

## ЛІТЕРАТУРА

1. Баевский Р.М., Иванов Г.Г. Вариабельность сердечного ритма: теоретические аспекты и возможности клинического применения. – М.: 2000. - <http://www/ecg.24>.
2. Кавасма Р.А., Кузнецов А.А., Сушкова Л.Т. Анализ ЭКГ на основе энергетического подхода. – Научные труды 5-ой междунар. научно-практической конференции „Здоровье и образование в XXI века.” – Москва, 2004. – С.57.
3. Кавасма Р.А., Кузнецов А.А., Сушкова Л.Т. О возможности исследования работы сердца на основе анализа R-R интервалограммы. – Труды XI междунар. конф. „Новые медицинские технологии и квантовая медицина.” – Москва, 2005. – С.89-90.
4. Кавасма Р.А., Кузнецов А.А., Сушкова Л.Т. Новые методы обработки электрокардиографических сигналов // Биомедицинские технологии и радиоэлектроника, 2005. - №11-12 - С. 12-20.
4. Ноздрачев А.Д., Баханов Ю.И., Баранникова И.А. и др.. Начала физиологии/ Под ред. А.Д. Ноздрачева. – СПб. : Лань, 2002. - 346с.

І.В. ВАНДА, Л.І. КОТИК, І.І. РАНЦЯ

### АКТУАЛЬНІСТЬ ІДЕЙ ОЛЕНИ СТЕПАНІВ У ТРАНСФОРМАЦІЇ МЕДИЧНОЇ СФЕРИ СІЛЬСЬКОЇ МІСЦЕВОСТІ ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

*Розглянуто розвиток сільської медичної кооперації на Львівщині на основі праць доктора географії Олени Степанів. У цьому контексті проаналізовано сучасну територіальну структуру медичної сфери зазначеного регіону, забезпечення сільського населення медичною допомогою, розвиток сільської медичної інфраструктури. Особливу увагу звернено на сімейну та on-line медицину. Доведено, що наукові ідеї О. Степанів є актуальними для трансформації медичної сфери сільської місцевості Львівської області.*

*Рассматривается развитие сельской медицинской кооперации на Львовщине на основе работ доктора географии Олены Степанив. В этом контексте проанализировано современную территориальную структуру медицинской сферы указанного региона, обеспеченность сельского населения медицинской помощью, развитие медицинской инфраструктуры. Внимание обращено на семейную и on-line медицину. Доказано, что научные идеи О. Степанив остаются актуальными для трансформации медицинской сферы сельской местности Львовской области.*

*Development of rural medical cooperation in Lviv region has been considered on the basis of Doctor of Geography Olena Stepaniv's works. In this context modern territorial structure of medical sphere of the region, providing rural population with medical aid, development of rural medical infrastructure have been analysed. Particular attention has been paid on family and on-line medicine. It has been proved, that O. Stepaniv's scientific ideas are useful for transformation medical sphere on rural territories in Lviv region.*

Для України завжди був характерним неналежний стан медичного забезпечення сільського населення, низький рівень медичної грамотності на селі. Це залишається актуальним і на нинішній час, бо хоч прогрес у медицині проник до лікарняних закладів великих міст України, однак у сільській місцевості якісні медичні послуги є недоступними. Спроби уряду налагодити сільське медичне забезпечення не мали успіху через те, що здійснювалися напівсиловими методами та не мали належного фінансового підґрунтя.

Подібні проблеми у медичній сфері сільської місцевості були особливо гострими в Україні міжвоєнного періоду. Однак на західних теренах, що перебували тоді у складі Польщі, було зроблено досить вдалу спробу (яку перервала II світова війна і подальша советська окупація) суттєво поліпшити медичне обслуговування села шляхом медичної кооперації, подібно до кооперації у сфері сільського господарства, харчової промисловості та кредитування.

