

0,094 мг/кг, відповідно, спіродиклофену в яблуках – 0,16 мг/кг, біфентрину – 0,017 мг/кг, абамектину в листі – 0,32 мг/кг, яблуках – 0,016 мг/кг. Після застосування інсектицидів Мілбенек і Протект початкові концентрації мілбемектину складала в ягодах винограду 0,044-0,051 мг/кг, листі – 0,45 мг/кг, спіродиклофену – 0,25 мг/кг в ягодах. В подальші терміни дослідження (3, 7, 14, 21 доба та ін.) вміст досліджуваних інсектицидів знижувався і при зборі врожаю яблук та винограду не перевищували межу кількісного визначення відповідного аналітичного методу та гігієнічний норматив (МДР в яблуках та винограді). Математичне моделювання отриманих результатів динаміки вмісту досліджуваних пестицидів в яблуках показав, що періоди напівруйнації (T50) більшості аналізованих інсектицидів становив 8,4-12,1 добу, в винограді – 8,2-10,3 доби, що вказує на помірну їх стійкість у вегетуючих сільськогосподарських культурах (3 клас небезпечності відповідно до ДСанПіН 8.8.1.002-98). T50 біфентрину в яблуках – 18,1 доба (2 клас небезпечності).

Показники деградації досліджуваних пестицидів в яблуках в умовах вирощування садів в промисловому секторі показали, що значення коефіцієнту детермінації (R^2) було 0,70- 0,99, в винограді – 0,98-0,92. Обрана експоненційна модель є коректною при моделюванні результатів динаміки вмісту досліджуваних пестицидів в аналізованій сільськогосподарській продукції.

Висновок: Встановлено, що використання досліджуваних інсектицидів Мілбенек, Требон, Корморан, Протект, Блокбастер, Сарапе для захисту яблуневих садів та виноградників в натурних умовах не призводить до накопичення їх залишків в яблуках та винограді при рекомендованих нормах витрат.

ЗАБЕЗПЕЧЕНІСТЬ ЛІКАРЯМИ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В РЕГІОНАХ З РІЗНИМ РІВНЕМ УРБАНІЗАЦІЇ

Важновець Т.А., Вознюк В.Ю.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Урбанізаційні процеси в світі обумовлюють значні зміни в стандартах життя, соціальній поведінці та здоров'ї населення (WHO, 2020). Проживання в місті гарантує доступну та якісну медичну допомогу, проте може створювати нові небезпеки для здоров'я людини (травми, неінфекційні захворювання, нездорове харчування та відсутність фізичної активності, шкідливе вживання алкоголю), а також ризики спалахів інфекційних захворювань (J. Kumaresan, WHO, 2010). Доступність медичної допомоги для населення, в першу чергу, забезпечується достатньою чисельністю лікарів загальної практики сімейної медицини (ЗПСМ) (WHO, 1978).

Мета нашого дослідження полягала у визначенні особливостей забезпеченості лікарями ЗПСМ областей України з різним рівнем урбанізації.

Матеріали та методи дослідження. За даними Державної служби статистики України за 2020 рік за питомою вагою міського населення в структурі населення були визначені групи областей за рівнем урбанізації (менше 20% - низький рівень, 20%-50% - середній, 50-70% - високий, більше

70%- дуже високий рівень). В Україні областей з низьким рівнем урбанізації (РУ) виявлено не було. До 1 групи з низьким РУ увійшли Закарпатська (36,8%), Чернівецька (42,9%), Івано-Франківська (44,0%), Тернопільська (45,3%), Рівненська (47,1%) області, до 2 групи з середній РУ – Вінницька (51,4%), Волинська (51,8%), Черкаська (56,6%), Хмельницька (57,1%), Житомирська (59,1%), Львівська (60,6%), Херсонська (61,2%), Київська (61,6%), Полтавська (62,0%), Кіровоградська (63,2%), Чернігівська (65,0%), Одеська (66,7%), Миколаївська (68,4%), Сумська (69,1%), до 3 групи з дуже високим РУ – Запорізька (77,2%), Харківська (80,9%), Дніпропетровська (83,9%), Луганська (87,0%), Донецька область (90,8%) та м. Київ (100,0%). Для кожної групи було визначено забезпеченість лікарями ЗПСМ на 10000 населення за формою 17 «Звіт медичні кадри» ДУ Центр медичної статистики МОЗ України за 2020 рік. Для порівняння груп за середнім значенням та стандартним відхиленням було використано критерій Крускала-Уолліса та критерій Данна. Статистичний аналіз був проведений з використанням ліцензійного пакету the statistical analysis package MedCalc v.19.4.1 (MedCalc Software Inc, Broekstraat, Belgium, 1993–2020).

Результати дослідження. Аналіз отриманих результатів свідчить, що найменша забезпеченість лікарями ЗПСМ була в 3-й групі з дуже високим рівнем урбанізації і становила 2.73 ± 14.5 на 10000 населення, найвища забезпеченість була в 1 групі з середній рівнем урбанізації – 4.71 ± 0.52 на 10000 населення. В 2 групі з високим рівнем урбанізації цей показник становив 3.90 ± 0.84 на 10000 населення. Достовірна відмінність вказаних показників визначена між першою та третьою групою ($p < 0.05$).

Ймовірно, що для областей з дуже високим рівнем урбанізації, де переважна частина населення мешкає в містах, характерна розгалужена мережа закладів охорони здоров'я з високою територіальною доступністю до лікарів різного рівня надання медичної допомоги (первинний, вторинний, третинний рівень). Для областей з середній рівнем урбанізації, де значна частина мешкає в сільській місцевості, характерна обмеженість територіальної доступності до лікарів вторинного та третинного рівня. Для населення вказаних областей залишається найбільш доступною первинна медична допомога. Для забезпеченості доступності первинної медичної допомоги для мешканців цих областей необхідно значно більше лікарів ЗПСМ на 10000 населення.

Висновки. Рівень урбанізації впливає на забезпеченість населення лікарями ЗПСМ. В областях з дуже високим рівнем урбанізації забезпеченість лікарями ЗПСМ найнижча, в областях з середній рівнем урбанізації – найвища. При плануванні чисельності лікарів ЗПСМ та забезпечення територіальної доступності медичної допомоги необхідно враховувати рівень урбанізації області.