Києві надавали безкоштовну невідкладну стоматологічну допомогу в нічні години, а робота зубних лікарів оплачувалася за рахунок добровільних пожертв.

ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА СТВОРЕННЯ СИСТЕМИ НАДАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

Радикальні зміни в освіті та організації надання практичної зуболікарської допомоги відбулися після Жовтневої революції. Коли до влади прийшли більшовики, в Україні було запроваджено систему охорони здоров'я Миколи Олександровича Семашка. Впроваджувалися основні постулати соціалістичної системи охорони здоров'я — принципи загальнодоступності, безоплатності та кваліфікованості медичної допомоги. Державою створювалася та контролювалася система централізованого планування та управління медичними закладами, джерелами фінансування якої були загальні податки. Для побудови нової системи запроваджувалася націоналізація приватних лікарень, руйнування приватної лікарської практики. У газеті «Известия» М.О. Семашко писав «Ми маємо реальну можливість побудувати нашу медичну систему, ... і ми скоро покінчимо з ганебним (і для тих, хто дає, і для тих, хто бере) пережитком капіталістичного ладу — приватною практикою» [3].

Після відновлення діяльності народного комісаріату охорони здоров'я Української Радянської Соціалістичної Республіки (УРСР) у лютому 1920 р. головні зусилля нової влади було спрямовано на подолання епідемії висипного тифу та інших інфекційних хвороб, що спонукало до прийняття наказу, згідно з яким «все медичне майно на території України оголошується народним добром та підлягає розподілу тільки через місцеві відділи охорони здоров'я і військово-санітарні управління з націоналізованих аптек і аптечних складів, фабрик і лабораторій цивільного і військового відомства». Було націоналізовано всю сферу охорони здоров'я — усі лікувальні та санітарні заклади, як приватні, так і ті, що належали медичним товариствам і відомствам, та введено трудову повинність для медичних працівників [5].

5 квітня 1920 р. Наказом № 3 «Про організацію зуболікарських секцій при губернських відділах охорони здоров'я» було реорганізовано приватні зуболікарські клініки в державні заклади, що надавали стоматологічну допомогу. Народний комісаріат охорони здоров'я УРСР пропонував усім губернським відділам охорони здоров'я організувати зуболікарські підвідділи з метою надання безоплатної ква-

ліфікованої допомоги населенню. Головними завданнями новоутворених підвідділів були: співпраця з науковими та практичними закладами із зуболікування, спостереження за виконанням розпоряджень Народного комісаріату охорони здоров'я та губернських відділів охорони здоров'я, облік і реєстрація зубних амбулаторій, зуболікарських кабінетів, зуботехнічних майстерень, зубних лікарів (дантистів) та зубних техніків. Серед завдань підвідділів також були облік та сприяння правильному розподілу зуболікарських матеріалів серед лікувальних закладів, зубних лікарів та техніків. Наказ було підписано заступником народного комісара охорони здоров'я М.А. Костом та завідувачем зуболікарського підвідділу В. Владимировим [6].

Становлення стоматології як самостійної дисципліни наукової медицини відбувалося за часів УРСР. Після Жовтневої революції запроваджувалася нова радянська система охорони здоров'я. Важливим акцентом у ній було питання підготовки медичних кадрів. Визначальним у розвитку стоматологічної освіти було прийняття 1 жовтня 1918 р. постанови про реформу зуболікарської освіти, яка була підписана народним комісаром охорони здоров'я РСФСР М. Семашком за погодження з народним комісаром освіти Михайлом Покровським і керівником зуболікарської підсекції П. Дауге [4]. Відповідно до постанови при медичних факультетах державних університетів засновувалися одонтологічні відділення, а зуболікарські школи закривалися та використовувалися як допоміжні навчальні заклади при одонтологічних відділеннях медичних факультетів. Студенти, які спеціалізувалися на зуболікарській справі, перші 3 роки навчання мали проходити разом зі студентами медичних факультетів, і тільки починаючи з 7-го семестру їм викладали спеціальні предмети. При університетах відкривалися зуболікарські кафедри, а саме: з патології і терапії зубних хвороб, техніки протезування, хірургії щелеп та порожнини рота.

13 серпня 1919 р. виконуючим обов'язки народного комісара охорони здоров'я України М.А. Костом було затверджено Положення про державний одонтологічний інститут та виділено новопризначеному завідувачу Л.А. Білейкіну аванс 100 тис. рублів на відкриття закладу. Бурхливі політичні і воєнні події в Україні відтягували процес організації одонтологічного інституту.

20 лютого 1920 р. було відновлено діяльність Народного комісаріату охорони здоров'я УРСР після звільнення території від денікінських військ. Напередодні, 19 лютого 1920 р., на засіданні вченої комісії зуболікарської секції губвідділу охорони здоров'я за головуванням професора Титова та участі професорів Шапіро, Мерзона, Морозова, Корчак-Чепурківського, Зіверта, Руткевича, лікарської секції (Авербух), Одонтологічного інституту (завідувач Л. Білейкін) та представників Одонтологічного товариства (Воскіс, Шмигельський, Тарасов, Штейн, Кліс-

тер) було розглянуто доповідну записку начальника губвідділу охорони здоров'я та затверджено Статут Київського державного одонтологічного інституту.

