

дистальних відділах кінцівки на початкових стадіях широко використовуємо такі ангіопротектори як вазопростан та алпростан, не дивлячись на дороговизну препаратів.

Щодо антибіотикотерапії, то відразу при поступленні хворих до одержання чутливості мікрофлори призначали антибіотики широкого спектру дії. Перевагу віддавали препаратам цефалоспоринового ряду 3-4 покоління, фторхінолонам. В подальшому антибіотики призначали виходячи з мікробного пейзажу рани з визначенням чутливості мікрофлори.

В 18(13,6%) випадках ефективність такого лікування виявилася досить низькою. Процес поширювався на гомілку, наростала ендогенна інтоксикація. Декомпенсація цукрового діабету не давала можливості знизити показники глюкози в крові навіть при високих дозах інсуліну. В таких випадках ми вирішували питання про виконання високої ампутації.

Показами до ампутації служили: волога гангрена кінцівки з прогресуванням, некротичні зміни на стопі, які супроводжувалися різкими болями та порушенням сну хворих, безуспішність консервативного лікування, а також великі трофічні виразки стопи в поєднанні з важкими формами остеоартропатій.

Щодо місцевого лікування, то воно проводилося з врахуванням фази ранового процесу. В фазі гідратації щоденно проводили перев'язки з протеолітичними ферментами (хімотрипсін, трипсін, та інші.), розчин куріозину, мазі з антисептиками і антибіотиками (левоміколь, левосин, діоксиколь та інші). На ранову поверхню діяли також ультрафіолетовим опроміненням та гелій-неоновим лазером, що дозволяє значно знизити рівень мікрофлори в тканинах. Термін такої терапії тривав 2-3 тижні. В фазі проліферації використовували мазеві пов'язки з метилурацилом, актовегіном, солкосерілом та іншими компонентами (опрогель, опрофлекс, бронеолін), які мають антисептичні та регенеруючі властивості.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Дедов И.И., Анциферов М.Б., Галстян Г.Р. Синдром диабетической стопы.-М.,1998.
2. Кулешов Е.В., Кулешов С.Е. Сахарный диабет и хирургические заболевания.-М.,1996, 215 с.
3. Осложнения сахарного диабета (клиника, диагностика, лечение, профилактика) //Под ред.И.И. Дедова.- Москва, 1995.- 43 с.
4. Савельев В.С., Кошкин В.М. Критическая ишемия нижних конечностей. - М., 1997, 160 с.
5. Mogensen C. E. Diabetic Renal Disease: The Quest for Normotension and Beyond //Diabetic Medicine.- 1995,- №12.-p. 756-769.

Л.К. СЕМІВ

### ЛЬВІВСЬКИЙ ДОСВІД ПРОФІЛАКТИКИ ЙОДОДЕФІЦИТНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

*Стаття розглядає питання профілактики йододєфіцитних захворювань*

*Статья рассматривает вопросы профилактики йододєфіцитных заболеваний*

*The article examines the question of prophylaxis of iodine deficit diseases*

Як важливий чинник збереження здоров'я, формування та розвитку інтелектуального потенціалу нації, проблема профілактики ЙДЗ перебуває в центрі уваги суб'єктів державного управління, міжнародних та громадських організацій. Гостроту цієї проблеми в Україні фахівці пов'язують з ліквідацією пострадянської системи профілактики ЙДЗ, недостатнім вмістом йоду у воді, ґрунті і харчових продуктах. До цього слід віднести пролонговані наслідки впливу аварії на ЧАЕС. За результатами опитування домогосподарств частка осіб, які повідомили, що на стан їх здоров'я наслідки Чорнобильської катастрофи вплинули частково та серйозно, становила у 2004 р. 57,7%, у 2005 р. – 53,7% [1].

За даними геохімічних досліджень вмісту йоду в воді, ґрунті та харчових продуктах фахівцями Інституту проблем ендокринної патології ім. В.Я.Данилевського АМН України побудовано картограму йододєфіциту за окремими регіонами [2]. Картограма йододєфіциту розподіляє територію України на 4 зони: регіони з вираженим йододєфіцитом (Волинська, Рівненська, Львівська, Тернопільська, Івано-Франківська, Закарпатська, Чернівецька, Чернігівська області), регіони з частково вираженим йододєфіцитом (Київська, Житомирська, Хмельницька області та АР Крим), регіони з помірним йододєфіцитом (Вінницька, Черкаська, Полтавська, Сумська, Дніпропетровська, Луганська області) та регіони з незначним йододєфіцитом і достатньою

йодозабезпеченістю (Одеська, Миколаївська, Кіровоградська, Херсонська, Запорізька, Донецька, Харківська області). Отже, за вмістом йоду в ґрунтових водах до традиційних центрів поширення ендемічного зобу сьогодні долучаються переважна більшість регіонів країни.