Це всебічно дослідила відома українська вчена, доктор географії Олена Степанів (1892–1963) у своїй головній праці із зазначеної проблематики “Кооперативи здоров'я: їх завдання, організація, історія”, що була вперше видана у Львові 1938 року; а також у низці інших публікацій. Аналіз ідей О. Степанів крізь призму сьогодення показує, що ті ж самі проблеми, що мали місце у медичній сфері міжвоєнного часу, і розв'язувалися шляхом кооперування, залишаються актуальними й нині, хоча й у дещо іншому вимірі.

Дослідження кооперативного руху в медичній сфері О. Степанів здійснює після ґрунтовного аналізу розвитку кооперації в торгівлі та виробництві в Західноєвропейських державах та в Україні. Вона констатує, що *“кооперативний рух, що поширився по українських селах, клав головну вагу на виправу господарських відносин і на піднесення культурного ступня життя села, а не посвячував належної уваги санітарним і гігієнічним, нераз дуже тяжким, умовинам, серед яких живе наше населення”* [3, с. 453]. Аналогічні тенденції спостерігаються й у сучасній Україні, де пріоритетний розвиток має активізація підприємницької діяльності у економічній сфері, приділяється певна увага для підтримки сфери культури та освіти, тоді як реформування медичної сфери є прерогативою держави.

Кооператив здоров'я, згідно з О. Степанів *“1) поширює відомости з обсягу суспільної гігієни та учить людей, як мають уладити життя, щоб воно можливо найліпше сприяло людському здоров'ю, 2) веде боротьбу за здоровля народу в цей спосіб, що вможливує членам і їх родинам стору, добру й дешеву лікарську допомогу та ліки на випадок занедужання, як також опікується родиною і її оточенням, щоб запобігти недугам і їх поширенню”* [3, с. 453]. Тобто, за сучасною класифікацією кооперативи здоров'я належать до лікувально-профілактичних установ.

Олена Степанів визначає низку особливостей стану здоров'я сільського населення у 30-х рр. ХХ ст. Зокрема, наголошується на наступних:

- неналежні соціально-економічні, санітарно-гігієнічні умови, важкі умови праці, незбалансоване харчування погіршують здоров'я населення: *“не тільки суспільно-економічні причини, не тільки невідповідний побут та лихі здоровні відносини села спричинюють невідрадний стан здоровля нашого селянства, але також незнання підставних засад гігієни та умілого догляду в селі і немовлят, брак доцільної лікарської опіки над немовлятами, шкільними дітьми, вагітними жінками й матерями та цілою селянською родиною доводять до такого невеселого стану”* [3, с. 454];

- недбайливе ставлення до власного здоров'я: *“часто селяни взагалі не шукають поради в часі занедужання, бо, як кажуть, “вмерти треба скорше чи пізніше”* [3, с. 455];

- територіальна і / або фінансова обмеженість доступу до медичних послуг: *“коли шукають її (тобто, поради в часі занедужання), то не можуть дістати на час, бо лікарі поселюються головню в містах і місточках, віддалених нераз дуже далеко від доколичних сіл, або коли навіть хотіли би відвезтися до лікаря, то не мають засобів оплатити дорогої лікарської помочі і дорогих ліків”* [3, с. 454–455].

Огляд медичної статистики свідчить, що зазначені риси формування та стану здоров'я сільського населення у регіоні зберігаються і на поч. ХХІ ст. Опосередкованим показником ставлення населення до свого здоров'я є показники роботи відділень швидкої допомоги. Зазначена сфера медицини задіюється у випадках різкого погіршення стану здоров'я та у термінових випадках, коли родина та її найближче оточення (як правило, сім'я) не може самостійно “виправити”, знівелювати критичну ситуацію. Проте правила валеології та надання першої медичної допомоги рекомендують в усіх випадках погіршення стану здоров'я звертатися за фаховою допомогою. В середньому по Львівській області у 2004 р. на 1000 осіб населення виконано 227 виїздів швидкої медичної допомоги, при цьому 237 – по містах обласного підпорядкування, 221 – по районах, 152 – за викликами сільських жителів районів [6, с. 199]. Тобто, жителі сільської місцевості рідше звертаються за послугами швидкої медичної допомоги, що є виразом, на нашу думку, недбайливого ставлення до свого здоров'я. З іншого боку, нечасте звертання сільського населення за послугами швидкої медичної допомоги є визнанням низького рівня послуг: тривалий час очікування на приїзд машини швидкої допомоги, обмежений набір медичних препаратів відділень швидкої допомоги тощо.

