

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

**АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СОЦІАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ,  
ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ЕКОНОМІКИ  
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ**

(до 125-річчя з дня народження М.Г. Гуревича,  
Наркома охорони здоров'я України (1920–1925 рр.),  
першого завідувача кафедри соціальної гігієни  
Харківського медичного інституту (1923–1925 рр.))

*Матеріали науково-практичної конференції*

(м. Харків, 16 березня 2016 р.)

Харків – 2016

УДК 614(477(092)(091)(062.552))  
ББК 51.1 (4Укр)  
А43

**Редакційна колегія:** Огнєв В.А., Галічева Н.О., Сокол К.М.,  
Чумак Л.І., Чухно І.А., Веретельник О.А.

Затверджено вченою радою ХНМУ.  
Протокол № 5 від 17.03.2016 р.

А43 Актуальні питання соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я в Україні (до 125-річчя з дня народження М.Г. Гуревича, Наркома охорони здоров'я України (1920–1925 рр.), першого завідувача кафедри соціальної гігієни Харківського медичного інституту (1923-1925 рр.)): матеріали наук-практ. конф. (м. Харків, 16 березня 2016 р.). – Харків, 2016. – 156 с.

УДК 614(477(092)(091)(062.552))  
ББК 51.1 (4Укр)

© Харківський національний  
медичний університет, 2016

## Привітання

**Ректора Харківського національного медичного університету,  
професора В.М. Лісового учасникам науково-практичної конференції  
«Актуальні питання соціальної медицини, організації та економіки  
охорони здоров'я в Україні», присвяченої 125-річчю з дня народження  
М.Г. Гуревича, Наркома охорони здоров'я України (1920–1925 рр.),  
першого завідувача кафедри соціальної гігієни  
Харківського медичного інституту (1923-1925 рр.)**

Шановні учасники конференції, науковці та студентство!

Щиро радий вітати Вас на нашій науково-практичній конференції, присвяченій 125-річчю з дня народження Гуревича М.Г., засновника та керівника першої кафедри соціальної гігієни в Україні, яка розпочала свою роботу на базі Харківського медичного інституту у 1923 році. Вшановуючи пам'ять М.Г. Гуревича, видатного організатора охорони здоров'я, необхідним є визнання його значного вкладу у вирішення гострих медико-соціальних проблем. Ним були визначені пріоритети розвитку охорони здоров'я України у 20-ті роки ХХ сторіччя, а саме санітарно-епідеміологічна робота по боротьбі з інфекційними захворюваннями, які мали в той час розмах епідемій, відновлення мережі медичних закладів, розвиток системи охорони материнства і дитинства. Важливим є його вклад у становлення соціально-гігієнічної науки: за його підтримки значного розвитку набула санітарна статистика, почали здійснюватись масові демографічні та соціально-гігієнічні обстеження, засновувались науково-дослідні інститути, була розгорнута наукова видавнича діяльність. Справа, розпочата М.Г. Гуревичем, була підтримана та розвинута його послідовниками, видатними соціал-гігієністами, професорами С.А. Томіліним, З.А. Гуревичем, Л.Г. Лекаревим, А.М. Мерковим та ін.

Протягом всього часу свого існування заснована М.Г. Гуревичем кафедра соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я здійснює наукову та освітню роботу за важливими напрямками медицини, продовжуючи закладені ним традиції і до цього часу. Наукові дослідження кафедри охоплюють широкий спектр питань, серед яких можна виділити наступні: медико-соціальні аспекти здоров'я населення, епідеміологія неепідемічних захворювань, прогнозування виникнення патології у населення, оцінка якості життя людини, моніторинг та управління захворюваннями. Значні досягнення має кафедра і в грантовій та міжнародній діяльності. Зокрема, з 1997 р. кафедра є національним координаційним центром міжнародної медичної програми "ISAAC" (The International Study of Asthma and Allergies in Childhood) з вивчення астми та алергії у дітей України. Дані вказаного наукового центру ввійшли до реєстру Європейського бюро ВООЗ для міжнародного використання.

На сьогодні кафедра має значний науковий потенціал, що підтверджується дисертаційними дослідженнями, які здійснюються співробітниками кафедри, а також активною роботою з виконання ініціативних НДР, метою яких є дослідження стану здоров'я та якості життя студентів медичних вишів. Спів-

робітники кафедри беруть активну участь у роботі спеціалізованої вченої ради з правом прийняття до розгляду та проведення захисту дисертацій на здобуття наукового ступеня доктора (кандидата) медичних наук за спеціальностями «соціальна медицина» та «гігієна та професійна патологія».

Реалізуючи загальну політику нашого університету щодо інтеграції науки та практики в медичній сфері, впровадження наукових розробок в практичну діяльність, та будучи організатором в сфері охорони здоров'я, кафедра плідно співпрацює з лікарями та управлінцями практичної охорони здоров'я, а також постійно впроваджує власні наукові здобутки в навчальний процес.

Підготовка висококваліфікованих спеціалістів – фахівців, що добре розуміються у питаннях соціальної медицини та організації охорони здоров'я вбачається за головну ціль і мету діяльності науково-педагогічного колективу кафедри, для досягнення якої на кафедрі здійснюється постійна робота з підготовки та оновлення методичного забезпечення навчального процесу, впровадження в навчальну діяльність сучасних педагогічних технологій та активізації пізнавальної та наукової діяльності студентів.

Проведення сьогоденної конференції та подібних їй заходів є важливим напрямом діяльності для нашого університету, адже надає можливість обміну ідеями, пошуку нових шляхів та рішень, розширення професійних контактів, майбутнього співробітництва як між авторитетними науковцями та представниками практичної медицини, так і між молодими вченими та зацікавленими науковими ідеями і небайдужими до сучасного світу представниками студентства.

Від свого імені бажаю всім учасникам конференції творчого натхнення, результативної роботи та плідних дискусій.

**Ректор, член-кореспондент Національної  
академії медичних наук України,  
заслужений лікар України,  
д. мед. н., професор**



**В.М. Лісовий**

**М.Г. ГУРЕВИЧ – СОЗДАТЕЛЬ И РУКОВОДИТЕЛЬ  
КАФЕДРЫ СОЦИАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ  
ХАРЬКОВСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА**

*Лесовой В.Н., Петрова З.П., Огнев В.А.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

В 2016 году исполняется 125 лет со дня рождения Моисея Григорьевича Гуревича, одного из первых народных комиссаров (министров) здравоохранения Украины (1920–1925 гг.), создателя и первого руководителя кафедры социальной гигиены (1923–1925 гг.) Харьковского медицинского института (ныне кафедры социальной медицины, организации и экономики здравоохранения Харьковского национального медицинского университета).