Приналежність регіону до тієї чи зони засвідчують статистичні дані останніх років, які характеризують динаміку поширеності захворювань на дифузний зоб I ступеню та на набутий гіпотиреоз у дітей та підлітків 0-14 років на 1000 відповідного населення (табл.1).

Таблиця 1

**Поширеність захворювань на дифузний зоб I ступеню та набутий гіпотиреоз у дітей і підлітків 0-14 років на 1000 осіб населення відповідного віку [3]**

	Поширеність захворювань на дифузний зоб I ступеню					Поширеність захворювань на набутий гіпотиреоз				
	2001 р.	2002 р.	2003 р.	2004 р.	2005 р.	2001 р.	2002 р.	2003 р.	2004 р.	2005 р.
Україна	60,51	60,65	60,81	59,67	57,98	0,15	0,17	0,17	0,19	0,19
<b>Регіони з вираженим йододефіцитом:</b>										
Волинська	259,07	266,62	269,47	276,92	269,25	0,38	0,46	0,4	0,56	0,42
Закарпатська	86,85	83,71	72,78	69,0	67,84	0,07	0,09	0,16	0,08	0,09
Ів.-Франківська	110,51	116,84	122,96	124,68	122,64	0,1	0,12	0,24	0,13	0,15
Львівська	147,96	146,43	137,44	125,85	121,4	0,16	0,16	0,15	0,17	0,19
Рівненська	100,25	105,92	123,23	129,05	138,43	0,14	0,16	0,18	0,18	0,17
Тернопільська	81,41	52,92	47,61	50,76	47,31	0,09	0,11	0,13	0,15	0,16
Чернівецька	34,76	39,84	42,98	48,3	50,57	0,11	0,16	0,17	0,25	0,14
Чернігівська	222,86	203,19	208,29	179,42	170,01	0,22	0,18	0,18	0,16	0,19
<b>регіони з частково вираженим йододефіцитом:</b>										
Київська	210,29	200,12	192,39	180,66	169,86	0,17	0,24	0,24	0,28	0,33
м. Київ	13,65	15,56	17,96	19,16	21,83	0,27	0,3	0,31	0,35	0,44
Житомирська	94,41	103,63	104,01	95,68	83,67	0,12	0,17	0,15	0,15	0,15
Хмельницька	73,19	69,28	64,83	66,0	65,87	0,13	0,12	0,14	0,09	0,12
АР Крим	71,1	73,17	76,31	84,35	76,95	0,12	0,13	0,14	0,15	0,15
м. Севастополь	5,43	5,58	6,52	6,76	6,73	0,12	0,15	0,22	0,31	0,21
<b>регіони з помірним йододефіцитом:</b>										
Вінницька	72,11	73,93	73,12	74,04	69,59	0,2	0,18	0,16	0,23	0,2
Черкаська	3,27	4,46	9,44	10,67	18,55	0,09	0,1	0,11	0,12	0,14
Полтавська	7,71	9	10,03	10,57	10,53	0,13	0,18	0,13	0,14	0,13
Сумська	54,02	45,98	42,34	38,17	33,41	0,17	0,21	0,16	0,18	0,18
Дніпропетровська	30,04	31,21	28,93	25,01	24,67	0,12	0,12	0,11	0,16	0,14
Луганська	9,83	13,64	12,41	11,5	10,47	0,10	0,12	0,11	0,12	0,11
<b>регіони з незначним йододефіцитом і достатньою йодозабезпеченістю</b>										
Одеська	4,16	3,94	4,51	4,53	4,51	0,14	0,16	0,18	0,19	0,22
Миколаївська	4,38	8,1	6,66	6,68	5,82	0,16	0,13	0,11	0,14	0,14
Кіровоградська	60,84	60,11	63,60	51,66	45,38	0,05	0,09	0,06	0,06	0,09
Херсонська	5,26	5,61	4,72	4,54	4,19	0,22	0,22	0,22	0,21	0,16
Запорізька	4,03	4,5	5,16	6,17	6,7	0,18	0,21	0,16	0,21	0,2
Донецька	10,85	10,45	10,66	10,71	9,59	0,15	0,16	0,16	0,2	0,19
Харківська	5,38	5,15	5,8	12,43	12,38	0,1	0,12	0,16	0,16	0,26

