

змащували 40% розчином глюкози. Тривалість процедури складала 15-40 хвилин (п'явки після насичення відпадали самі). Гемостаз проводили накладанням на ранку шматочка гемостатичної губки та стерильного марлевого тампону. Курс лікування складався з 5-10 процедур.

Результати лікування були позитивними у всіх пацієнтів (100%). У хворих зникло або значно ослабло відчуття печії. Місцевих та загальних ускладнень не спостерігалось.

Таким чином, можна констатувати, що гірудотерапія, яка сприяє активізації мікроциркуляції, а тим самим нормалізації нейрофізіологічних і нейрогуморальних процесів, значно підвищує ефективність лікування глосалгії і може бути рекомендована для широкого використання.

Проведена нами робота дозволяє зробити висновок про те, що гірудотерапія - ефективний і достатньо інтенсивний метод лікування; його використання не вимагає додаткових затрат і оснащення.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. В.Д. Казьмин. Пиявки для вашего здоровья. Ростов-на-Дону, Баропресс, 2005, 121 с.
  2. Ю.Я. Каменев, О.Ю. Каменев. Вам поможет пиявка. Санкт-Петербург, «Весь», 2005, 251 с.
  3. Г.И. Никонов. Медицинская пиявка. Основы гирудотерапии. Санкт-Петербург, «СДС», 1998, 294 с.
- В.А. Савинов, Т.Н. Чабан, Л.Д. Пухова. Гирудотерапия. Москва, «Асклепий», 1998, 55 с.

Л.І. КОТИК

#### СУСПІЛЬНО-ГЕОГРАФІЧНІ АСПЕКТИ ТРАНСФОРМАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ІНФРАСТРУКТУРИ ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

*В статті розкриті загальні особливості розвитку медичної інфраструктури Львівської області. Увага сконцентрована на розгляді питань кількісних та якісних змін інфраструктури.*

*В статье раскрыты общие особенности развития медицинской инфраструктуры Львовской области. Сфокусировано внимание на рассмотрении вопросов количественных и качественных изменений инфраструктуры.*

*General tendencies the development of medical infrastructure of Lviv region were opened in the article. The attention is stressed on the questions of quality and quantity changing the infrastructure.*

Сьогодні в Україні відбувається трансформація соціальної сфери, однією з складових якої є медицина. Проблеми останньої активно обговорюються на парламентських та урядових засіданнях, в засобах масової інформації, на наукових семінарах й конференціях, проте остаточних засад її реформування на даний час не напрацьовано. Оскільки майбутні зміни повинні торкнутися всіх складових медичної сфери, то на особливу увагу заслуговує дослідження медичної інфраструктури, як базису, що виступає одним із гарантів надання населенню держави якісних медичних послуг.

Одним із прикладів медичної інфраструктури регіону є медична інфраструктура Львівської області, яка на сьогодні представлена лікарнями, поліклінічними та фельдшерсько-акушерськими закладами, пологовими будинками, діагностичними центрами, гінекологічними та стоматологічними кабінетами, аптеками, закладами санаторно-курортного профілю, медичними навчальними закладами, медичним транспортом, устаткуванням медичного профілю і т.д.

Станом на 01.01.2006 р. на території Львівської області нараховувалося: 138 лікарняних установ, 385 амбулаторно-поліклінічні заклади, 61 станція швидкої медичної допомоги, 16 самостійних стоматологічних поліклінік, 285 установ, що мають самостійне стоматологічне відділення, 13 будинків-інтернатів, 2 будинки дитини, 7 дитячих будинків, більше 2000 аптек, аптечних пунктів та кіосків, 83 санаторно-курортні заклади, 90 дитячих оздоровчих таборів, 7 вищих медичних закладів I-III рівня акредитації [3]. Переважаюча більшість даних закладів входить в підпорядкування Міністерства охорони здоров'я України: 95,8% загальної кількості лікарняних установ області, 85,3% загальної кількості фельдшерсько-акушерських пунктів, й лише незначна частина медичних установ перебуває в підпорядкуванні, а відповідно й на фінансуванні Міністерства транспорту, Міністерства внутрішніх справ тощо. Міністерство охорони здоров'я також характеризується показником найбільшої ємності медичних закладів.