К сожалению, мы располагаем крайне скудными сведениями о жизни М.Г. Гуревича. Поиски его личного дела в Центральном государственном архиве высших органов власти и управления Украины, где ему надлежало бы находиться, остались безрезультатными.

М.Г. Гуревич родился в г. Риге в 1891 г. Учился он в Петербурге, в Психоневрологическом институте, основанном В.М. Бехтеревым в 1908 г.

С весны 1920 г. по февраль 1925 г. он возглавлял Народный комиссариат здравоохранения Украины (тогда УССР). Затем был переведён в Москву, работал во Внешторге СССР, в том числе и за границей. Имеются данные, что в 1937 г. он был заместителем народного комиссара здравоохранения РСФСР.

В том же, 1937, году М.Г. Гуревич был арестован. Верховной коллегией Верховного суда СССР ему было предъявлено беспочвенное обвинение в якобы его участии в контрреволюционной террористической организации. Его приговорили к высшей мере наказания – расстрелу. 26 октября 1937 г. приговор был приведён в исполнение на Донском кладбище в Москве. По злобной иронии судьбы жизнь выдающегося государственного деятеля трагически оборвалась накануне годовщины создания им кафедры социальной гигиены в ХМИ (27 октября 1923 г.). В 1956 г. дело М.Г. Гуревича было пересмотрено, и он был полностью реабилитирован (к сожалению, посмертно).

Для нас наибольший интерес представляет работа М.Г. Гуревича на Украине: в Наркомздраве и Харьковском медицинском институте.

Как известно, Народный комиссариат здравоохранения Украины был создан 21 января 1919 г. Первым наркомом Украины был назначен Харьковский психиатр П.П. Тутышкин. В марте 1919 г. народным комиссаром стал А.Н. Винокуров. В период гражданской войны и иностранной интервенции Наркомздрав Украины прекращал свою работу. 28 января 1920 г. Всеукраинский революционный комитет организовал «Всеукраинскую техническую комиссию по охране народного здоровья» во главе с М.И. Барсуковым. Эта комиссия работала по 16 февраля 1920 г. и должна была подготовить воссоздание Наркомздрава Украины.

В феврале 1920 г. была учреждена Коллегия Наркомздрава в составе Н.А. Коста, М.И. Баранова и М.Г. Гуревича. 17 февраля 1920 г. на первом заседании коллегии был утверждён план организации отделов Наркомздрава Украины (НКЗУ). Ко второй половине апреля 1920 г. были созданы 14 отделов.

20 апреля 1920 г. постановлением президиума Всеукраинского центрального исполнительного комитета (ВУЦИК) народным комиссаром здравоохранения Украины был назначен М.Г. Гуревич. На этом посту он проявил себя энергичным и умелым организатором. Ему было свойственно умение выделять самые насущные проблемы здравоохранения, что позволяло направлять усилия и крайне ограниченные тогда средства на решение приоритетных вопросов. Его талант организатора оказался особенно востребованным в то время, ибо начало его работы на ответственном посту руководителя здравоохранения пришлось на сложный период, когда не отгремели бои гражданской войны, здравоохранение было практически полностью разрушено, особенно это касалось участкового звена, и ощущалась острейшая нужда в самом необходимом.

На объединённом заседании заведующих губздравами и первой сессии Всеукраинского санитарного совета 28 августа 1922 г. М.Г. Гуревич говорил о тяжёлой обстановке, в которой органам здравоохранения пришлось работать в 1921–1922 гг. Однако «несмотря на очень тяжёлые условия, несмотря на то, что нам пришлось работать в условиях голода, несмотря на колоссальную эпидемию холеры, равной которой мы не знали с 1910 года, наши аппараты несомненно укрепились, ... дело несомненно начало двигаться вперёд».

Приступив к работе наркома, М.Г. Гуревич сумел правильно определить приоритеты восстановления и развития здравоохранения. Он наметил наиболее важные задачи, стоявшие перед здравоохранением Украины: необходимость исключительного внимания к санитарно-противоэпидемическому делу; выработка плана восстановления медицинской сети, в первую очередь участковой; улучшение постановки лечебного дела; дальнейшее развитие охраны материнства и детства.

Наркомздрав Украины под руководством М.Г. Гуревича добился обнадеживающих положительных результатов уже в 1923 г. Проявила тенденцию к снижению общая смертность: за 1920–1922 гг. она в среднем в год равнялась 34,7 на 1000 населения, а в 1923–1925 гг. – 17,6. Началось резкое снижение детской смертности: в 1920 г. она составляла 307 на 1000 родившихся, в 1921 г. – 304, в 1922 г. – 288, а 1923 г. – 123 на 1000 родившихся. 1923 год ознаменовался также снижением инфекционных заболеваний, таких как сыпной и возвратный тифы, оспа, брюшной тиф.

Огромная работа, проведённая Наркомздравом в сложнейших условиях, дала ощутимые плоды и позволила от борьбы с эпидемиями, как главной задачи здравоохранения в 1920 г., перейти к новому направлению работы – оздоровлению труда и быта.

Руководителем Наркомздрава Украины стремились планировать деятельность по охране здоровья народа, основываясь на строго научных данных, и с 1923 г. стали проводить массовые социально-гигиенические и демографические обследования. Первым опытом постановки «планомерного и систематического изучения социально-гигиенического быта украинской деревни», как определил его М.Г. Гуревич, стало выборочное обследование сельского населения Украины 1923 года. Идея обследования, разработка программы и плана, руководство практической стороной его проведения принадлежала санитарно-эпидемиологическому (зав. А.Н. Марзеев) и статистическому (зав. С.А. Томилин)

отделам Наркомздрава. В 1924 г. была проведена новая санитарно-демографическая перепись сельского населения. Следует подчеркнуть, что в практической деятельности Наркомздрава Украины в этот период чётко просматривалась социально-гигиеническая направленность.

Наркомздраву принадлежала также значительная роль в развитии социальной гигиены как науки. Он являлся создателем многочисленных научно-исследовательских институтов, во многих из которых были организованы отделы социальной патологии и гигиены. К 1925 году в Украине развернули свою деятельность 17 научно-исследовательских институтов, проводивших большую лечебно-профилактическую и научную работу, в том числе и по широкому кругу социально-гигиенических проблем.