Аналіз статистичних даних ЙДЗ у Львівській області (табл.2) показує, що за поширеністю хвороб ендокринної системи у дітей вікової групи 0-14 років перше місце посідає дифузний зоб I

ступеню. Рівень поширеності на Львівщині цього захворювання в усі роки аналізованого періоду був більш, ніж у два рази вищим порівняно із середньо українським рівнем. Щодо дифузного зобу II-II ступеню, то Львівщина має рівень поширеності у 3-4 рази менший за середній по Україні. Рівень набутого гіпотиреоз та інших форм гіпотиреозу майже такий ж, як і в середньому по Україні. Щодо вузлового зобу, то рівень поширеності на Львівщині є суттєво нижчим, ніж по Україні.

Таблиця 2

Поширеність хвороб ендокринної системи серед дітей 0-14 років в Україні та Львівські області за 2001-2005 р.р. [3]

	на 1000 дітей відповідного віку				
	2001	2002	2003	2004	2005
<b>дифузний зоб I ступеня</b>					
<b>Україна</b>	<b>68,6</b>	<b>60,65</b>	<b>60,81</b>	<b>59,67</b>	<b>57,98</b>
<b>Львівська</b>	<b>108,8</b>	<b>146,43</b>	<b>137,44</b>	<b>125,85</b>	<b>121,4</b>
<b>дифузний зоб II-III ступенів</b>					
<b>Україна</b>	<b>5,5</b>	<b>7,1</b>	<b>4,49</b>	<b>4,24</b>	<b>3,74</b>
<b>Львівська</b>	<b>0,7</b>	<b>1,6</b>	<b>1,1</b>	<b>1,11</b>	<b>1,25</b>
<b>набутий гіпотиреоз та інші форми гіпотиреозу</b>					
<b>Україна</b>	<b>0,15</b>	<b>0,17</b>	<b>0,17</b>	<b>0,19</b>	<b>0,19</b>
<b>Львівська</b>	<b>0,16</b>	<b>0,16</b>	<b>0,15</b>	<b>0,17</b>	<b>0,19</b>
<b>вузловий зоб</b>					
<b>Україна</b>	<b>0,2</b>	<b>0,19</b>	<b>0,16</b>	<b>0,14</b>	<b>0,13</b>
<b>Львівська</b>	<b>0,1</b>	<b>0,05</b>	<b>0,03</b>	<b>0,013</b>	<b>0,06</b>

Отже, вирішення проблеми ендокринних захворювань на Львівщині вимагає оптимального поєднання ресурсів національної системи охорони здоров'я з профілактики ЙДЗ та цілеспрямованої діяльності й координації зусиль всіх зацікавлених партнерів: Національної академії наук, відповідних міністерств - Міністерства охорони здоров'я, Міністерства освіти і науки, Міністерства аграрної політики, Міністерства промислової політики, Міністерства економіки, Міністерства у справах сім'ї, молоді та спорту, приватного сектору, суб'єктів державного регіонального управління, громадських та міжнародних організацій.

Починаючи з 2004 р., з часу реалізації на Львівщині моделі подолання ЙДЗ відзначаються позитивні тенденції, які стосуються: забезпечення торгівельної мережі йодованою сіллю в обсягах, необхідних для задоволення потреб регіону; забезпечення дошкільних, загальноосвітніх навчальних, інтернатних, дитячих оздоровчих та лікувально-профілактичних, санаторно-профілактичних закладів, будинків дитини лише йодованою сіллю; проведення широкої соціальної реклами та інформаційно-просвітницької діяльності, вживання переважно йодованої солі для приготування страв в домашніх господарствах тощо. Всі ці заходи реалізуються в межах моделі контролю за профілактикою ЙДЗ, організаційні, інформаційні, контрольні-регулюючі, просвітницькі заходи та механізми реалізації якої фактично формують систему профілактичної роботи щодо подолання ЙДЗ.