Більшість закладів медичної сфери Львівської області перебувають у комунальній власності. Частка приватних підприємств в цілому по медичній галузі регіону не перевищує 5% (для прикладу,

в сегменті лікарняних закладів даних закладів два: лікарня “Богдан”, лікувально-оздоровчий центр “RIXUS”), за винятком сектору стоматології та аптечної справи. В останній частка приватних підприємств перевищує 50%, що зумовлено прибутковістю даних напрямків медичного обслуговування населення з однієї сторони та відносною “простотою” організації діяльності в них. мінімізація порівняно з іншими галузями медичного обслуговування населення матеріальних затрат на купівлю обладнання, облаштування приміщення; наявність на ринку Львівської області великої кількості кваліфікованих стоматологів, провізорів й фармацевтів, що значно полегшує пошук майбутніх найманих працівників; спрощена система отримання дозволів управління охорони здоров’я на відкриття підприємницької діяльності і т.д.

Основою медичної інфраструктури Львівської області є лікарняні заклади кількість яких станом на 01.01.2006 р. становить 138 установ із загальною ємністю 24,8 тис. ліжок або 97,3 лікарняних ліжок на 10 000 населення (загальноукраїнський показник 97,7 лікарняних ліжок на 10 000 населення). Матеріальна база більшості з них, як і принципи функціонування, були закладені в советські часи й на сьогодні вимагають глибинних змін, які повинні торкнутися як оновлення медичних приміщень й обладнання так і трансформації засад використання медичної інфраструктури для забезпечення потреб населення. З приводу останнього, в Україні під егідою Міністерства економіки та Міністерства охорони здоров’я розгортається кампанія, спрямована на реформування лікарняних установ, а саме скорочення їх ліжкового фонду та приведення його до стандартів розвинутих країн світу. Згідно останніх, кількість лікарняних ліжок в розрахунку на 10 000 осіб населення не повинна перевищувати 60–70 одиниць для прикладу в Японії цей показник сягає 50–55 лікарняних ліжок на 10 000 населення, в Скандинавських країнах 55–60. Проте таке механічне скорочення ліжкового фонду лікарняних закладів України, загалом, та у Львівській області, зокрема, не є часово оправданим. З однієї сторони, воно справді зумовить зменшення видатків на утримання лікарняних установ, а з іншої, тенденції до зростання захворюваності населення держави свідчать про недоцільність такого скорочення, перш за все в онкологічних і кардіологічних стаціонарах. Виходячи з цього, проблема скорочення ліжкового фонду лікарняних закладів Львівської області вимагає глибинного дослідження з метою виявлення реальних потреб мешканців регіону в отриманні медичної допомоги, загалом, та в потребах госпіталізації за певними видами захворювання, зокрема. З приводу останнього, глибоке занепокоєння викликає різке скорочення загальної кількості диспансерів та їх ємності на території Львівської області. Дане скорочення зумовлене економічними негараздами медичної сфери регіону й не є виправданим з точки зору регіональних показників захворюваності, для прикладу, рівень захворюваності на туберкульоз з 1990 р. по 2006 р. зріс на 30 % (193,1 хворих на 10 000 населення в 1990 р. та 241,0 хворих на 10,000 в 2006 р.) в той час, як загальна кількість протитуберкульозних диспансерів зменшилася на 47,1% (34 диспансери у 1990 р. проти 18 диспансерів у 2005 р.).

Звичайно абсолютні показники не свідчать про рівень пропонованих медичних послуг й не є запорукою ефективності функціонування медичної інфраструктури, проте враховуючи мізерність фінансування даної галузі та глибинний її занепад можна стверджувати, що навіть ті диспансери, які зараз діють, не мають належного медичного обладнання для надання кваліфікованої медичної допомоги населенню. Тому акцент в реформуванні медичної інфраструктури Львівської області повинен робитися не на механічному скороченні абсолютних показників медичної інфраструктури, а перш за все на розвитку профільних медичних диспансерів, а це означає, нарощування їх потужностей за рахунок оновлення обладнання та впровадження новітніх методик лікування.