Выраженная социально-гигиеническая деятельность Наркомздрава закономерно привела к тому, что организатором первой в Украине кафедры социальной гигиены стал народный комиссар здравоохранения М.Г. Гуревич. 27 октября 1923 г. правление Харьковского медицинского института на своём заседании назначило М.Г. Гуревича заведующим кафедрой социальной гигиены. Эта дата и является официальной датой создания кафедры.

Кроме того, профессор М.Г. Гуревич руководил научно-исследовательской кафедрой социальной и профессиональной гигиены. Эта кафедра в мае 1924 г. была реорганизована из кафедры гигиены и социальной медицины, созданной решением коллегии Укрглавпрофобра (Украинский главный комитет профтехнического и специально-технического образования при Народном комиссариате просвещения Украины) в апреле 1923 г. при Харьковском медицинском институте. После реорганизации её заведующим с мая 1924 г. стал М.Г. Гуревич.

В должности заведующего учебной кафедрой М.Г. Гуревич уделил серьезное внимание обоснованию значения социальной гигиены в системе высшего медицинского образования. Он писал: «Жизнь требует врача-общественника с ярко выраженным профилактическим образом мышления». Преподавание в высшей школе политической экономии, философии и других общественных наук поможет выработке у студентов правильного представления о путях борьбы с социальными болезнями, детской смертностью и др. «Во главу угла всей практической работы в области здравоохранения ставят сейчас профилактические мероприятия». «Современная гигиена без исчерпывающих знаний в области социально-экономических условий жизни, без знания рабочего вопроса, политической экономии и т. д., не мыслима». «Гигиенисту приходится на практике чаще сталкиваться с вопросами социально-экономического характера, чем даже с вопросами химико-микробиологическими». Эти идеи М.Г. Гуревич выдвигает в своей работе «О реформе медицинского образования» (1923).

М.Г. Гуревичу принадлежит весомый вклад в разработку теории социальной гигиены, в частности такого актуального вопроса, как изучение социальных болезней и разработка научно-обоснованных методов борьбы с ними. Он считал, что необходимо «серьёзно заняться изучением генетической связи между болезнями и социально-экономическими условиями жизни». «Только при этом условии мы действительно сможем построить на научных началах медицинскую профилактику», – писал М.Г. Гуревич в работе «К постановке

вопроса о борьбе с социальными болезнями» (1923). Поскольку особую социальную значимость приобрели в то время туберкулёз и венерические болезни, М.Г. Гуревич считал, что необходимо уделить серьёзное внимание туберкулёзным и венерическим научно-исследовательским институтам, «задача которых состоит не только в изучении патологии и клиники этих болезней, а в учёте опыта социальной борьбы с ними, и, главным образом, в подготовке соответствующего квалифицированного персонала».

В подходе к этой проблеме зримо проявилась тесная связь идей М.Г. Гуревича как теоретика социальной гигиены и практика организации здравоохранения.

В специальном постановлении Наркомздрава Украины по случаю «десятилетия деятельности первой организованной на Украине кафедры социальной гигиены при Харьковском медицинском институте» была отмечена выдающаяся роль М.Г. Гуревича как организатора и первого руководителя кафедры, чем он «заложил основу для дальнейшего развития социальной гигиены как науки и предмета преподавания на Украине». От имени Наркомздрава М.Г. Гуревичу была объявлена благодарность и основаны две стипендии его имени при ХМИ.

На кафедре социальной медицины, организации и экономики здравоохранения Харьковского национального медицинского университета бережно хранят память о её создателе. В период подготовки к празднованию 80-летия кафедры в 2003 году коллектив кафедры и студенты решили установить на кафедре скульптурное изображение М.Г. Гуревича. И сейчас при входе на кафедру в специальной застеклённой нише можно видеть бронзовый бюст М.Г. Гуревича. Этот скульптурный портрет стал своеобразной визитной карточкой кафедры, он украшает сборники научных работ, методические рекомендации для студентов и другие печатные материалы, подготовленные кафедрой.

Многогранная деятельность социал-гигиениста и выдающегося организатора здравоохранения Моисея Григорьевича Гуревича заслуживает нашего глубокого уважения и благодарной памяти.

## **ПРОБЛЕМА ВЕНЕРИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СЕРЕД ВІЙСЬКОВИХ ХАРКІВСЬКОЇ ГУБЕРНІЇ У ХVІІІ – НА ПОЧАТКУ ХХ СТ.**

*Альков В.А.*

*Харківський національний медичний університет*

Поширення венеричних хвороб серед військових завжди було головним боєм командування і місцевих чиновників. Ці хвороби призводили до падіння боєздатності армійських підрозділів, а у випадку контактів з місцевим населенням – до справжніх епідемій. Це викликало занепокоєння суспільства й медиків.

Ще з ХVІІІ ст. в місцях формування підрозділів і постою вояків – передмістях Харкова – внаслідок скупченості рекрутів та місцевого населення виникали спалахи епідемій венеричних захворювань. Тому не дивно, що ліжок у венеричному лазареті було розгорнуто більше, ніж у губернській лікарні [7, с. 129]. Сифіліс нерідко заносився до населених пунктів по поверненні з військової служби. Поширювався він солдатами в місцях їх квартирування – головно Чу-



гуєві та Балаклеї [5, с. 37, 52]. Це призводило до страшних наслідків. Виразки на тілі одного з солдатів, що лікувався в Чугуївському та Сумському лазаретах, були настільки глибокі, що сягали кісток. Їжа та ліки внаслідок руйнування тканин проходили носом. Солдата визнали непридатним до фронтової служби. А це спровокувало скаргу військового начальства на якість лікування [3, Ф. 12. Оп. 1. Спр. 224. Арк. 5–7, 9]. 1841 р. в селах Богодухівського повіту з 205 обстежених 184 були хворі. У с. Колонтаївці хворі були взагалі всі жителі. Навіть досвідчені лікарі були налякані та вражені великою кількістю форм переродження хвороби та страшними наслідками. Усе пояснювалось просто. Хвороба виникла, коли в 1825–1827 рр. в повіті квартирував кавалерійський полк. Хворіло вже не перше покоління, тому це вже не вважалось жителями хворобою [3, Ф. 12. Оп. 1. Спр. 9. Арк. 15–16]. Йшли роки, але ситуація не покращувалася. Наприклад, у сл. Хухрі біля м. Охтирки квартирувала ремонтна команда, солдати якої часто потрапляли до лікарні з венеричними захворюваннями. Туди задля огляду підозрілих жінок був направлений лікар [3, Ф. 12. Оп. 1. Спр. 1125. Арк. 2]. 1861 р. солдати в загальній кількості венеричних хворих у губернській лікарні більшості не складали, хоча й являли собою значну частину пацієнтів, десь третину [3, Ф. 12. Оп. 1. Спр. 1477. Арк. 8–10, 150]. Але саме вони були джерелом.

