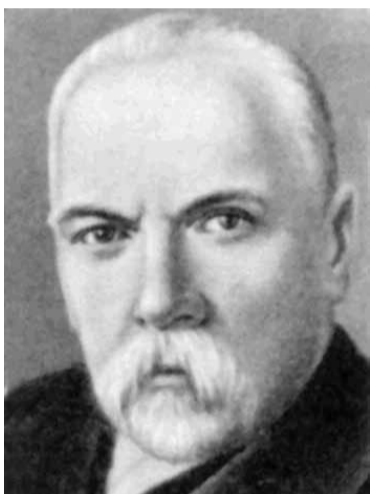


## КИЇВСЬКОМУ ХІРУРГІЧНОМУ ТОВАРИСТВУ — 105 РОКІВ

Історію хірургії можна написати в багатьох томах у вигляді інтригуючого трилера, де часом комічні ситуації сусідять з повними трагізму подіями, причому сумних, трагічних фактів у розвитку хірургії було, безумовно, більше. Виникнення хірургії відноситься до самих витоків людського суспільства. Почавши полювати, трудитися, чоловік зіткнувся з необхідністю заліковування ран, вилучення чужорідних тіл, зупинки кровотечі та інших хірургічних маніпуляцій.

Хірургія – одна з найдревніших медичних спеціальностей. У той же час вона вічно молода, тому що немислима без використання новітніх досягнень людської думки, прогресу науки і техніки. Розвиток хірургії можна представити у вигляді класичної спіралі, кожен виток якої пов'язаний з певними найважливішими досягненнями великих мислителів і практиків медицини. Історія хірургії складається з 4 основних періодів – емпіричний період, що охоплює час з 6-7 тисячоліття до нашої ери до кінця XVI століття нашої ери; анатомічний період – з кінця XVI до кінця XIX століття; період великих відкриттів кінця XIX – початку XX століття; фізіологічний період – хірургія XX століття. Найважливішими, переломними у розвитку хірургії стали кінець XIX – початок XX століття. У XX сторіччя хірургія, яка стала однією з головних складових клінічної медицини, вступила у всеозброєні епохальних досягнень попереднього XIX ст. (знеболювання, антисептика, асептика), що зумовили настання ери сучасної



Волкович М. М.

хірургії. Удосконалення оперативної техніки і значне розширення діапазону хірургічних втручань, поява нових ефективних операцій та оперативних методів незмірно збільшило лікувальні можливості. У зв'язку з цим змінилася і набагато зросла кількість так званих хірургічних хвороб, для лікування яких доцільним чи єдино можливим було оперативне втручання. Результати подібної диференціації виявилися надзвичайно добродійними – з'явилися нові галузі хірургії та самостійні спеціальності. У кінці XIX – початку XX ст. з хірургії виділилися і знайшли «суверенітет» офтальмологія і гінекологія, урологія і отоларингологія, травматологія та ортопедія, нейрохірургія і онкологія, судинна хірургія та трансплантологія, легенева хірургія та кардіохі-

рургія, дитяча хірургія та проктологія і інші. Вузькоспеціалізованими стали такі, спочатку «підсобні», дисципліни, як анестезіологія, реаніматологія, трансфузіологія.

Прогрес хірургії XX ст., що став підсумком діяльності вчених усього світу, заснований на успіхах природознавства, біології та медицини, на досягненнях науково-технічної революції. Особливістю хірургії був її органічний зв'язок з експериментальними дослідженнями, а її розвиток відрізняла диференціація наукових знань, які проте становили цілісну наукову систему.

Київське хірургічне товариство стало третім за рахунком в дореволюційній Росії. Першим було засновано в 1873 році Хірургічне суспільство в Москві, але в його статусі був параграф, вкрай обмежує прийом в члени товариства лікарів, які не мали ступеня доктора медицини. Це спричинило за собою виникнення другого Російського товариства хірургів у Москві в 1896 р. У 1918 обидва товариства злилися в одне. У 1881 в Петербурзі створено Російське хірургічне товариство ім. М.Пирогова. Потреба об'єднання з метою обміну думкою і досвідом, розробки наукових і практичних питань хірургії відчувалася вже давно серед київських хірургів. Ініціативу створення такого об'єднання взяв на себе професор Микола Маркіянович Волкович, всією душею відданий науці і який присвятив їй все своє життя.

Продовження читайте на стор. 4

## ПІДСУМКИ РОБОТИ В 2012 РОЦІ ТА ПОТОЧНОМУ ПЕРІОДІ 2013 РОКУ ПЕДІАТРИЧНОЇ ТА АКУШЕРСЬКО- ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ МІСТА КИЄВА

19 червня 2013 відбулася нарада за підсумками надання медичної допомоги дитячому та жіночому населенню міста Києва у 2012 році та основні завдання на 2013 рік. В нараді брали участь: Перший заступник директора Департаменту охорони здоров'я КМДА Валентина Залеська, головний педіатр Департаменту охорони здоров'я Людмила Квашніна; головний позаштатний дитячий онколог Департаменту охорони здоров'я Ольга Матюшок; головний позаштатний дитячий реабілітолог Департаменту охорони здоров'я Наталія Севрюк та усі головні спеціалісти Департаменту.

З основною доповіддю виступила В. Залеська. Були відзначені позитивні моменти в роботі служби. У 2012 році знизився показник маюкової смертності, він склав 5,88 випадків на 1000 живонароджених, що на 14,7% нижче, ніж у 2008 році, а за чотири місяці 2013 року він склав 4, 74 випадки, це одні з кращих показників в Україні згідно моніторингу невідкладних станів в педіатрії та якісного спостереження. Досягти встановлених показників вдалося при дотриманні технології надання медичної допомоги, що передбачено в рамках реалізації заходів програми модернізації. В Києві відбувається перевищення народжуваності над смертністю: у 2012 році народилося 33887 дітей (17492 – хлопчики, 16395 – дівчатка), померло – 27840 особи. Збільшилась кількість багатоплідних пологів: 2010 р. – 451, 2011 р. – 506, 2012 р. – 523. У порівнянні з 2008 на 10,2% збільшилась інвалідність дітей, значно виросла кількість хвороб центральної нервової системи та хвороб вуха та соскоподібного відростка. Незадовільні показники первинної інвалідності по районах: Печерський – 9,70; Дніпровський – 12,35; Шевченківський – 14,90; Подільський – 15,79. Порівняно з 2011 року смертність дітей знизилася: 2011 р. – 78, 4 дитини на 100000, в 2012 р. – 64,4. В 2012 році померло всього 347 дітей (в т.ч. 10 дітей вдома, з них 2 дитини – від множинних вроджених вад розвитку); 25 дітей від злослих новоутворень; 116 дітей від вроджених вад розвитку. Причини смертності: 1 місце – 41,8% стани перинатального періоду; 2 місце – 26,3 – вроджені вади розвитку; 3 місце – 9,6% новоутворення; травми та отруєння – 9%; хвороби органів дихання – 3,7%; інфекційні і паразитарні хвороби – 3,1%; хвороби нервової системи – 2,8%; інші хвороби – 3,7%. Значно зросла кількість дитячого травматизму: більш ніж на 17% за останні п'ять років; перше місце посідають вуличні травми – зростання на 18,1%; на другому місці побутові травми – зростання на 16,7%; дорожньо-транспортні травми – зростання на 12%. В місті працює 64 заклади охорони здоров'я по обслуговуванню дитячого населення: лікарняні заклади 11, в т.ч. багатопрофільні лікарні для дітей – 9, спеціалізовані лікарні – 2; пологові будинки – 6; перинатальний центр; амбулаторно-поліклінічні заклади – 29, в т.ч. поліклініки для дітей – 18, в т.ч. консультативно-діагностичні центри – 2, центри первинної медико-санітарної допомоги – 9; стоматологічні поліклініки – 3; санаторії для дітей – 12; будинки дитини – 2. Валентина Залеська зазначила, що в системі охорони здоров'я відсутні спеціалізовані реабілітаційні заклади.

Досягнення у роботі педіатричної та акушерсько-гінекологічної служби: відповідно до концепції розвитку перинатальної допомоги у місті Києві створено перший Перинатальний центр на базі Київського міського пологового будинку №7. Перинатальний центр м. Києва успішно пройшов міжнародний сертифікаційний аудит системи менеджменту якості на відповідність вимогам ISO 9001. Це перший перинатальний центр в Україні, що отримав високе міжнародне визнання в сфері якості надання медичних послуг; створено єдиний акушерсько-гінекологічний простір в Солом'янському районі, що дозволило наблизити надання допомоги «Лікар та пацієнт» – акушер-гінекологи ведуть прийом в 9 амбулаторіях, проводять навчання медичного персоналу на базі пологового будинку №5, проведи дооснащення кожного робочого місця лікаря акушер-гінеколога необхідним обладнанням, забезпечити тісний взаємозв'язок пологового будинку та жіночих консультацій, оптимізувати надання допомоги, зменшити кількість патологічних пологів з 27% до 23%, зменшити рівень

Продовження читайте на стор. 2

## СТАН ДИТЯЧОГО ТРАВМАТИЗМУ ТА ЗАХОДИ ЩОДО ЙОГО ПРОФІЛАКТИКИ

Літо – найулюбленіша пора року у дітей. Це час позитивних емоцій. Від гарного настрою діти починають більше грати, більше рухатися і більше ризикувати. У період літніх канікул багато дітей надані самі собі, тому нещасні випадки з ними відбуваються частіше. У літній час дітей на вулицях стає більше, і далеко не всі з них гуляють в безпечних місцях. Сьогодні маленьких любителів активного відпочинку можна зустріти буквально всюди. Багато відправляються на дачі, проводять час у дворах чи їдуть у табори. Збори, напруга і наразі дитина махає вам рукою – щасливої дороги! Але чи все зроблено батьками, щоб радість літнього відпочинку не затьмарувалася гіркотою для дитини і батьків, тривалим лікуванням або трагедією? Дитячий травматизм у всіх країнах стає предметом особливої заклопотаності широкого кола осіб і працівників різних спеціальностей. З ініціативи Департаменту охорони здоров'я КМДА для освітлення всієї серйозності даної проблеми 20 червня 2013 року відбулося засідання круглого столу на тему: «Стан дитячого травматизму та заходи щодо його профілактики». У заході взяли участь: Квашніна Людмила Вікторівна – головний позаштатний спеціаліст Департаменту охорони здоров'я із спеціальності «Педіатрія»; Пилипчук Олег Ростиславович – головний позаштатний спеціаліст Департаменту охорони здоров'я з дитячої ортопедії і травматології;

Продовження читайте на стор. 5

## Майбутнє за покликанням серця

Пролунав останній шкільний дзвоник і розпочалася вступна компанія до коледжів, інститутів, університетів. Перед багатьма вчорашніми школярами постає нелегкий вибір – Ким бути? Яку обрати професію? Яку користь я зможу принести людям? І багато хто з них приймає рішення зв'язати життя з медициною. Але бути хорошим медичним працівником непросто. Потрібно мати співчуття, милосердя і любити людей. Ця професія вимагає самовіддачі. І, оскільки вони зробили свій вибір на користь медицини, ми сьогодні розповімо про Вищий навчальний заклад «Київський медичний коледж ім. П.І. Гаврося». В даний час медичні сестри складають найчисленнішу категорію працівників охорони здоров'я – в лікарській діяльності збільшується частка медичних послуг, що надаються сестринським персоналом. На думку лікарів, у наш час на плечі медичних сестер лягає до 80% всієї турботи про хворих. У медицині з'являються все нові технології, у зв'язку з чим, від середніх медичних працівників потрібна постійна робота

над підвищенням своїх знань і умінь у відповідності з останніми досягненнями цієї життєво-необхідної науки. В останні десятиліття відбулися істотні зміни в підходах до навчання середніх медичних працівників, зокрема, акценти були зміщені від передачі знань і навичок до формування певних компетенцій, можливостей і здібностей приймати рішення. Завдяки технологічному прогресу змінилися і моделі навчання, особливо моделі безперервного підвищення кваліфікації. Все це сприяє підвищенню престижу професії, збільшенню ролі медичної сестри в сучасній охороні здоров'я.