ЗУБОЛІКАРСЬКІ ШКОЛИ В УКРАЇНІ

Реформа в зуболікарській освіті, мобілізація зубних лікарів негативно впливала на кадровий потенціал спеціалістів стоматологічної галузі. У червні 1920 р. завідувач зуболікарського підвідділу **Штернберг** у доповідній записці до Народного комісаріату охорони здоров'я писав: «Організація державного зуболікування в Україні, в тому числі організація сільського зуболікування, найближчим часом потребує значного кадрового потенціалу» [5]. Тому наступним кроком було прийняття тимчасової постанови про відновлення роботи з 1 листопада 1920 р. по одній зуболікувальній школі в університетських містах України. Школи були державними і підпорядковані Народному комісаріату охорони здоров'я УРСР. Утримувалися зуболікарські школи коштом губернських відділів охорони здоров'я та знаходилися під пильним оком зуболікарських підвідділів, створених у квітні 1920 р. Термін навчання в зуболікарських школах збільшувався до 3 років (6 семестрів), додавалися нові дисципліни — латинська мова, бактеріологія, хвороби серця, судин та обміну речовин, рентгенодіагностика, зуболікарська фармакологія, поранення щелепно-лицевої ділянки та протезування, громадське зуболікування. На курс дозволялося набирати не більше ніж 250 осіб віком старших 17 років і з 6-річною загальною освітою. Після завершення навчання випускники мали скласти іспит на медичних факультетах університетів. Навчальний план та програму підготовки в зуболікувальних школах було затверджено науково-одонтологічною комісією Народного комісаріату охорони здоров'я [5]. Постанову було підписано **Гуревичем та начальником підвідділу Штернбергом**. Підготовка спеціалістів із середньою освітою в галузі стоматології мала проводитися до повного забезпечення стоматологічними ка-

драми з числа випускників медичних університетів. Разом з тим підготовка зубних лікарів в Україні продовжувалася до 2006 р.

ПОДАЛЬШИЙ РОЗВИТОК СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ОСВІТИ ТА ДИСКУСІЇ ФАХІВЦІВ

У новоствореному науково-навчальному закладі Київському державному зуболікарському інституті, на одонтологічних факультетах у медичних університетах проводилася підготовка спеціалістів з вищою освітою, які отримували фундаментальні знання із загальних медичних предметів, викладання стоматологічних дисциплін здійснювалося фаховими науково-педагогічними кадрами. У цих закладах на високому рівні було організовано проведення наукових досліджень у галузі стоматології, матеріалознавства, виходили друком наукові праці, підручники для студентів. Впровадження вищої освіти в стоматології було визначальним у створенні нової системи підготовки стоматологічних кадрів, формуванні вітчизняної стоматології як науково-навчальної медичної дисципліни.

Дискусії щодо стоматологічної освіти продовжувалися, реорганізовувалися одонтологічні факультети в окремі навчальні заклади [6]. На думку П.Г. Дауге, одонтологічні факультети не давали широких знань з медицини лікарям-одонтологам: «Одонтофак був і залишився реформованою зуболікарською школою, що отримала гучну вивіску, але не змінила свого внутрішнього вигляду... Після закінчення одонтофаку, фахівець є вузьким спеціалістом у своїй галузі (не лікар у широкому сенсі цього слова), але, без сумнівів, з кращою біологічною та загальномедичною підготовкою порівняно із зубним лікарем старої формації» [7]. На I Всеросійському одонтологічному з'їзді у 1923 р. також було висловлено думки щодо посиленої загально медичної підготовки лікарів-одонтологів. Згодом одонтофаки об'єднали з медичними інститутами. Підвищувався престиж професії одонтолога у суспільстві [8].



IX (XVI) З'їзд громадської організації «Асоціація стоматологів України», Київ, 18 жовтня 2018 р.

На сьогодні основні підвалини стоматологічної освіти, що було закладено майже 100 років тому, залишаються і в сучасній системі освіти: стоматологічні факультети у складі медичних університетів, посилена загальномедична підготовка фахівців протягом усього 5-річного періоду навчання. Після випуску в дипломі спеціаліста в галузі стоматології зазначено — «лікар-стоматолог». Протягом наступного дворічного навчання в інтернатурі фахівець отримує сертифікат «лікаря-спеціаліста» та має доступ до самостійної стоматологічної практики.

Питання стоматологічної освіти обговорюються стоматологічною спільнотою і до сьогодні. Збільшується обсяг медичної та стоматологічної інформації, ускладнюються стоматологічні маніпуляції та процес оволодіння ними. Усе частіше обговорюються питання інтегративних підходів до лікування стоматологічних хворих з урахуванням загальносоматичних захворювань.

ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ ОРГАНІЗАЦІЇ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ В УКРАЇНІ

Аналіз документів, зокрема з Центрального державного історичного архіву України в м. Києві, дозволив встановити історичні події сторічної давнини. У 1920 р. наказами Народного комісаріату охорони здоров'я УРСР від 05.04.1920 р. № 3 «Про організацію зуболікарських секцій при губернських відділах охорони здоров'я» та від 10 квітня 1920 р. № 4 «Про організацію державної зуболікарської допомоги» запроваджено нову організаційно-економічну модель стоматологічної допомоги, що була невід'ємною частиною медицини. 100 років тому було впроваджено державну систему організації високофахової стоматологічної допомоги як невід'ємної складової сфери охорони здоров'я. Головними принципами нової організаційно-економічної моделі стоматологічної допомоги стали: безоплатність, доступність, кваліфікованість, комп-

лексність. Державне регулювання цією системою передбачало планування та контроль надання стоматологічної допомоги через губернські, а згодом обласні одонтологічні підвідділи, які були підпорядковані Народному комісаріату охорони здоров'я УРСР, а згодом — Міністерству охорони здоров'я УРСР. Протягом останнього сторіччя створювалася мережа стоматологічних поліклінік, стоматологічних відділень у складі багатопрофільних поліклінік, стоматологічні кабінети в лікарнях, госпрозрахункові стоматологічні клініки, щелепно-лицеві відділення у складі лікарень. Медичними університетами здійснюється фахова підготовка спеціалістів з вищою освітою — лікарів-стоматологів, що надають стоматологічну допомогу. Минає сторічний етап історичного розвитку стоматологічної служби в Україні. Багаторічна історія — найкращий матеріал для аналізу досвіду минулих років, що дозволяє глибше зрозуміти підгрунтя досягнень та помилок, осмислити пройдені шляхи і визначити закономірності еволюційного розвитку спеціальності. І це час для втілення найкращих напрацювань і створення фундаменту для розвитку стоматології майбутнього.