Послугами публічних будинків, які з'явилися в Харкові в 1840-х рр., послуговувалися найчастіше військові [1, с. 28]. Наприкінці XIX ст. таких закладів у місті було понад 20 [3, Ф. 52. Оп. 1. Спр. 336. Арк. 3–12, 14–20], тоді ж, за переписом 1897 року, у Харкові налічувалось 225 повій та навіть 3 жиголо [8, с. 226]. І це тільки вершина айсбергу. У ті самі роки харківська поліція щомісяця затримувала за підозрою в проституції від 300 до 700 жінок, які страждали на венеричні захворювання [7, с. 136]. Це не дивно, адже попит на платну любов зростає під час присутності в місті великої кількості військових частин [6, с. 66]. На той час проституція розглядалась дослідниками явища як результат невідповідності між статевим потягом та можливістю вступу до шлюбу [2, с. 9], що ми й маємо в даному випадку. Дома терпимості відвідували не тільки нижні чини, а й навіть офіцери, у тому числі козаці [3, Ф. 179. Оп. 1. Спр. 19. Арк. 75], відомі своєю суворою моральністю та підтримкою традиційних цінностей. Як наслідок цієї ситуації, борделі звинувачувалися військовим начальством у виводі з ладу «сотень російських воїнів» шляхом зараження венеричними хворобами [3, Ф. 52. Оп. 1. Спр. 549. Арк. 26]. Було це напередодні Першої світової війни, у 1914 р. За таких умов венеричні відділення губернської земської лікарні не могли забезпечити допомогою всіх, хто звертався. 1912 р. було зареєстровано велику кількість відмов, а 1913 р. було ще й проведено скорочення кількості ліжок [4, с. 11].

Офіцери частин, дислокованих у Харкові – Тамбовського, Воронізького та Пензенського полків, а також командири 10-го армійського корпусу й 10-ї піхотної дивізії щиро обурювалися тим, що до шинків поряд із казармами, у яких проводили вільний час їх солдати, власники допускали повій, адже це призводило до зараження вояків сифілісом. Поліція, реагуючи на вимоги, намагалася завадити, але помітного успіху не домоглася [3, Ф. 52. Оп. 1. Спр. 229. Арк. 63, 114–115; Спр. 324. Арк. 15, 20–21; Спр. 363. Арк. 27.; Ф. 179. Оп. 1. Спр. 34. Арк. 57–58].

Громадськість ставилася до проституції як до злочину, хоча формально нічого незаконного в ній не було ще з середини XIX ст. Міська влада поділяла цю думку, всіляко й явно зумисно заважала роботі публічних будинків, реагуючи на скарги городян. Іноді це робилося в розріз із законом [1, с. 23–32]. Військова влада була вмотивована ще сильніше. Після початку Першої світової війни закриття легальних публічних будинків пояснили військовою необхідністю. 4 листопада 1916 р. Головний начальник Київського військового округу циркуляром наказав харківському губернатору «без зволікань закрити всі публічні будинки, що існували в губернії». Усі заклади були оперативно закриті, а їх приміщення передані військовим частинам [3, Ф. 3. Оп. 285. Спр. 658. Арк. 3–16]. Так проблему було подолано, принаймні в організованому вигляді.

Отож, поширення венеричних хвороб являло собою серйозну проблему для військових частин, розквартированих на теренах Харківської губернії. Кількість хворих військових була непропорційно високою, а від них інфекція передавалася місцевому населенню, що мало нищівні наслідки в рамках цілих населених пунктів. Дещо обмежити проблему вдалося шляхом ліквідації публічних будинків в губернії, але вона ще тривалий час продовжувала бути гострою.

#### *Використана література*

1. Альков В. А. Реакция местной власти и общества на негативные проявления модернизации: проблема проституции в крупном городе Российской империи кон. XIX – нач. XX в. (на примере г. Харькова) / В. А. Альков // Нравственные императивы в праве, образовании, науке и культуре: Материалы Международного молодёжного форума (г. Белгород, 16–17 мая 2013 г.). Ч. II. – Белгород: БУКЭП, 2013. – с. 23–32.

2. Блох И. История проституции / И. Блох. – СПб.: «Рид»; «АСТ-ПРЕСС», 1994. – 544 с.

3. Державний архів Харківської області.

4. Краткий обзор деятельности Харьковской губернской земской больницы за время с 1865 – 1916 г. (составленный по отчётам больницы). – Харьков: Печатня С.П. Яковлева, б. г. – 40 с.

5. Отчёты медицинский, ветеринарный и земского медицинского склада по Змиевскому уезду за 1899 год. – Харьков: Тип. Зильберберг, 1900. – 163 с.

6. Парамонов А. Харьковская проституция – история без морали / А. Парамонов, И. Можейко // Неизвестный Харьков / [О. Ю. Адам, А. А. Винтрович, Н. В. Катрунова, К. Э. Кеворкян и др.]. – Харьков: ОАО «Книжная фабрика им. Фрунзе», 2006. – 270 с.

7. Робак І. Ю. Історичні умови організації та специфіка розвитку охорони здоров'я в Харкові (XVIII – початок XX ст.): дис. ... доктора іст. наук: 07.00.01 / Робак Ігор Юрійович. – К., 2009. – 438 с.

8. Харків. Збірник архівних документів і матеріалів / [гол. ред. С.І. Посохов; упорядники Л. М. Момот, О.С. Гнезділо, Л. П. Добреля, Т. В. Чернявська]. – Харків: Видавництво Національного університету внутрішніх справ, 2004. – 320 с.

## СУЧАСНІ МОЖЛИВОСТІ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ ВИПАДКІВ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ В УКРАЇНІ

*Анциферова Н.В., Жмурко К.В., Переломов В.О., Ярош М.І.*

*Харківський національний медичний університет*

Соціально-економічне благополуччя суспільства багато в чому залежить від стану здоров'я населення. В розвинених країнах з метою підтримання високого рівня охорони здоров'я важливу роль відіграють оптимізаційні заходи щодо розвитку медичного страхування. Питанням медичного страхування у світі присвячені чисельні наукові праці багатьох економістів.