Слабша забезпеченість сільського населення послугами швидкої медичної допомоги характеризується наступним: середньообласна забезпеченість штатними посадами відділень швидкої допомоги на 10 тис. населення – 9,3, при 14,7 по містах обласного підпорядкування та 5,8 – по районах; забезпеченість лікарями та лікарськими бригадами по районах у 6 разів нижча, ніж по містах, середнім медичним персоналом – у 1,8 рази, натомість забезпеченість фельдшерськими бригадами по районах у 4 рази вища [6, с. 198]; частка осіб, яким надано допомогу при виїзді лікарських бригад 39,5% у середньому по Львівщині, майже вдвічі (1,8 рази) вища у містах обласного підпорядкування (72,2%) та вдвічі (2,3 рази) нижча по районах області (17,4%) [6, с. 199].

Дане припущення підтверджується і часткою безрезультатних виїздів. Середньообласний показник складає 2,8%, при цьому по містах обласного підпорядкування – 6,0%, а по районах Львівщини у 7,5 разів менше (0,8%) [6, с. 199]. Це є свідченням, що сільське населення, яке є

переважаючим в усіх адміністративних районах, звертається за послугами швидкої медичної допомоги лише у обґрунтовано невідкладних випадках.

Вищою у сільській місцевості є захворюваність на таку “соціальну” хворобу, як туберкульоз: по районах показник поширеності активних форм туберкульозу становить 2,6%, по містах обласного підпорядкування – 2,2% [6, с. 166].

Захворюваність злоякісними новоутвореннями також є вищою у сільській місцевості: по районах показник поширеності становить 15,4%, по містах обласного підпорядкування – 10,6% [6, с. 169]. За 2003 р. занедбаність виявлених злоякісних новоутворень (виявлених вперше на III–IV стадії) у районах була на 1,9% вищою, ніж у містах, що відобразилося на вищій летальності у 2004 р. (37,0% та 13,2% відповідно) [6, с. 170]. У 2004 р. покращилися показники виявлення злоякісних новоутворень у районах під час професійних оглядів (на 25,1% по районах, на 14,8% по містах обласного підпорядкування [6, с. 170].

Все це є свідченням гіршого стану здоров'я жителів сільської місцевості в порівнянні з міськими жителями.

Змістовними є ідеї Олени Степанів для трансформації територіальної структури медичної сфери. *“При закладанні кооперативи здоров'я треба намітити і подбати для неї відповідно великий район (6–10 сіл). Осідок для кооперативи визначити на селі, що найбільше надається для цієї мети з географічних, організаційних чи історичних мотивів, очевидно, за попереднім порозумінням з Ревізійним Союзом Українських Кооператив”* [3, с. 458].

Сучасна мережа лікувально-профілактичних установ у районах Львівської області представлена 73 лікарняними закладами (центральні районні / міські, районні, дитячі лікарні), 160 сільськими лікарняними амбулаторіями, 1034 фельдшерсько-акушерськими пунктами та 8 іншими спеціальними закладами [6, с. 83].

Фельдшерсько-акушерські пункти (ФАП) – тип лікарняних закладів, що обслуговують лише сільську місцевість, тому їм належить провідна роль у турботі та збереженні здоров'я жителів села. У середньому на 1 ФАП у Львівській області припадає 1,8 сільських поселення, тобто мережа лікувально-профілактичних установ у сільській місцевості є розвиненою, проте для стаціонарного лікування сільські жителі повинні звертатися у міста районів та області [4, с. 8].