Продовження читайте на стор. 3



# МЕДИЧНА ГОРДІСТЬ СТОЛИЦІ

Швидко пролетіли святкові дні. Багато хто з медиків відзначали його на робочому місці, лікуючи пацієнтів. І сьогодні хочеться згадати про тих, хто є для київської медицини зразком гордості і наслідування.



**Медичні працівники закладів охорони здоров'я Департаменту охорони здоров'я виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації), представлені до нагороди Почесною грамотою Київської міської державної адміністрації з нагоди святкування Дня медичного працівника:**

**Горачук Галина Іванівна**, лікар-терапевт дільничний Поліклініки № 2 Святошинського району м. Києва; **Грицаєнко Тетяна Федорівна**, лікар-терапевт дільничний Поліклініки № 1 Оболонського району м. Києва; **Дубінін Ігор Сергійович**, завідувач психіатричного відділення комплексної реабілітації № 2 Київської міської клінічної психоневрологічної лікарні № 1; **Жук Юлія Федорівна**, лікар-терапевт дільничний 1-го терапевтичного відділення Поліклініки № 3 Деснянського району м. Києва; **Зайчук Олена Олександрівна**, лікар-терапевт дільничний Київської міської студентської поліклініки; **Зарембська Ірина Богданівна**, завідувач амбулаторії № 11 Комунального некомерційного підприємства «Центр первинної медико-санітарної допомоги Дарницького району м. Києва»; **Карпенко Геннадій Петрович**, лікар-онколог хірургічного відділення Поліклініки № 2 Голосіївського району м. Києва; **Коваль-**

**ська Ольга Василівна**, завідувач стоматологічного відділення Центральної районної поліклініки Печерського району м. Києва; **Меркулова Людмила Михайлівна**, лікар-терапевт Поліклініки № 3 Подільського району м. Києва; **Назаренко Вячеслав Миколайович**, завідувач опікового відділення для дорослих Київської міської клінічної лікарні № 2; **Пішненко Наталія Миколаївна**, лікар-лаборант відділення трансфузіології Київської міської дитячої клінічної лікарні № 1; **Сивокінь Ганна Віталіївна**, лікар-невропатолог Центральної районної поліклініки Солом'янського району м. Києва; **Старова Валентина Іванівна**, завідувач кабінетом УЗД Комунального некомерційного підприємства «Консультативно-діагностичний центр Дніпровського району м. Києва»; **Ткаченко Валентина Іванівна**, лікар-педіатр денного стаціонару Центральної районної дитячої поліклініки Деснянського району м. Києва; **Хоменко Людмила Володимирівна**, старша сестра медична диспансерного відділення Київського міського протитуберкульозного диспансеру № 1; **Ямкова Галина Миколаївна**, викладач Першого Київського медичного коледжу.

**Медичні працівники, представлені до нагороди Почесною грамотою Міністерства охорони здоров'я України з нагоди святкування Дня медичного працівника:**

**Коваль Наталія Вікторівна**, сестра медична денного стаціонару відділення хвороб хребта та ортопедо-травматології Центральної районної поліклініки Шевченківського району м. Києва; **Максименко Костянтин Олександрович**, завідувач отоларингологічним денним стаціонаром Центральної районної поліклініки Голосіївського району м. Києва; **Скрипка Сергій Миколайович**, директор Комунального некомерційного підприємства «Консультативно-

діагностичний центр дитячий Дніпровського району м. Києва»; **Тихенко Сергій Вікторович**, головний лікар Київського міського центру екстреної медичної допомоги служби медицини катастроф; **Юрченко Олександр Володимирович**, головний лікар Київської міської клінічної лікарні № 5, головний позаштатний консультант з питань організації надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованих та хворим на СНІД Департаменту охорони здоров'я.

**Медичні працівники, представлені до нагороди Подякою Міністерства охорони здоров'я України з нагоди святкування Дня медичного працівника:**

**Гловацький Франк Франкович**, лікар-кардіолог Київської міської станції швидкої медичної допомоги; **Кирієнко Дмитро Васильович**, завідувач відділення загальної ендокринної патології Київського міського клінічного ендокринологічного центру; **Кузнецова Генрієта Миколаївна**, лікар-психіатр ЛКК Київської міської психоневрологічної лікарні № 2; **Чередниченко Наталія Миколаївна**, лікар-гематолог дитячої Київської міської дитячої клінічної лікарні № 1.

**Медичні працівники, нагороджені Нагрудним знаком «Відмінник охорони здоров'я м. Києва» до Дня медичного працівника в м. Києві:**

**Гевко Ніну Михайлівну**, лікаря-ревматолога Поліклініки № 5 Святошинського району м. Києва; **Адамова Валерія Олександрівна**, головного лікаря Поліклініки № 1 Оболонського району м. Києва; **Лимаря Юрія Вікторовича**, заступника головного лікаря з медичної частини Центральної районної поліклініки Деснянського району м. Києва; **Ярового Михайла Миколайовича**, головного лікаря Поліклініки № 3 Шевченківського району м. Києва; **Кулініч Галину Петрівну**, завідувача амбулаторії Комунального

некомерційного підприємства «Центра первинної медико-санітарної допомоги № 2 Дарницького району м. Києва»; **Кочугур Наталію Василівну**, завідувача дошкільно-шкільного відділення дитячої поліклініки № 2 Центральної районної поліклініки дитячої Голосіївського району м. Києва; **Кравчук Людмилу Василівну**, головного лікаря Центральної районної поліклініки Печерського району м. Києва; **Жабенко Наталію Йосипівну**, лікаря-терапевт дільничний Центральної районної поліклініки Солом'янського району м. Києва; **Телегу Наталію Валентинівну**, завідувача філії Комунального некомерційного підприємства «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 3 Дніпровського району м. Києва»; **Доля Олену Олександрівну**, лаборанта Київської міської клінічної лікарні № 18; **Целюка Григорія Борисовича**, заступника головного лікаря з медичної частини Київської міської туберкульозної лікарні № 2; **Ластовецьку Наталію Василівну**, старший фельдшер Київської міської станції швидкої медичної допомоги; **Вороніну Ірину Миколаївну**, завідувача відділення Київської міської клінічної лікарні № 2; **Бучинова Валерія Іванівна**, завідувача відділення Київської міської клінічної лікарні № 8; **Рябенко Тетяну Михайлівну**, завідувача відділення Київської міської клінічної лікарні № 9; **Сгорову Тетяну Андріївну**, завідувача відділення Київської міської клінічної лікарні № 5; **Сидоренко Василя Степановича**, завідувача відділення Київської міської лікарні швидкої медичної допомоги; **Марчука Віктора Григоровича**, завідувача відділення Дитячої клінічної лікарні № 3 Солом'янського району м. Києва; **Граніну Ларису Петрівну**, завідувача відділення Київського міського пологового будинку № 5; **Годлевську Ніну Заїгівну**, старшу сестру медичну стаціонару Київської міської клінічної психоневрологічної лікарні № 1.

Ви дійсно зробили медицину мистецтвом! Все тримається на особистості, особистості Лікаря! Лікаря чарівника, майстра, який відчуває, вгадує, лікує і виликовує!

Редакційна колегія

## Початок див. на стор. 1

перинатальних втрат на 16,4 %; продовження проведення місячника раннього виявлення онкогінекологічних захворювань, який було започатковано у 2011 році, протягом місячника було оглянуто понад 125 тисяч жінок, у кожній третій жінки виявлена патологія; організовано амбулаторний прийом дитячого гематолога на базі Київської міської дитячої клінічної лікарні № 1; Відкрито 4 ліжка для хворих на муковісцидоз на базі гастроентерологічного відділення Київської міської дитячої клінічної лікарні № 1, в 2012 році проліковано 34 дитини; розроблено концепцію розвитку будинку дитини ім. Городецького; створено Центр акушерсько-гінекологічної допомоги дітям та підліткам на базі Київського міського пологового будинку № 6 на 15 ліжок та 5 ліжок на базі КМДКЛ № 2, проліковано 540 дітей; розпочато впровадження пілотного проекту «Забезпечення профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини та покращення перинатальних показників у вагітних з наркотичною залежністю та народжених ними дітей»; в листопаді 2012 року відкрита «Клініка,

дружня для молоді» на базі ЦРДП Голосіївського р-ну, загальна кількість звернень за 2 місяці – 120, всього в столиці функціонує 5 таких клінік, за 2012 рік до клінік звернулось 3361 осіб; присвоєно звання «Лікарня, доброзичлива до дитини» трьома лікувально-профілактичними закладами міста, всього функціонує 19 таких закладів; відкрито в дитячих санаторіях 90 ліжок для дітей-інвалідів у супроводі одного з батьків, отримали санаторне лікування 414 дітей у супроводі одного з батьків; підготовлено проект Концепції розвитку хоспісної допомоги дітям та створення дитячого хоспісу на 30 ліжок; створено систему постійного навчання акушер-гінекологів, педіатрів, неонатологів, дитячих стоматологів, реабілітологів.

Стан надання медичної допомоги дитячому та жіночому населенню м. Києва потребує удосконалення: створити якісну систему пренатальної діагностики; забезпечити впровадження сучасних технологій в дитячих та пологодопоміжних стаціонарах; продовжити роботу щодо реконструкції будівель Київського міського центру репродуктивної та перинатальної медицини для створення Перинатального центру; розпочати роботи щодо створення третього перинатального центру на базі Київсько-

го міського пологового будинку № 5; забезпечити доступність послуг «Клініка, дружні до молоді» та відкрити «Клініки, дружні до молоді» в Дарницькому, Деснянському, Святошинському та Солом'янському районах; завершити організацію центру дитячої нейрохірургії на базі міської дитячої клінічної лікарні № 1 (завершення капітального ремонту та дооснащення медичним обладнанням; провести реструктуризацію ліжок акушерсько-гінекологічної та педіатричної служби; організувати систему раннього втручання: діагностики, корекції та реабілітації патологічних станів у новонароджених; забезпечити доступні ефективні послуги реабілітації із застосуванням найсучасніших технологій (створення дитячого закладу відновного лікування); продовжити досвід санаторно-курортного лікування дітей інвалідів у супроводі батьків в дитячих санаторіях м. Києва; забезпечити – огляд школярів переважно в лікувально-профілактичних закладах, протягом календарного року, індивідуально, у присутності батьків чи осіб, що їх замінюють.

Інформація надана Міським науковим інформаційно-аналітичним центром медичної статистики

## ПІВРОКУ БЕЗ ТЮТЮНОВОГО ДИМУ

За Законом України № 4844, з 16 грудня 2012 р. заборонено куріння тютюнових виробів, електронних сигарет і кальянів у приміщеннях закладів ресторанного господарства; у приміщеннях та на території навчальних закладів, спортивних і фізкультурно-оздоровчих споруд та закладів фізичної культури і спорту, закладів охорони здоров'я, у приміщеннях об'єктів культурного призначення, у примі-



щеннях органів державної влади та органів місцевого самоврядування, інших державних установ; на стаціонарно об-

ладаних зупинках маршрутних транспортних засобів. Відводити місця для куріння в цих місцях заборонено.

Одним з результатів дії цього закону стало те, що українці стали менше курити. Державна служба статистики України опублікувала звіт щорічного вибіркового опитування домогосподарств, проведеного у жовтні 2012 року, в якому наведено дані щодо тютюнокуріння серед населення у віці 12 років і старшому. У 2012

році загальна поширеність куріння зменшилася до 21,8% у порівнянні з 22,3% у 2011 році. Зменшення переважно відбулося серед молодих осіб: у 2011 році курило 23,0% людей у віці 14-29 років, а у 2012 році – лише 20,4%.

Загалом у 2008-2012 роках кількість курців в Україні, за даними Державної служби статистики, скоротилася з 10,07 млн осіб до 8,35 млн осіб або на 17% за чотири роки. Це скорочення вже дає конкретні результати для здоров'я населення. За даними того ж опитування Держ-

авної служби статистики частка опитаних, які повідомили, що мають хронічний бронхіт або емфізему легенів, зменшилася з 8,9% 2008 року до 6,7% 2012 року або на 25% за 4 роки. Продовжує скорочуватися смертність від хвороб органів дихання: у 2012 році від цих хвороб померло майже на 1000 менше людей, ніж у 2011 року.