Хронічні вірусні гепатити являють собою глобальну медико-соціальну проблему, що пов'язана з широким розповсюдженням та закономірно прогресуючими наслідками цього захворювання [1, с. 31]. Вважається, що в Європі налічується від 2 до 5 млн. інфікованих вірусними гепатитами осіб. У США це є найбільш поширеним хронічним вірусним захворюванням і основною причиною більшості трансплантацій печінки [2, с. 9]. Зокрема, згідно з даними ВООЗ, близько 3 % населення Землі інфіковано HCV, з них приблизно 200 млн осіб страждають на її хронічні форми [3, с. 46].

Проблема медичного страхування в Україні, у тому числі стосовно випадків вірусних гепатитів, є одною з актуальних через те, що ця галузь все ще залишається найменш реформованою, а тому недостатньо пристосованою до сучасних вимог ринкових відносин. В Україні здебільшого користується попитом так зване добровільне медичне страхування як безперервне так й на випадок настання захворювання [4, с. 31]. Натомість у розвинутих країнах діють програми обов'язкового страхування, які відповідають міжнародним стандартам, встановленим з урахуванням прикладів найбільш ефективної практики.

В Україні є поширеною практика заохочення страхових компаній до участі в тендері на добровільне медичне страхування. Серед умов, що окреслюються є наявність певних страхових випадків, у тому числі: гостре захворювання та загострення хронічного захворювання. Програми страхування передбачають страхове покриття у межах індивідуальної страхової суми на кожному застраховану особу у лікувально-профілактичних закладах на певні види послуг, а саме: стаціонарної допомоги, поліклінічної допомоги, денного стаціонару відділення уповноважених ЛПЗ, планових обстежень, медикаментозного забезпечення, швидкої допомоги та додаткових програм.

При цьому неоднозначно висвітлюються питання страхування інфекційних хвороб, зокрема гострих та хронічних форм вірусних гепатитів. Як правило, хронічні гепатити В, С, D (парентеральні) та цироз печінки вірусної етіології зазначаються страховими компаніями як такі, що виключені із страхових випадків. При цьому витрати на медичну допомогу гострих форм гепатитів А та В, у випадках, передбачених програмою страхування, покриваються в межах страхової суми. Деякі страхові компанії цілеспрямовано пропонують послуги стаціонарного та амбулаторно-поліклінічного обстеження та лікування співробітників медичних закладів, які в наслідок виконання службових обов'язків заразилися гострими вірусними гепатитами («ООО Туртужур», «Провидна» та ін.).

За весь час існування гепатологічного центру на базі Обласної клінічної інфекційної лікарні м. Харкова випадки медичного страхування хронічних вірусних гепатитів В, С, Д відсутні. При цьому мали місце поодинокі випадки страхування стаціонарних хворих на гострі форми вірусних гепатитів А та В.

Актуальними питаннями сучасного медичного добровільного страхування є низький рівень співпраці з фізичними особами. Індивідуальні договори є збитковими для страховиків та може перевищувати навіть 100 %. З огляду на це вони коштують на 20 % дорожче ніж корпоративні програми. Крім того, в цілях економічної стабільності встановлюються обмеження на дорогі методи обстеження та лікування, зокрема специфічну протівірусну терапію хронічних вірусних гепатитів. При цьому часткова участь роботодавця та співробітника, можливість франшизами та субліміту на медикаменти та обслуговування презентує корпоративне медичне страхування більш прийнятним для працівників. Також зростають шанси застрахувати колектив від тяжких захворювань.

З огляду на нерозвинутий інститут загальнодержавного виду страхування та згідно Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 рр. необхідно підготувати розрахунки для пакетів медичних послуг, повинні фінансуватися за рахунок державних коштів, незалежно від місця проживання чи фінансової спроможності громадян. Універсальні послуги включатимуть у себе ряд медичних послуг, які історично фінансувалися державою, галузь громадського здоров'я, випадки хронічних та рідких захворювань [5, наказ].

#### *Використана література*

1. Мороз Л. В. Вплив I/D поліморфізму гена АПФ на темпи прогресування хронічного гепатиту С / Л. В. Мороз, І. В. Ящук // Гепатологія. – 2013. – № 2 (20). – с. 31–39.
2. Гураль А. Л. Характеристика і особливості епідемічного процесу гепатиту С в Україні / А. Л. Гураль, І. Ф. Марієвський, Т. А. Сергеева [та ін.] // Профілактична медицина. – 2011. – № 1. – с. 9–17.
3. Гомоляко І. В. Особливості морфологічних змін печінки у хворих на хронічний гепатит С / І. В. Гомоляко, В. І. Янченко, С.В. Федорченко [та ін.] // Гепатологія. – 2013. – № 3 (21). – с. 46–57.
4. Солдатенко О.В. Добровільне медичне страхування як джерело фінансової забезпеченості медичної галузі / О.В. Солдатенко // Фінансове право. – 2010. – № 1 (11). – с. 31–34.
5. Наказ МОЗ № 522 від 24.07.2014 р.

## **МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ОСНОВИ ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОГО ЗДОРОВ'Я ПРАЦЮЮЧОГО НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ**

*Бачинський Р.О.*

*Харківський національний медичний університет*

Забезпечення здоров'я працюючого населення має бути однією з найважливіших функцій держави, основою її соціальної політики. На практиці цей постулат реалізується, передусім, шляхом створення безпечних умов праці, здорових умов побуту, належним вихованням.

Трудовий потенціал значною мірою визначає рівень і перспективи економічного, соціального, духовного розвитку суспільства. Стан і проблеми трудового потенціалу у світі знаходяться під пильною увагою Міжнародної організації праці (МОП), однією із авторитетних організацій системи ООН.

Україна як член МОП безумовно повинна дотримуватися прийнятих нею Конвенцій та Рекомендацій з питань гігієни і охорони праці, поліпшення умов праці на робочому місці, раціонального використання трудового потенціалу і т. п., активно впроваджувати їх на виробництві і в системі охорони здоров'я.

За даними МОП, проблеми збереження і подальшого розвитку трудового потенціалу залишаються невирішеними в багатьох країнах.

Щорічно у світі нараховується понад 250 млн. нещасних випадків на виробництві, близько 335 тис. з них – із летальним наслідком (кожен 28-й – в Україні). Щорічно також реєструється близько 260 млн. випадків професійних захворювань, в результаті яких у світі помирає 1,1 млн. людей.

В Україні за рік реєструється від 6,0 до 15 тис. професійних захворювань, 22–26 тис. нещасних випадків на виробництві.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, в країнах Європейського регіону причиною відсутності працівника на робочому місці часто є професійний стрес, що складає 50–60 % усіх втрат робочого часу [1, с. 15].