СТАН СТОМАТОЛОГІЇ В УКРАЇНІ НА ЧАС НАБУТТЯ НЕЗАЛЕЖНОСТІ

На час набуття незалежності 1991 р. в Україні функціонувала потужна розгалужена система надання медичної стоматологічної допомоги населенню. Функціонувала широка мережа стоматологічних закладів: 1) самостійні стоматологічні поліклініки (обласні, міські, районні), у тому числі й дитячі; 2) стоматологічні відділення у складі територіальних (багатопрофільних) поліклінік міст, центральних районних лікарень, медико-санітарних частин підприємств і відомств; 3) стоматологічні кабінети в лікарнях (включаючи сільські, районні та дільничні), диспансерах, жіночих консультаціях, у школах, на лікарських здоров'я пунктах промислових підприємств і в лікарських амбулаторіях, на фельдшерсько-акушерських пунктах у сільській місцевості; 4) стоматологічні відділення в обласних, міських і районних лікарнях, клініках медичних вищих навчальних закладів, а також при інститутах удосконалення лікарів; відділення щелепно-лицевої хірургії в обласних та деяких великих багатопрофільних лікарнях.

Структура міського і сільського рівнів охорони здоров'я була пов'язана з адміністративним поділом районів, чисельністю населення і т.ін. Надання лікувально-профілактичної допомоги будувалося в основному за територіальним або цеховим (на підприємствах, установах) принципами.

У стоматологічних поліклініках та стоматологічних відділеннях медична допомога надавалася з терапевтичної, хірургічної та ортопедичної стоматології. У стоматологічних кабінетах, які входили до складу амбулаторій та фельдшерсько-акушерських пунктів, здоров'я пунктів підприємств, лікарень стоматологи приймали пацієнтів з терапевтичними



і хірургічними захворюваннями, тобто проводили змішаний прийом.

Основне завдання стоматологічної мережі: 1) проведення заходів щодо профілактики захворювань щелепно-лицьової ділянки серед населення в організованих колективах; 2) організація та проведення заходів, спрямованих на раннє виявлення захворювань щелепно-лицьової ділянки; 3) надання кваліфікованої амбулаторної медичної стоматологічної допомоги.

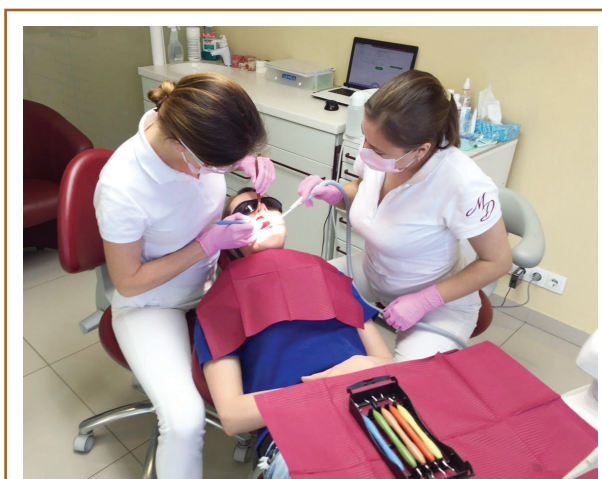
На виконання цих завдань медичної стоматологічної допомоги були спрямовані: 1) планові профілактичні огляди в організованих колективах з одночасним лікуванням виявлених хворих; 2) повна санація порожнини рота у допризовних і призовних контингентів; 3) надання екстреної допомоги хворим з гострими захворюваннями і травмами щелепно-лицьової ділянки; 4) диспансерне спостереження за певним контингентом хворих стоматологічного профілю; 5) надання кваліфікованої амбулаторної медичної стоматологічної допомоги зі своєчасною госпіталізацією осіб, що потребують стаціонарного лікування; 6) експертиза тимчасової непрацездатності хворих, видача лікарняних листків і рекомендацій з працевлаштування, лікарсько-трудова експертна комісія; 7) весь комплекс реабілітаційного лікування хворих з патологією зубо-щелепної ділянки і перш за все зубне протезування та ортопедичне лікування; 8) аналіз захворюваності стоматологічного профілю, у тому числі захворювань із тимчасовою втратою працездатності, робітників і службовців, які працюють на промислових підприємствах, розташованих на території району, що обслуговується; а також розробка заходів щодо зниження впливу і усунення причин, що спричиняють виникнення захворювань і ускладнень; 9) впровадження сучасних методів діагностики і лікування, нової медичної техніки та апаратури, лікарських засобів; 10) санітарно-просвітницька робота серед населення із залученням громадськості та засобів масової інформації (преса, телебачення, радіомовлення тощо); 11) заходи щодо підвищення кваліфікації лікарів і середнього медперсоналу.

ЗМІНИ ТА ТЕНДЕНЦІЇ В СТОМАТОЛОГІЇ УКРАЇНИ ПІСЛЯ 2010 Р.

У другому десятиріччі XXI ст. почалися докорінні зміни в системі надання медичної стоматологічної допомоги населенню, які набули значного прискорення в 2016–2019 рр., що пов'язано з початком широкомасштабного реформування медичної галузі.

Почала стрімко скорочуватися мережа державних та комунальних лікувально-профілактичних закладів, що надають медичну стоматологічну допомогу в Україні.

Посилаючись на відсутність порядку надання стоматологічної допомоги, який, відповідно до чинного законодавства, має встановлюватися центральним органом виконавчої влади, що забез-



Прийом хворого у стоматологічному кабінеті

пече формування державної політики у сфері охорони здоров'я, та відсутність державних гарантій щодо стоматологічної допомоги, місцеві органи влади звели до мінімуму її фінансування; скорочують кількість бюджетних посад лікарів стоматологічного профілю; переводять у статус підприємств стоматологічні поліклініки; масово ліквідовують стоматологічні кабінети в сільській місцевості; практично ліквідовані стоматологічні кабінети, що працювали в організованих дитячих колективах.