Міністерство охорони здоров'я України вважає, що скорочення поширеності куріння стало результатом цілеспрямованих заходів, які вживалися в Україні протягом остан-

ніх років, і очікує, що закони про звільнення громадських та робочих місць від тютюнового диму та про заборону тютюнової реклами, які набули чинності наприкінці 2012 року, сприятимуть подальшому зменшенню поширеності тютюнокуріння, що дозволить покращити стан здоров'я людей в нашій державі. Українці менше курять, а відповідно стають здоровішими. Це і є головним результатом дії закону вже у перші місяці. Це найкращий подарунок усієї системи охорони здоров'я. Бездимні закони рятують життя!

# МАЙБУТНЄ ЗА ПОКЛИКАННЯМ СЕРЦЯ

Медичний коледж – навчальний заклад, де виховання людських якостей і моральності – професійна вимога.

Перед вами стоїть складне завдання – обрати ту професію, яка відповідає вашим природним здібностям і нахилам. У світі існує багато цікавих, корисних і потрібних людям професій. Як серед безлічі різноманітних справ знайти те єдине, якому готовий присвятити життя, віддати всі сили, знаходячи задоволення в досягнутому? На жаль, трапляється так, що людина не знаходить себе, в силу яких-небудь обставин пасує, починає плисти за течією. Але якщо людина знайшла своє покликання, праця стає для нього радістю.

«Київський медичний коледж ім. П.І. Гаврося» (ВНЗ «КМК ім. П.І. Гаврося») є вищим навчальним закладом комунальної форми власності і підпорядкований Головному управлінню охорони здоров'я виконавчого органу Київської міської ради – Київської міської державної адміністрації.

Історія Київського медичного коледжу ім. П.І. Гаврося починається з 29 листопада 1939 року, коли з метою підготовки військових фельдшерів було засновано Київське військово-медичне училище на чолі з його начальником П.І. Гавросем. Перший випуск відбувся в 1941 році, в кількості більше однієї тисячі спеціалістів медиків, і всі вони були направлені в діючу армію де брали участь у боях проти німецько-фашистських загарбників. В другій половині липня училище було евакуйовано в м. Свердловськ, де було сформовано «Жіночий курсантський батальйон», в якому дівчата – добровольці опанували складну майбутню професію. У листопаді 1943 року на підступах до Києва випускник КВМУ Н.А. Копитенков здійснив подвиг, за що отримав звання Героя Радянського Союзу, крім нього цього високого звання були удостоєні й інші випускники – О.О. Богомолів, Ю.А. Дискін, Н.П. Жуков, Ф.М. Ремінний. В грудні 1944 року училище повернулось у напівзруйнований Київ і продовжило підготовку військових медиків. У суворих випробуваннях Вітчизняної війни більш ніж 7-ми тисячний корпус військових фельдшерів випускників училища мужньо боровся з ненавистим ворогом.

В травні 1958 року на базі КВМУ було створено Київське медичне училище №2. 9 грудня 1999 року Кабінет Міністрів України прийняв пропозицію Київської міської державної адміністрації про присвоєння Київському медичному училищу №2 імені першого директора, організатора і педагога, який вніс значний вклад у створення і вдосконалення навчальної, матеріальної бази училища, Павла Іллєча Гаврося і надалі іменувати його – Київський медичний коледж імені П.І. Гаврося. Постановою Ради Міністрів УРСР від 05.08.1988 р. за № 222 Київське медичне училище №2 підпорядковується Головному управлінню охорони здоров'я м. Києва. Постановами Кабінету Міністрів України в 1999 році за № 2174 та № 2243 КМУ № 2 нагороджено Почесною грамотою Кабінету Міністрів України та присвоєне ім'я першого директора та засновника училища – П.І. Гав-

рося. На виконання розпорядження Київської міської державної адміністрації від 28.09.2001 р. № 2032 на базі Київського медичного училища №2 створено Київський медичний коледж ім. П.І. Гаврося.

Основними напрямками освітньої діяльності коледжу є підготовка молодших медичних спеціалістів з спеціальностей:

- Лікувальна справа
- Сестринська справа
- Фармація та підвищення кваліфікації молодших медичних спеціалістів лікувально-профілактичних закладів м. Києва.

Із зазначених спеціальностей коледж акредитований за I рівнем.

Згідно додатку до ліцензії ліцензований обсяг прийому становить:

- 5.12010101 Лікувальна справа (фельдшер) – 90 осіб
- 5.12010102 Сестринська справа (медична сестра) – 120 осіб
- 5.12020101 Фармація (фармацевт) – 60 осіб

Керівник навчального закладу – директор ВНЗ «КМК ім. П.І. Гаврося» Підмогиляна Л.Г., працює на посаді з 01.03.2010 р.

Викладацький склад коледжу здійснює підготовку спеціалістів в складі 8-ми циклових комісій.

Всього працює викладачів – 63 (в т.ч. 12 сумісників) з них:

- Кандидат медичних наук – 2
- Вища категорія – 40 (в т.ч. викладачі-методисти)
- I категорія – 8
- II категорія – 3
- Спеціаліст – 10

Працевлаштування випускників коледжу відбувається у відповідності до Указу президента від 23 січня 1996 № 77 «Про заходи щодо реформування системи підготовки спеціалістів та працевлаштування випускників вищих навчальних закладів», Порядку працевлаштування випускників вищих навчальних закладів, підготовка яких здійснювалась за державним замовленням, затвердженого постановою Кабінету міністрів України від 22 серпня 1996 № 992, наказу МОЗ України від 25.12.97 № 367 «Про затвердження Порядку працевлаштування випускників державних вищих медичних (фармацевтичних закладів) освіти, підготовка яких здійснювалась за державним замовленням», наказу по коледжу від 28.02.2011 №03-22 Про працевлаштування випускників КМК ім. П.І. Гаврося. Працевлаштування випускників 2012р. здійснювалось відповідно набутої ними спеціальності, укладеної угоди та плану направлення на роботу Департаменту охорони здоров'я КМДА. Адміністрацією коледжу здійснюється контроль прибуття випускників до місця роботи (на кожного випускника отримані повідомлення до направлення про прибуття на роботу).

Підвищення кваліфікації середнього медичного персоналу лікувально-профілактичних закладів м. Києва проводиться з наступних спеціальностей: Сестринська справа; Лікувальна справа; Акушерська справа; Медико-профілактика справа; Лабораторна діагностика; Ортопедична стоматологія.

Протягом року, як правило, проводиться біля 120 циклів (в т.ч. циклів удосконалення – 110-112, спеціалізації – 8-10), з яких: для медичних сестер – 84 цикли (72,5%), фельдшерів – 9 циклів (7,5%), лаборантів та рентгенлаборантів – 13 циклів (11%), помічників санітарного лікаря та епідеміолога – 5 циклів (4,4%), акушерки – 4 цикли (3%), інші спеціальності – 5 циклів (3,5%). За рік підвищують кваліфікацію біля 4000 осіб. Тривалість циклу підвищення кваліфікації – 1 місяць, циклу спеціалізації – 2 місяці.

Для забезпечення потреб практичної охорони здоров'я, взаємовигідного поєднання сучасних наукових знань і досягнень практичної медицини, створення умов для ефективного вдосконалення професійної спрямованості навчання КМК ім. П.І. Гаврося тісно співпрацює з ВМНЗ III – IV рівня акредитації та лікувально-профілактичними закладами ДОЗ КМДА та іншими медичними закладами м. Києва. Укладені угоди з НМУ ім. О.О. Богомольця, НДСЛ «Охматдит», Олександрівською клінічною лікарнею м. Києва, Центральною станцією швидкої медичної допомоги м. Києва, міською СЕС, поліклінікою сімейних лікарів «Корчувате». На базі цих установ проводились цикли удосконалення, до проведення яких були залучені науково-педагогічні працівники та провідні фахівці практичної охорони здоров'я. Продовжуючи роботу щодо подальшого удосконалення навчального процесу до дипломної і післядипломної підготовки молодших спеціалістів з спеціальності «Сестринська справа», коледж активно співпрацює з Асоціацією медичних сестер України та Асоціацією медичних сестер м. Києва. У 2012 продовжена активна співпраця з факультетом підвищення кваліфікації викладачів НМУ ім. О.О. Богомольця – де кожні 5 років викладачі коледжу підвищують педагогічну майстерність та професійний рівень, так у 2011 – 2012 н.р. підвищили свою кваліфікацію 9 викладачів, на встановлення чия підтвердження кваліфікаційної категорії, згідно плану, пройшли атестацію 7 викладачів. Підготовка молодших спеціалістів зі спеціальностей «Лікувальна справа», «Сестринська справа», «Фармація» з 2011-2012 р. здійснюється за навчальними та робочими навчальними планами Київського медичного коледжу ім. П.І. Гаврося, які розроблені на основі нових галузевих стандартів (освітньо-кваліфікаційної характеристики та освітньо-професійної програми спеціальностей та примірних навчальних планів) затверджених наказом: Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України від 24.06.2011р № 649 «Про затвердження і введення в дію складових галузевих стандартів вищої освіти зі спеціальностей освітньо-кваліфікаційного рівня молодшого спеціаліста галузей знань «Медицина» та «Фармація», та введених наказом МОЗ України від 07.07.2011р № 401 «Про затвердження і введення в дію складових галузевих стан-

дартів вищої освіти зі спеціальностей освітньо-кваліфікаційного рівня молодшого спеціаліста галузей знань «Медицина» та «Фармація» і повністю відповідають вимогам галузевих стандартів за переліком дисциплін, загальною кількістю годин, тривалістю навчання, кількістю годин від-

вний акцент зроблено на подальший розвиток впровадження інформаційних – комп'ютерних технологій. Для ефективного впровадження комп'ютерних технологій навчання обладнано комп'ютерами 60 робочих місць для студентів, викладачами коледжу створено близько 170 при-



ведених на вивчення окремих предметів та забезпечують зміст підготовки визначений галузевими стандартами. Систематично працюючи над удосконаленням змісту навчання до дипломної та післядипломної підготовки з урахуванням потреб практичної охорони здоров'я, на виконання положень Концепції розвитку вищої медичної освіти в Україні (затвердженої наказом МОЗ України від 12.09.2008р. № 522/51) в коледжі продовжується проводитись робота, щодо забезпечення здійснення процесу навчання на засадах доказової медицини та впровадження стандартів надання медичної допомоги населенню (в межах компетенції молодшого медичного спеціаліста). Викладачі циклових комісій клінічних дисциплін та викладачі циклової комісії фармацевтичних дисциплін продовжували впроваджувати в навчальний процес Протоколи (клінічні протоколи) надання медичної допомоги населенню, на їх основі внесені певні корективи до змісту лекцій та алгоритмів виконання практичних навиків. Для вивчення найбільш раціональних, високоєфективних та економічно доцільних методів фармако-терапії продовжується робота щодо подальшого впровадження в курсі предметів «Фармакологія з рецептурою» та клінічних дисциплін Державного формуляру лікарських засобів.

З метою подальшої оптимізації навчального процесу викладачами коледжу дійсноється робота щодо впровадження інноваційних технологій навчання, осно-

кладних контролюючих та навчальних програм, загальний банк тестів для комп'ютерного контролю складає 16700 тестів. Кожна циклова комісія має свою електронну бібліотеку, яка постійно поповнюється.

Адміністрація коледжу систематично працює в напрямку удосконалення матеріально-технічного забезпечення навчального процесу, покращення умов навчання та проживання студентів, а також забезпечує здійснення заходів соціального захисту викладачів та студентів передбачених чинним законодавством.

В коледжі навчається чимало різноманітних здібних студентів. Підтвердженням тому служать участь і перемоги у професійних конкурсах, науково-практичних конференціях, творчих конкурсах. Випускники училища конкурентоспроможні і затребувані на ринку праці, так як їх підготовка відповідає сучасним вимогам. Отримана медична освіта є хорошою основою для інших професій і працевлаштування.