Стрес «від роботи» відчувають 28 % з 160 млн. працюючих в країнах ЄС, більше половини відмічає високу нервово-емоційну напругу. Часто стресові ситуації на виробництві виникають за рахунок необхідності виконувати роботу в умовах дефіциту часу, високої відповідальності. Чинники психоемоційної напруги є причиною розвитку патології системи кровообігу, нервової, ендокринної і інших систем організму [2, с. 670; 3, с. 1].

Сучасний рівень соціально-економічного розвитку України не дозволяє створити безпечні умови праці на виробництві, останнім часом вони на багатьох підприємствах навіть погіршали, оскільки використовуються застарілі технології, машини і устаткування, в той же час відсутній і санепіднадзор, здійснюваний санепідстанціями і службою охорони праці. Розвиток виробництва характеризується тим, що підприємці зацікавлені в основному в отриманні прибутку і отримують його, на жаль, часто ціною здоров'я тих, що працюють. Належного контролю з боку держави за цими процесами доки немає.

Низький середній рівень заробітної плати і, відповідно, низька питома вага витрат на працюючих від ВВП, не дає можливості створити сприятливі умови на робочому місці і в побуті.

Бідність характеризується низькою очікуваною тривалістю життя, вірогідністю померти до сорока років, низьким рівнем освіти і, отже, обмеженням можливості реалізації трудової активності, значними психологічними змінами. ООН робить акцент на чотирьох основних проявах бідності: коротке життя, низька професійно-освітня підготовка, відсутність необхідної бази для нормального життя, ізоляваність від громадського життя [4, с. 5; 5, с. 17]. Абсолютні рівні прибутків завжди корелюють з показниками захворюваності, інвалідності, смертності, зниженням професійної працездатності [6, с. 8].

Таким чином, аналіз медико-соціальних складових формування професійного здоров'я працюючого населення свідчить про те, що у впливі на виникнення і розвиток професійних захворювань, окрім умов праці, значна роль належить соціально-економічній ситуації в державі, досконалості законодавчого

регулювання в питаннях охорони праці і здоров'я працюючих, рівню добробуту, якості життя, освіти населення, професійної підготовки працюючих, рівню їх здоров'я, віково-статевій структурі населення, поширеності шкідливих звичок, стану медико-санітарного і соціального забезпечення працюючого населення і багато іншим факторам, комбінована дія яких має вирішальне значення.

*Використана література*

1. Кундиев Ю.И. Профессиональное здоровье в Украине. Эпидемиологический анализ / Ю.И. Кундиев, А.М. Нагорная. – К.: Авицена, 2007. – 396 с.
2. Кундиев Ю. И. Проблемы психоэмоционального стресса и пути их решения / Ю. И. Кундиев, А. О. Навакитян // Журн. АМН України. – 1996. – Т. 2, № 4. – с. 666–674.
3. Press Release EURO /14/04. – Copenhagen; Tallinn, 2004. – P. 1.
4. Human Development Report, 1997. – New York, 1977. – P. 5.
5. Economic Survey of Europe. – Geneva, 1998. – P. 17–18.
6. Kunst A. E., Mackenach J. P. Измерение различий состояния здоровья, обусловленных социально-экономическими факторами. – Копенгаген: ВОЗ, 1996. – с. 5–15.

**ОЦІНКА СТАНУ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я  
НАСЕЛЕННЯ СІЛЬСЬКИХ АДМІНІСТРАТИВНИХ РАЙОНІВ  
ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ**

*Вацук М.З., Генералюк Ю.В.*

*ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»*

Україна впродовж останніх десятиліть переживає демографічну кризу, що створило реальні потенційні загрози національній безпеці України у соціальній та гуманітарній сферах (ст. 7 Закону України «Про основи національної безпеки України»). Смертність населення призводить до зниження економічного, військового та інтелектуального потенціалу країни. Особливо загрозливою є передчасна смертність. Середній вік населення у Чернівецькій області склав 38,4 років, а у сільських мешканців – 38,7, що порівняно із середньоукраїнським відповідно – 40,4 та 40,8 років значно скорочений. Щодо середнього віку жінок – 40,5 років, а чоловіків – 36,1, також коротше, ніж по Україні, відповідно 42,8 та 37,6 років.

Аналіз смертності населення області за останнє десятиліття показав нестійке зниження загальної смертності, ніж в Україні – 15,2%.

Смертність населення Чернівецької області на 1000 пост. нас.

<b>Назва районів</b>	<b>2000</b>	<b>2004</b>	<b>2008</b>	<b>2014</b>
Вижницький	12,5	13,7	14,5	13,7
Герцаївський	10,6	11,3	11,8	11,8
Глибоцький	10,9	12,1	12,0	11,5
Заставнівський	14,0	15,4	15,6	15,8
Кельменецький	19,7	20,7	19,9	19,7
Кіцманський	14,8	15,5	15,3	14,6
Новоселицький	14,1	15,7	15,2	14,2
Путильський	10,2	12,1	11,0	9,8
Сокирянський	15,4	17,8	18,5	16,8
Сторожинецький	10,4	11,5	11,3	10,8
Хотинський	16,7	10,6	17,1	17,1
Україна	-	16,0	16,3	14,5

Смертність сільських мешканців вища за середньо-українські в Кельменецькому, Сокирянському та Заставнівському районах, які є рівнинними територіями. В інших районах смертність нестабільно нижча.

Структура смертності населення залишається не лише стабільною: хвороби кровообігу, злоякісні новоутворення, травми, отруєння та деякі інші наслідки зовнішніх впливів, але і падає, окрім хвороб системи кровообігу.

Структура смертності населення Чернівецької області

	2000	2014
Всі причини хвороби	100%	100%
Хвороби системи кровообігу	64,2%	72,6%
Новоутворення	17,3%	14,0%
Травми та отруєння	6,1%	5,0%

Висновок. Даний аналіз засвідчив стабільне падіння смертності, особливо серед чоловічого сільського населення.

#### *Використана література*

1. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони в Україні за 2013–2014 роки. – Київ: Центр медичної статистики МОЗ України, 2015 р., 328 стор.

2. Довідник показників здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я Чернівецької області за 2000 рік. – Чернівці: Обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики, інженерно-технічного та фармацевтичного супроводу діяльності закладів охорони здоров'я Чернівецької області, 2001р. – 131, 176, 192 стор.

