

О **3 ювілеєм!**

## Львівському шкірно-венерологічному диспансеру №2 – 55 років!

1 січня 1956 року рішенням виконкому Львівської обласної ради та наказом Львівського обласного відділу охорони здоров'я було об'єднано міський дитячо-жіночий шкірно-венерологічний диспансер, 2-й шкірно-венерологічний диспансер Залізничного району, 3-й шкірно-венерологічний диспансер Шевченківського району та створено Львівський міський шкірно-венерологічний диспансер (ЛМШВД), який функціонував у двох приміщеннях: амбулаторне відділення на вул.Базарній, 5 та стаціонарне відділення на 40 ліжок на вул. Огородничій, 24. Головним лікарем був призначений Козленко Михайло Наумович.

Невдовзі диспансеру було надане інше приміщення на вул.Замарстинівській, 83, а на початку 60-х років до диспансеру приєднано житлові приміщення у будинку на вул.Замарстинівській, 81, де розташувалися лабораторія та фізіо-терапевтичний кабінет. На той час штатний розпис становив 75 працівників, в тому числі 20 лікарів.

Восени 1975 року в МШВД були переведені всі лікарі-дерматовенерологи, які працювали в лікувально-профілактичних закладах Львова. У 1982 році диспансер отримав додатково приміщення на вул.Лисенка, 43, в якому з'єднались два стаціонарних відділення: 1-е відділення на 50 ліжок (вул.Замарстинівська, 83, завідувач відділення Потопальська Л.Я.) та 2-е дерматологічне відділення 1-го протитуберкульозного диспансеру (завідувач відділення Яськів Я.І.)

У грудні 1998 року приміщення на вул.Лисенка, 43, як культова споруда, було передано духовній академії та семінарії АПЦ Київського патріархату. Натомість диспансер отримав приміщення колишньої дитячої дошкільної установи № 87 на вул.Кордуби, 4а, де розгорнув стаціонарне відділення на 80 ліжок.

Великий доробок в становленні і формуванні диспансеру внесли: Коршевнік Галина Олександрівна, головний лікар диспансеру, яка обіймала цю посаду 21 рік – з 1963 року по 1984 рік; Лінецький Григорій Соломонович, завідувач стаціонарного відділення (працював 21 рік – з 1956 року по 1977 рік), Парновська Лідія Юріївна, завідувач поліклінічного відділення, працювала 30 років – з 1969 року по 1999 рік; Потопальська Людмила Яківна, завідувач стаціонарного відділення, працювала на цій посаді 18 років – з 1977 року по 1995 рік; Буліснюк Ірина Сергіївна, завідувач стаціонарного відділення, працювала 8 років – з 1995 року по 2003 рік.

З 2008 року диспансер одержав статус обласного і відповідно змінив назву на Львівський шкірно-венерологічний диспансер №2 (ЛШВД №2). Сьогодні тут працює 126 осіб, з них 42 лікаря.



О **Рекомендації**

## Щоб урятувати людське життя

Щороку близько 500 000 людей у Європі стають жертвами раптової зупинки кровообігу. Дуже легко можна допомогти тим серцям, котрі занадто молоді, щоб помирати. Серцево-легенева реанімація (СЛР), що виконується свідками події (не медичними працівниками), збільшує шанси на виживання у 2-3 рази. Однак такі дії провадяться лише у одному з п'яти випадків позашпитальної зупинки кровообігу. Збільшення цього числа щорічно врятує 100 000 людських життів у Європі.

Нові Рекомендації СЛР 2010 Європейської Ради Реанімації (European Resuscitation Council – ERC) допоможуть досягти цієї мети. 18 жовтня Європейська Рада Реанімації оприлюднила нові європейські рекомендації із серцево-легеневої реанімації, що базуються на нових наукових висновках, опублікованих після останніх змін рекомендацій у 2005 році. Для свідків трагедії – алгоритм дій є дуже простий. Професор Берндт Беттінгер, президент ЄРР, підказує: „Натискай швидко та сильно, розпочни негайно! Якщо потерпілий не відповідає та не реагує, натискай на середину грудної клітини так, щоб вона прогинулася принаймні на 5 сантиметрів з частотою принаймні 100\хв.“

Натискання на грудну клітину – це найважливіша маніпуляція у реанімаційних заходах. Кожен, включаючи дітей, може це виконати. Ця проста безпечна дія значно збільшує шанси на виживання потерпілого. Відповідно навчені свідки події, які хочуть здійснити штучне дихання, повинні поєднати його із натисканнями на грудну клітину у співвідношенні 30 натискань до 2 рятувальних вдихів. Натискання грудної клітини є найважливішим компонентом СЛР – вони виконуються навіть оминаючи штучну вентиляцію легень. Без натискання на грудну клітину мозок буде безповоротно ушкоджений впродовж 5 хвилин від моменту втрати свідомості.

„У процесі творення нових Рекомендацій ERC 2010 було проаналізовано велику кількість наукових досліджень, присвячених успішній реанімації. Особливий акцент було поставлено на переконливі наукові докази та спрощення рекомендацій“ розповів доктор Джеррі Нолан, член Правління ERC. Окрім натискань на грудну клітину наступним важливим компонентом залишаються автоматичні зовнішні дефібрилятори (Automated External Defibrillators – AEDs), які можна часто побачити у місцях громадського користування. Нові Рекомендації ERC виразно заохочують застосування цих пристроїв: AEDs прості у користуванні, часто оснащені голосовими підказками із безпечних способів дефібриляції.

