

А.П. Романчук, О.В. Гузий. Тесты с управляемым дыханием в оценке variability параметров кардиореспираторной системы спортсменов. – Статья.

Аннотация. Показаны особенности оценки результатов исследования параметров variability кардиореспираторной системы с использованием тестов с управляемым дыханием 6 и 15 раз в минуту. По данным обследования 1 930 спортсменов мужского пола определены диапазоны нормативных значений показателей variability сердечного ритма, систолического и диастолического артериального давления, а также дыхания при произвольном и управляемом дыхании.

Ключевые слова: управляемое дыхание, variability сердечного ритма, систолического и диастолического давления, спортсмены.

A. Romanchuk, O. Gusiyy. Tests with controlled respiration in assessing the variability of the parameters of the cardiorespiratory system of athletes. – Article.

Summary. The features of the evaluation of the results of the study of the parameters of the variability of the cardiorespiratory system are shown using tests with controlled respiration 6 and 15 times per minute. As a result of the survey of 1930 male athletes, the ranges of normative values of heart rate variability, systolic and diastolic arterial pressure, as well as respiration in case of spontaneous and controlled breathing was determined.

Key words: controlled respiration, variability of heart rhythm, systolic and diastolic pressure, athletes.

УДК 351.77

В.Й. Тещук,
кандидат медичних наук, доцент,
Заслужений лікар України,
начальник ангіоневрологічного відділення
клініки нейрохірургії і неврології,
Військово-медичний клінічний центр Південного регіону України,
лікар-невролог вищої кваліфікаційної категорії,
магістр державного управління,
полковник медичної служби, учасник АТО
м. Одеса, Україна

ПРИЧИННО-НАСЛІДКОВІ ЗІСТАВЛЕННЯ РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ

Анотація. Автор намагається показати наслідки безлічі медичних реформ, котрі призвели до краху медичної галузі в Україні. Реформи в медицині повинні носити загальнонаціональний характер, тому реалізація програми виходу з кризи вимагає зусиль державних інститутів влади, вчених.

Ключові слова: реформа, медична галузь, лікувально-профілактичні заклади.

Я – українець, і я цим пишаюсь! Любов до України – це, перш за все, любов до місця, де ти народився, сказав перше слово, зробив перший крок, виріс, знайшов вірних друзів, зустрів перше кохання, ступив у доросле життя, отримав медичну освіту. Куди б не закинула тебе доля, свяченою буде ALMA MATER, де ти вивчав медицину. В Україні понад 1 000 000 медичних працівників, кожен із них відчуває піднесені почуття – патріотизм, гордість, захоплення. Рідна земля – це колиска, яка колише нас на хвилях життя. Вона підхоплює, коли ми падаємо, вкриває від усіляких негараздів і життєвих колотнеч, вчить нас людської доброти, взаємодопомоги, патріотизму. Історія вже довела, що Україна не потрібна нікому – ані США, ані Росії, ані Євросоюзу. Коли біда чорним крилом накрила рідну землю в 2014–2017 рр., більшість наших громадян стали патріотами Вітчизни. Совість і борг підняли український народ на героїчний подвиг, в перших рядах були медичні працівники. Коли ціла країна, спалювана бездарною діяльністю президентів, чиновників, народних депутатів, міністрів охорони здоров'я, горить у вогні, стогне від болю, жає в німому крику воронками від вибухів снарядів і мін на Донбасі, коли всі «я» зли-

лися в одну потужну силу опору, знову міністром охорони здоров'я призначається «помічник лікаря радіолога», котра, маючи за е-декларацією понад \$4 млн. статків, не має елементарного уявлення про українську медицину і намагається знову провести «медичну реформу».

Вражає те, що під час російської агресії в Україні фахове міністерство вкотре очолюють люди (іноземці) без вищої медичної освіти: перший заступник попереднього МОЗ України Олександра Павленко поєднувала свою посаду з адвокатською діяльністю. З таким самим успіхом вони могли б очолити, наприклад, Національне агентство з дослідження космосу тощо [1]. В Україні терплячі люди, прекрасні лікарі, медичні працівники, діяла одна з найкращих у світі систем охорони здоров'я. Що ми маємо нині? Бездарно знищені лікарні, поліклініки, систему диспансеризації населення тощо.

