

на прийом, підігріта до 40-45° С. При хронічних закрепах, пов'язаних зі слабкістю м'язів кишківника застосовують води підвищеної концентрації в холодному виді (Арені, Вітаутас, Єсентуки №4, №17, Луганська, Поляна Квасова).

ЛІТЕРАТУРА

1. Отец Вадим. Вода побеждает болезни. Православные рецепты водолечения – Донецк: ООО ПКФ “БАО”, 2007. – 288 с.
2. Драгомирецкий Ю.А. Акваотерапия – целебные свойства воды. – М.: ООО “Издательство АТС”. – Донецк: Сталкер, 2004. – 318 с.

І.І.РАНЦЯ, І.В.ВАНДА, Л.І.КОТИК. СУСПІЛЬНО-ГЕОГРАФІЧНІ АСПЕКТИ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ У ЛЬВІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Розглянуто суспільно-географічні аспекти поширення туберкульозу у регіоні, його причини та наслідки. Здійснено типизацію районів Львівської області за показниками захворюваності на туберкульоз. Наведено огляд перспектив подолання проблеми.

Рассмотрены общественно-географические аспекты распространения туберкулёза в регионе, его причины и последствия. Осуществлено типизацию районов Львовской области. По показателям заболеваемости на туберкулёз. Наведён обзор перспектив преодоления проблемы.

Human geographical aspects of dissemination of tuberculosis, its causes and consequences in region have been considered. Typology of Lviv region districts by indices of tuberculosis diseases has been done. Review of perspectives of problems solving has been represented.

Серед багатьох негативних тенденцій, притаманних Україні, зокрема й Львівській області, у період трансформації соціально-економічного укладу життя населення є епідемія туберкульозу. Остання, офіційно набула чинності з 1995 р., коли рівень захворюваності на туберкульоз по території держави перевищив середній показник 50 осіб на 100 тис. населення й триває по сьогодні.

Основними чинниками, які спричинили розвиток епідемії є: 1) зниження загального життєвого рівня населення; 2) зниження ефективності протитуберкульозних препаратів (ефект „привичаєння організму до препарату”, наповнення ринку дешевими, протермінованими засобами тощо) [7]; 3) поширення ВІЛ/СНІДу; 4) недостатня увага людей до індивідуального здоров'я з однієї сторони та недостатньо увага лікарів до здоров'я пацієнтів, з іншої; 5) зростання питомої ваги осіб з асоціальною поведінкою; 6) несприятлива екологічна ситуація (промислові райони, урбаністичні центри); 7) сприятливі природні передумови для існування в доквіллі палички Коха (збудника туберкульозу).

В Львівській області перебіг епідемії туберкульозу характеризується:

- зростанням абсолютного показника вперше зареєстрованих захворювань на туберкульоз за рахунок охоплення населення області (міського) флюорографією внаслідок чого, виявлено в 2006 р. 50% хворих на активний туберкульоз [7];

- виявленням серед вперше діагностованих хворих на туберкульоз прогресивного збільшення чисельності випадків з поліхіміорезистентністю;

- поступовим зростанням кількості рецидивів;

- скороченням охоплення дитячого населення області туберкулінодіагностикою та флюорографією;

- незалученням жителів сільської місцевості до протитуберкульозних програм;

- збільшенням випадків ВІЛ/СНІД-асоційованого туберкульозу (з 4 випадків в 2005 р. до 19 в 2006 р.) [1];

- незадовільним виявленням і низьким рівнем діагностики туберкульозу в закладах пенітенціарної системи;

- наявністю проблем фінансування діяльності фтизіатричної служби (скорочення туберкульозних відділів в районних лікарнях, завершення капітального ремонту стаціонарного відділення Дрогобицького туберкульозного диспансеру, Стрийського туберкульозного диспансеру тощо);

– відсутністю кваліфікованих лікарів-фтизіатрів на ринку лікарських послуг Львівської області.

Водночас позитивна тенденція здійснення соціально-економічних перетворень в державі спричинила у 2006 р. до зниження захворюваності на активний туберкульоз у порівнянні з 2005 р.: захворюваність на всі форми туберкульозу становить 74,2 випадки на 100 тис. жителів (78,9 у 2005 р.), у тому числі зменшилась захворюваність на активний туберкульоз легень – 63,3 (проти 69,8) на 100 тис. населення. Вищою середньообласного показника захворюваність активним туберкульозом легенів була у Жидачівському (94,3 на 100 тис. населення), Сокальському (84,9), Перемишлянському (79,7) районах, найнижчою - у м. Моршині (20,9), Бродівському районі (36,8) та м. Трускавці (36,8) [9]. Близько 85% захворювань туберкульозом припадає на туберкульоз легень (сухоти): від 72,2% у м. Трускавці до 92,5% у Золочівському районі.