3. Довідник показників здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я Чернівецької області за 2014 рік. – Чернівці: Обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики, інженерно-технічного та фармацевтичного супроводу діяльності закладів охорони здоров'я Чернівецької області, 2015 р., – 131, 178, 194 стр.

## **КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ И ИХ ОЦЕНКА С ПОЗИЦИЙ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ**

*Веретельник Е.А., Пивовар А.В.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

На данный момент число лекарственных препаратов, находящихся в распоряжении работников медицины, измеряется десятками и даже сотнями тысяч единиц, а общее количество имеющихся на всем земном шаре препаратов превышает двести тысяч. Число медикаментов особенно быстро выросло за последние годы. Важнейшая роль в отборе наиболее эффективных лекарственных препаратов принадлежит доказательной медицине [1; 2].

Чтобы проверить достоверность той или иной информации можно полагаться на мнение экспертов, пользующиеся всеобщим авторитетом справочники и руководства, однако таким образом можно допустить ошибку, столкнувшись с так называемым эффектом запаздывания, так как новейшие перспективные методы и схемы терапии внедряются в практику спустя долгие годы клинических испытаний и проверок. Также нужно учитывать, что ин-

формация в справочниках, руководствах и учебниках чаще всего устаревают еще до их публикации, так как издание литературы – очень длительный процесс. При этом возраст проводящего лечение опытного врача отрицательно коррелирует с эффективностью лечения. В таком случае исключительно описательный подход к синтезу информации, имеющий место в обзорах литературы, не всегда является показательным и оправданным. В таких исследованиях возникает большая вероятность b-ошибки.

Часто приводимым примером различия описательного обзора информации и ее систематического анализа (количественного анализа, или метаанализа) является публикация лауреата Нобелевской премии профессора Л. Полинга о корреляции частоты простудных заболеваний с применением витамина С (ученый утверждал, что в случае регулярного приема аскорбиновой кислоты частота заболеваемости простудой уменьшалась). Однако, впоследствии это утверждение не было подтверждено в результате метаанализа.

Вероятнее всего, именно ошибки в планировании исследований и формировании выводов на основании результатов этих исследований, а иногда и фальсификацией последних стали причиной многих катастроф в медицине, которые были связаны с выпуском и широким внедрением в практику вредных и токсических препаратов, например раствора сульфаниламида в этиленгликоле в 1937 году, а также талидомида в 1961 году, который назначался в качестве успокоительного на ранних сроках беременности и имел колоссальное тератогенное действие [4]. Поэтому были разработаны различные методы доказательной медицины, благодаря которым медицинское сообщество может разрабатывать рациональные рекомендации к применению тех или иных препаратов и включать их в протоколы лечения различных заболеваний [3].

Рекомендация к клиническому применению в медицинской практике считается обоснованной, если новое лекарственное средство:

- более эффективно, чем уже известные медикаменты похожего механизма действия;
- обладает более хорошей переносимостью, чем известные препараты при одинаковой их эффективности;
- эффективно в случаях, когда лечение имеющимися в обиходе препаратами безуспешно;
- является более выгодным экономически, имеет упрощенную методику лечения, или более удобную для приема лекарственную форму;
- при использовании в комбинации с известным лекарственным средством повышает его эффективность, не влияя на токсичность.

Для того чтобы оценить эффективность нового лекарственного препарата по имеющимся результатам клинических исследований обычно используются первичные конечные точки, вторичные конечные точки и третичные конечные точки. Конечные точки – основные показатели, которые оцениваются в сравнительных контролируемых исследованиях по результатам терапии как минимум в двух группах: а) основная группа – пациенты подвержены новому способу лечения или принимают новый препарат; б) группа сравнения – пациенты не принимают изучаемое лекарственное средство или получают известный медикамент сравнения [3].



Очень часто для оценки эффективности тех или иных видов вмешательств используют такие критерии как суррогатные исходы [5]. Применительно к клиническим испытаниям суррогатный исход – это показатель, выявляемый в течение физикальных или лабораторных исследованиях, который замещает тот исход терапии, который наиболее значим и интересен в контексте данного заболевания. Например, для пациентов с артериальной гипертензией этим показателем будет снижение артериального давления, при онкологическом заболевании – снижение количества раковых клеток и остановка их пролиферации, при анемии – повышение гемоглобина в общем анализе крови, при гиперацидном гастрите – снижение продукции соляной кислоты, и т. д. Считается, что изменения в этих показателях закономерно отразятся и на клинически значимом результате лечения. При этом доказано, что в клинических испытаниях второстепенные и косвенные критерии, используемые для оценки крайне редко, даже практически никогда не отражают важные клинические исходы.

Для подведения итогов окончательных клинических испытаний основным критерием оценки является истинный клинический исход, являющийся по сути клиническим проявлением, имеющим для пациента существенное значение; то, чего больной хотел бы избежать [5]. К таковым исходам относятся смерть, потеря слуха и зрения, появление необходимости применения ИВЛ либо регулярного гемодиализа (при почечной патологии) и другие проявления, которые могут значительно снизить качество жизни пациента или привести к инвалидности. Однако стоит заметить, что для проведения исследований, в которых бы изучались такие клинические исходы, требуются существенные материальные и временные затраты.

Таким образом, основная цель внедрения принципов доказательной медицины в практику здравоохранения – оптимизация качества оказания медицинской помощи с точки зрения безопасности, эффективности, стоимости и других значимых факторов, что является важным аспектом в деятельности врача.

#### *Использованная литература*

1. Бабанов С.А. Доказательная медицина. Стратегия будущего или новый метод маркетинга? / С.А. Бабанов // Здравоохранение Российской Федерации. – 2007. – №1. – с. 12–17.
2. Власов В. Введение в доказательную медицину / В. Власов. – М.: МедиаСфера, 2001. – с. 52–60.
3. Двойрин В.В. Методика контролируемых клинических испытаний / В.В. Двойрин, А.А. Клименков. – М.: Медицина, 1985. – 142 с.
4. Косарев В.В. Клиническая фармакология / В.В. Косарев, В.С. Лотков, С.А. Бабанов. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2008. – 352 с.
5. Петров В.И. Медицина, основанная на доказательствах / В.И. Петров, С.В. Негода. – М.: Гэотар-медиа, 2009. – 142 с.

# ПРИМЕНЕНИЕ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА НА ОСНОВАНИИ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

*Веретельник Е.А., Трофимов М.А.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

Современная хирургия все больше стремится к уменьшению инвазивности и агрессивности оперативных вмешательств. Развитие фармакологии приводит к сужению показаний к оперативному лечению. В этих условиях возрастает интерес к медикаментозной терапии при острых воспалительных заболеваниях органов брюшной полости, а именно к лечению неструктивных форм острого аппендицита.