У Конституції України є ст. 49, в якій держава гарантує громадянам України доступну та якісну медичну допомогу. Але держава медициною фактично не займається. Відсутній реальний контроль якості медичної допомоги, ніхто не обтяжений думками про пацієнтів: чи задоволені вони тим, як до них ставляться, і чи змогли їм допомогти. Міністерство охорони здоров'я, на мій погляд, є найбільшою «дійною короною» для наших «державних злочинців», тому що ніхто не розбирається, скільки має коштувати апарат штучної вентиляції легень, кардіомонітор, чи якої марки рентген-апарати варто закупити. Міністерство очолюють «дилетанти», які навіть державною мовою останнім часом володіють за допомогою перекладачів. Ось на цьому нерозумінні, некомпетенції і неможливості проконтролювати, де потім знаходиться це обладнання – в підвалі іржавіє, чи на ньому працюють люди – заробляються величезні кошти. Це дуже зручно.

Кілька слів про попередню реформу. Ще в 2014 р. до приходу в МОЗ України Олександра Квіташвілі, Кабінет Міністрів України (КМУ) за підтримки різних міжнародних фондів створив стратегічну дорадчу групу. До її складу увійшли шість фахівців – представники України і західних країн – Естонії, Іспанії, Великої Британії, Грузії. Орієнтуючись на світові тренди і досвід тих країн, що пройшли медичні реформи, вони створили рамковий документ і відпрацювали певну картину того, як має бути реалізована реформа в Україні. З моєї точки зору, помилка була в тому, що вони зовсім не приділяли уваги роз'ясненню і поясненню того, чому вони бачать реформу саме так. У суспільстві не провели жодної дискусії на цю тему. А варто було, як мінімум, дізнатися точку зору пацієнтів і практикуючих лікарів, щоб створити базу під ті ідеї, які були покладені в основу «стратегії». У зв'язку з цим виникла «війна» між МОЗ та комітетом Верховної Ради. Багато представників старої системи усвідомили, що якщо лікувально-профілактичні заклади (ЛПЗ) набудуть хоча б часткової автономії, якщо посада головного лікаря стане виборною, нехай і контрольованою Спостережливою радою, якщо буде впроваджена електронна картка пацієнта, повністю зміниться загальна звична парадигма. Це призведе до того, що не можна буде маніпулювати статистикою, підгасовувати дані про захворюваність, смертність, летальність. МОЗ України, очолюване У. Супрун, зробило таку ж помилку: нічого не створивши, стрімко руйнує систему української охорони здоров'я, що ледь «жевріє». Наприклад, останній конфлікт, який виник між видатним українським кардіохірургом Б. Тодуровим та очільниками МОЗ України в 2016–2017 рр. Важко собі уявити, що почнеться в Україні, якщо люди будуть знати правду про результати «медичних реформ», стан медицини, якщо у пацієнтів з'являться реальні права. Коли прийде це усвідомлення, реформи і реформаторів визнають винними у геноциді українського народу та у знищенні системи охорони здоров'я.

Державна політика з охорони здоров'я полягає у формуванні вищими органами державної влади пріоритетів, доктрин, концепцій і програм, спрямованих на зміцнення здоров'я населення, забезпечення діяльності і розвиток системи охорони здоров'я. Відповідно до ст. 12 Основ законодавства України про охорону здоров'я, це є одним із пріоритетних напрямів державної діяльності. Держава формує політику охорони здоров'я в Україні й забезпечує її реалізацію [2, с. 19].