Однією із особливостей сучасного туберкульозу є значна кількість занедбаних форм серед вперше виявлених хворих. В структурі захворюваності деструктивні та фіброзно-кавернозні форми складають 37,8% (2003 р., 37,3% у 2004 р.), причому вищим показник є у містах порівняно із сільською місцевістю (близько 40% та 36% відповідно). Це свідчить про те, що вперше діагностованими стають занедбані форми, а це призводить до збільшення терміну лікування, підвищення рівня хіміорезистентного туберкульозу, зростання смертності, що є свідченням загострення епідемії хвороби.

Туберкульоз, поряд із ВІЛ/СНІДом, алкоголізмом, наркоманією, належить до соціально-залежних хвороб. Від медиків у боротьбі з туберкульозом залежить біля 15–20 % [2], решту - від добробуту та рівня життя населення, а значить, і від економіки. Тобто, туберкульоз – проблема соціальна, яка віддзеркалює соціально-економічний стан країни, культурно-освітній рівень та благополуччя населення, рівень та ступінь розвитку системи охорони здоров'я.

Одним з чинників неблагополуччя, який призводить до поширення туберкульозу в Україні, загалом, і Львівській області, зокрема, є зниження життєвого рівня населення, який, поряд із обсягом послуг реалізованих населенню, роздрібним товарообігом підприємств та торгової мережі, середньомісячною заробітною платою, характеризується обсягом та динамікою доходів населення. Протягом 2003–2005 рр. наявні доходи населення Львівщини зростали, зокрема у 2003 р. дохід на 1 особу становив 3401,6 грн., у 2004 р. – 4396,1 грн. (зростання на 20,7%), у 2005 – 5794,2 грн. (зростання на 17,6%) [6, с. 259]. Рівень життя можна також достовірно оцінити за показниками структури сукупних доходів і витрат населення. Так, у 2005 р. частка грошових доходів займала в структурі загальних доходів одного домогосподарства Львівщини 84,7% (82,5% у 2004 р., в тому числі 89,4% у міських поселеннях та 71,9% у сільській місцевості), а частка отриманої у підсобних господарствах продукції – 8,0% (10,1, 2,4 та 22,0% відповідно) [6, с. 274]. Спостерігається зростання грошових доходів та скорочення у споживанні частки продукції, отриманої з особистого підсобного господарства.

Основною статтею витрат домогосподарств регіону, значення якої у кілька разів перевищує всі інші, є витрати на придбання продуктів харчування: 57,7% у 2005 р. (59,9% у 2004 р., в т. ч. 55,8% у міських поселеннях та 66,6% у сільській місцевості). Витрати на непродовольчі товари та послуги склали 32,2% (32,1%, 36,6% та 24,5% відповідно), оплата житла та комунальних послуг – 5,9% (6,9%, 8,7% та 4,0% відповідно) [6, с. 269]. Розподіл рівня грошових витрат населення свідчить про відносну бідність сільського населення порівняно із міським. Водночас у структурі витрат сільських жителів менша частка припадає на продукти харчування (різниця 123,33 грн.: розраховано за [6, с. 266]), що зумовлюється вирощуванням продуктів харчування у власному підсобному господарстві.

Ознаками неналежного добробуту населення Львівської області є наступні твердження, які ґрунтуються на наявній економічній статистиці: частка населення з середньодушовими витратами у місяць: а) нижчими від середнього по області, становить 62,5% (59,6% у міських поселеннях, 66,6% у сільській місцевості); б) нижчими від рівня забезпечення прожиткового мінімуму для призначення державної соціальної допомоги малозабезпеченим сім'ям (80 грн.) 3,4% (2,3% та 4,9% відповідно); в) нижчими прожиткового мінімуму (362,23 грн.) – 76,9 % (69,3% та 88,0% відповідно) [6, с. 266]; протягом 2001-2004 рр. частка населення із середньодушовими витратами нижчими прожиткового мінімуму поступово скорочувалася (від 92,7%) [6, с. 279]; частка заробітної плати у структурі доходів населення Львівської області становить близько 40% (водночас із зростанням доходів від власності (2,0 та 2,3 % відповідно) і витрат на нагромадження (0,5% та 1,9%) зростає частка соціальної допомоги та інших одержаних поточних трансфертів (37,8 та 39,4%) [6, с. 260]). Останнє є свідченням продовження майнової дивергенції населення Львівської області: зростає заможність однієї частини та посилюється зубожіння – іншої.