Зведено до мінімуму роботу з профілактики основних стоматологічних захворювань, повністю згорнуто профілактичні стоматологічні програми як на державному, так і на регіональному рівнях. Узагалі не ведеться ніяка робота з масової (комунальної, загальнодержавної) та колективної (групової) стоматологічної профілактики. Зовсім не планується виділення коштів як на загальнодержавному, так і на регіональному рівнях на проведення цієї роботи. Водночас ніякими державними нормативно-правовими документами такі дії не зумовлюються.

У результаті значно погіршилася доступність стоматологічної допомоги для населення, у першу чергу соціально незахищених верств та мешканців сільської місцевості, та спостерігається значне підвищення поширеності стоматологічних захворювань і, як наслідок, тяжких ускладнень від них.

У той же час продовжують активно розвиватися заклади стоматологічного профілю приватної форми власності.

Продовжують впроваджуватися новітні світові технології лікування, хірургічної, ортодонтчної допомоги та зубного протезування.

Погіршилося нормативно-правове забезпечення медичної стоматологічної допомоги населенню України. Визнано такими, що втратили чинність цілий ряд нормативно-правових актів зі стандартів надання цього виду медичної допомоги, кадрового забезпечення, санітарного режиму, нових актів прийнято не було.

Послабився контроль за якістю надання медичної стоматологічної допомоги. У 2018 р. ліквідовано інститут головних позаштатних спеціалістів, сформовано групи експертів за спеціальностями, функції яких чітко не прописані і поки що ефективність їхньої роботи є досить низькою.

Із 1991 р. розпочалися та набувають все більших обертів процеси трансформації системи надання медичної стоматологічної допомоги населенню України. Ці процеси мають як позитивні, так і негативні тенденції. На сьогодні поки що відсутня державна стратегія побудови нової системи надання медичної стоматологічної допомоги, яка б вирішувала питання її доступності та якості, профілактики основних стоматологічних захворювань, забезпечення нею широких верств населення, у першу чергу дітей, малозабезпечених тощо. Ця стратегія має через ринкові механізми розповсюджуватися на всі структури, що надають медичну стоматологічну допомогу незалежно від форми власності.

Медична стоматологічна спільнота, у першу чергу Асоціація стоматологів України, яку було створено в 1994 р., і яка є членом Всесвітньої стоматологічної федерації (World Dental Federation — FDI), завжди займала активну позицію щодо реформування, розвитку та вдосконалення системи надання медичної стоматологічної допомоги населенню України. За ініціативи та силами Асоціації стоматологів України було підготовлено ряд нормативно-правових документів, у першу чергу таких як Програма профілактики та лікування стоматологічних захворювань на 2002—2007 рр., кваліфікаційні характеристики лікарів стоматологічного профілю, нормативи та протоколи надання стоматологічної допомоги та ін. Після 2014 р., і, особливо 2016 р. напрацювання та пропозиції Асоціації стоматологів України сприймалися Верховною Радою України та ігнорувалися Міністерством охорони здоров'я України.

Метою реформування системи надання медичної стоматологічної допомоги має бути забезпечення населення України доступною та якісною стоматологічною допомогою. Досягнення цієї мети є можливим шляхом запровадження державних фінансових гарантій, загальнообов'язкового державного медичного страхування, у рамках якого державні фінансові гарантії працюватимуть, як страхові програми та гарантії. За програмами медичного страхування матиме право працювати вся стоматологічна мережа, незалежно від форми власності та підпорядкування. Кадровий потенціал, розгалужена структура закладів та кабінетів різних форм власності, що надають медичну стоматологічну допомогу населенню України, дають надію, що при правильній організації та раціональних підходах громадяни України, всі, хто цього потребує, отримуватимуть доступну, якісну та кваліфіковану стоматологію на теренах держави. Наша наукова, педагогічна та практична стоматологія займатиме гідне місце на європейсько-му та світовому рівнях.

Таким чином, упродовж останнього століття українська наукова стоматологічна школа пройшла етапи свого формування, становлення та розвитку. Україна має потужний потенціал для підготовки висококваліфікованих спеціалістів та науковців у галузі стоматології.

До сузір'я освітньої системи вітчизняної стоматології входять 13 стоматологічних факультетів медичних університетів Міністерства охорони здоров'я України, 2 заклади вищої освіти Міністерства освіти і науки, приватні медичні інститути, що готують спеціалістів у галузі стоматології не тільки для України, а й для інших країн світу.

В Україні створено систему післядипломної освіти — 3 навчальні заклади удосконалюють професійну кваліфікацію стоматологів, надають можливість лікарям отримувати високофахову спеціалізацію та здійснюють безперервний професійний розвиток лікарів цього профілю.

Понад 90 років працює потужний науковий центр зі стоматології — державна установа «Інститут стоматології та щелепно-лицевої хірургії НАМН України», що проводить фундаментальні наукові дослідження, здійснює моніторинг хвороб порожнини рота та впроваджує нові високотехнологічні методи діагностики, профілактики та лікування основних стоматологічних захворювань, що суттєво підвищує рівень надання стоматологічної допомоги та знижує захворюваність населення України.

Запроваджено унікальну організаційно-економічну модель стоматологічної допомоги — невід'ємної частини медичної допомоги, що базується на таких фундаментальних принципах, як безоплатність, доступність, кваліфікованість, комплексність і спрямована на профілактику основних хвороб та усунення причин їх розвитку. Створено мережу стоматологічних поліклінік та відділень із централізованим державним підпорядкуванням та управлінням, де працює достатня кількість добре підготовлених спеціалістів, справжніх професіоналів у своїй сфері.

Стоматологічна спільнота уже багато років об'єднана громадською організацією «Асоціація стоматологів України». Її члени мають можливість спілкуватися з колегами та ділитися досвідом на вітчизняних наукових форумах, національних конгресах, а також представляти наукове надбання країни на світових конгресах.

Військова стоматологія, що бере свій початок від праць професора М.І. Пирогова, набула подальшого розвитку в Українській військово-медичній академії. Впроваджуються нові принципи організації стоматологічної допомоги в Збройних силах України, науково обґрунтовані методи лікування та реабілітації військовослужбовців із бойовими ушкодженнями щелепно-лицевої ділянки.