Очевидно, що зміни та реформи в охороні здоров'я на різних етапах суспільного розвитку мають здійснюватися органами управління державою усіх рівнів, мати поетапний комплексний характер і передбачати суспільно очікувані результати. Незважаючи на те, що фінансування сфери охорони здоров'я за останнє десятиріччя зросло більше ніж у десять разів (у 2000 р. – 4,8 млрд грн., у 2012 р. – 46,3 млрд грн.), об'єктивного покращення функціонування галузі все ще не відбувається. З огляду на це, метою реформ має бути побудова такої моделі охорони здоров'я, яка забезпечувала б рівний та справедливий доступ всіх громадян до медичних послуг, високу якість та економічність цих послуг за умови збереження обсягу державних соціальних гарантій [3, с. 69].

Система охорони здоров'я є однією зі сфер діяльності, регульованих державою. Пов'язано це з тим, що послуги і програми, що реалізуються в системі охорони здоров'я, безпосередньо впливають

на здоров'я і життя людини. Державне регулювання діяльності установ охорони здоров'я, включаючи питання управління і ціноутворення, спроби (що робились і в економічно розвинених країнах) повністю фінансувати охорону здоров'я за допомогою державного бюджету зумовили більш повільне і неповне впровадження сучасних методів і способів управління цією системою.

На мою думку, в Україні потрібно створити пацієнтоорієнтовану модель охорони здоров'я (ПОМ ОЗ). Між нашою і західною системами охорони здоров'я (СОЗ) є велика різниця. На Заході всі рішення приймаються навколо життя і здоров'я людини: державі вигідно, щоб населення було здоровим, створювало додаткову вартість та платило податки. Там є три стовпи – держава, населення, медична спільнота, та існує баланс між їх інтересами. В Україні, як раніше в СРСР, людське життя не ціниться. Ми легко ставимось до того, що в нас є втрати, висока смертність, є дитяча смертність, що в Україні 104 000 дітей перебувають в інтернатській системі, тобто в дитячих будинках, і тільки 10% з них – сироти. А державу і «народнообраних злочинців», котрі віддали 230 своїх голосів за збільшення їм заробітної плати у два рази (до 36 000 грн./міс.), коли в країні більшість громадян ледве зводить кінці з кінцями, знищуються ЛПЗ, триває війна, мало цікавлять ці питання. При цьому UNICEF визнає, що дитяча смертність на Кубі в 17 разів нижча, ніж у середньому по світі [4]. У 1990-ті роки Куба витратила на охорону здоров'я близько 9,1% свого бюджету. У країні найвище у світі число лікарів на душу населення (5,3 на 1 000), а 80% медикаментів країна виробляє сама [5].

«Маячня» наших «реформаторів» призвела до взаємного процесу: у населення немає довіри до медицини, у медиків немає любові до пацієнтів. Таким чином, варто створити в Україні ПОС ОЗ. В чому вона полягає? Перш за все, мають відбутися ментальні зміни в українському суспільстві. Лікар не має бути рабом системи, котрий переносить свої комплекси і проблеми на пацієнтів. Слід пам'ятати, що лікарі і пацієнти забезпечують один одному існування. Ми живемо завдяки пацієнтам – вони платять податки, щоб в Україні був хоча б мізерний бюджет на медицину, інколи вони віддячують лікарям за успішне лікування, коштом цього лікарі виживають. Варто зрозуміти, що пара «лікар–пацієнт», починаючи з часів Гіппократа, – сакральна, священна. Щоб відбувся якісний процес зцілення, у лікаря має бути бажання допомогти пацієнту, а хворий, у свою чергу, має йому вірити, тому що це посилює результати праці. Звісно, окрім ментальних змін, мають бути створені і необхідні економічні умови. Гідна оплата праці лікаря – це необхідна база. Але цього замало, щоб всі були задоволені. Заробітна плата може бути достатньою мотивацією тільки протягом перших кількох місяців. В Україні, з одного боку, лікарі пригнічені, а з другого – пацієнт не на першому місці. Ще один аспект цієї проблеми – молоді лікарі потрапляють у середовище, де копіюють модель і принципи поведінки системи, в котрій пацієнт не на першому місці. І тільки гроші вже не врятують ситуацію. В Україні втрачено мораль і цінність професії. Коли в системі цінностей пацієнт із його проблемами не стоїть на першому місці, то скільки б лікарю не заплатили грошей, він все одно буде поганим лікарем.