Запорукою отримання медичних послуг в сільській місцевості Львівської області є розвинута мережа фельдшерсько-акушерських пунктів, загальна кількість яких по території регіону становить 1048 одиниць станом на початок 2006 р., та амбулаторно-поліклінічних установ – 381 одиниці відповідно. Їх мережа була сформована в советські часи й зазнала змін в напрямку скорочення абсолютних показників за роки незалежності. Перебуваючи в колективній власності та фінансуючись з місцевих, в основному сільських та районних бюджетів, дані заклади на сьогодні перебувають в найбільшому занепаді. В них практично відсутнє необхідне першочергове обладнання для надання невідкладної медичної допомоги населенню, а термін експлуатації наявного обладнання вже давно вийшов. Їх приміщення, інвентарне облаштування є давно фізично та морально застарілими, тому якість пропонованих медичних послуг викликає сумнів з точки зору стандартів медицини. Вихід з цієї ситуації вбачається в запровадженні ідеї сімейного лікаря, яка особливо актуальна для забезпечення потреб в медичному обслуговуванні невеликих громад. Згідно цієї ідеї, лікар, який буде обслуговувати потреби певної громади, як то невеликого села, буде діяти на засадах приватного підприємця при частковому фінансуванні з місцевого бюджету. Він дбатиме про формування власної



медичної інфраструктури: наявності транспортного засобу, необхідного медичного обладнання, підтримці на належному рівні амбулаторно-фельдшерського приміщення\*.

Зведені показники розвитку медичної інфраструктури Львівської області в сегменті лікарняних закладів, амбулаторно-поліклінічних установ та фельдшерсько-акушерських пунктів в районному розрізі подані в табл. 1.

Таблиця 1.

Медична інфраструктура Львівської області, 2006 р.

	Кількість лікарняних установ	Кількість лікарняних ліжок, одиниць	Забезпеченість населення лікарняними ліжками, на 10 000 населення	Потужність амбулаторно-поліклінічних установ, відвідин за зміну	Забезпеченість населення амбулаторно-поліклінічною допомогою, кількість відвідин на 10 000 населення	Кількість фельдшерсько-акушерських пунктів
Всього по області	138	24802	97,3	48264	189,3	1030
Бродовський	3	425	68,3	610	98,0	62
Буський	3	295	61,6	980	204,8	40
Городоцький	4	490	69,5	740	105,0	46
Дрогобицький	6	315	42,1	905	121,0	46
Жидачівський	4	492	65,3	1210	160,6	66
Жовківський	4	615	56,5	1235	113,5	59
Золочівський	4	510	71,7	845	117,8	65
Кам'янка-Бузький	3	355	60,2	720	122,0	34
Миколаївський	2	770	120,0	1460	227,6	27
Мостиський	3	345	58,7	1120	190,7	52
Перемишлянський	3	315	73,3	715	166,4	48
Пустомитівський	6	425	38,3	1415	127,6	49
Радехівський	2	325	64,5	795	157,8	37
Самбірський	4	300	42,1	960	134,8	64
Сколівський	2	220	46,3	925	194,6	38
Сокальський	3	660	69,5	1525	160,6	50
Старосамбірський	9	620	78,2	845	106,6	89
Стрийський	2	375	60,0	1055	168,9	48
Турківський	5	349	67,3	585	112,8	58
Яворівський	5	750	61,5	1780	145,9	52
Львів	36	11996	158,9	18767	248,7	-
Борислав	3	360	93,4	805	209,0	-
Дрогобич	7	1005	102,8	2340	239,4	-
Моршин	1	170	358,4	110	231,9	-
Новий Розділ	1	265	94,3	800	284,6	-
Самбір	5	530	153,1	1450	418,7	-
Стрий	5	615	101,9	1257	208,2	-
Трускавець	1	210	97,7	640	297,8	-
Червоноград	5	700	84,4	1670	201,2	-

Джерело: [3].

\* Детальніше ідеї сімейної медицини та особливості її впровадження на території Львівської області розглянуті в попередніх номерах часопису – Див.: Раниця І.І., Ванда І.В., Котик Л.І. Медична сфера Карпатського регіону: стан, динаміка та просторові особливості в контексті сталого розвитку // Здоровий спосіб життя: Зб. наук. ст. / Ред. доц. Ю.М. Панишко. – Вип. 26. – Львів: НВВД УАД, 2008. – 52 с. – С. 40–45.

Найбільшими темпами медична інфраструктура Львівської області розвивається в сегменті аптечної справи та стоматологічних послуг, причини розвитку яких обґрунтовувалися вище. Розвиток аптечної справи йде в напрямку нарощування абсолютної кількості закладів (зростання за сім років в 2,3 рази: 918 аптек, аптечних пунктів та кіосків в 2000 р., більше 2300 закладів на початок 2007 р.) та збільшення їх торгівельних площ (збільшення на 79,8%). Така активізація підприємницької діяльності в аптечному бізнесі є віддзеркаленням “хворого суспільства”, що підтверджується абсолютними показниками продаж лікарських препаратів.