Сільські лікарняні амбулаторії розміщуються переважно у селищах міського типу або найбільших селах, і обслуговують потреби ФАПів та найближчих сіл. В середньому одна сільська амбулаторія в Львівській області обслуговує потреби 11,8 поселень.

Досить великі, порівняно з існуючою територіальною структурою ФАПів, терени обслуговування кооперативів здоров'я О. Степанів обґрунтовує економічно, передбачуваними витратами на утримання будівлі, оплату праці персоналу, придбання устаткування. Сучасна медицина на селі має кілька проблем, які найчастіше зустрічаються: потреба ремонту приміщень або розташування їх у пристосованих, відсутність або застарілість обладнання. Укрупнення дозволяє скоротити поточні витрати на утримання установ. Збільшення кількості поселень, що входять до зони обслуговування лікувально-профілактичного закладу, можна розглядати у контексті пропонуваного змін територіального устрою України [5]. У Ст. 8.1. зазначається, що громада – це “адміністративно-територіальна одиниця, утворена на основі одного або декількох поселень ... і є територіальною основою для створення та діяльності органів місцевого самоврядування громади та надання населенню громади визначеного законом рівня адміністративних, соціальних та культурних послуг”. Оскільки “громада утворюється за умови, якщо в її межах проживає, як правило, не менш, як 5000 жителів” (Ст. 8.2), а середній розмір сільського поселення Львівщини 565 осіб (на 01.01.2005 р.), то в середньому до громади, а отже і зони обслуговування медичного закладу, входиме 8–9 поселень.

Також підкреслюється важливість наближення медичних послуг до сільського населення, а не зосередження у містах: *“село занедбане під гігієнічним і здоровним станом вимагає безпосередньої допомоги інтелігентних фахових одиниць, лікаря та його рідні, гігієністки і других, які живучи життям села, а не поза ним, стають не тільки живим взором того, як треба жити, щоб бути здоровим, але мають передовсім можливість день-у-день вглублюватися в селянський побут, розуміти його світла й тіни, впливати на рівень і спосіб життя дорогою приятельського контакту та опікуючися родинними членами, студіювати підложжя лихих здоровних відносин села, лічити його та перевиховувати його під тим оглядом від основ. Такого впливу ані такої праці не може виконати цей лікар, що мешкаючи у містечку лишень приватно і тільки з конечности з'являється на коротко у хворого на селі, чи час від часу з недільним викладом”* [1, с. 473]. У сільській місцевості лікування можливе тільки в домашніх умовах або на денному стаціонарі сільських лікарняних амбулаторій.

Лікарський фонд районів локалізовано у міських поселеннях. Тобто, проблема наближення послуг до мешканця зберігає свою актуальність.

Ідеї "кооперативів здоров'я" зараз представлені методиками: а) сімейного лікаря, що має прийти на зміну ФАПам в сільській місцевості та лікарям-терапевтам в містах; б) on-line медициною, яка повинна забезпечити консультацію пацієнта з "своїм" лікарем в будь-якій точці простору.

Ідея сімейного лікаря (лікаря загальної практики) первинно сформувалася в Західній Європі в XV–XIX ст., коли лікарська допомога здійснювалась в індивідуальному комерційному порядку, в результаті чого утворився стійкий контингент пацієнтів та сформувалось уявлення про доцільність звернення виключно до "свого" лікаря. Лікаря, якому в силу особливих причин вони довіряли завдяки впевненості в його професіоналізмі й індивідуальних якостях. Таке виконання медичних обов'язків було максимально виграшним із позиції довготривалості і безперервності спостереження за станом здоров'я пацієнтів та членів його сім'ї та динамікою його змін, триваючих, як правило, протягом всього життя як пацієнта, так і лікаря. В таких умовах лікар дійсно був одночасно і сімейним лікарем, і лікарем загальної практики, так як йому приходилось мати справу із всім спектром нозологій пацієнтів.