Гордість і слава училища – всі випускники! Вони трудяться не тільки в Києві але і у всіх регіонах нашої країни і радують своїми успіхами! Медицина стала справою їхнього життя!

Професія лікаря в будь-якому суспільстві на особливому рахунку. Лікар – це не професія, а спосіб життя. Великий філософ Стародавньої Греції Сократ говорив, що всі професії в світі – від людей і тільки три – від богів. Суддя, педагог і лікар, за визначенням мудреця, отримують свій дар згори.

## ВАШ КОНСУЛЬТАНТ

**Лідія ПІДМОГИЛЬНА**  
директор коледжу  
Україна, Київ, Білецького, 16

**Звертайтеся, якщо маєте питання:**  
Тел: (+380 44) 497 1171  
Факс: (+380 44) 497 1171



## SCIENTIA ARS ET BONUM

На початку 1908 року М.Волкович зібрав у себе на квартирі групу київських хірургів і представників суміжних спеціальностей – отоларингологів, гінекологів, офтальмологів, урологів, а також терапевтів – професора Ф.Яновського, В.Образцова і патологоанатомів – В.Недзельського, В.Високовича. На цих зборах було вирішено заснувати хірургічне товариство. Розроблений статут Товариства підписано 79 особами – засновниками. Не рахуючи всіх поіменно обмежимося вказівкою, що в основне ядро входили професори М.Волкович, І.Бондарев, А.Павловський, І.Малиновський, Морозов, лікарі Г.Іваницький, А.Яценко, Є.Черняхівський, А.Вакар, Г.Биховський, Л.Мар'янчик, М.Черьомухін, Н.Розов, А.Радзівський та інші – всього 45 чоловік; сім терапевтів – проф. Ф. Яновський, В.Образцов, Г.Малков, К.Вагнер; вісім гінекологів – проф. А.Муратов, С.Яровий, Ф.Яхонтов, Г.Писемський, Н.Нілов; отоларингологи – Н.Трофімов, М.Хармак, А.Де-Ленс, С.Ставракі та інші; чотири уролога; анатоми – О.Русіцкій, Р.Гельвіч, В.Високович, В.Недзельський. Таким чином, до групи засновників Товариства входили не тільки професора, а й рядові лікарі.

28 жовтня 1908 року для затвердження Статуту та виборів управління члени-засновники Товариства зібралися в будівлі університету. Обрані були: Головою Товариства М.Волкович, товаришем голови І. Бондар, секретарями – Г. Іваницький, Є. Черняхівський, скарбником А. Де-Ленс, бібліотекарем А. Вакар.

Наукова діяльність суспільства почалася з урочистого засідання 10 (23) листопада 1908 р., на якому після привітального слова голови були промовлені доповіді проф. М.Волковичем «Хірургія жовчних шляхів в сьогоднішній та І.Бондаревим «Ставлення хірургії до внутрішньої медицини». Думки і положення, висловлені в цих доповідях більше 100 років тому, не втрачають своєї актуальності і сьогодні. Так, наприклад, М.Волкович зазначав, що оперативні втручання при шлунково-кишкових захворюваннях робляться не так часто, як цього вимагає процес хвороби, і в пізні терміни, при наявності ускладнень. Він висловлювався за холецистектомію, підкреслюючи, що чим раніше вона проводиться, тим менше виникає небезпечних ускладнень.

Дату урочистого засідання Київського хірургічного товариства вирішено вважати початком діяльності. Подальші засідання проходили в аудиторії факультетської терапевтичної клініки в 19.30 вечора по понеділках через 2-3 тижня (за винятком канікулярних перерв). Треба сказати, що з самого початку роботи Товариства документація засідань, ведення з пунктуальною точністю протоколів із зазначенням усіх присутніх членів, оформлення сутності доповіді і кожного виступу в дебатах можуть служити зразком і в даний час для наукових товариств. Грала роль велика ерудиція, наукова принциповість і вимогливість голови та відповідальних секре-

тарів. Тому відразу ж з'явилася можливість друкувати праці Товариства, причому не урізуючи їх розміри.

Можливість вільно друкувати праці Товариства в друкарні Університету була повністю використана правлінням, і в результаті залишилася цінна спадщина у вигляді 5 випусків праць за період з 1908 по 1914рр., по 450-550 сторінок в кожному. Зупинимося лише на головних розділах представлених у доповідях. Перший рік зазнав впливу значної кількості членів Товариства по отоларингологічній спеціальності і багаторічному досвіду Голови в цій області. Тому з 36 доповідей і демонстрацій 12 були з питань отоларингології – абсцеси мозку вушного походження, операції Кілліана, операції при раку гортані, ринопластика. Надалі, при вступі нових членів, переважно хірургів, це превалювання згладилося.

Доповіді стали присвячуватися найрізноманітнішим напрямкам хірургії, урології, отоларингології та гінекології. Розроблялися не тільки загальні проблеми – наркоз, анестезія, асептика, хірургія судин, опорно-рухового апарату, а й питання, що стосуються окремих хірургічних захворювань у всіх областях людського тіла. Висувалися питання черевної, а саме шлунково-кишкової і печінкової патології і оперативних втручань



Високович В. К.

при них. З'явилися доповіді з нейрохірургії. Ентузіаст і піонер в цій області П.Бабицький неодноразово виступав з доповідями із пухлин мозку і з демонстрацією хворих. Цю ж тему розробляв і М.Юкельсон. Обмежимося лише вказівкою на кілька особливо значних доповідей, що повною мірою зберігають наукову і практичну цінність в даний час: Є.Черняхівський «Про сучасний стан кровоносних судин» (1913 р.); М.Волкович «Про ознаки повторюваного апендициту» і «Про віддалені ознаки раку черевної порожнини, пупковому і ректальному» (1913 р.); В.Виноградов і Ф.Вакар «Про розпізнавання та лікування подіафрагмальних гнійників, з описом ряду клінічних випадків»; П.Бабицький і М.Юкельсон «Про проривну виразку шлунка дванадцятипалої кишки» (1910 р.); А.Терешкович «Про метастатичні раки яєчників при первинному захворюванні грудних залоз» (1911 р.); В.Яценецький-Войно «Про двостороннє пошкодження блукаючого нерва і резекції нерва діафрагми» і «Первинний гострий остеомієліт хребта»; І.Зав'ялов доповів про зроблену з успіхом опе-

рацію зашивання рани серця. Це був перший у Києві випадок одужання після такої операції (01.04.1918г.); Г.Іваницький запропонував свій метод артрореза голено-таранного суглоба і метод ампутації з вільною пересадкою кістки (1912р.).

Прийом у члени Товариства, як уже зазначалося, проходив незалежно від вченого звання або наукового ступеня кандидата. Були потрібні пропозиція і рекомендації двох дійсних членів Товариства, обов'язкове подання автобіографії, яка зачитувалася на адміністративному засіданні. Бути прийнятим у члени Товариства було великою честю і мрією молодих хірургів. Однак висока повага до великого стажу, авторитету і досвідченості складу Товариства, змушували скромно очікувати визнання бути гідним включення в дійсні члени його. Треба було показати на ділі себе самостійним хірургом, що має до того ж прагнення і здібності до наукової діяльності, розробці та висвітленні баченого і початого. Товариство мало свою оригінальну печатку із зображенням голови ескулапа в центрі і з написом навколо неї Scientia ars et bonum (Мистецтво та наука добра), а по периферії точне найменування товариства.

Перша світова війна, що почалася влітку 1914 року, перервала регулярно налагоджену діяльність Київ-



Образцов В. П.

ського хірургічного товариства. Документальних даних про засідання в 1914-1916рр. немає. Зрідка були засідання присвячені, переважно, питанням травми військового часу. У них брали участь і працюючи тоді в Києві хірурги – проф. С.Томашевській з Петербурга, проф. А.Крилов, проф. М.Волкович та інші. У 1917-21 рр. припинилася робота майже всіх наукових товариств, у тому числі і Київського хірургічного.

У 1921 році при науковій асоціації Союзу Медсанпраця починають працювати хірургічні секції єдиних наукових медичних товариств (ЕНМТ). Колишня організованість і досвід роботи Київського хірургічного товариства зіграли позитивну роль, і тому хірургічна секція Київського ЕНМТ була однією з перших і провідних у відновленні наукової роботи. У план роботи входили тепер, крім суто наукових, питання – організації та кваліфікації хірургічних кадрів; допомоги органам охорони здоров'я у відновленні і розвитку останнього; поліпшення якості роботи медичних закладів на периферії, – тобто цілком нові завдання, спрямо-

вані на об'єднання теорії і практики. Наскільки можна судити, за різними даними, до 1936 року керівництво Товариства постійно змінювалося від засідання до засідання. Головами були М.Волкович, Г.Іваницький, М.Юкельсон і А.Кримов. І тільки на засіданні 09.04.1936 року був обраний постійний склад: Голова – А.Кримов, заступники М.Юкельсон, Г.Биховський, А.Чайка.

Що стосується тематики засідань, то треба сказати, що, за невеликими винятками, вона не дуже істотно відрізнялася від тематики першого періоду до 1914 року. Але зрідка з'являлися доповіді з профілактики хірургії – Г.Биховський «Про профілактику злоякісних утворень». Практикувалися спільні засідання, а саме з акушерами-гінекологами і рентгенологами з питань рентгенології. З доповідями виступали вже і представники наступного покоління київських хірургів – І.Іщенко, Б.Архімович, Ю.Крамаренко. Зрідка брали участь і колишні доповідачі – Д.Городницький, Б.Дінерман, Є.Файнштейн.

З початком Великої Вітчизняної Війни більшість членів Товариства стало її учасниками і діяльність Товариства на деякий час припинилася повністю. Нормальний ритм налагоджувався поступово, відповідно кількості членів, що повернулися до Києва. За 1943 рік зареєстровано всього 13 чоловік, за 1946 – вже 41, а за 1947 – 59. У перші повоєнні роки, у зв'язку з триваючим доліковуванням



Войно-Ясенецький В. В.

великих груп хворих зі складними ушкодженнями, значна частина доповідей присвячувалась цим розділам військово-польової хірургії, досвіду роботи у фронтових госпіталях і в тилу – поранення черепа, грудної порожнини, кінцівок. Поряд з цим, були і доповіді з питань хірургії мирного часу: І. Іщенко «Блокада симпатических вузлів», В. Чайка «Гнійні захворювання малого таза» та інші.

Переходячи до наступного періоду діяльності Київського хірургічного товариства, хотілося б насамперед відзначити значне зростання кількості його членів, збільшення числа засідань, доповідей і демонстрацій, поліпшення відвідуваності засідань і появою планування тематики разом із значним розширенням її діапазону і освітленням нових розділів хірургії – нейрохірургії; хірургії легких, вроджених і набутих вадах серця; пухлин середостіння; інтраторакальних втручань на стравоході і кардинальної частини шлунка; пластики стравоходу; питань онкології. Висвітлювалися також нові форми знеболювання – інтратрахеальна, перидуральна анестезія, застоосу-

вання гангліоблокуючих і нейроплогічних засобів, гіпотермія. Неодноразово заслуговувалися доповіді з питань переливання крові, її компонентів і заміників – проф. А. Федоровський. Приділялася значна увага організаційним питанням, допо-



Амосов М. М.

моги органам охорони здоров'я, історії хірургії та її вітчизняним корифеям, науковим школам І. Павлова, М. Пирогова, винаходам, тканинній терапії та антибіотикам. Покладено початок залученню в Товариство районних хірургів Київської області. Проведено кілька виїзних сесій і наукових консультацій у Білій Церкві, Чернівцях, Житомирі, Тернополі, Переяслав-Хмельницькому. Заслухані доповіді радянських вчених – А.Вишневецького, Д.Бірюкова, І.Андросова, Л.Богущ, Н. Задібна, Г.Гуревича, К.Овнатаняна. Проведено більше 35 спільних засідань з нейрохірургами, ортопедами-травматологами, онкологами, урологами. Вже з 1950 року на засіданнях дебатовуються питання торакальної хірургії. Особливо зростає кількість доповідей та демонстрацій з цього розділу з появою в хірургічному суспільстві проф. М. Амосова – «Досвід хірургічного лікування мітрального кровообігу» та інші його праці. У 1959р. в Києві було створено «опіковий центр», і на досвіді його роботи Ю. Братусь підготував доповідь «Хірургічне лікування термічних опіків» (1964 р.). Висвітлювався і розділ складних розширених втручань в черевній порожнині – О.Авілова «Про першу в Києві успішну панкреатодуоденальну резекцію».