Варто також зазначати, що за якісними показниками інфраструктури, аптечні заклади та новостворені стоматологічні кабінети є безперечними лідерами на фоні інших сегментів медичного обслуговування населення. Вони мають новітнє обладнання, яке відповідає за технічними показниками стандартам сучасної світової медицини.

Швидко оновлюється медична інфраструктура й в сегменті надання відпочинково-оздоровчих послуг населенню. Прихід в дані заклади нових власників призвів до значних капіталовкладень в медичну інфраструктуру, акцент при цьому робився на оновленні приміщень та обладнання, а в деяких випадках до створення цілих оздоровчо-відпочинкових комплексів з нуля. Прикладом останнього є спорудження в м. Трускавці на засадах спільного українсько-турецького фінансування медичного оздоровчо-відпочинкового комплексу “RIXUS”, активізація діяльності з пошуків стратегічних інвесторів санаторіями “Немирів”, “Великий Любін” тощо.

Найбільш катастрофічним стан медичної інфраструктури залишається в сегменті будинків-інтернатів для перестарілих людей та дитячих інтернатних закладів. Перебуваючи на повному фінансуванні держави вони зараз є на грані виживання й потребують застосування заходів спрямованих на облаштування нормальних умов життя кагорт суспільства, що є незаслужено обділені долею. Оскільки наповненість даних закладів в силу економічних трансформацій в державі, росте, а державне фінансування обмежується, то варто говорити про відновлення серед громадськості Львівщини давньої християнської традиції благодійності й меценатства. Лише таким чином виручені кошти можна буде спрямовувати на покращення інфраструктури даних медичних закладів, а це означає давати надію на краще майбутнє дітям сиротам та гідну старість перестарілих й інвалідів.

В цілому, медична інфраструктура Львівської області зараз перебуває на етапі трансформації, а її загальний стан є віддзеркаленням економічних катаклізмів держави 90-х років минулого століття та невизначеності розвитку сфери на початку 2000-х років. Наростаючі процеси приватного підприємництва та іноземного інвестування набирають обертів в медичній сфері регіону, що позитивно впливає на розвиток інфраструктури. Особливо великі перспективи вбачаються в переході на сімейну медицину та впровадження on-line медицини. Остання повинна забезпечити рівні можливості доступу до медичних послуг мешканцям Львівщини не залежно від території їх безпосереднього проживання. Прогресивним в цьому контексті є приєднання України до всесвітнього проекту започаткованого власниками пошукової системи Google: “Health”. Сутність цього проекту полягає в безкоштовному веденні медичних карток пацієнтів в Internet-мережі, що забезпечує миттєвий доступ до відомостей про захворювання пацієнта незалежно від того, в якому місці земної кулі він звернувся по допомогу до медпрацівника. В той же час тут виникає питання коректності користування індивідуальною інформацією пацієнта, та проблема захисту даної приватної інформації від викрадання та подальшого шантажу нею пацієнта. Але це проблематика вже технічного забезпечення проекту.

Перспективи оновлення медичної інфраструктури Львівщини пов’язані також з майбутнім проведенням Євро-2012, але вони мають локальний характер й приурочені в основному до м. Львова та його околиць.

В той же час невизначеність державних перетворень медичної сфери, економічна нестабільність держави, політичні баталії та нерегульована законодавча база стримують активне просування приватного бізнесу в медичну сферу, а відповідно призводять до подальшого занепаду наявної медичної інфраструктури Львівської області. Вихід з даної ситуації вбачається в чіткому визначенні державою своєї позиції щодо реформування медичної сфери, з однієї сторони, та впровадження інноваційних ідей організації діяльності в медицину, з іншої.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Вступ до економічної і соціальної географії: Підручник / А.П. Голиков, Я.Б. Олійник, А.В. Степаненко. – К.: Либідь, 1996. – 320 с.
2. Г. Де Блій, П. Муллер, О. Шаблій. Географія. Світи. Регіони. Концепти. – К.: Либідь, 2004. – 740 с.



