



суспільства позначається невисокий в цілому рівень та нерациональна структура споживання, обмежені можливості сімей щодо повноцінного лікування, оздоровлення, відпочинку та фізичного розвитку дітей та підлітків. Недостатніми залишаються обсяги фінансування охорони здоров'я. Система сімейних взаємовідносин ускладнює налагоджування статевого виховання в сім'ї, ослаблений соціальний контроль за статевою поведінкою дітей та підлітків.

Таким чином, лише за умови послідовного врахування соціальних пріоритетів в подальшому реформуванні, посилення соціально-демографічної спрямованості економічної політики, орієнтації на забезпечення соціальної результативності ринкових перетворень можливо до певної міри компенсують соціально-демографічні втрати в Україні.

Доманчук Т.І.

ВІКОВО-СТАТЕВІ ОСОБЛИВОСТІ ОНКОЛОГІЧНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ У ЧЕРНІВЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ

*Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

У більшості розвинених країн світу злоякісні новоутворення займають друге місце у структурі причин смерті, поступаючись лише хворобам системи кровообігу. Захворюваність на онкологічну патологію безперервно зростає. Щорічно у світі реєструється близько 6 млн. нових випадків захворювання на злоякісні новоутворення. Найбільш висока захворюваність на злоякісні новоутворення реєструвалась серед чоловіків Франції (558 на 100 тис. відповідного населення), серед жінок - у Бразилії (283,4 на 100 тис. жіночого населення).

Сьогодні проблема онкології вийшла за рамки суто медичної галузі та набула статусу проблеми загальнодержавного масштабу, враховуючи, що факторами розвитку злоякісних новоутворень є хімічні канцерогени, канцерогени фізичної природи, біологічні, гормональні та генетичні. Тягар соціально-економічних труднощів посилюється політичною кризою та війною на сході України, що обумовлює стресові ситуації серед населення. Понад мільйон внутрішньо переміщених осіб розкидані по всій Україні і потребують невідкладної допомоги.

Метою нашого дослідження було провести аналіз динаміки онкологічної захворюваності залежно від статі міського та сільського населення Чернівецької області.

У результаті дослідження було встановлено, що захворюваність населення України на онкологічні хвороби має негативну динаміку. За період з 2011 по 2017 роки кількість первинних хворих на злоякісні новоутворення знизилась на 14,8 %, що пов'язано з ситуацією в Україні за останні 4 роки; з 2011 по 2013 роки зазначений показник мав тенденцію до зростання на 2,9 %, з 2014 по 2017 роки - майже на 0,7 %. Питома вага раку, як причини смерті в працездатному віці, становить 14% у чоловіків і 29% у жінок. Ризик занедужати на рак досягає 27,7% для чоловіків і 18,5% для жінок, тобто протягом 75 років життя злоякісні новоутворення вражають в Україні кожного 3-4 чоловіка і 5-6 жінок.

Порівнюючи захворюваність на злоякісні новоутворення серед населення України та Чернівецької області, можна зробити висновок, що у Чернівецькій області переважає рак шлунка, протягом останніх років збільшилась онкологічна захворюваність передміхурової залози у чоловіків та яєчників у жінок. В Україні кожного року діагностують понад 150 тис. нових випадків злоякісних новоутворень. У структурі захворюваності чоловічого населення в Україні за 2017 рік провідні 5 місць займають: злоякісні новоутворення трахеї, бронхів, легенів (16,5 %), колоректальний рак (13,1 %), інші ЗН шкіри (10,7 %), ЗН передміхурової залози (11,3 %), ЗН шлунка (7,3 %). Якщо ще 10 років тому рак передміхурової залози діагностували у 8,4 випадку цієї патології на 10 тис. населення, то нині цей показник становить 24,3 випадку на 10 тис. дорослого населення. У прогнозі на найближче майбутнє, за розрахунками науковців, кількість вперше захворілих на рак в Україні зросте до 200 тис. осіб на рік. За останніми підрахунками в Україні мешкає майже 860 тис. Онкологічна



захворюваність типової локалізації населення України людей, які мають в анамнезі перенесене онкологічне захворювання або продовжують хворіти й сьогодні, при чому завдяки виконанню національної програми "Онкологія" протягом останніх п'яти років спостерігається зниження показників смертності та підвищення рівня охоплення хворих спеціалізованим лікуванням, морфологічна верифікація діагнозів на фоні зростання захворюваності населення на злоякісні новоутворення.