Про ефективність моделі свідчать результати перевірок, які здійснювались Львівським обласним головним управлінням у справах захисту прав споживачів (у 2005 р. перевірено 860 підприємств торгівлі та ресторанного господарства різних форм власності, 217 підприємств громадського харчування, в т.ч. шкільних їдалень, 33-х дитячих оздоровчих закладів. За інформацією

головного управління економіки облдержадміністрації у торговельній мережі області сіль йодована знаходиться в реалізації в обсягах, необхідних для задоволення потреб населення. В районах та містах області проводились вибіркові обстеження торговельних підприємств області різних форм власності, які встановили, що обсяги реалізації йодованої солі від загального обсягу продажу солі становлять: місто Моршин - 67%; місто Стрий - 90%, місто Трускавець - 85,6%; Дрогобицький район - 100%; Миколаївський район - 90%, Перемишлянський район - 45% [4].

Перевірки показали, що у містах та районах області в продажу були харчові продукти збагачені йодом, а саме: хліб та хлібобулочні вироби, дріжджі, йодоване молоко, мінеральні води, морепродукти, консерви "Морська капуста" та ін. Споживчий ринок області постійно поповнюється мінеральними водами, збагаченими йодом: мінеральна вода "Джерело Якова", "Миргородська". "Поляна квасова", мінеральна вода столова з вмістом йоду "Солуки". З метою розширення виробництва асортименту харчових продуктів, збагачених йодом підприємствам харчової промисловості запропоновано співпрацю із застосуванням "Йодіс - концентрат".

На постійному контролі Львівської обласної санепідстанції знаходиться питання забезпечення населення області через торговельну мережу кухонною йодованою сіллю належної якості. Держсанепідслужбою області проводиться широка роз'яснювальна робота серед населення з питання необхідності вживання в їжу йодованої кухонної солі та інших збагачених йодом харчових продуктів, які випускаються в області, а також морепродуктів.

Головним управлінням статистики у Львівській області у 2005-2006 рр. проводилось опитування членів домогосподарств з метою вивчення рівня споживання солі населенням. У вибірковому обстеженні 2005р. прийняло участь 548 домогосподарств, у 2006 р.- 685 домогосподарств (табл. 3).

Таблиця 3

Рівень споживання йодованої солі домогосподарствами Львівської області, [4]

	Всього, %		В тому числі, %			
	2005 р.	2006 р.	Міські поселення		Сільські поселення	
			2005	2006	2005	2006
всього опитано	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
не йодована сіль	22,6	18,7	18,5	15,7	30,2	26,3
слабкий рівень йодованості	25,9	27,3	26,1	26,3	25,5	29,9
високий рівень йодованості	51,5	54,0	55,4	58,0	44,3	43,8

Порівняння результатів за два роки показує:

- суттєве скорочення вживання частки нейодованої солі – з 22,6% до 18,7%. Натомість знайшло збільшення вживання солі із слабким рівнем йодованості – на 1,4% та збільшення вживання солі з високим рівнем йодованості – на 2,5%.

- щодо вживання йодованої солі в міських поселеннях та сільських утвореннях, то в містах зріс відсоток вживання солі з високим рівнем йодованості – на 2,6%, тоді як на селі переважає вживання солі із слабким рівнем йодованості – на 4,4%.

Досвід реалізації моделі подолання ЙДЗ на Львівщині упродовж 2004-2006 рр. дозволяє зробити наступні висновки.

1. Проблему подолання й профілактики ЙДЗ можна вирішити за умов комплексного підходу всіх зацікавлених суб'єктів державного та регіонального управління.

2. Особливо ефективно має бути використаний потенціал громадських організацій, який у випадку Львівської моделі контролю здійснював інформаційно-просвітницьку діяльність серед різних груп населення області (батьки, діти, обдаровані діти), серед представників райдержадміністрацій та органів місцевого самоврядування. Показовою у цьому плані є діяльність громадської організації - Центру єднання європейської молоді "За спільне майбутнє".

3. Важливою перевагою даної моделі є її адресний характер, збалансованість за функціональною та часовою ознакою заходів моделі. Так, мета і завдання моделі можуть бути реалізовані тільки за умов налагоджено системи організаційних, інформаційних, просвітницьких, моніторингових заходів, заходів соціально реклами, нормативно-правового забезпечення. Обов'язковим атрибутом моделі при здійсненні тих чи інших заходів є виділення кола організацій, відповідальних за їх проведення, а також чіткі строки виконання.