Йшли роки, змінювалися покоління лікарів, і кожен з них зробив свій внесок у розвиток не тільки київської, а й світової медицини. На жаль, ми не можемо розповісти про всіх, відомих і невідомих хірургів, які поклали своє життя на вівтар богу Асклепію. Але їх праця буде жити не тільки в монографіях і доповідях, а і в пам'яті людей, яким вони врятували життя.

Закінчуючи свою розповідь, хочеться підкреслити, що Київське хірургічне товариство, закладене на твердій основі «науки, мистецтва і добра» виявилось життєздатним і плідним протягом своєї історії. Vivat, crescat et floreat Київському хірургічному товариству на благо вітчизняної науки і медицини, на благо громадян нашої країни.

Підготувала Вікторія Величко  
за матеріалами наданими  
Національним музеєм медицини  
України та Національною науковою  
медичною бібліотекою України

Початок див. на стор. 1

Синицький Сергій Іванович – головний позаштатний спеціаліст Департаменту охорони здоров'я з дитячої нейрохірургії; Доманський Олег Борисович – головний позаштатний спеціаліст Департаменту охорони здоров'я з дитячої хірургії; Вершигора Анатолій Васильович – головний лікар Київської міської станції швидкої медичної допомоги; Олександр Куртенко – в.о. начальника відділу кримінальної міліції у справах дітей ГУВС МВС України в м. Києві. За

місці заборонено, з подібного ставлення до дорожнього руху і починається важкий дитячий травматизм. Тому дорожньо-транспортний травматизм посідає 4 місце серед дитячих травм.

За перший квартал поточного року бригадами швидкої медичної допомоги виконано 2957 виїздів до дітей з приводу травм та нещасних випадків, це на 37 випадків більше, ніж у I кварталі 2012 року. Треба зазначити, що відсоток звернень батьків із дітьми до травм пунктів м. Києва складає в середньому 95,4% до НДСЛ «Охматдит» та 98,2% в ДКЛ №

року ця цифра зросла до 149 випадків. Занепокоєння викликає зростання черепно-мозкових травм серед дітей. Сергій Синицький звернув увагу, що в усьому світі спостерігається зростання таких травм на 2%. За допомогою до дитячих нейрохірургів з приводу черепно-мозкової травми щодня звертається 30-40 маленьких пацієнтів, 15-17 з них потребує госпіталізації, 8% оперативного втручання. Ніхто не береться прогнозувати наслідки перенесених травм. Черепно-мозкові травми призводять до інвалідності і залишають наслідки на все жит-



словами Людмили Квашніної в даний час від травм і нещасних випадків помирає у багато разів більше дітей, ніж від дитячих інфекційних захворювань. І останнім часом простежується тенденція щодо збільшення кількості нещасних випадків у дітей. Виникненні ушкоджень істотне значення мають анатомо-фізіологічні та психологічні особливості дітей, їх фізичний і розумовий розвиток, недостатність життєвих навичок, підвищена допитливість і т. п., дуже часто діти отримують ушкодження (травми), які іноді ведуть до інвалідності. Найбільше число травм відбувається у хлопчиків, в 2-3 рази частіше, ніж у дівчаток, що можна пояснити більшою активністю хлопчиків. У домашніх умовах часто отримують ушкодження діти грудного віку. У цьому віці в основному мають місце побутові травми. Найбільш часто виникають опіки (35%) і переломи (14%), тобто майже половина випадків відноситься до числа серйозних ушкоджень. Неправильний догляд за дитиною, несприятливі умови навколишнього середовища, незадовільний нагляд з боку дорослих – основні фактори, які призводять до травм дітей грудного віку, зокрема, до опіків. Причиною виникнення опіків можуть бути гарячі предмети і посудини з гарячою рідиною, залишені біля дитини, поганий стан електропроводки. Переломи найчастіше пов'язані з падінням з ліжечка, недовглядом з боку батьків. Таким чином, очевидно, що єдиним виватцем усіх пошкоджень у немовляти є недбалість або неухважність дорослих. Сьогодні маленьких любителів активного відпочинку можна зустріти на дорозі. Тут не те, що кататися, але навіть переходити в недозволеному

2. Анатолій Вершигора підкреслив, що за рік характер травм змінюється, майже немає випадків випадання з вікон. Але збільшилися випадки жорстокого побиття підлітками своїх однолітків, особливо серед дівчаток. Зростає кількість дітей, постраждалих від жорстокого поводження в сім'ї, але діти, практично не йдуть на контакт з лікарями. Працівники медичних закладів зобов'язані повідомляти про всі випадки, які викликають найменші підозри, в районні управління внутрішніх справ. Алкогольні та токсикологічні отруєння серед підлітків збільшуються з кожним роком, для їх зниження необхідно вводити жорстку заборону на продаж неповнолітнім алкогольних напоїв. Олег Пилипчук надав аналіз дитячого травматизму в Києві. Одним з факторів, що впливають на зростання дитячої травми, є процес міграції населення, за рахунок чого зростає фактична чисельність жителів міста. Значно зросла кількість дитячого травматизму: більш ніж на 17% за останні п'ять років; перше місце посідають вуличні травми – зростання на 18,1%; на другому місці побутові травми – зростання на 16,7%; дорожньо-транспортні травми – зростання на 12%. У 2012 році смертність від травми та отруєння становить 9% від загальної кількості. У зв'язку з тим, що в Києві працюють тільки два травм пункти для дітей – Дитяча клінічна лікарня № 2 і НДСЛ «Охматдит» – навантаження на них зростає в геометричній прогресії. Тільки в 2013 році в НДСЛ «Охматдит» прийнято в січні – 1606 дітей, в травні – 2378 дитини. І якщо в 2010 році кількість звернень до травм пунктів міста становила 103 випадки на добу, то за поточний період 2013

року – викликають епілепсії, сутінкові пароксизми, головні болі. Крім цього, значно збільшилися травми черевної порожнини, вони становлять 20% від загального числа травм. За словами Олега Доманського почастишали випадки посттравматичного перитоніту – до 500 випадку за 2012 рік. Було кілька важких випадків прониклих поранень.

Травми є однією з основних причин дитячої інвалідності. Тому дитячий травматизм і його попередження є важливою соціальною проблемою, до якої має бути привернуто увагу не тільки медичних працівників, а й громадськості, педагогів, психологів, соціологів і, звичайно, батьків і самих дітей. Таким чином, заходи з попередження травм і нещасних випадків у дітей повинні включати в себе: активне проведення санітарно-освітньої роботи серед батьків, вихователів та педагогів для ознайомлення їх з причинами пошкоджень, роз'яснення анатомо-фізіологічних особливостей дитини і значення правильного догляду, виховання безпечного способу життя, підвищення культури поведінки в побуті, на вулиці, в школі та громадських місцях; виховання у дітей в сім'ї, дитячому закладі та школі стійких навичок і звичок до виконання встановлених норм поведінки і правил особистої безпеки; поліпшення організації дозвілля дітей, їх всебічної фізичної підготовки; проведення заходів адміністративними і господарськими органами, установами та організаціями з благоустрою територій та житлових будівель, створення безпечних умов для життєдіяльності дітей.

Вікторія Величко  
Ганна Засць

# ЗДОРОВЕ ЛІТО

Прийшов сезон теплих днів. Цієї пори ви чекаєте з нетерпінням. Хочеться себе відчувати комфортно навіть у спеку і насолодитися літом. Тому для цього скористаємося деякими правилами

**С**пекотна погода літа останніх років б'є всі рекорди. Пекуче сонце та гаряче повітря негативно впливають на людський організм, порушуючи тепловий баланс, що приводить до розладу діяльності органів та систем.

**Сонячний удар** – це гострий хворобливий стан, який виникає через перегрів голови прямими променями сонця: кровоносні судини мозку розширюються, відбувається сильна притока крові до голови. У деяких випадках можуть виникати розриви дрібних кровоносних судин мозку, що може викликати порушення центральної та периферичної нервових систем людини.

Ознаки сонячного удару – почервоніле обличчя, сильний головний біль, запаморочення. Потім починає темніти в очах, з'являються нудота, в деяких випадках – блювота. Іноді виникають кровотечі з носу і розлади зору. Якщо не надати допомоги, потерпілий непритомніє, в нього частішає дихання та пульс, порушується діяльність серця. Сонячний удар нерідко поєднується з опіками шкіри: почервоніння, міхури.

**Тепловий удар** – це гостро хворобливий стан внаслідок перегріву тіла. В результаті перегріву посилюються процеси теплоутворення з одночасним зменшенням або утрудненням тепловіддачі в організмі людини, що викликає порушення його життєвих функцій.

Ознаки теплового удару – загальна слабкість, сонливість, головний біль, запаморочення. Потім обличчя червоніє, температура тіла підвищується (іноді навіть до 400 С), часто бувають диспепсичні розлади – пронос, блювота. Якщо до цього часу не усунути причини, що викликали перегрів, у хворого починаються галюцинації, марення. Потім постраждалий непритомніє, його обличчя блідне, шкіра стає холодною та спостерігається її посиніння. Підвищується потовиділення, порушується серцева діяльність: пульс стає частішим але слабким. У такому стані людина може загинути, якщо вчасно не надати медичну допомогу.

Рекомендується дотримуватися порад, які полегшать працю і відпочинок у жарких погодних умовах, допоможуть подбати про стан здоров'я:

■ Не зловживайте сонячними ваннами! Прямі сонячні промені небезпечні для людського організму. Найкориснішим часом для приймання сонячних ванн – до 10-11-ої годин ранку і після 17-ої.

■ Обмежте перебування на сонці, при необхідності перебування на відкритому повітрі вибирайте тіньову сторону.

■ Вибирайте світлий, легкий одяг для себе та дітей, на голову одягайте капелюх, або користуйтеся парасолькою.

■ Спрага – перша ознака зневоднення організму. Постійно підтримуйте належний водний баланс: випивайте за добу не менш ніж 2-3 літри рідини, найкраще – мінеральну воду, можна з соком лимона або квас. Солодкі напої є джерелом «легких» калорій, що веде до перегрівання організму.

■ Будьте обережні з охолодженими напоями та душем, пам'ятайте про ангіні!

■ Вживання алкогольних напоїв, у тому числі пива, у спеку значною мірою сприяє розвитку негативних наслідків, навіть при вживанні напоїв охолоджених у холодильнику.

■ Не переїдайте! З'їдати все калорійне необхідно в першій половині дня. Бажано в цей час уникати прийому жирної їжі, їсти дієтичне м'ясо (куряче філе, телятина, кролятина). Додайте в свій раціон рибу. Їжа повинна бути не солоня, так як сіль провокує спрагу і затримує вологу в організмі, а це в свою чергу може призводити до набрякості. Так як влітку багато зелені, свіжих овочів і фруктів, то необхідно намагатися їх їсти щодня. Адже цим самим ви запасаетесь вітамінами.

■ Краще вживати їжу часто, але малими порціями, надавайте перевагу рослинним продуктам, овочам, фруктам, легким білкам, наприклад сиру.

■ Добрий порятунком у спеку – кондиціонер, але уникайте прямого повітря з кондиціонера, воно може визвати виникнення простудних захворювань.

■ За відсутності кондиціонера гарний ефект дає зволоження повітря у приміщенні.

■ Влітку в жаркі дні уникайте фізичних навантажень, на цей час їх можна замінити плаванням. Бажано приймати душ кілька разів на день. Хорошим в цей час буде відпочинок за містом біля водойми або в лісі. Відкривайте вікна в квартирі і добре висипайтеся.