З точки зору фінансів, штатних, структурних моментів ми маємо досить жорсткий контроль. Але якщо розглянути призначення лікарів, то ми побачимо, що кожен лікар у нашій країні може робити все, що хоче. Лікарі можуть призначати неефективні медикаментозні засоби та засоби з недоведеною дією, використовуються схеми лікування, котрі відсутні в міжнародних стандартах. Зрештою ми маємо ситуацію «скільки лікарів – стільки й думок», котра в цивілізованому світі в принципі не можлива.

Усі медичні працівники використовують паперову документацію, котру можна переписати або доповнити. А якщо станеться якась прикрість, то прокурор або комісія працюють тільки з цими паперовими документами. Чи можливо це змінити? Думаю, так. Для цього треба створити електронний облік всієї діяльності медичного закладу: електронна картка пацієнта, електронний реєстр всіх лікарів даного медичного закладу, за цього кожному з них присвоїти свій ID. У кожного лікаря є список закріплених за ним пацієнтів, у кожного пацієнта – зашифрований діагноз. Завдяки електронному обліку є можливість зрозуміти, кому лікар має право виписувати наркотичні засоби, а кому – ні, в яких випадках були виписані потрібні медикаменти, а в яких – ні. Ці всі результати мають входити в електронну базу даних, щоб не було можливості пізніше змінити інформацію. Нам необхідно викоринити презумпцію вини медичних працівників та визнати право на лікарську помилку. Помилки трапляються у всіх медичних закладах світу, але медичні працівники не бояться про них говорити, щоб в подальшому не допускати подібних вчинків. В Україні такі випадки намагаються прикрити, а якщо це не вдалося, винуватцем цього завжди стає лікар. Адже так дуже зручно: знайти «стрілочника» і нічого не змінювати!

Є певні дані, котрі мають бути доступними на рівні регіону. Наприклад, скільки за добу було звернень до поліклінік, скільки з них із ГРЗ, пневмоніями, гіпертонією, інсультами, інфарктами тощо; скіль-

ки пацієнтів обстежено за плату, скільки – безплатно. Ми будемо знати, скільки пацієнтів з цукровим діабетом, паркінсонізмом, хворобою Коновалова-Вільсона нині в регіоні, які медикаменти і в якій кількості їм потрібні. В результаті ми бачимо зовсім іншу картину і головне – в режимі реального часу. Не потрібно буде обдзвонювати керівників ЛПЗ та просити їх терміново надати інформацію. Якщо ми не почнемо з правдивої статистики, правдивої інформації, правдивого розуміння того, що відбувається в галузі, то ми не будемо знати, що нам треба змінювати. З технічної та організаційної точок зору створення і запуск електронної системи обліку – це елементарно. Тобто за наявності незначних інвестицій можна створити електронну базу даних пацієнтів, лікарів, призначень, обліку медикаментів, медичної статистики. Ризик один – це мотивація медичних працівників, які отримують жалюгідні заробітні плати, вносити достовірну інформацію в електронну систему. На це підуть місяці, можливо, роки, але для того щоб пройти певну відстань, необхідно зробити перший крок.

За роки незалежності всі очільники МОЗ України планомірно знищували, досить непогану, на мій погляд, колишню класичну семашківську систему охорони здоров'я, котра успішно функціонувала в СРСР. Знищено фельдшерсько-акушерські пункти (ФАП), дільничні лікарні, багатопрофільні поліклініки, міські лікарні, центральні районні лікарні (ЦРЛ), цехових терапевтів, військово-медичну службу, санаторно-курортну систему, систему диспансерного спостереження. Всі радянські статuti і накази були написані «кров'ю», випробувані десятиліттями праці наших колег. Кожна лікарська ставка була обґрунтована. Кожен штат ЛПЗ був обґрунтований до дрібниць. І ось почалися «реформи», котрі знищили все старе і нічого нового не створили. В Україні не прийнято ходити до лікарів. Ми опитали 100 пацієнтів віком від 50 до 70 років і з'ясували, що тільки 26 з них (26%) відвідують лікаря два і більше разів на рік. Інші до лікарів звертаються, коли виникають ті чи інші проблеми. У нас відсутня культура і умови для відвідування дільничного – сімейного лікаря. Одна з причин – є шанс не отримати ту якість допомоги, на яку розраховуєш. Друга – дуже дорогі брендові ліки та безліч фальсифікатів в аптечному просторі.