Іншою соціальною складовою, що суттєво впливає на зменшення поширеності туберкульозу, є повноцінне збалансоване харчування. Проте структура споживання основних продуктів населенням Львівщини свідчить про невисоку якість харчування. Порівняно з 1990 р. споживання на душу населення м'яса зменшилось на 35%, молока — на 40%, яєць — на 11 %, фруктів та ягід — на 28%. Водночас, слід відзначити наявність позитивних зрушень у структурі споживання продуктів харчування: зросло споживання риби і рибопродуктів (на 15%), овочів і баштанних (на 53%), скоротилося споживання хлібопродуктів (на 23%), картоплі (на 16%). Протягом 2000–2005 рр. якість харчування покращилася, що проявляється у зростанні споживання м'яса і м'ясопродуктів, овочів і баштанних, фруктів та ягід, рибопродуктів. Незважаючи на це, споживання життєво необхідних продуктів часто є нижчим норми. Так, у середньому по області у 2005 р. споживання м'яса і м'ясопродуктів становило 86% мінімальної норми споживання, молока і молочних продуктів – 64%, фруктів і ягід – 61%. У 2005 р. споживання риби та рибних продуктів, овочів і баштанних навіть перевищило мінімальний рівень (на 2% та 13% відповідно). Водночас споживання хліба і хлібобулочних продуктів складає 132% мінімальної норми, картоплі – 151%, що є ознаками бідності населення. Перевищення споживання цукру (142% мінімального рівня), олії (190%) є ознаками традицій та незбалансованого харчування, що загрожує поширенню цукрового діабету та ожиріння.

Наведені вище характеристики життєвого рівня населення Львівської області та структури споживання продуктів харчування свідчать: зафіксоване зростання доходів торкнулося окремих груп суспільства; зберігається тенденція економічної бідності жителів краю; для мешканців області притаманне незбалансоване харчування, що є сприятливим для поширення туберкульозу.

Соціально-економічними є не лише причини, що зумовлюють трансформацію суспільного укладу життя населення Львівської області, але й її наслідки, зокрема зменшення людського потенціалу регіону. Протягом 2003–2004 рр. у регіоні на 12,8% зросла кількість померлих від туберкульозу (табл.1). Основна частка померлих від туберкульозу припадає на населення працездатного віку (83,9% у сільській місцевості, 85,2% у міських поселеннях).

Таблиця 1.

Динаміка смертності населення від туберкульозу у Львівській області, 2003-2004 рр.

Регіон	Кількість померлих, осіб		Частка померлих у віці, %, 2004 р.		
	2003 р.	2004 р.	молодше працездатного	працездатному	старше працездатного
Львівська область	452	510	0,2	84,7	15,1
Міські поселення	261	330	–	85,2	14,8
Сільська місцевість	191	180	0,6	83,9	15,5

Складено за даними: [5, с. 18–23].

В географії туберкульозу Львівської області спостерігаються дві особливості. Перша – адміністративні райони значно відрізняються рівнем захворюваності на туберкульоз, як загалом, так і окремих його форм; тобто, територіальна диференціація туберкульозних захворювань у Львівській області є значною.

Друга особливість – чітких просторових тенденцій захворюваності на туберкульоз не простежується. Тобто, не маємо підстав достовірно стверджувати, що захворюваність на туберкульоз приурочена передусім до гірських, лісових, чи урбанізованих територій тощо. Адже на такому відносно невеликому просторі, як Львівська область, територіальна диференціація чинників поширення захворюваності на туберкульоз незначна. То того ж, для цієї хвороби важливі як чинники географічного середовища, так і соціальні чинники, які часом один одного нівелюють (наприклад, природно-географічне середовище не є сприятливим для поширення збудника, однак соціально-економічні умови населення цьому сприяють), або навпаки – підсилюють. Тому й маємо таку строкату ситуацію, коли, наприклад, у Городоцькому районі захворюваність на туберкульоз становить 360 випадків на 10 тис. населення, а в сусідньому Яворівському районі – 171 випадок на 10 тис. населення.