Радіте літнім дням, адже літо швидкоплинне. Насолоджуйтеся і радійте теплу і сонячним променям літа точно так само, як і всьому квітучому.

## ВАШ КОНСУЛЬТАНТ

**Отто СТОЙКА**

Головний лікар київського  
міського центру здоров'я



**Звертайтеся, якщо  
маєте питання:**  
citycenter@health.kiev.ua

# ВОДНІ ПРАВИЛА

У спекотну погоду більшість мешканців намагається провести свій відпочинок поблизу води – на річках, озерах, ставках та інших водоймах. Вода приносить багато задоволення людям дисциплінованим, обачливим, але вона може завдати багато прикрих неприємностей людям, які не дотримуються правил безпечної поведінки на воді.

Більшість людей гине на так званих «диких пляжах». Як правило, в таких місцях на дні водойм багато сторонніх предметів: корчів, заліза, битого скла тощо. Люди травмуються, а то й гинуть.

Відомо, якщо людина не знає правил поведінки на воді або нехтує ними – це може призвести до сумних наслідків. Запам'ятайте основні правила безпеки, яких необхідно дотримуватись при відпочинку на воді.

## ДО КУПАННЯ:

Перед купанням порадьтеся з лікарем та ретельно дотримуйтеся його порад, купання починайте при температурі повітря 25° С та води 17-19° С.

Купайтеся лише в добре знайомих або спеціально відведених місцях. Не запливайте за обмежувальні знаки – там можуть бути водоверті, сильна течія, каміння. Якщо ж ви будете купатись у незнайомому місці, попередньо обстежте дно і заходьте у воду поступово.

За відсутності пляжу, вибирайте чистий пологий берег.

Перед купанням корисно полежати й відпочити.

Не входьте у воду відразу після сонячних ванн або розігрітим після рухливих ігор: від різкої зміни температури можна втратити свідомість.

Не купайтеся в нетверезому стані. Не купайтеся відразу після їжі.

Остерігайтесь річок, які мають сильні течії.

Якщо ви відпочиваєте на морі, то ні в якому разі не заходьте у воду під час шторму, коли хвилі відносять стомленого плавця в море. Взагалі, не йдіть купатися, якщо погода не сприяє цьому.

## ПІД ЧАС КУПАННЯ:

Не переоцінюйте свої сили, не запливайте далеко від берега.

Не стрибайте у воду з круч, мостів, причалів і інших високих місць. Пірнати можна лише там, де є достатня глибина, прозора вода, рівне дно.

Не варто купатися поодиночі біля крутих обривистих і зарослих рослинністю берегів.

Не пустуйте на воді, особливо з тими, хто погано плаває.

Ні в якому разі не можна жартома кричати «Потопаю!... Допоможіть!... Рятуйте!».

Не підпливайте до пароплавів, катерів, барж, що рухаються. Вас може затягнути під гвинт.

Якщо ви змерзли, не входьте у воду. Тривале купання спричиняє переохолодження організму і судоми. Відчувши навіть легку лихоманку, негайно вийдіть на берег.

ку, негайно вийдіть на берег.

Не перенапружуйтеся у воді, навчіться плавати розслаблено – це підвищить вашу працездатність та витривалість.

Якщо, плаваючи, ви раптово захлинулися, негайно зупиніться, підведіть голову, відкашляйтесь.

Потрапивши в сильну течію, випливайте під кутом до її напрямку.

Якщо ви не вмієте плавати і перебуваєте у воді самі, не заходьте глибше пояса.

Не залишайте дітей без нагляду.

Не дозволяйте дітям відпливати далеко від вас і слідкуйте за тим, щоб надувні предмети, на яких плаває ваша дитина, не пропускали повітря.

Якщо виникла необхідність проплисти велику відстань, візьміть із собою рятувальні засоби (рятувальні круги, пояси, жилети).

Якщо ви заплуталися у водоростях, не робіть різких рухів, інакше петлі рослин затягнуться ще тугіше. Ляжте на спину і м'якими, спокійними рухами випливайте у той бік, звідки припливли. Якщо це не допоможе, треба підтягти ноги і обережно руками звільнитися від рослин.

Якщо ви, зайшовши у воду, почуваете себе погано, негайно вийдіть із води, бо головний біль або інше захворювання може призвести до фатального кінця.

Під час катання на човнах необхідно слідкувати за тим, щоб човни були справні і мали необхідний інвентар та рятувальні засоби.

Пливти на човні бажано вздовж берега по правій стороні до напрямку руху. Обганяти інші човни мож-

на лише з лівої сторони в напрямку руху.

Слід пам'ятати, що судна, які плывуть по річці, піднімають великі хвилі, які можуть залити або перевернути човен.

Забороняється плавати на човнах від берега далі встановленої правилами відстані, тобто за межі видимості, зупинятись біля мостів або під мостами.

Забороняється сидати на борти човна, кататись при поганій видимості або в темряві, кататись при сильному вітрі і великій хвилі.

Не слід перевантажувати човен, кататись на човні дітям до 16 років без супроводження дорослих. Віддалі між човнами повинна бути не менше 10 м.

## ПІСЛЯ КУПАННЯ:

Після купання ретельно витріть тіло рушником, побігайте, зробіть кілька гімнастичних вправ, щоб розігрітись.

Не лежіть після купання на сонці.

Якщо хочете прийняти сонячну ванну, полежіть на сонці до купання, а після купання відпочиньте у затінку.

Водоверт створюється або над якою-небудь перешкодою чи предметом, який знаходиться на дні, або за нею. Тому ніяка реальна небезпека не загрожує плавцю, бо причина, що породила це явище, після того як він відчує себе закрученим, вже залишилась позаду. І все ж, як правильно вести себе в подібній ситуації? Якщо ви потрапили у водоверт, наберіть побільше повітря у легені, пірніть на глибину (під водою сила водоверті слабеє) і, зробивши сильний ривок убік за течією, виринайте на поверхню.

Небезпека криється і в сильній течії. У цьому випадку також дуже важливо не витратити сили на боротьбу з течією. Найнебезпечніше в цій ситуації – намагатися повернутись до того місця, де ви зайшли у воду. Набагато краще буде врахувати силу руху води і спокійно вийти на берег трохи нижче за течією.

## ВАШ КОНСУЛЬТАНТ

### Сергій ТИХЕНКО

Головний лікар київського міського центру екстреної медичної допомоги служби медицини катастроф



### Звертайтеся, якщо маєте питання:

[kccemsdm@health.kiev.ua](mailto:kccemsdm@health.kiev.ua)

# ОБЕРЕЖНО, СОНЦЕ

У світі спостерігається поступове зростання кількості хворих на рак шкіри – південні штати США, Австралія, Нова Зеландія. Пов'язано це з тим, що, як стверджують вчені-фізики сонячна активність залишилась колишньою, але виснажується озоновий шар і погіршується загальна екологічна ситуація і це призводить до зростання онкопатологій, не тільки шкірних захворювань. У Європі ця проблема також стоїть на півдні і у високогірних районах Альп. Навіть якщо брати територіально Швейцарію, Францію чи Італію, то, природно захворюваність буде різною – центр країни, де континентальний клімат, або такі регіони як високогір'я або приморські райони, вода має властивість відображати ультрафіолет, і людина отримує подвійну дозу опромінення: і зверху і знизу. Хоча все не так страшно, як стверджують. Взяти наприклад Австралію, у них найвища захворюваність, але в той же час найнижчий відсоток смертності, всього 5%, це вчасно виявлена і пролікована патологія. Тому в 2009 році Україна приєдналась до Європейської діагностичної, лікувальної й профілактичної кампанії з раннього виявлення меланому й рака шкіри – Днів діагностики раку шкіри, які проводяться щорічно напередодні Всесвітнього дня діагностики меланому – 17 травня. Цього року, протягом тижня з 13 по 19 травня в державних лікувально-діагностичних закладах міста Києва

та приватних дерматологічних клініках проводилися безкоштовні лікарські огляди для своєчасної діагностики злоякісних новоутворень шкіри. Було оглянуто 11314 осіб. Виявлено: з підозрою на рак шкіри – 149 осіб, з підозрою на меланому – 34 особи. Направлено до онкологів на дообстеження – 483 особи. День меланому проводиться для того, щоб привернути увагу людей, громадськості до цієї проблеми, тому що проблема існує і з нею треба боротися, працюючи на перспективу. Оскільки ця проблема носить не тільки соціальний, а й економічний характер, державі вигідніше вкладати гроші в профілактику, своєчасну діагностику і тоді не прийдеться витратити гроші на лікування. Одним з негативних факторів впливу на шкіру є солярій. У Європі на законодавчому рівні, дітям до 18 років заборонено відвідувати солярій, і зараз розглядається питання про повну відмову від отримання ультрафіолету в косметичних цілях, окрім як за медичними показаннями для лікування кожних захворювань, при правильному підборі дози опромінення, під наглядом кваліфікованого персоналу. Але негативним є те, що будь-яке опромінення має властивість накопичуватися в організмі, це так звана кумулятивна доза. Небезпека цього опромінення в тому, що воно простежується не відразу, а через багато років, це доза накопичується з народження, якщо в молодості дитина або підлі-

ток «згорав» кілька разів, то ризик онкозахворювань в літньому віці збільшується в рази, тому багато пацієнтів дивуються, а чому вони захворіли, якщо кілька останніх років не проводили на сонці. І сьогоднішня компанія направлена на те, щоб виробити у громадян правильне ставлення до перебування на сонці: дітям до 3-х років категорично заборонено піддаватися впливу сонця у будь-який період дня, уникати сонця в період з 10 до 16 години, укриватися в тіні, пам'ятаючи, що це не забезпечує абсолютного захисту, носити захисний одяг, широкополі шляпи, темні окуляри, користуватись сонцезахисним кремом широкого спектру дії з сонцезахисним фактором 15 і вище, наносити його повторно кожні 2 години або після роботи, плавання, ігор, вправ на вільному повітрі. Крем не використовують для збільшення тривалості перебування на сонці. Треба знати, що незалежно від попадання променів, онкологічні захворювання та прояви на шкірі можуть формуватися навіть на закритих ділянках шкіри. Звичайно, найчастіше патології виникають у жінок на голяках і стопах, у чоловіків це верхня частина тулуба, шия, обличчя. Креми для засмаги. Є дві групи кремів: автозагар, який імітує засмагу і як будь-який крем носить в собі компоненти (віддушки, стабілізатори, консерванти), які при постійному використанні можуть викликати алергічні реакції; і друга група для профілактики

шкірних захворювань – сонцезахисні креми, головний фактор SPF – Sun Protection Factor – чинник захисту від ультрафіолету типу В (UVB). Цифри поруч з SPF означають ступінь захисту від сонця, а відповідно і час, який можна провести під його променями. Рівень SPF коливається від 2 до 50. SPF 2 – це найслабша ступінь захисту, затримує 50% найбільш шкідливого ультрафіолету – УФ-В. Найбільш популярні засоби з індексом SPF 10-15, ідеально підходять для нормальної шкіри. Максимальний рівень захисту дають засоби SPF 50 – вони затримують 98% шкідливих променів. Правила користування сонцезахисними засобами досить прості – наносити крем для засмаги за 15-20 хвилин до виходу на пляж, не шкодуйте крем – його витрата повинен становити близько 4 столових ложок на все тіло, у перші дні користуйтеся засобами з більш високим індексом захисту, потім його знизуйте, сонцезахисні засоби змиваються, стираються і вивірюються, тому треба не забувати кожні дві години наносити

оновлювати шар крему, не засмагаючи в самий пригрів. Але яким би шаром не був нанесений крем, тривале перебування під прямими променями сонця може спровокувати тепловий удар, перегрів, які викликають загострення хронічних захворювань. Хоча звернути увагу колег, що є велика група антибіотиків, протипілептичних та протитуберкульозних препаратів, вітамінні препарати, що мають фотохімічні властивості. І при призначенні цих препаратів, треба роз'яснювати пацієнтам, що при прийомі даних ліків перебування на сонці повинне бути строго обмежено або заборонено. Крім цього, ми повинні попереджати пацієнтів, що в розпал літа не рекомендується проводити будь-які косметологічні процедури оскільки це пов'язано з високим ризиком ускладнень, процеси відновлення шкіри проходять набагато повільніше – апаратна косметологія (пілінг, шліфування), інвазивні процедури, лазерні депіляції. І краще всі процедури перенести на більш прохолодний період.