Знищено повністю фізіатричну службу (наслідок – туберкульозу в Україні більше ніж в усіх країнах Європи, разом узятих), знищено педіатричну службу (зросла дитяча смертність). Створено сімейну медицину. На Заході сімейний лікар – це людина, яка закриває 95% питань, котрі виникають у населення. В Україні багато років терапія і педіатрія на дільниці вважалась надбанням «невдах», тих, кому не вдалося потрапити у стаціонар або вступити в клінічну ординатуру, аспірантуру.

Думаю, що в період «деструктивних реформ» дуже важливо підтримати хоч якусь дільничну службу. Вона має залишитися, розвиватися, крім того, в неї потрібно вкладати освітні і матеріальні ресурси. Дискусійним залишається питання вузьких фахівців у поліклініках. На мою думку, вони також можуть закрити багато питань в амбулаторних пацієнтів. Якщо наділити достатню увагу освіті і підвищенню рівня кваліфікації терапевтів і педіатрів, деякі питання вузьких фахівців вони зможуть закрити. Але такі фахівці, як хірург, невролог, офтальмолог, ЛОР, дерматолог, травматолог обов'язково мають бути в кожній поліклініці. Важких (стаціонарних) пацієнтів вони будуть направляти на наступні етапи медичної допомоги. Таким чином, стаціонари звільняться від консультацій амбулаторних пацієнтів. Всі дільничні терапевти і педіатри не можуть знати неврологію, офтальмологію, хірургію, гінекологію і т. д.; вони також не можуть вирішувати питання експертизи. Це питання досвіду і практики, а професіоналізм медичного працівника залежить від кількості випадків, котрі йому вдалося вилікувати. Знову ж таки варто зробити електронну статистичну базу поліклініки, і протягом одного року роботи закладу стане зрозуміло, скільки вузьких фахівців потрібно для цієї поліклініки. В 2016 р. в Україні дефіцит лікарів становить понад 30%. Що буде тоді, коли скоротять ставки вузьких фахівців у поліклініках, лікарів швидкої медичної допомоги? В 2017 р. призупинено фінансування, а отже, діяльність 26 науково-дослідних інститутів МОЗ України; розпочато переслідування видатного українського кардіохірурга Б. Тодурова, почалась «реформація» швидкої медичної допомоги. Ця «маячня» представників нового МОЗ України призведе до ГЕНОЦИДУ УКРАЇНСЬКОГО НАРОДУ!

Позитивним у медицині Заходу є так звані цілодобові відділення невідкладної медичної допомоги (emergency departments), куди ви можете привезти пацієнта, якщо він, наприклад, знепритомнів. Там мають бути професіонали, котрі зможуть оглянути, зробити рентгенівський знімок, призначити, зробити та оцінити лабораторні обстеження, поставити правильний клінічний діагноз, прийняти відповідне рішення і спрямувати до спеціалізованого відділення. Роками ми створювали кардіологічні та неврологічні бригади для надання невідкладної та екстреної медичної допомоги, а нині нам пропонують кваліфікованих, підготовлених лікарів швидкої допомоги замінити на парамедиків.