4. Модель має відображати регіональну специфіку ЙДЗ та здійснення профілактичної роботи. Очевидно, що в залежності від того, в якій з 4-х зон (за рівнем йоду в ґрунті, воді та продуктах) знаходиться область, то і заходи моделі відповідно мають враховувати особливості поширення ЙДЗ в тому чи іншому регіоні. Відповідно до частоти випадків поширеності ЙДЗ серед населення окремих вікових груп має використовуватись сіль того чи іншого рівня йодування.

5. Врахування регіонального аспекту моделі стосується також розроблення заходів (особливо

просвітницького характеру) відповідно до процентного співвідношення міського і сільського населення.

6. В моделі систематизовані механізми та організаційно-економічні заходи щодо контролю за профілактикою й подоланням ЙДЗ в певний період часу. Проте запропонована модель не є незмінною в часі та у просторі. Так, з активізацією горизонтальних зв'язків між регіонами можуть змінитися етапи реалізації моделі, вони отримують нове смислове навантаження.

7. Реалізація такого важливого принципу, як рівноправний доступ усіх суб'єктів реалізації моделі до інформаційних, матеріально-сировинних, фінансових та інших ресурсів, передбачає, що кожен житель регіону має право вибирати: чи використовувати лише йодування солі чи споживати інші види йодонасичених продуктів. Очевидно, що заходи моделі контролю мають бути орієнтовані на різні категорії населення.

8. Пропонована модель оцінки контролю за ЙДЗ у Львівській області є первинною, базовою. Для того, щоб з її допомогою можна було отримувати надійну і достовірну інформацію на національному рівні, необхідно розширити спектр заходів моніторингових досліджень та соціальної реклами. Через певну складність в отриманні статистичної інформації щодо йодування солі арсенал методів оцінки моделі контролю за профілактикою ЙДЗ необхідно поповнити: оцінкою моделі за допомогою експертного опитування та організації фокус-груп; оцінкою моделі за допомогою методик стратегічного планування; оцінкою моделі на основі методики комплексного дослідження ефективності заходів з профілактики ЙДЗ в регіоні; використання методів багатовимірного статистичного аналізу для виявлення найсуттєвіших чинників, що впливають на рівень профілактики ЙДЗ в регіоні.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Оцінка населенням впливу на стан здоров'я наслідків Чорнобильської катастрофи - <http://ukrstat.gov.ua/>

2. Тимченко А.М., Козаков О.В., Кравчун Н.О. Сучасні аспекти профілактики йододefіцитних захворювань // Медична газета України, 08 (734). - 27.02 - 04.03.04 <http://vz.kiev.ua/med/734/1.shtml>

3. Складено за: даними довідника дитячого ендокринолога України за відповідні роки

4. Збірник нормативних документів «Львівська область – територія, вільна від йододefіциту» - Центр еднання європейської молоді «за спільне майбутнє». – Львів, 2005. – 93 с.

СІРЕНКО Р.Р., САПРОНОВ М.О.,  
СТЕЛЬНИКОВИЧ В.М.

#### ЧИННИКИ РИЗИКУ ВТРАТИ ЗДОРОВ'Я

*У статті наведено характеристику найпоширеніших чинників втрати здоров'я серед молоді та розкрито основні шляхи запобігання їх поширенню.*

*В статтє приведена характеристика наиболее распространённых факторов потери здоровья среди молодёжи и раскрыты главные пути предупреждения их развития.*

*In article is brought description of most widespread health loss factors among young people and brought main warning ways to light of their development.*

Багато років у суспільну свідомість нав'язувалася думка про те, що збереження здоров'я є одним з ключових завдань медицини, хоча у Великій медичній енциклопедії сказано, що "медицина одна з давніших наук, що має на меті лікування та попередження хвороб людини", а це означає, що вказана діяльність має місце у полі нозології, але не в житті здорової людини. Можна констатувати, що основним завданням соціальної політики держави повинно стати збереження і зміцнення здоров'я населення, а не боротьба із хворобою, що вже виникла. Існуюча система охорони здоров'я, орієнтована головним чином на боротьбу із вже існуючими захворюваннями, нездатна радикально поліпшити стан здоров'я населення нашої країни.

Насправді виявлення, вивчення і пом'якшення наслідків таких чинників ризику як соціальні конфлікти і соціально-психологічні напруження, стреси і психологічний дискомфорт, а вони охоплюють понад 70 % населення, залишаються поза зоною професійної діяльності медицини. Тут необхідні зусилля соціологів і психологів, соціальних працівників і педагогів. А до пріоритетних і дійових чинників зняття соціально-психологічних напружень, запобігання і пом'якшення конфліктів і