На 5-му Національному українському стоматологічному конгресі професійна спільнота відсвятку-

вала 100-річний ювілей Української наукової стоматологічної школи.

Столітня історія Української наукової стоматологічної школи збагатила українське суспільство, світову медичну науку плеядою видатних науковців, освітян, організаторів охорони здоров'я та практичних лікарів, поповнила скарбницю науковими, педагогічними і практичними досягненнями в галузі медичної стоматології.

В Україні продовжується поступальний розвиток освіти, науки, професійної майстерності в галузі стоматології зі збереженням наукової й історичної спадщини, примножується накопичений досвід та впевнено розбудовується стоматологія майбутнього!

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Стоматологія України. Історичні нариси (2017) Під. ред. Мазур І. П., Павленко О. В., Скрипник І. Л., Харків, «СИМ», 192 с.
2. «Зубоврачебный ежемесячник» (1913) 12: 2–8.
3. Советская власть и советская медицина (1919) Известия Народного Комиссариата Здравоохранения, 1–2: 7.
4. «Общественный врач» (1918) 1: 1–2.
5. Ціборовський О.М. (2008) Становлення системи охорони здоров'я в Українській Соціалістичній Радянській Республіці. Україна. Здоров'я нації, 2: 211–219.
6. Центральний державний історичний архів України, м.Київ, ф. Р. 342 оп 1., од. зб. 164 (Накази, інструкції і об'їздки онтологічного підвідділу).
7. Робак І.Ю., Демочко Г.Л. (2012) Охорона здоров'я в першій столиці радянської України (1919– 1934 рр.). Х., Колегіум, 260.
8. Стоматологічна допомога в Україні: основні показники діяльності за 2008–2018 рр.: довідник. / Під редакцією Вороненко Ю.В., Павленко О.В., Мазур І.П. — Кропивницький: Поліум, 2018. — 212 с.
9. Пашков К.А. О периодизации истории отечественной стоматологии. // Естественные науки. — 2011. — №5. — с. 80- 86.
10. Мазур І.П. Лікарські товариства у формуванні Української наукової стоматологічної школи: історіографічні нариси. // Современная стоматология. — 2017. — №3(87). — с. 104 — 107.
11. Мазур І.П. Лікарські товариства у формуванні Української наукової стоматологічної школи: історіографічні нариси. // Здоров'я України. — 2017. — № 18 (415) вересень. — с.72–73.
12. ЦДІАК України, ф. Р. 342 оп 1., од. зб. 140 (Реформа зубоврачебного образования).
13. Печковський К.Є., Печковська І.М. Дискусія 1918–1930-х років про моделі підготовки стоматологічних кадрів. // Современная стоматология. — 2015. — № 5. — с.106–108.
14. Дауге П.Г. Социальные основы советской стоматологии. — М.: Медгиз, 1933. — С. 40–58.
15. Труды I-го Всероссийского Одонтологического съезда (1924) Под ред. П. Дауге. М.: Зубчасть леч. отд. НКЗ РСФСР, 28–29.

15. Стоматологічна допомога в Україні. Щорічні аналітичні довідники 2009–2019 рр.

16. Нормативно-правові документи Президента України, Кабінету міністрів України, Міністерства охорони здоров'я України 1976–2020 рр.

CENTURY OF UKRAINIAN DENTISTRY: ACHIEVEMENTS AND MODERN CHALLENGES.

I.P. Mazur^{1,2}, O.M. Vakhnenko²

¹Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv

²NGO «Ukrainian Dental Association», Kyiv

Resume. The article presents historical essays on the creation of the state system of organization and regulation by the dental care of Ukraine, prepared on the basis of the study of archival documents. The analysis of the long history of experience of the past years allows to understand more deeply the passed way, to comprehend a basis of achievements and mistakes, to define laws of evolutionary development of a specialty and to embody the best developments for creation of the foundation of stomatology of the future. The formation of the Ukrainian Scientific Dental School is connected with the processes of reforming dental education and the formation of dentistry as an independent discipline of scientific and clinical medicine. The dental community is celebrating the centenary of the formation of the Ukrainian Scientific Dental School. It also presents the achievements of domestic dentistry during the years of formation of the independent Ukrainian state and the challenges facing Ukrainian dentistry today, primarily in the process of reforming health care in Ukraine.

Key words: dental care, dental education, Ukrainian Scientific Dental School.

Адреса для листування:

Мазур Ірина Петрівна
04112, Київ, вул. Дорогожицька, 9
Національна медична академія
післядипломної освіти імені П.Л. Шупика,
кафедра стоматології
Факс: (044) 486-00-22
E-mail: irina.p.mazur@gmail.com.

Отримано 21.09.2020

Історико-термінологічна комісія Всеукраїнського Лікарського Товариства
Світова Федерація Українських Лікарських Товариств

ДО 100-РІЧЧЯ РОСІЙСЬКО-УКРАЇНСЬКОГО МЕДИЧНОГО СЛОВНИКА МАРТИРІЯ ГАЛИНА

Військовий хірург, з 1888 р. — доктор медицини в Імператорському університеті св. Володимира (тепер — Київський національний університет імені Т. Шевченка), з 1901 р. — кавалер ордена св. Станіслава та інших бойових нагород Російської імперії Мартирій Галин у 1903 р. був призначений виконувачем обов'язків головного лікаря Київського військового госпіталю. 1907 р. він взяв участь у заснуванні Українського наукового товариства в Києві, з 1908 р. — голова його природничо-лікарської, а з 1911 р. — медичної секції, голова термінологічної комісії з медицини. У 1917–1921 рр. М. Галин — генерал-хорунжий санітарної служби армії Української Народної Республіки, за гетьманату у 1918 р. керував Термінологічною комісією Міністерства народного здоров'я і опікування, укладач перших українських медичних словників. У 1920 р., за радянської влади, його «Російсько-український медичний словник» оприлюднили окремим виданням. Редагувати словник М. Галина було залучено відомих українських діячів, що надало йому високого наукового рівня, як фахового, так і мовного, та визнання всієї України. Більшість лексикографічних медичних праць 1920-х років, серед яких «Шкільний медичний словник (за Галиним)» Б. Александровського (Полтава, 1924); «Номенклатура хороб (латинсько-українські назви хороб та російський покажчик до них)» О. Корчака-Чепурківського (Київ, 1927) і «Медичний російсько-український словник» доктора В. Кисільова (Одеса, 1928) ґрунтувалася на термінологічних засадах М. Галина. Медичні словники 1920-х років часто відсутні навіть у великих бібліотеках України. Вони були знищені або заховані у спецховищах, і дуже мало науковців бачили їх оригінали. М. Галин мав високе становище в Російській імперії, але вибрав українську державу. Із нагоди 100-річчя видання «Російсько-українського медичного словника» Мартирія Галина слід вшанувати його самого та його підхід до творення українських медичних термінів.