## ВАШ КОНСУЛЬТАНТ

### Костянтин МАРКЕВИЧ

завідувач поліклінічним відділенням Київського міського шкірно-венерологічного диспансеру



### Звертайтеся, якщо маєте питання:

[lekom@voliacable.com](mailto:lekom@voliacable.com)

## УВАГА ГРИБИ!

За останні роки в Україні, як і в більшості розвинутих країн, спостерігається зростання захворюваності на гострі отруєння. Отруєння дикорослими грибами, особливо у роки, коли погодні умови сприяють їх вегетації, часом набувають розмірів стихійного лиха і залишаються далекими від вирішення. На теренах України кількість потерпілих з діагнозом «Отруєння грибами» коливається від 700 – 800 до 1500 – 2500 випадків за рік. Аналізуючи епідеміологічну ситуацію по Київському міському центру гострих отруєнь (Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги) ми дійшли висновку, що це пов'язано з низкою факторів:

- сприятливими погодними умовами для вегетації грибів
- необізнаністю переважно частки населення про можливі фатальні наслідки до яких веде вживання нерозпізнаних отруйних грибів
- втратою потерпілими навичок розпізнавання та збирання їстівних грибів (серед осіб, госпіталізованих з отруєнням грибами – значно переважає міське населення)
- легковажним та зневірливим ставленням певної частки населення до застережень, які здійснюються місцевими органами охорони здоров'я проти збирання грибів через засоби масової інформації (телебачення, радіомовлення, газети, плакати тощо)
- потраплянням до грибного кошика молодих екземплярів отруйних грибів, яких навіть грибики з досвідом іноді плутають з печерицями та деякими іншими їстівними грибами
- вживання у їжу «грибної суміші», коли збираються декілька різновидів грибів, серед яких трапляються і отруйні екземпляри
- вживанням грибних страв у гостях, коли потерпілі ставляться з довірою до якості вжитого продукту (серед якого потрапляють отруйні гриби)
- неправильної або неповної кулінарної обробки грибів
- погіршенням соціально-економічної ситуації на місцях, яка спонукає населення розширювати свій харчовий раціон за рахунок дикорослих грибів, що поставило про-

блему отруєнь грибами на одне з перших місць в структурі отруєнь харчовими токсикантами.

Необхідно розрізнити декілька принципово різних патологічних станів, які виникають при споживанні грибів.

1. Отруєння високотоксичними грибами: різноманітні поганки – бліда та деякі види аманітальних мухоморів.

2. Отруєння умовно їстівними грибами, які не пройшли достатньої кулінарної обробки і тому зберегли токсини.

3. Отруєння їстівними грибами, інфікованими патогенною флорою, тобто наявністю токсикоінфекції. В цій групі слід виділити випадки ботулізму (при вживання консервованих грибів).

4. Отруєння доброякісними їстівними грибами, які виростили в місцях високого токсичного забруднення ґрунту різноманітними отрутохімікатами і накопили токсиканти внаслідок високої адсорбційної спроможності грибів.

5. Загострення хронічних хвороб органів травлення після прийому грибної страви, яка, в даному випадку, служить подразнюючим чинником хронічного гастриту, виразкової хвороби шлунка та/або дванадцятипалої кишки, хронічного панкреатиту, холецистопанкреатиту тощо.

В залежності від виду вжитих грибів, наявності в них певних токсинів, часу, минулому від вжитку грибів до перших клінічних проявів, маніфестації типових синдромів, загальноприйняттю є посиндромна класифікація грибних отруєнь, яка передбачає їх розподіл на 3 групи:

I. Отруєння грибами з гастроентеротропною дією. Зумовлено вживанням у їжу грибів різних видів (рядовка отруйна, опеньок несправжній сірчано-жовтий, опеньок несправжній цегляно-червоний, печериця отруйна, печериця темнолокутна, ентолома отруйна, ентолома сіра отруйна), спільним для яких є наявність у грибах подразнюючих речовин та біогенних амінів, які, як правило, не мають резорбтивної дії. Клінічна картина при отруєнні ними доволі характерна: швидкий початок захворювання (через 20 хвилин, рід-

ше за 2-3 години від вживання), клініка гастроентериту, який продовжується, як правило, від декількох годин до доби. При відсутності супутніх суб- та декомпенсованих захворювань – від отруєнь грибами цієї групи хворі, як правило, не помирають. Прогноз сприятливий. Лікування симптоматичне. В основному направлено на поновлення водно-електролітних втрат, деконтамінацію отрути, що не всмокталася (активоване вугілля всередину, доза 1 г/кг маси тіла, сорбіт 1г/кг маси тіла при відсутності пронуку).

II. Отруєння грибами з нейротропною дією. Найчастіше призводить вживання досить небезпечних *Inocybe Patujara*, *Amanita muscaria*, *Amanita panterina*, *Clitocybe dealbata*, *Clitocybe cerusata*, *Omphalotus olearius* та деяких інших. В залежності від виду грибів в них містяться речовини, які зумовлюють клінічну картину отруєння: мускарин (*Clitocybe dealbata*, *Clitocybe cerusata*, *Omphalotus olearius*) та його похідні – іботенова кислота, мусцимол, (*Inocybe Patujara*, *Amanita muscaria*, *Amanita panterina*). При отруєнні грибами цієї групи перші клінічні прояви з'являються в період від 30 хвилин до 2 годин. Якщо переважає вміст мускарину, у клінічній картині преважує холінергічний синдром: міоз, слиновиділення, бронхорея, бронхоспазм, нападоподібний різкий біль у животі, нудота, блювання, пронос. Згодом приєднується ураження центральної нервової системи: сплутана свідомість, марення, загальмованість, дезорієнтація, що пізніше змінюється сопорозним станом. При отруєнні грибами, в яких переважає вміст мускарину на перший план виступає антихолінергічний синдром, який проявляється в першу чергу, порушенням свідомості: маренням, психомоторним збудженням, галюцинаціями, мідріазом, пітливістю, судомами. Найбільш небезпечними грибами з цієї групи є *Inocybe Patujara*, інші види *Inocybe* та *Clitocybe*. Смертельні випадки зустрічаються рідко, найчастіше в перші декілька годин або на другу добу після отруєння і переважно зумовлені токсичним впливом грибних токсинів на судинні центри стовбура головного мозку. При сприятливому перебігу отруєння видужання настає через 1-2 доби

1. III. Отруєння грибами з гепато-

нефротропною дією. Відносяться найбільш життєнебезпечні отруєння, які по даним K.R. Olson (2000 р.) при отруєнні блідою поганкою обумовлюють до 60% летальності у хворих на стадії токсичного гастроентероколіту, які не зверталися за медичною допомогою (2-3 доба хвороби) та 10-15% у спеціалізованих відділеннях інтенсивної терапії.

Клінічні прояви при вживанні у їжу грибів цієї групи характеризуються гепатонепротоксичною дією. Причиною отруєнь блідою поганкою є отрута, що містить фалотоксини та аматоксини. Обидві групи токсинів є похідними індолу. Тому вживання навіть невеликого фрагменту цих грибів, що потрапив у кошик до зібраних їстівних може становити смертельну небезпеку. На відміну від *Amanita phalloides* у грибах роду *Galerina* міститься набагато менше аматоксинів. Так, летальною дозою для дорослого може бути вживання 15-20 шапінок грибів цього роду.

Грибні токсини блідої поганки є термостабільними і не розкладаються при кулінарній обробці. Тому навіть довготривала термічна обробка грибів не вберігає від розвитку отруєння.

Приймаючи до уваги найбільшу смертність та тяжкий перебіг хвороби при отруєнні блідою поганкою, необхідно при перших типових ознаках встановити правильний діагноз. Для цього необхідно:

1. всі хворі з діагнозом «отруєння грибами» повинні перебувати під наглядом токсикологів або анестезіологів.
2. пацієнти з вогнища отруєння грибами без наявних ознак отруєння перебувають у стаціонарі під наглядом і обстеженням до 3-х діб
3. хворі, стан яких при госпіталізації розцінюється як середньої ваги

або тяжкий, концентруються у відділеннях інтенсивної терапії, де підібраний досвідчений лікарський та середній медичний персонал, вирішені питання з забезпеченням засобів антидотної, інфузійної, симптоматичної терапії, є у наявності апаратура для проведення екстракорпоральної детоксикації (плазмаферезу, гемофільтрації, гемосорбції, гемодіалізу)

4. певну увагу слід приділяти активному виявленню та розшуку з подальшим обстеженням та спостереженням осіб, які вживали гриби разом з госпіталізованими, але з якихось причин не звернулися за медичною допомогою

5. у складних випадках отруєння грибами слід диференціювати з загостренням хронічних захворювань органів травлення (хронічного панкреатиту, холецистопанкреатиту, хронічного гепатиту, гастриту, виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки), токсикоінфекцією, ботулізмом (при вживанні консервованих грибів і відповідній симптоматиці), іншими інфекційними захворюваннями (сальмонельоз, дизентерія, холера тощо) з залученням відповідних фахівців (хірург, інфекціоніст)

6. виходячи з того, що в Україні не проводиться верифікація найбільш токсичних грибних токсинів (аманітинів) через високу вартість дослідження, відсутність необхідної апаратури, труднощі з мікологічною ідентифікацією вжитих грибів, діагноз «отруєння грибами гепатонепротоксичної дії» повинен базуватися на анамнезі, епіданамнезі, клінічних проявах, клініко-біохімічних лабораторних даних, допоміжних методах дослідження (УЗД тощо), виключенні інших захворювань при диференційній діагностиці.

## ВАШ КОНСУЛЬТАНТ

**Сергій НЕДАШКІВСЬКИЙ**  
Головний консультант з гострих отруєнь департаменту охорони здоров'я Київської міської держадміністрації



**Звертайтеся, якщо маєте питання:**

[sergned@ukr.net](mailto:sergned@ukr.net)



Зараз у нашій країні велика кількість людей, які в результаті негативних життєвих обставин, а також фізичних і психологічних особливостей придбали залежність від алкоголю, наркотичних речовин та ігор. Більше того – вона постійно збільшується, і фахівці наркологічних клінік відзначають зростання всіляких патологічних проявів у молоді і навіть підлітків. На виконання п.1 розділу XXIII Рішення Київської міської Ради від 15.03.2012р.

№208/7545 «Про затвердження міської цільової програми «Здоров'я киян» на 2012-2016 рр.» для підвищення якості та доступності наркологічної допомоги мешканцям м. Києва в червні 2013р. наказом Департаменту охорони здоров'я від 06.06.2013р. № 293 створено відділення швидкої медичної консультативної наркологічної допомоги при Київській міській наркологічній клінічній лікарні «Соціотерапія».

Швидка наркологічна допомога на адміністративній території міста Києва надається спеціалізованими наркологічними бригадами (далі – Наркологічна бригада) відділення швидкої наркологічної допомоги Київської міської наркологічної клінічної лікарні «Соціотерапія» дорослому і дитячому населенню незалежно від місця проживання чи реєстрації, цілодобово, безоплатно. Лікарі нарколо-

гічної бригади – висококваліфіковані фахівці, в їх розпорядженні є весь комплекс медичних препаратів, що дозволяють швидко і якісно надати ефективну допомогу страждаючим пацієнтам. При виникненні екстрених ситуацій під час надання допомоги (обваженні соматичного стану, появі загрозливих для життя станів, психотичних порушень і т.д.) лікар наркологічної бригади має можливість викликати «на себе» спеціалізовані бригади ССМП – реанімаційну, кардіологічну, неврологічну і психіатричну. Цим швидка допомога принципово відрізняється від різного роду «капельщиків», оголошеннями яких рясніють всі безкоштовні рекламні видання і які не несуть ніякої відповідальності за свої сумнівні послуги. Найчастіше навпаки, після їх «лікування» доводиться виїжджати бригадам швидкої допомоги для на-

дання екстреної медичної допомоги пацієнтам, в деяких випадках і вони вже не в змозі допомогти...