3. Статистичний щорічник Львівської області за 2006 рік. Ч. II. – Львів: Гол. упр. статист. у Львівській обл., 2007.
4. Шаблій О.І. Суспільна географія: теорія, історія, українознавчі студії. – Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2001. – 744 с.
5. Шевченко В.О., Гуцуляк В.М., Нечипоренко Г.Л. та ін. Загальна медична географія світу. – К., 1998. – 178 с.
6. Шевчук Л.Т. Основи медичної географії. – Львів, 1997. – 168 с.

**КУХТА В.С.**

## **КАЛГАНОВМІСНІ ЗАСОБИ ДЛЯ ГІГІЄНИЧНОГО ДОГЛЯДУ ПОРОЖНИНИ РОТА**

*Стаття присвячена калгановмісним засобам оральної гігієни.*

*Статья посвящена калганосодержащим средствам оральной гигиены.*

*The article presents oral hygienic medications based on *Tormentilla erecta*.*

Практика народної медицини має великий досвід використання цілющих властивостей кореневища перстача прямостоячого (2). Медична та фармацевтична наука довели його ефективність у лікуванні численних недугів і вводить до арсеналу наукової медицини (1,3).

Перстач прямостоячий – *Potentilla (Tormentilla) erecta* або калган відомий в Україні і як "Козацький женьшень". Його кореневище використовують для виготовлення водних напарів або алкогольних настоянок. Використовується як протизапальний, в'яжучий, кровозупинний, знеболюючий та імунорегуючий засіб. Відомі також спроби використання при лікуванні ран соку рослини, порошку висушеного кореневища для абразивної та відбілюючої емаль зубів дії. Здавня широко вживається як засіб полоскання порожнини рота при травмах і запальних процесах, рідше як зубний порошок з подрібненого або спаленого кореневища. Вченими в результаті наукового вивчення специфічної дії калгану створені нові лікарські препарати на його основі, в т.ч. для гігієнічно-лікувального догляду за порожниною рота особливо у хворих з патологією пародонта (4).

**Вундехіл, мазь.** В її склад входять: кореневища калгану, настойка софори японської, трава деревію, прополіс, рослинна олія, нутряний жир, бджолиний віск, ланолін, каріофілен. Її дія: ранозагоювальна, регенеративна, бактерицидна, протизапальна. Основні діючі складники: конденсовані дубильні речовини, галова та елагова кислоти.

**Поліфітол-1, бальзам.** В його склад входять: кореневища калгану та айру, трава полину гіркого, кукурудзяні приймочки, листя м'яти перцевої, кора дуба, корені кульбаби, трава звіробою. Препарат поліфітол-1 має жовчогінну дію. Основні діючі компоненти: конденсовані дубильні речовини, галова та елагова кислота.

**Парагель, гель для ясен (7).** У склад "Парагелю" входять згущений екстракт перстачу прямостоячого, розчин хлоргексидину глюконату та водорозчинна гелева основа. Ефективність препарату зумовлена наявністю в ньому:

- витяжки перстачу прямостоячого, який має протизапальну, протимікробну, кровоспинну, в'яжучу та імунокоригуючу дію;
- хлоргексидину [1,6 – (парахлорфеніл – гуанідо) – гексан], антисептик бактерицидної дії проти численних вегетативних грамотригативних і грампозитивних мікроорганізмів.

Парагель має широкий спектр застосування для попередження запальних процесів слизової оболонки порожнини рота та їх лікування. Протипоказів до застосування не виявлено.

Випускається в алюмінієвих тубах по 30г і 50г. Термін придатності – 2 роки. Виробляється на Львівській фармацевтичній фабриці.

**Аква-парагель, полоскання для порожнини рота (6).** У склад цього засобу для гігієни ротової порожнини входять згущений екстракт перстачу прямостоячого, розчин 1,6-біс-[5-(пара-хлорфеніл)-бігуанідо] – гексану, сорбітол, цитрат натрію (тринатрійфосфат) та дистильована вода. Ефективність препарату зумовлена наявністю в ньому:

- витяжки перстачу прямостоячого, який який має протизапальну, протимікробну, кровоспинну, в'яжучу та імунокоригуючу дію;
- 1,6-біс[5-(пара-хлорфеніл)-бігуанідо] – гексану, антисептика бактерицидної дії проти численних вегетативних грамотригативних і грампозитивних мікроорганізмів.