На сьогодні, ідеї сімейного лікаря активно пропагуються Європейським Союзом, й базуються на засадах "Європейської політики з досягнення здоров'я на XXI століття" [2]. Згідно останніх власне лікар загальної практики в змозі забезпечити безперервність медичної опіки, актуальність якої на сьогодні характерна для сільських мешканців Львівської області. Це означає надання лікувально-діагностичної допомоги пацієнту у будь-який час, а також забезпечення нагляду за пацієнтами, які написались із стаціонарів для продовження лікування за місцем проживання. Передбачається також надання невідкладної медичної допомоги хворим у тяжкому стані. Всім цим вимогам відповідає концепція надання медичної допомоги на засадах сімейної медицини, яка для будь-якого пацієнта та членів його сім'ї є фізично доступною, безперервною та невідкладною, про що свідчить досвід розвинутих країн світу як то Великобританії, Данії, Канади і т.д.

Впровадження засад сімейної медицини на території Львівської області дасть змогу забезпечити:

- довготривалість і безперервність медичного спостереження;
- багатопрофільність первинно-медичної допомоги;
- відношення до сім'ї як до одиниці медичного обслуговування;
- превентивність як основа діяльності сімейного лікаря;
- економічна ефективність і доцільність допомоги;
- координація медичної допомоги;
- відповідальність пацієнта, членів його сім'ї та суспільства за збереження і покращення його здоров'я;
- надання медичної допомоги з врахуванням конкретних медико-географічних особливостей території перебування пацієнта;
- встановлення довірчих відносин між пацієнтом й лікарем;
- зацікавленість лікаря в наданні високоякісної медичної допомоги.

Згідно з європейською практикою, сімейний лікар буде діяти як окремий суб'єкт підприємницької діяльності, формуватиме власну клієнтуру (в містах) або перебуватиме на утриманні сільської громади (в сільській місцевості). Громада буде зацікавлена в оформленні належних умов праці лікаря, а це автоматично вирішить проблеми розвитку й покращення медичної інфраструктури на селі.

На сьогодні, перші спроби впровадити засади сімейної медицини на території України здійснює німецький консорціум СП "ГРУП/ЕПОС". Він діє в межах проекту Європейського Союзу "Профілактичні та первинні заходи охорони здоров'я України, Києва та ряду областей" й розпочав свою роботу у жовтні 2002 року. Проект націлений на розробку моделі надання первинної медичної допомоги на території України на основі врахування місцевих та регіональних відмін [2].

Щодо on-line медицини, то вона лише розпочинає формуватися в світі й Україні. Її поява зумовлена прискореним розвитком Internet-технологій й включенням медичної сфери в цей розвиток. Перші прояви діяльності даного виду послуг вже можна прослідкувати й на території Львівської області. Для прикладу, поширення набуває практика замовлення ліків за допомогою використання Internet-ресурсу фірм-дистриб'юторів, запис на консультацію до провідних спеціалістів чи бронювання місць для профілактичного огляду в приватних клініках. Наразі останню послугу використовує лише відпочинково-лікувальний центр "RIXUS" (м. Трускавець), перші спроби

налагодити даний вид послуги здійснює стоматологічна клініка “Пародент” (м. Львів) та лікувальний заклад “Богдан” (м. Львів).