Проблема полягає в тому, що відділення ангіоневрології, травматології, гінекології, офтальмології, хірургії, кардіології завжди переповнені. Водночас деякі відділення мають половину порожніх ліжок або лікують амбулаторних пацієнтів, у зв'язку з тим, що існує таке поняття, як «ліжко-день», під котре виділяються бюджетні кошти, і працівникам «таких стаціонарів» потрібно заповнити відділення і «роздувати щоки» в зв'язку зі своєю посадою та значимістю. Через це у нас ліжковий фонд в 2,8 разів вище, ніж в середньому по Європі. Відповідно, штат ЛПЗ також роздутий шляхом лікарів-«паразитів» (котрі і не чергують і не ведуть пацієнтів, а займаються організаційною та адміністративною діяльністю). Їхнє скорочення (їх кількість у деяких ЛПЗ сягає 20–40%) могло б оптимізувати затрати на утримання ЛПЗ. Але для цього потрібно зізнатися, що держава не може потягнути охорону здоров'я в тому вигляді, в якому вона перебуває нині. Практичним лікарям варто не заважати в їх професійній діяльності, надати можливість брати активну участь у прийнятті рішень, дати більше свободи в управлінні фінансами та звільнити так званий «медичний планктон».

Медицину варто «звільнити» від тиску чиновників. Лікар має право займатися індивідуальною монопрактикою. Рішення про те, чи достатня у лікаря кваліфікація, чи етично він вчинив, мають приймати не Облздороввідділ або МОЗ України, а такі самі лікарі, представники лікарської фахової спільноти. В Європі є так звані лікарські палати, там сидять досить поважні люди, котрим є що втрачати. Вони колегіально приймають рішення – відповідно до протоколів та стратегій лікування, як наприклад, скільки неврологів потрібно для того чи іншого регіону, розбирають скарги, спірні випадки тощо. Вони займаються цими питаннями з точки зору потреб медицини та інтересів пацієнтів. Звичайно, мають бути й адміністратори, котрі б взяли на себе організацію процесу, речове, продовольче та експлуатаційне забезпечення. Але власно медичними питаннями мають займатися медики – такими є міжнародні норми. Протоколи та алгоритми лікування мають створювати фахівці, відповідно до міжнародних протоколів, але варто враховувати й можливості того чи іншого регіону.

Медичні заклади мають отримати хоча б часткову автономію. Автономізація – це не приватизація, це означає, що головний лікар і колектив ЛПЗ отримують більше свободи розпоряджатися бюджетами, в інтересах цього ЛПЗ, персоналу та пацієнтів. Робота лікаря має приносити задоволення, а не страх. Лікарське товариство має право тією чи іншою мірою розширювати ті чи інші відділення, які приносять користь пацієнтам та ЛПЗ, розпоряджатися фінансами, укладати угоди з державою, що також призведе до значних змін на краще. Кожна людина багато разів подумає, як їй вчинити – щодня вмикати обігрівач чи один раз утеплити вікна. Через це лікарі зможуть розраховувати на зовсім іншу заробітну плату. У нас нині, з позицій бізнесу, всі лікарні збиткові. Але є маса приватних структур, котрі приносять великі гроші, наприклад, аптеки, кафе, магазинчики, діагностичні центри. Вони працюють на лікарняній електроенергії, залучають персонал лікарні, але сам ЛПЗ із цього майже нічого не отримує. Треба шукати нові форми діяльності, наприклад: центри можуть робити безплатні дослідження для пацієнтів ЛПЗ, кількість яких визначається угодою; в комерційних аптеках ввести систему лояльності цін на ліки для тих пацієнтів, котрі лікуються в даному ЛПЗ. На такі зміни мають бути воля і бажання, адже доведеться відмовитися від системи «відкатів». І заробітні плати у медичних працівників мають наблизитися хоча б до заробітних плат у Національній поліції. Щомісяця загальнообране керівництво ЛПЗ має звітувати про зароблені кошти і про те, на які потреби ЛПЗ вони пішли. Ті, кого нині влаштовує стан справ в українській медицині, не хочуть нічого змінювати, хочуть все стабілізувати, як є. Але це не стабілізація, а спроба і далі руйнувати нашу медицину. Варто також зупинити мультицентрові перевірки ЛПЗ, котрі не приносять жодної користі і допомоги, а вкотре забирають «копійку» із жалюгідних заробітних плат медичних працівників; зупинити проведення планових з'їздів та конференцій коштом лікарів базових ЛПЗ.