Отже, аналіз стану організації протиракової боротьби в Україні засвідчує про те, що ця проблема залишається актуальною для охорони здоров'я України і вирішення її залежить як від поліпшення стану оснащення лікувально-профілактичних закладів сучасними апаратурою та обладнанням, так і від підвищення рівня професійної підготовки з питань онкології медичних працівників закладів охорони здоров'я всіх рівнів.

Мандрик-Мельничук М.В.
ВИКОРИСТАННЯ «КАРАЛЬНОЇ ПСИХІАТРІЇ» В СРСР (1920-1950 рр.):
ПРАВОВИЙ АСПЕКТ

*Кафедра соціальної медицини та ООЗ
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Застосування психіатрії з каральною метою почалося з тимчасової інструкції «Про позбавлення волі як про міру покарання та про порядок її відбування» (23 липня 1918 р.). До місць обмеження волі зарахували карально-лікувальні заклади для утримання в'язнів із вираженими психічними розладами. До КК РРФСР, прийнятого другою сесією ВЦВК 22 листопада 1926 р., був включений розділ 4 «Про заходи соціального захисту, які застосовуються по КК стосовно осіб, які здійснили злочин». У пункті 24 чітко зазначено, що «заходами соціального захисту медичного характеру є: а) примусове лікування; б) поміщення до лікувального закладу у поєднанні з ізоляцією», які могли бути застосовані лише за рішенням суду. Через небезпеку втеч наприкінці 1930-х рр. виникає ідея створити спеціалізовані тюремні психіатричні лікарні у системі НКВС. Першою секретною установою радянської каральної психіатрії стала Казанська тюремна психіатрична лікарня (КТПБ) НКВС СРСР. Ще з 1869 р. тут діяла окружна психіатрична лікарня, а згодом один із її корпусів був перетворений на спецвідділення для «політичних». У 1939 р. було видано розпорядження, відповідно до якого «державних злочинців» мав охороняти НКВС.

13 липня 1945 р. затверджено Положення КТПБ, в якому були визначені дві категорії в'язнів: 1) душевно хворі, які вчинили державні злочини, що утримуються під вартою і направлені на примусове лікування у поєднанні з ізоляцією за визначенням суду чи за постановою Особливої наради при НКВС СРСР; 2) душевно хворі в'язні, засуджені за держзлочини, хвороба яких почалася в тюрмі у період відбування терміну покарання за вироком суду чи постановою при НКВС СРСР. До кінця 1950-х рр. ув'язнених направляли сюди у позасудовому порядку. Для «лікування» застосовувалася електросудомна терапія, сонотерапія, «гамівна сорочка», «вологий ужим», «інсулінові шоки», ін'єкції сульфозину, обмеження у застосуванні антибіотиків та вітамінів, психологічне насильство.

Згодом виникає мережа спеціалізованих психіатричних закладів – лікарень, диспансерів, санаторіїв, окремих палат, навіть НДІ. Всі вони формально підпорядковувалися союзному МОЗ, спецпалати перебували під контролем КДБ, безпосередньо у віданні КДБ знаходилися палати у місцях ув'язнення і відбування покарань. У Центральному НДІ ім. В. Сербського фабрикувалися акти судово-психіатричної експертизи, на підставі яких приймалося рішення про примусове лікування. У 1938 р. у структурі НДІ виникає спецвідділення для «контрреволюціонерів» (стаття 58 КК РРФСР). У 1930-х тут діяла секретна лабораторія для розробки препаратів, які використовували під час допитів.

Примусове лікування «контрреволюціонерів» у поєднанні з ізоляцією офіційно було закріплене в інструкції «Про порядок застосування примусового лікування стосовно психічно хворих, які здійснили злочин» (1948 р.). «Примусове лікування у поєднанні з