Загалом за рівнем загальної захворюваності на туберкульоз виділяються два гірські райони: Турківський та Сколівський; райони, розташовані між Львовом і Дністром, зокрема, Пустомитівський, Самбірський та вже згаданий Городоцький; окремі малополіські райони. При цьому райони Львівщини суттєво диференціюються за показником захворюваності на туберкульоз: від 117 випадків

захворювань на 10 тис. населення¹ у Бродівському районі до 360 у Городоцькому районі при середньо обласному показнику 244 захворювання на 10 тис. населення.

При домінуванні легеневих форм туберкульозу (вони становлять 83,6 %), райони Львівщини також різняться за поширенням нелегеневого туберкульозу. Загалом, нелегеновий туберкульоз посідає у структурі туберкульозних захворювань частку, вищу середньообласної (16,4%), у Львові, Пустомитівському районі та п'яти районах, розташованих на північ від Львова (це переважно Мале Полісся): Сокальському, Жовківському, Радеківському, Буському і Кам'янка-Бузькому; а також у двох гірських районах: Старосамбірському та Турківському. При цьому у сусідньому Сколівському районі, теж гірському, частка легеневого туберкульозу помітно нижча середньообласної.

У Львівській області простежуються значні відмінності між районами за поширенням відкритих форм туберкульозу легень. Їх частка є підвищеною у північно-західній та центральній частини області, однак при цьому чіткі просторові тенденції не простежуються. Наприклад, найвища вона у такому гірському районі, як Сколівський (127 випадків на 10 тис. населення), найнижча – в іншому гірському районі – Старосамбірському (15 випадків на 10 тис. населення)

Вища смертність від туберкульозу характерна загалом для південної частини Львівської області. При середньообласному показнику 19,4 випадки смертей на 100 тис. населення смертність від туберкульозу перевищує 30 випадків на 100 тис. населення у Турківському та Городоцькому районах, 50 – у Сколівському районі.

Застосування методів багатовимірної аналізу дало змогу виявити територіально некомпактні групи адміністративних районів Львівської області із спільними характеристиками рівня та структури захворюваності на туберкульоз (рис. 1, табл. 2). Зазначене групування може бути корисним при розробці заходів щодо подолання захворюваності на туберкульоз.

Туберкульоз спричиняє високу тимчасову та стійку втрату працездатності, вимагає тривалого (понад 6 місяців, інколи все життя) комплексного лікування та реабілітації хворих. Тому актуальним є боротьба з епідемією туберкульозу, яка у Львівській області здійснюється в двох напрямках: 1) реалізації засад державних протитуберкульозних програм; 2) ініціювання громадських протитуберкульозних заходів.

