



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



ізоляцією» було запозичене розробниками інструкції з КК СРСР (ст. 24). Рішення про примусове лікування могло бути винесене судовими органами на підставі судово-психіатричної експертизи (діяла інструкція від 17 лютого 1940 р.). Вихід на волю ставав можливим лише у разі одужання або ж суттєвих змін у стані здоров'я. Існувала загроза відновлення кримінальної справи та відбування покарання у виправно-трудовах таборах. 31 липня 1954 р. з'явилася нова Інструкція про порядок застосування примусово лікування та інших заходів медичного характеру стосовно психічно хворих, які здійснили злочини. У ній примусове лікування з ізолюванням було скасоване як захід, а з'явилося інше формулювання «примусове лікування або в психоневрологічних лікарнях, або в спеціальних лікарнях системи МВС». Тепер рішення про лікування в таких закладах мало бути винесе на судовому засіданні за участі прокурора та захисника.

**Навчук І.В.**

## **РЕФОРМУВАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ З УРАХУВАННЯМ СВІТОВОГО ДОСВІДУ**

*Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

У світлі сучасно медичної реформи актуальним є дослідження зв'язку між рівнем розвитку системи первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) у країні та здоров'ям населення, зокрема рівнем загальної й передчасної смертності, смертності від ішемічної хвороби серця й онкологічних захворювань, маляркової смертності та очікуваної тривалості життя населення.

Мета роботи – оцінити відповідність підходів до реформування системи надання ПМСД в Україні міжнародним стандартам. Аналіз результатів дослідження проводили за допомогою аналітичного та медико-статистичного методів.

Результатами багатьох досліджень доведено, що забезпечення більшої доступності ПМСД зменшує загальну нерівність в отриманні медичної допомоги. Водночас, у країнах, де в системах охорони здоров'я домінують спеціалісти, спостерігаються вищі показники загальної смертності та нижчий доступ, насамперед вразливих груп населення, до послуг охорони здоров'я. При цьому світова медична спільнота в цілому та Всесвітня організація охорони здоров'я зокрема вважають абсолютно неприйнятним, щоб ПМСД була синонімом низькотехнологічної непрофесійної допомоги, призначеної для сільських жителів і малозабезпечених верств населення, які не в змозі платити за більш якісну допомогу. Проаналізовано підходи, принципи та вимоги до організації ПМСД, ефективність застосування яких доведена в добре спланованих, за правилами доказової медицини, міжнародних дослідженнях. Проведено порівняльну характеристику організації ПМСД у різних країнах Європейського регіону та України, зокрема. Визначено комплекс заходів щодо реалізації моделі модернізації ПМСД в Україні.

Сьогодні науково доведено, що добре організована первинна медико-санітарна допомога в цілому впливає на здоров'я населення ефективніше за спеціалізовану та високоспеціалізовану медичну допомогу.

Отже, реформування первинної медико-санітарної допомоги в Україні відповідає світовим принципам, вимогам і критеріям її ефективного функціонування.