Рання дефібриляція у поєднанні з натисканнями грудної клітини



може бути процедурою, що у багатьох випадках раптової зупинки кровообігу рятує життя.

Окрім цього Рекомендації ERC 2010 підтверджують значення застосування терапевтичної гіпотермії після зупинки кровообігу. Охолодження потерпілих після зупинки кровообігу до температури 32-34 градусів за Цельсієм на 12-24 години значно збільшує шанси на виживання з добрим неврологічним ефектом. Що цікаво, цей простий метод все ще не застосовується у багатьох системах медичного рятівництва та у лікарнях Європи.

Рекомендації ERC 2010 заохочують розширення показів до застосування гіпотермії для новонароджених, котрі зазнали гіпоксії під час народження. Негайно застосовані та сильні натискання на грудну клітину, рання дефібриляція та охолодження пацієнтів із зупинкою кровообігу є ключовими елементами у нових Рекомендаціях ERC 2010. Професор Беттінгер підсумовує: „Якщо усі – як свідки трагедії, так і професійні рятувальники – будуть діяти у такий спосіб – урятуємо у Європі 100 000 осіб щороку.“ (Більше інформації та повну версію Рекомендацій, а також плакати доступні на Інтернет-сторінці [www.erc.edu](http://www.erc.edu).)

Людмила ГЕРА, лікар-методист Львівського центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф

О **Виховні заходи**

## Боротьба триває

Щорічно 1 грудня світова громадськість відзначає Всесвітній день боротьби з ВІЛ/СНІДом. Кілька останніх років наша держава посідає перше місце у Східній Європі за поширенням ВІЛ-інфекції.



Розвиток епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу у Львівській області має ті ж закономірності, що й у цілому світі. За 9 місяців 2010 року вперше в житті діагноз ВІЛ-інфекція був встановлений 364 особам (проти 389 осіб за аналогічний період 2009 року), в тому числі в стадії СНІДу – 104 особам (проти 90 за 9 місяців 2009 року). Якщо зростання захворюваності на ВІЛ-інфекцію не відбулося, то зросла захворюваність на СНІД на 14 випадків або на 13,5%.

Серед шляхів інфікування, як і в 2009 році домінує парентеральний, внаслідок введення наркотичних речовин ін'єкційним шляхом. З 364 осіб з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції – 152 випадки (41,8%) припадає на парентеральний шлях (введення наркотичних речовин ін'єкційним шляхом); 113 випадків (31,04%) припадає на статевий, в основному, гетеросексуальний шлях передачі ВІЛ – 80 випадків (22,0%) – передача ВІЛ від матері до дитини і 19 випадків (5,2%) складає невизначений шлях інфікування.

Чим вища доступність обстеження на ВІЛ-інфекцію для осіб з груп ризику області, тим реальніша епідемічна ситуація. Так, за результатами сероепідеміологічного моніторингу за 9 місяців 2010 року частка позитивних результатів в кількості усіх досліджень складає 19,6%.

Організаційно-методична робота Львівського обласного центру з профілактики та боротьби зі СНІДом призвели до зростання кількості найбільш уразливих щодо інфікування ВІЛ осіб на 24,5%.

Станом на 01.10.2010 року в області знаходиться на обліку 1722 ВІЛ-інфіковані особи (в т.ч. 193 дітей), з них в стадії розгорнутих клінічних проявів (СНІДу) перебуває під наглядом 382 особи (в т.ч. 11 дітей). За накопичувальними даними, з 1987 року (початок реєстрації ВІЛ-інфекції) станом на 01.10.2010 року 242 особи, у тому числі 5 дітей, померли від захворювань, обумовлених СНІДом.

Рівень доступності діагностики на антибіоти до ВІЛ для населення великою мірою залежить від наявності тест-систем. В області наявна достатня кількість тест-систем для діагностики ВІЛ-інфекції, а добровільне консультування і тестування (ДКТ) проводиться безкоштовно і доступне в будь-якому закладі охорони здоров'я, в лікаря будь-якого фаху. З місцевого бюджету на 2010 рік Львівському обласному центру з профілактики та боротьби зі СНІДом виділено 553,2 тис. грн. (в 2009 році – 461 тис. грн.) на придбання тест-систем для тестувань вагітних і інших категорій населення.

В районних центрах та містах обласного підпорядкування (в складі ЦРЛ і ЦМЛ) консультативна, профілактична робота, діагностика ВІЛ-інфекції/СНІДу здійснюється інфекціоністами 36 кабінетів інфекційних захворювань поліклінік, на базі яких створено кабінети „Довіра“. Крім того надання інформаційних послуг про ВІЛ-інфекцію надаються у вигляді видання і поширення інформаційних повідомлень, прес-релізів, інформаційно-рекламних збірок, брошур, плакатів, календариків, листівок, буклетів. Відповідні матеріали готуються і поширюються ЛОЦ СНІДу, Львівським обласним центром здоров'я, неурядовим ВІЛ-сервісними організаціями, Львівським обласним центром соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді.

Контактний телефон для отримання додаткової інформації: 275-25-96

Мар'яна СЛУЖИНЬКА,  
головний лікар Львівського  
обласного центру  
з профілактики зі СНІДом.