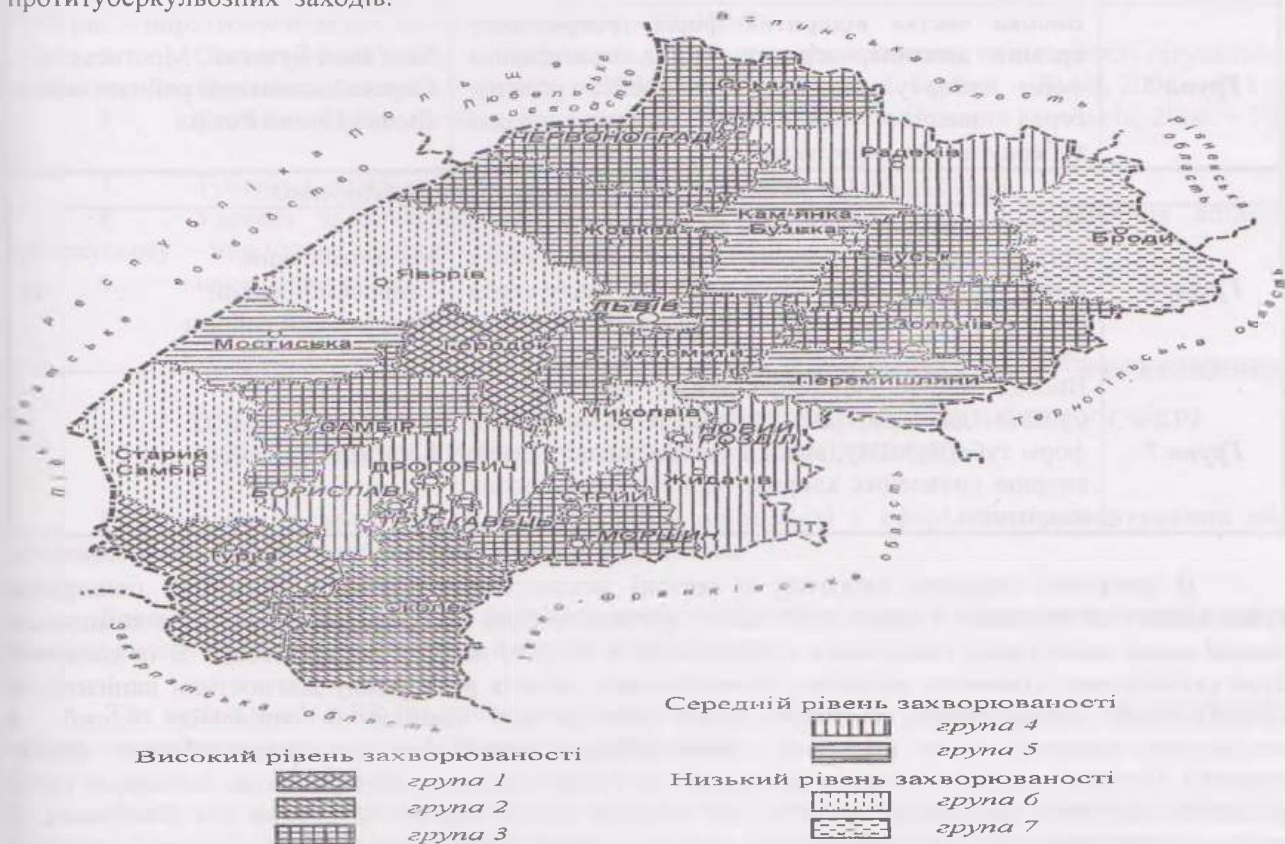


Рис 1. Групування районів та міст Львівської області за особливостями захворювання населення на туберкульоз

¹ Якщо інше не зазначено, оперуємо статистикою 2004 року.

**Групування районів та міст Львівської області
за особливостями захворювання населення на туберкульоз**

<i>Високий рівень загальної захворюваності на туберкульоз</i>		
<i>Група 1</i>	Незначна частка відкритих форм туберкульозу органів дихання, середня частка розпаду серед вперше виявлених хворих, велика частка нелегенових форм туберкульозу, висока туберкульозна смертність	Городоцький і Турківський райони, м. Борислав
<i>Група 2</i>	Незначна частка відкритих форм туберкульозу органів дихання, середня нелегенових форм туберкульозу, велика частка розпаду серед вперше виявлених хворих, висока туберкульозна смертність	Сколівський район
<i>Група 3</i>	Середні значення показників відкритих форм туберкульозу органів дихання, нелегенових форм туберкульозу, частки розпаду серед вперше виявлених хворих, середній рівень туберкульозної смертності	Буський, Жовківський, Золочівський, Пустомитівський, Самбірський, Сокальський та Стрийський райони, міста Дрогобич, Моршин, Самбір і Стрий
<i>Середній рівень загальної захворюваності на туберкульоз</i>		
<i>Група 4</i>	Середня частка відкритих форм туберкульозу органів дихання, висока частка нелегенових форм туберкульозу, низька частка розпаду серед вперше виявлених хворих, середній рівень туберкульозної смертності	Дрогобицький, Жидачівський і Радехівський райони, міста Трускавець та Червоноград
<i>Група 5</i>	Висока частка відкритих форм туберкульозу органів дихання, середня частка нелегенових форм туберкульозу, середня частка розпаду серед вперше виявлених хворих, низька туберкульозна смертність	Кам'янка-Бузький, Мостиський і Перемишлянський райони, міста Львів і Новий Розділ
<i>Низький рівень загальної захворюваності на туберкульоз</i>		
<i>Група 6</i>	Низька частка відкритих форм туберкульозу органів дихання, середня частка нелегенових форм туберкульозу, низька частка розпаду серед вперше виявлених хворих, низька туберкульозна смертність	Миколаївський, Старосамбірський та Яворівський райони
<i>Група 7</i>	Висока частка відкритих форм туберкульозу органів дихання, низька частка нелегенових форм туберкульозу, висока частка розпаду серед вперше виявлених хворих, низька туберкульозна смертність	Бродівський район

В контексті першого напрямку в регіоні виконувалася програма „Протидії поширення туберкульозу на території України 2000–2006”, розпорядження Кабінету Міністрів „Про комплексні заходи щодо запобігання поширення туберкульозу в Україні на 2006 рік” [4] тощо. В їх контексті було активізовано діяльність районних фтизіатричних центрів в напрямку діагностики пацієнтів на туберкульозне захворювання, особливо серед жителів сіл, працівників соціальних служб й асоціальних елементів. Крім того було започатковано впровадження на теренах області DOTS-стратегії. Остання передбачає виявлення хворих на туберкульоз мікробіологічними методами, тобто виявлення активних бактеріовидільювачів, які являють собою загрозу зараження для оточуючих. Її впровадження дасть змогу зекономити значні кошти: виявлення одного хворого за умов диспансеризації шляхом рентген-діагностики коштує державі 12,5 тис. грн., тоді як виявлення аналогічного хворого за умовами DOTS-стратегії коштує у 13 разів дешевше [8].