Мешканці міста Києва відтак можуть здійснювати виклики наркологічної швидкої допомоги з телефону телефонної мережі загальноно користування набором номера

524-89-90 або при безпосередньому зверненні громадян до Київської міської наркологічної лікарні.

Першочергово здійснюються виклики в громадські місця, на вулицю, підприємства, установи, учбові заклади. Виклики в приватні помешкання виконуються в міру їх надходження.

## ВАШ КОНСУЛЬТАНТ

**Володимир Ярій**  
Головний нарколог Києва, головний лікар Київської міської наркологічної клінічної лікарні «Соціотерапія»



**Звертайтеся, якщо маєте питання:**

[dr\\_yariy@ukr.net](mailto:dr_yariy@ukr.net)

# ЦІЛЮЩА СИЛА «СОЛЯНИЙ СИМФОНІЇ»

Використовуючи з самої давнини природні підземні простори – печери для захисту від добової і сезонної мінливості погоди, людина одночасно почала використовувати їх і в цілях збереження свого здоров'я

Людина – дитя природи, а тому вона завжди використовувала для лікування самі різні доступні йому природні ресурси. Серед них були гарячі джерела та грязь, в тому числі розташовані в печерах. З цього і почалася спелеотерапія як метод лікування (від грецького «спелеон» – печера). Застосування спелеотерапії у вигляді підземної гідротерапії знайшло широке поширення в Італії з другої половини XIX століття.

Але це не було спеціальним використанням підземного простору, а просто за звичними лікувальними засобами – водою і грязями – доводилося лізти під землю. Крім мінералізованих вод та грязей під землею було ще повітря. Однак у старі добрі часи повітря і на поверхні було досить чистим, свіжим і цілющим, і ідея залізу під землю, щоб там лікуватися повітрям, не могла нікому і в голову прийти, особливо поряд з теплим морем і горами.

Разом з тим про лікувальну дію печер стало відомо і зафіксовано ще в давнину. Ряд даних дозволяє стверджувати, що спелеотерапію як метод лікування, заснований на позитивному впливі комплексу факторів підземного середовища, в тому числі повітряному, на організм людини, усвідомлено застосовували вже 2500 років тому. Розвиток спелеотерапії спричинило її «вихід» з природних підземних порожнин печер у колишні гірничі виробки – тим самим спелеотерапія починає використовувати техногенний підземний простір. Звідси – пряма дорога до спеціального будівництва під землею підземних стаціонарів. З медичної точки зору, повітря соляних копалень несе у собі найдрібнішу, невидиму оку, соляну аерозоль, вдихання якої розріджуючі мокротиння, полегшувало його відходження та евакуацію з легких – тим самим лікування алергічних хвороб типу астми і пилкових бронхітів ставало ще ефективніше. З санітарно-гігієнічної точки зору наявність соляної аерозолі і соляних поверхонь перешкоджало зростанню мікрофлори та іншої біоти, сприяло створенню природних антисептичних умов і тим самим побило покращувало умови лікування. З технічної точки зору в соляних породах з стійкою покрівлею забезпечення безпеки перебування хворих у підземному стаціонарі ставало багато легшим.

В 40-х роках минулого століття лікування в умовах соляних печер отримало наукове обґрунтування. Мікроклімат кожної спелеолечебниці унікальний, проте типовими для нього є сталість температури, атмосферного тиску, газового складу, іонізація повітря з перевагою негативно заряджених іонів, низька відносна вологість, насиченість повітря частками кам'яної солі, відсутність бактеріальної флори і алергенів. При вивченні мікроклімату спелеолечебниці було встановлено, що



основним фактором лікувальної дії, є завислі в повітрі найдрібніші частинки кам'яної солі – аерозоль солі. Лікувальні та оздоровчі властивості соляних печер в даний час активно використовуються не тільки на відомих європейських курортах, але і в Україні. З травня 2007 року в місті Соледарі Донецької області почав приймати пацієнтів Спелеосанаторій «Соляна Симфонія». Цей спелеосанаторій унікальний тим, що пацієнтам пропонується оздоровлення за допомогою перебування в умовах мікроклімату природи соляної шахти. Підземне відділення спелеосанаторія розташоване на глибині 288 метрів у товщі соляного Подбрянцевського пласта Артемівського родовища. Це одне з найбільш великих родовищ солі в світі і одне з найбільш «чистих» за хімічним складом 98-99% – NaCl і 1-2% домішок – набір мікроелементів. Одночасно тут можуть оздоровлюватися до 110 чоловік.

## УНІКАЛЬНА МЕТОДИКА

Зростання захворюваності, триваюча алергізація населення, змушують розвивати технології, що базуються на активації власних захисних сил організму і його фізіологічних резервів. Однією з таких технологій є спелеотерпія. Сьогодні перебування в умовах мікроклімату соляної шахти є одним з найбільш ефективних природних безмедикаментозних способів лікування, профілактики та реабілітації цілого ряду захворювань бронхолегеневої системи та захворювань щитовидної залози. Фахівцями санаторію «Соляна Симфонія» та провідними вченими Донецького Медичного Національного Університету розроблена методика, затверджена Міністерством охорони здоров'я України, яка полягає в індивідуальному підході до призначення спелеотерапії та оцінці адаптаційних можливостей організму до основних факторів мікроклімату соляної шахти. Ефективність спелеотерапії становить 75-90% серед дорослих і 90-95% серед дітей. Період ремісії триває в середньому 8-12 міс. До кожного пацієнта – індивідуальний підхід: кількість годин відвідування соляної шахти призначається

залежно від ступеня захворювання, тяжкості, періоду, наявності супутніх захворювань. Дана методика, що поєднує в собі цілісний, комплексний підхід до пацієнта, являє собою абсолютно нову технологію впливу природних факторів на організм людини. Доведено, що мікроелементи які містяться в кам'яній солі Артемівського родовища, при попаданні в організм людини, включаються в біохімічні процеси активніше, ніж фармацевтичні препарати, впливаючи на основні обмінні процеси на клітинному і молекулярному рівнях.

Сеанси в соляній шахті показані для профілактики, лікування та реабілітації цілого спектру захворювань бронхолегеневої системи:

- Бронхіальної астми;
- Астматичного, обструктивного, хронічного бронхіту;
- Ослабленого імунітету;
- Харчової та медикаментозної алергії;
- Фізичної і психологічної перетомі;
- Синдрому «хронічної втоми».

У квітні 2012 року було відкрито новий напрямок – профілактика і реабілітація захворювань щитовидної залози. Це абсолютно нова інноваційна технологія вперше впроваджена в ТОВ спелеосанаторій «Соляна Симфонія» і є по суті проривом у профілактиці та реабілітації даної патології

Повний курс спелеотерапії становить 21 день, мінімальний – 14 днів. Пацієнт перебуває в спелеовідділенні в середньому 16 годин на добу. Зазвичай його день будується таким чином: він проводить під землею 4:00 вдень (з 10.00 до 14.00) і 12 годин, вночі (з 19.00 до 07.00).

## 200 ЧАСОВ ПІД ЗЕМЛЕЙ

Спочатку може здатися: що ж робити стільки часу в соляній шахті, куди навіть сонячний промінчик не може прокрастися? Насправді процес перебування в спелеовідділенні давно налагоджений: дорослі можуть в атмосфері спокою і самоти почитати улюблені книги і журнали, пограти в теніс або більярд. Діти також швидко звикають до нової обстановки і занурюються в захоплюючі шахові битви, спортивні ігри. Найменші відвід-



увачі грають з сіллю як із звичайним піском. Медичний персонал постійно спостерігає за станом пацієнтів, приймає новоприбулих, проводить заняття з лікувальної фізкультури та дихальної гімнастики. Пацієнти проводять у спелеовідділенні в цілому від 80 до 200 годин, тому персонал санаторію постарався, щоб дозвілля був різноманітним. У спелеовідділенні знаходяться комфортабельні палати на одного-двох пацієнтів

## МАЛЕНЬКЕ ПРИГОДА

Процес спуску на глибину здійснюється за звичайною для соляних шахт технології (за допомогою шахтної кліті), що приносить свій колорит в загальну скарбничку вражень. Обов'язкова захисна каска на голову – досвідчений персонал уважно стежить за дотриманням заходів безпеки. Кілька хвилин – і пацієнти вже на дні стародавнього моря. Шари солі як застигли хвилі, кожен шар формувався 100 тис. років. Воістину захоплююче видовище! Спелеосанаторій «Соляна Симфонія» унікальний не тільки своїми лікувальними властивостями. Під землею неймовірно красиво: місцеві умільці створюють з солі практично все. Тут і вартові підземного світу – гноми, із задоволенням по-

зують всім бажаним сфотографуватися з ними, і вирізані лики святих.

## ОСТАННЯ НАДІЯ

Для багатьох пацієнтів курс лікування в спелеосанаторії «Соляна Симфонія» є останньою надією на відновлення здоров'я. Адже у світі тільки бронхіальною астмою страждають більше 300 млн. людей, і це число щороку зростає. Тому за відносно невеликий період роботи здравниці стала дуже популярною.

Спелеосанаторій «Соляна Симфонія» – сьогодні вже став візитною картою України і придбав широку популярність не тільки в нашій країні, а й далеко за її межами. За роки роботи у нас пройшли оздоровлення пацієнти більше з 25 країн світу. Сюди з'їжджаються пацієнти з різних точок планети (з Ізраїлю, США, Польщі, Італії, Росії, Узбекистану та Казахстану). І жоден з них не поїхав без поліпшення і позитивного ефекту.

У спелеосанаторії працює прекрасний колектив, кожен пацієнт для нас доріг. Найголовніше – повернути людям втрачену надію, повернути радість до життя.

**Вікторія Величко**  
**Виктор Музилев Музилев,**  
**головний лікар спелеосанаторія**  
**«Соляна Симфонія»**

**Реквізити спелеосанаторія:**  
**ТОВ Спелеосанаторій «Соляна Симфонія»**  
**84545, Україна, Донецька обл., Артемівський р-н,**  
**м.Соледар, вул. Маяковського, 7.**  
**Тел.: +38 (066) 564-56-36, (067) 694-31-56; (062) 744-30-86.**  
**e-mail: soledar@speleo.com.ua;**  
**www.speleo.com.ua**

«Здоров'я киян» № 6 (223),  
 червень 2013 року  
**Газета ДООЗ КМДА**  
 Засновник і видавець –  
 Київський міський  
 Центр здоров'я ДООЗ КМДА  
**Голова редакційної колегії –**  
 Валентина ЗАЛЕСЬКА

**Головний редактор –**  
 Вікторія ВЕЛИЧКО  
**Дизайн, верстка –**  
 Наталія КОНОНЕНКО  
**Над номером працювали:**  
 Отто СТОЙКА  
 Людмила ПЕТРОВЧУК  
 Ганна ЗАЄЦЬ

**Передплатний індекс: 41648**  
 Свідоцтво про реєстрацію КУ № 303  
 від 21.02.2006 р.  
**Адреса редакції та видавця:**  
 вул. Дегтярівська, 25, м. Київ, 04119.  
 тел. (044) 483 96 50.  
 E-mail: gazeta-zk@ya.ru

Редакція може публікувати матеріали,  
 не поділяючи точку зору автора.  
 Відповідальність за достовірність  
 фактів, цитат, власних імен,  
 географічних назв та інших  
 відомостей несуть автори публікацій.  
 Відповідальність за зміст рекламних  
 оголошень несе рекламодавець.

**Друкарня:**  
 ТОВ «Видавництво «МАГНАТ»  
 тел.: 8 (044) 419-34-45, 426-88-57  
 проспект Оболонський, 16-Є,  
 офіс 472, м. Київ,  
 Зам. № 136 тираж 1 500 прим.  
 Підписано до друку 21.06.2013  
 Розповсюджується за передплатою.