Ключові слова: медичний термін, термінологія, словник, лексикографія.

Військовий хірург М. Галин 1888 р. захистив докторську дисертацію в Імператорському університеті святого Володимира (нині — Київський національний університет імені Т. Шевченка). З 1899 р. до 1900 р. М. Галин стажувався в Німеччині та Франції, з 1901 р. — кавалер ордена святого Станіслава та інших бойових нагород Російської імперії. У 1903 р. його було призначено виконувачем обов'язків Головного лікаря Київського військового госпіталю, але лише у 1911 р. його затвердили на цю посаду. Зволікання імперського уряду пояснюється його проукраїнською позицією та участю в діяльності українських організацій. Проти недоброзичливців М. Галинові неабияк допомагав його авторитет знаного лікаря та високий чин статського радника.

Мартирій Галин приятелював з багатьма українськими діячами, серед яких у першу чергу треба згадати Леся Українку, Михайла Грушевського, Івана Франка, Миколу Костомарова та Михайла Драгоманова. Леся Українка навіть гостювала у нього і писала про це своїй матері.

Із ослабленням заборони української мови російським урядом М. Галин разом із М. Грушевським та

іншими українськими науковцями взяв участь у заснуванні 1907 р. Українського наукового товариства в Києві. З 1908 р. М. Галин став головою природничо-лікарської, і з 1911 р. — медичної секції товариства та головою термінологічної комісії з медицини. У Києві 1908 р. вперше пролунала його доповідь на медичну тему українською мовою і була того ж року надрукована в «Записках Українського наукового товариства». Він редагував разом з О. Черняхівським «Збірник медичної секції Українського наукового товариства в Києві» (1910; 1912; 1913), є автором перших наукових медичних праць українською мовою, найактивніший прихильник пито-мої української медичної термінології.

У визвольні змагання 1917–1921 рр. М. Галин узяв участь в організації санітарної служби армії Української Народної Республіки, генерал-хорунжий санітарної служби української армії, за гетьманату в 1918 р. керував Термінологічною комісією Міністерства народного здоров'я і опікування, укладач перших українських медичних словників 1920 та 1926 р. Із поразкою української революції М. Галин як її активний учасник 1919 р. мусив виїхати до оку-

пованої Румунією Бесарабії у м. Акерман (тепер — м. Білгород-Дністровський), звідки був родом [3, 4].

У 1920 р., вже за радянської влади, його «Російсько-український медичний словник» було оприлюднено як окреме видання [1]. Редагувати словник М. Галина були залучені знані українські науковці, і це йому надало високого наукового рівня, як фахового, так і мовного, та визнання в радянській Україні, у Галичині та серед еміграції. До друку словник готувала рідкописна у складі професорів О. Корчака-Чепурківського, Є. Черняхівського, А. Старкова, Г. Писемського, докторів Ю. Меленевського, А. Колесницького, І. Кореневича та О. Антоновської. Фахівці засновували свою працю на тому, що термінологія має бути питомою; за відсутності терміна у власній мові його треба утворити з власномовних первнів, бо він має бути легкозрозумілим. Ще сторіччя тому українські мовознавці орієнтувалися на народний характер у термінотворенні, задіявали внутрішньомовні джерела.

Для напрацювання української медичної термінології М. Галин використовував міжнародний досвід. Його підхід сприяв піднесенню медичної освіти та покращенню спілкування лікаря з хворим. Однією з засад термінологічної концепції М. Галина є прийнятий тогочасними українськими науковцями підхід до побудови термінів із власне українського мовного матеріалу з використанням слів, що вже існують чи утворенням нових. Більшість медичних лексикографічних праць 1920-х років, серед яких «Шкільний медичний словник (за Галиним)» Б. Александровського (Полтава, 1924); «Номенклатура хороб (латинсько-українські назви хороб та російський покажчик до них)» О. Корчака-Чепурківського (Київ, 1927) і найбільший український медичний словник доби «розстріляного відродження», найповніше видання тих часів — «Медичний російсько-український словник» доктора В.Ф. Кисільова (Одеса, 1928), який було схвалено до друку медичною секцією природничого відділу Інституту української наукової мови Всеукраїнської академії наук (ВУАН), ґрунтувалася на термінологічних засадах М. Галина. В усіх наукових словниках 20-х років ХХ ст. віддавалася перевага питомим українським назвам.