З ініціативи держави здійснюється також й протитуберкульозна рекламна компанія у вигляді соціальної реклами на телеканалах, у періодичних виданнях, у руслі проведення регіональних протитуберкульозних тренінгів для студентів, школярів, соціальних працівників і т.д.

Громадські організації Львівщини також активно включилися в протитуберкульозну компанію. З їх ініціативи був проведений у березні–квітні 2006 року місячник „Україна без туберкульозу”, який мав за мету інформувати громадян про шляхи уникнення захворювання на туберкульоз, важливість його своєчасного лікування та профілактики у повсякденному житті. В даній акції взяли участь Фондація „Громадський рух „Українці проти туберкульозу”, Міжнародна журналістська асоціація „Здоров’я без кордонів”, Міжнародна коаліція організацій „Зупинимо туберкульоз разом!”[3].

В подальшій боротьбі з туберкульозом великі надії покладаються на продовження співпраці з Глобальним фондом по боротьбі зі СНІДом, туберкульозом та малярією (ООН), який виступає в ролі основного фінансового мецената національної програми „Подолання епідемії туберкульозу в Україні” на 2008–2012 рр.

В цілому, незважаючи на наявність різноманітних державних й громадських програм запобігання поширення туберкульозу епідеміологічна ситуація на території Львівської області й наділі залишається невтішною. Лише підвищення загального соціально-економічного рівня життя мешканців краю, скорочення контингенту асоціальних елементів, а також покращення індивідуального відношення громадян регіону до власного здоров’я може стати запорукою подолання епідемії туберкульозу в Львівській області.

ЛІТЕРАТУРА

1. 24 березня – всесвітній день боротьби з туберкульозом – <http://www.loda.gov.ua/oda/news/article;3718>
2. Мельник В.М. Туберкульоз: шляхи зараження і запобігання // <http://www.ifp.kiev.ua/doc/people/tubzar.htm>
3. Місячник "Україна без туберкульозу!". – <http://www.civicua.org/news/view.htm>
4. Про комплексні заходи щодо запобігання поширення туберкульозу в Україні на 2006 рік. – <http://www.moz.gov.ua/ua/main/docs/?docID=4804>
5. 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.
6. Статистичний щорічник Львівської області за 2005 рік. Частина I. – Львів, 2006. – 366 с.
7. Туберкульоз в Україні – <http://www.ult.lviv.ua/index.php?newsid>
8. Україна запроваджує DOTS-стратегію як єдиний шлях призупинення епідемії туберкульозу. – <http://www.aptekagal.com.ua/archive/10-05.htm>
9. www.loda.gov.ua.

М.В. СЛАБИЙ, с.Д.-Г.Т. ТЕРЕШКЕВИЧ

ПРИНЦИПИ БІОЕТИКИ В ФАРМАЦЕВТИЧНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ У СФЕРІ ЕКСПЕРИМЕНТУВАННЯ НАД ЛЮДИНОЮ

Розглядаються проблеми фармацевтичної діяльності у сфері експериментування над людиною у сучасному суспільстві в контексті біоетики.

Рассматривается проблемы фармацевтической деятельности в сфере экспериментов над человеком в современном обществе в контексте биоэтики.

The article deals with the problems of pharmaceutical activities in the sphere of experiments on man in contemporary society in the context of bioethics.

Метою статті є розкриття проблем фармацевтичної діяльності у сфері експериментування над людиною на основі принципів персоналістичної біоетики, яка є онтологічно обґрунтованою.

Неможливо уявити сучасну медицину без впровадження новітніх досягнень науки, проведення кропітких досліджень і експериментів, без яких вона не мала б майбутнього. Але об’єктом для таких експериментальних цілей медицина все частіше використовує людину, а це, в свою чергу, породжує питання, чи робиться це із дотриманням належних засобів безпеки і без