Незважаючи на те, що від запропонованих ідей Олени Степанів пройшло 70 років, їх актуальність для реформування медичної сфери Львівської області не зменшується й по сьогодні. На зміну кооперативам здоров'я приходять ідеї сімейного лікаря та on-line медицини, які є відображенням інформаційного поступу в розвитку суспільства. Проте їхньою суттю й надалі залишається забезпечення доступності медичних послуг для сільського жителя, налагодження комунікаційних зв'язків між лікарем і пацієнтом.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. “Кооперативи здоров'я” працюють для добра своїх членів / Олена Степанів. Наукові Праці. Есе. Спогади / Упорядник О. Шаблій. – Львів: Видавничий центр Наукового товариства ім. Шевченка, 2003. – С. 472–475.
2. За сімейним лікарем майбутнє охорони здоров'я – <http://www.moz.gov.ua/ua/main/icfm/fminfo/?docID=2156>
3. Кооперативи здоров'я: їх завдання, організація, історія / Олена Степанів. Наукові Праці. Есе. Спогади / Упорядник О. Шаблій. – Львів: Видавничий центр Наукового товариства ім. Шевченка, 2003. – С. 450–471.
4. Населення Львівської області 2005: Демографічний щорічник. – Львів, 2006. – 84 с.
5. Проект Закону України “Про територіальний устрій України” – [www.kmu.gov.ua](http://www.kmu.gov.ua)
6. Статистичний довідник показників стану здоров'я населення та діяльності лікувально-профілактичних закладів Львівської області за 2004 рік / Під заг. ред. І. Герича. – Львів, 2005. – 211 с.
7. У семи лікарів пацієнт без ока – <http://www.uwtoday.com.ua/print.asp?NID=2948&Jid=181>

А. Л. ВАСИЛЬЧУК

#### ЕНІОАНАТОМІЯ МЕРИДІАНІВ ЛЕГЕНЬ

*З позиції еніоанатомії розглядаються утворення, топографія, будова, структура, функції, терапевтичні значення, наслідки структурно-функціональних порушень, надлишку і недостатці енергій у меридіанах легень.*

*С позиции ениоанатомии рассматриваются образование, топография, строение, структура, функции, терапевтическое значение, последствия структурно-функциональных нарушений, излишек и недостаток энергий в меридианах лёгких.*

*From enioanatomy's position, the following is distinguished: creation, topography, constitution, structure, function, therapeutic significance, consequences of structural and functional disorders, of excess and lack of energy in lung meridian.*

Утворення меридіана легень розпочинається виростами внутрішніх оболонок усіх тонкоматеріальних тіл у ключично-грудинному трикутнику між першим і другим ребрами, біля верхнього краю передньої поверхні тіла другого ребра, латерально на шість цунів від переднього серединного меридіана і на один цунь нижче переднього краю ключиці, де локалізується біологічно активна точка (P 1, мал. 1). У ключично-грудинні трикутники до виростів внутрішніх оболонок тонкоматеріальних тіл (ТМТ) зліва спрямовуються окремі відгалуження вершин чакрових конусів передніх і задніх частин серцевої, центральної, вішудхи, лівої молочної залози чакр, окремі вихідні мікроканали лівого зіркового каналу, сушумни, меруданди, іди та пінгали, а справа – антисвіту, центральної, вішудхи, правої молочної залози чакр, окремі вихідні мікроканали правого зіркового каналу, сушумни, меруданди, іди і пінгали (мал. 1).

Окремі мікроканали відгалужень вершин чакрових конусів серцевої чакри, чакри лівої молочної залози і лівого зіркового каналу можуть спрямовуватися до правого легеневого меридіана, а чакр антисвіту, правої молочної залози і правого зіркового каналу – до лівого легеневого меридіана. Одні мікроканали чакрових відгалужень проникають до внутрішніх просторів оболонкових мікроканалів, завершуючись “сліпими” кінцями або кількома розділеннями на кінцеві ультраканали і субультраканали, які можуть вільно коливатися і вібрувати у необхідному частотному діапазоні. Другі чакрові мікроканали зливаються з оболонковими мікроканалами, утворюючи оболонково-чакрові мікроканали більшого діаметра. Зливатися можуть тільки ідентичні та однокольорові мікроканали. Треті чакрові мікроканали прилягають до оболонкових і оболонково-чакрових