У 1930 р., після судилища над Спілкою визволення України, коли постраждало шість українських учених-медиків, академік Сергій Єфремов та багато інших чільних діячів української науки та культури, було розформовано Інститут української наукової мови ВУАН. 1931 р. було ліквідовано медичну секцію ВУАН, очолювану академіком О. Корчаком-Чепурківським та професором О. Черняхівським. Напрацювання О. Корчака-Чепурківського, якого М. Галин знав як міністра народного здоров'я і опікування Української Народної Республіки, О. Черняхівського, з яким він працював у Науковому товаристві імені Т. Шевченка і який суттєво допомагав у створенні словників, було знищено, а науковців

звільнено з посад і засуджено. Це ж саме очікувало й на М. Галина, якби він не емігрував. Підхід Мартирія Галина до творення медичних термінів був перекреслений у 30-х роках минулого ХХ сторіччя. [4, 5]

Медичні словники 1920-х років часто відсутні навіть у великих бібліотеках України. Вони були знищені або заховані у спецховищах, і дуже мало науковців бачило їх оригінали. Викоринення рідномовної медичної термінології спричинило згубні явища у фаховій мовній підготовці українських лікарів. Їм стало важко спілкуватися з україномовними хворими. Рідномовні терміни мають існувати поряд з інтернаціональними, що походять з класичних мов — грецької чи латинської, аби лікар був зрозумілим для свого пацієнта. Для пацієнтоорієнтованої медицини, окрім міжнародної, необхідно створити ще й питому наукову українську термінологію. Донині на державному рівні мало уваги приділяють утворенню власне українських термінів. Ґрунтовне вивчення спадщини доктора М. Галина відкриває нове, а насправді добре забуте старе бачення щодо способів творення українських медичних назв. Справді, високоосвічені фахівці мають уникати таких небажаних явищ у будь-якій науковій галузі розвиненої країни, як невиправдане зловживання іншомовною термінологією.

М. Галин мав високе становище в Російській імперії, але вибрав українську державу, бо був небайдужим до долі свого народу і його мови, чого не можна сказати про загал нинішніх можновладців. Закінчує М. Галин передмову до свого словника злободеними й нині словами: «Ми ждатимем од українців і від друзів українського народу поради, допомоги і слухних зауважень, корисних і доброзичливих, бо лайливі певно що посипляться на нас з боку ворогів нашого народу».

Із нагоди 100-річчя видання «Російсько-українського медичного словника» Мартирія Галина треба вшанувати його самого та його підхід до творення української медичної термінології. Його «Російсько-український медичний словник» на початку 90-х років минулого століття був двічі перевиданий, але вже давно зник із наших книгарень і став бібліографічною рідкістю [2]. Його навіть не можна знайти у букіністів. Усе це свідчить про його затребуваність і неабияку популярність, тому державним органам треба було б видати його масовим накладом, і це б стало маленькою цеглинкою до підніжжя величного пам'ятника цій Великій Людині до 100-річного ювілею.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. **Галин М.** (1920) Російсько-український медичний словник. Київський губерніяльний виділ охорони народного здоров'я, Підвідділ медичної та санітарної просвіти, Київ, XVIII+144 с.
2. **Галин М.** (1994) Російсько-український медичний словник. Триада, Київ, XXVI+186 с.
3. **Ганіткевич Я.В.** (2004) Історія української медицини в датах та іменах. Львів, 365 с.

4. Ганіткевич Я. (2002) Мартирій Галин — український хірург і науковець, укладач перших медичних словників // Ганіткевич Я. Українські лікарі-вчені першої половини ХХ століття та їхні наукові школи: Біограф. нариси та бібліографія. Львів, 542 с.

5. Симоненко Л. (2017). Мартирій Галин — укладач перших медичних словників (1856–1943) // Симоненко Л. Термінологічний вісник. Зб. наук. праць. Київ, Вип. 4, 232–235.

TO CENTENARY ANNIVERSARY OF RUSSIAN-UKRAINIAN MEDICAL DICTIONARY BY MARTYR HALYN

S. Nechajiv

*Historical and Terminological Commission
of the Ukrainian Medical Association*

World Federation of the Ukrainian Medical Associations

Summary. *Military surgeon, since 1888 — doctor of medicine at the Imperial University of St. Volodymyr (now Taras Shevchenko National University of Kyiv), since 1901 — Knight of the Order of St. Stanislav and other military awards of the Russian Empire Martyr Halyn in 1903 was appointed Acting Chief Physician of the Kyiv Military Hospital. In 1907 he participated in founding of the Ukrainian Scientific Society in Kyiv, since 1908 chairman of its naturally-medical section, and since 1911 — chairman of medical section, chairman of terminological commission on medicine. In 1917–1921 M. Halyn was a cornet general of sanitary corps of the Army of the Ukrainian People's Republic, at hetmanate in 1918 he managed the Terminological Commission of the Ministry of People's Health and Guardianship, was a compiler of the first ukrainian*

medical dictionaries. In 1920 at soviet power his «Rosijsjko-ukrajinsjkyj medychnyj slovnnyk» was published as separate edition. The known ukrainian figures were attracted to edite Halyn's dictionary, that gave to it high scientific level, as professional so language, and confession of all Ukraine. Most lexicographic medical labours of 1920th years, among that there is the «Shkiljnyj medychnyj slovnnyk (za Halynym)» by B. Aleksandrovsjkyj (Poltava, 1924); «Nomenklatura khorob (latynsjko-ukrajinsjki nazvy khorob ta rosijjsjkyj pokazhchyk do nykh)» by O. Korchak-Chepurkivsijkyj (Kyjiv, 1927) and «Medychnyj rosijjsjko-ukrajinsjkyj slovnnyk» by Dr. V. Kysiljov (Odesa, 1928) were based on the terminological principles of M. Halyn. The medical dictionaries of 1920th years are often absent even in the large libraries of Ukraine. They were destroyed or hidden in the special storehouses, and the very few scientists saw the originals of them. M. Halyn had pride enough of place in the Russian Empire, but he chose the Ukrainian State. On the occasion of the 100th anniversary of the publication of the «Rosijsjko-ukrajinsjkyj medychnyj slovnnyk» by Martyr Halyn should be respected himself and his approach to the creation of the ukrainian medical terms.

Key words: *medical term, terminology, dictionary, lexicography.*

Адреса для листування:

Нечаїв Станіслав

E-mail: nechajs@ukr.net

Отримано 09.09.2020

ВИМОГИ ДО ОФОРМЛЕННЯ РУКОПИСІВ

При оформленні рукопису слід вказати:

- УДК;
- інформацію про автора(-ів):
— прізвище, ім'я, по батькові;
— академічне звання;
— місце роботи;
— посада;
— контактні дані (електронна адреса, телефон);
— посилання на науковий профіль (за наявності);
- назву статті українською та англійською мовами;
- резюме (150–200 слів) українською та англійською мовами;
- ключові слова (5–6 слів) українською та англійською мовами.