Таким чином, реформи в медицині мають носити ЗАГАЛЬНОНАЦІОНАЛЬНИЙ характер, це питання НАЦІОНАЛЬНОЇ БЕЗПЕКИ. Тому реалізація програми виходу з кризи вимагає значних зусиль не тільки кожної людини, але і державних інститутів влади, вчених, однак альтернативи їй немає, адже йдеться про майбутнє УКРАЇНСЬКОЇ НАЦІЇ. Ми всі пам'ятаємо, якої шкоди для України завдало «куміство Ющенка», «геніальні ідеї інтернаціоналіста Азарова» тощо. Міністерство охорони здоров'я – одне з основних міністерств України, яке має очолювати патріот своєї Вітчизни, фахівець у цій галузі. В іншому разі це призведе до краху галузі і подальшого зубожіння УКРАЇНСЬКОГО НАРОДУ.

ЛІТЕРАТУРА

1. Тешук В.Й. До питання про реформування медицини в Україні // Наукові записки міжнародного гуманітарного університету: матеріали Другої міжнародної мультидисциплінарної конференції «Чорноморські наукові студії» (13 травня 2016 р.). – Одеса. – С. 206–216.

2. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19 листопада 1992 р. № 2801-ХІІ // Відомості Верховної Ради України. – 1993. – № 4. – С. 19.
3. Пак С.Я. Розвиток державної політики з функціональної та структурної перебудови системи охорони здоров'я на місцевому рівні в Україні / С.Я. Пак // «Актуальні проблеми державного управління на сучасному етапі державотворення» : матеріали V наук.-практ. конф. (27 жовтня 2011 р.) : тези допов. – Луцьк, 2011. – С. 68–70.
4. UNISEF Poverty Reduction Begins With Children, 2000 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : https://www.unicef.org/publications/files/pub_poverty_reduction_en.pdf.
5. Inter Press Service. – 2/05/2001.

В.И. Тещук. Причинно-следственные сопоставления реформирования медицины в Украине. – Статья.

Аннотация. Автор пытается показать последствия множества медицинских реформ, которые привели к краху медицинской отрасли в Украине. Реформы в медицине должны носить общенациональный характер, поэтому реализация программы выхода из кризиса требует усилий государственных институтов власти, ученых.

Ключевые слова: реформа, медицинская отрасль, лечебно-профилактические учреждения.

V. Teshuk. Causal Comparison Reform of Medicine in Ukraine. – Article.

Summary. The author tries to show the consequences of many medical reforms that led to the collapse of the medical industry in Ukraine. Reforms in medicine should be of national character; therefore, the implementation of a program to overcome the crisis requires the efforts of state institutions of power, scientists.

Key words: Reform, medical industry, medical and preventive institutions.

УДК 616.831

В.Й. Тещук,

кандидат медичних наук, доцент,

Заслужений лікар України,

начальник ангіоневрологічного відділення клініки нейрохірургії і неврології,

Військово-медичний клінічний центр Південного регіону України,

полковник медичної служби

м. Одеса, Україна

В.В. Тещук,

лікар-невролог відділення інтенсивної терапії загального профілю,

Центр анестезіології, інтенсивної терапії загального профілю

та екстракорпоральної детоксикації

КП КОР «Київська обласна клінічна лікарня»,

м. Київ, Україна

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ НЕОТОНУ В КОМПЛЕКСІ З ГІПЕРБАРИЧНОЮ ОКСИГЕНАЦІЄЮ ПРИ ЛІКУВАННІ ІШЕМІЧНИХ ІНСУЛЬТІВ

Анотація. У статті запропоновано комплексний метод лікування: високоефективний метаболічний засіб (неотон) у поєднанні з гіпербаричною оксигенацією (ГБО). Автори описують досвід використання методики у лікуванні гострого ішемічного інсульту (ІІ). Отримані результати дають змогу використовувати запропоноване комплексне лікування в межах «терапевтичного вікна» в неврологічних відділеннях.

Ключові слова: неотон, гіпербарична оксигенація, гостре порушення мозкового кровообігу, ішемічний інсульт, лікування.