Мова основного тексту рукопису — українська.

Текст має бути набраний у текстовому редакторі «Microsoft Word» шрифтом «Times New Roman».

Фізичні величини та одиниці слід наводити за СІ, терміни — згідно з анатомічною та гістологічною номенклатурами, назви хвороб — за чинною Міжнародною класифікацією хвороб, лікарські препарати — за міжнародними непатентованими назвами.

Рисунки слід надсилати окремими файлами у форматі tiff або jpeg (250–300 pixels/inch), графіки — в «Excel».

Оригінальні дослідження мають бути чітко структуровані:

- вступ;
- мета;
- об'єкт і методи дослідження;
- результати;
- обговорення;
- висновки;
- список використаної літератури.

Можна вказати інформацію щодо:

- перспектив подальших досліджень;
- фінансування;
- конфлікту інтересів;
- персонального внеску кожного з авторів у підготовку статті.

Оформлення літературних посилань у тексті

Літературні посилання в тексті здійснювати шляхом наведення в круглих дужках прізвища та ініціалів автора та року публікації, наприклад:

«(Іванів І.І., 2019)», «(Іванів І.І. та співавт., 2019)».

Можливий такий варіант цитування:

«На думку І.І. Іванова (2019)...», «На думку І.І. Іванова та співавторів (2019)...».

Якщо наводяться дві або більше робіт одного автора (-ів), що датуються одним роком публікації, слід використовувати букви *a*, *b* та інші після року публікації, наприклад: «(Іванів І.І., 2019*a*; *b*)».

Посилання на кілька джерел у тексті наводяться у хронологічному порядку.

Оформлення списку літератури

Усі посилання, наведені в роботі, мають бути представлені в алфавітному порядку в кінці тексту в списку літератури.

Приклади оформлення**Журнальні статті:**

Скорочення назв журналів слід наводити згідно зі стандартами Index Medicus;

у кінці кожного посилання слід зазначити DOI, наприклад:

- Maher C., Underwood M., Buchbinder R. (2017) Non-specific low back pain. *Lancet*, 389(10070): 736–747. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)30970-9.

- Chung K.F. (2017) Clinical management of severe therapy-resistant asthma. *Expert Rev. Respir. Med.*, 11(5): 395–402. DOI: 10.1080/17476348.2017.1317597.

Монографії (книги):

- Ковальчук Л.Я., Поліщук В.М., Велігоцький М.М. та ін. (1997) Вибір методів хірургічного лікування гастродуоденальних виразок. Вертекс, Тернопіль — Рівне, 144 с.
- Bures J., Buresova O., Huston J.P. (1983) Techniques and basic experiments for the study of brain and behavior. 2nd ed., Elsevier, Amsterdam, 326 p.

Коллективні монографії за редакцією:

- Ромоданов А.П. (ред.) (1993) Післярадіаційна енцефалопатія. Експериментальні дослідження та клінічні спостереження. УНДІНХ, Київ, 224 с.
- Davidson R.J., Hugdahl E. (Eds.) (1995) Brain asymmetry. MIT Press, Cambridge, MA, 275 p.

Багатотомні видання, книжкової серії:

- Давыдов Б.И., Ушаков И.Б. (1987) Ионизирующие излучения и мозг: поведенческие и структурно-функциональные паттерны. Итоги науки и техники. Радиационная биология, Т. 8, ВИНТИ, Москва, 336 с.
- Bujis R.M., Pevet P., Swabb D.F. (Eds.) (1982) Chemical and transmission in the brain. The role of amines, amino acid and peptides. *Progress in brain research*, Vol. 55, Elsevier, Amsterdam, 231 p.

Перекладні видання:

- Дуус П. (1996) Топический диагноз в неврологии: анатомия, физиология, клиника (Пер. с нем.). ИПЦ «Вазар-Ферро», Москва, 381 с.

Збірники наукових праць та матеріалів конференцій:

- Актуальні питання реабілітації гастроентерологічних хворих (1996) Матеріали симпоз., 17–18 квітня 1996 р., Чернівці, 444 с.
- Effects of ionizing radiation on the nervous system (1962) *Proc. Inter. Symp.*, IAEA, Vienna, 509 p.

Складові монографії (книги):

- Куршаков Н.А. (1963) Лучевая болезнь. В кн.: Н.А. Куршаков (ред.) Руководство по внутренним болезням. Медгиз, Москва, с. 213–258.
- Swabb D.F. (1982) Neuropeptides. Their distribution and function in the brain. In: R.M. Bujis, P. Pevet, D.F. Swabb (Eds.) Chemical and transmission in the brain. The role of amines, amino acid and peptides. *Progress in brain research*, Vol. 55, Elsevier, Amsterdam, pp. 97–122.

Тези доповідей:

- Торубаров Ф.С., Чинкина О.В. (1995) Результаты психологического мониторинга лиц, перенесших острую лучевую болезнь вследствие аварии на Чернобыльской АЭС. В кн.: Актуальные и прогнозируемые нарушения психического здоровья после ядерной катастрофы в Чернобыле. Материалы междунар. конф., 24–28 мая 1995 г., Киев, с. 160.
- Loganovsky K., Loganovskaya T. (1997) Brain laterality and psychopathology in the remote period of acute radiation sickness. In: Abstracts of the 4th Laterality and Psychopathology Conf., June 19–21, 1997, London, p. 34.

Надсилання рукопису в редакцію

Надіслати рукопис і отримати відповіді на всі запитання, пов'язані з публікацією (можливість публікації, терміни, результати рецензування тощо), можна звернувшись до завідувача редакції Нечаєва Станіслава Владиславовича. Тел.: (050) 332-55-80; (066) 596-32-63; (099) 754-22-35; (096) 328-36-52; (068) 778-46-78.
E-mail: nechajs@ukr.net; stanislav.nechaev@morion.ua.