Целью данного исследования является оценка и сопоставление исходов лечения острого аппендицита различными методами.

Первое рандомизированное исследование консервативного лечения острого аппендицита S. Eriksson и L. Granstrom проведено в Швеции в 1995 г. В исследование были включены 40 человек: 20 проводилась консервативная антибактериальная терапия, 20 была выполнена операция. Из группы консервативного лечения у 35 % пациентов в течение 1 года наблюдения развился рецидив аппендицита, в связи с которым они были оперированы [1].

В период с 1996 по 1999 г. было проведено исследование J. Styrud, в котором приняли участие 252 пациента. 124 пациента были распределены в «хирургическую» группу и 128 – в группу антибиотикотерапии.

В хирургической группе в течение года осложнения встречались с частотой 14 %. Из 128 пациентов группы антибактериальной терапии, 12 % была проведена операция через 24 часа в связи с неэффективностью последней. Остальным 88 % пациентов успешно проведена антибактериальная терапия в соответствии с протоколом исследования. У 14 % пациентов наблюдался рецидив острого аппендицита в течение 1 года. Количество осложнений после проведённой аппендэктомии составила 14 % и сопоставима с количеством рецидивов воспаления аппендикса после консервативного лечения – 14 %, что, однако, не может быть принято в качестве объективных сравнительных критериев [5].

Похожие результаты можно увидеть в исследовании J. Hansson et coll (2009 г.) В работе были выделены 2 группы: первую группу составили 106 человек, которые получали консервативную терапию, вторую группу составили 154 человек, которым была выполнена аппендэктомия. Из 106 пациентов, которым была назначена консервативная терапия, 4,7 % нуждались в операции в течение 10 дней в связи с неэффективностью последней. У 9,4 % отмечен рецидив острого аппендицита в течение года после полного курса антибиотикотерапии. «Большие» осложнения после аппендэктомии наблюдались в 3 раза чаще, чем в группе консервативного лечения.

В исследовании A. Malik и S. Bari случайно были выбраны 80 пациентов, которым проводилась консервативная терапия. Рецидив в течение года был отмечен у 10 % пациентов. Также авторы данного исследования отмечают снижение болевого синдрома в данной группе пациентов и, как следствие, – уменьшение потребности в анальгетиках. Количество осложнений в группах не сравнивалось [4].

К. Krishna Varadhan, J. David Humes et al. был проведен метаанализ на основании 3-х вышеописанных исследований – S. Eriksson и L. Granstrom, J. Styruud и J. Hansson, A. Malik и S. Bari (всего 661 больной). Сравнивалась эффективность антибиотикотерапии и хирургического вмешательства. Критериями исключения были наличие перфорации аппендикса, перитонит, аллергия к антибиотикам. В этих случаях оценивали частоту осложнений, длительность пребывания в стационаре и частоту повторных госпитализаций. Метаанализ показал тенденцию к уменьшению риска развития осложнений в группе консервативного лечения (относительный риск составил 0,43; 95 % доверительный интервал 0,16–1,18;  $p \leq 0,01$ ) без увеличения срока госпитализации. Из 350 пациентов, рандомизированных в группу антибиотикотерапии, у 68 % консервативная терапия была успешной, однако в течение года 15 % из них были госпитализированы повторно. Остальные 32 % пациентов подверглись оперативному вмешательству в ближайшие сроки после проведения лечения [2].

Результаты другого метаанализа были опубликованы в журнале «Digestive surgery», включающие все 4 вышеописанных исследования (всего 741 больной). 351 пациенту проводилось стандартное оперативное лечение, и 390 была назначена консервативная терапия. По результатам всех исследований стандартная аппендэктомия показала достоверно большую эффективность, но в группе консервативного лечения отмечалось меньшее количество осложнений (5,4/10,8 %, консервативное/оперативное,  $p < 0,05$ ), уменьшение болевого синдрома и потребности в обезболивающих средствах ( $p < 0,001$ ) (по данным Eriksson и Malik), значительно меньшие финансовые затраты (в исследовании Hansson они составили 26,300 и 36,400 условных единиц в консервативной и хирургической группах соответственно –  $p < 0,01$ ). Среднее время пребывания в стационаре значительно не отличалось в обеих группах, однако продолжительность нетрудоспособности в группе антибиотикотерапии была значительно ниже.

На основе вышенаписанного, можно сделать вывод, что в группах консервативного лечения наблюдалось значительно меньше количество осложнений, по сравнению с хирургическими группами. Кроме того, при проведении консервативного лечения значительно уменьшается длительность нетрудоспособности, уменьшается потребность в анальгетиках, стоимость самого лечения. На основе полученных данных антибактериальная терапия не рекомендуется в качестве замены операции. Но она может быть рекомендована в следующих случаях: пациентам, перенесшим недавно острый инфаркт миокарда, пациентам с тяжелыми заболеваниями легких, женщинам в первый триместр беременности, пациентам, находящимся вне досягаемости квалифицированной хирургической помощи [3].

#### *Использованная литература*

1. Eriksson S. Рандомизированное контролируемое исследование аппендэктомии по сравнению с антибактериальной терапией при остром аппендиците / S. Eriksson, L. Granstrom // Общая хирургия. – 1995. – Вып. 82, №2. – с. 166–169.
2. Krishna K. Varadhan Антибактериальная терапия в сравнении с аппендэктомией для острого аппендицита: Метаанализ / Krishna K. Varadhan, Humes D.J. // Мировая общая хирургия. – 2010. – Вып. 34. – Р. 199–209.

3. Lowenfels A. B. Звѣзды Американского колледжа хирургов 94-й ежегодный клинический конгресс. «Оценка острого аппендицита: Нужна ли операция каждому?» / А. В. Lowenfels // Декабрь. 2009 г [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.medscape.org/viewarticle/586865>

4. Malik A.A. Консервативное лечение острого аппендицита / А.А. Malik, S. Bari //Общая гастроинтестинальная хирургия. – 2009. – Вып. 13. – с. 966–970.

5. Styrud J. Аппендэктомия по сравнению с антибактериальной терапией при остром аппендиците. Проспективное многоцентровое рандомизированное контролируемое исследование / J. Styrud //Мировая общая хирургия. – 2006. – Вып. 30. – С. 1033–1037.

## **ПРАВО ПАЦІЄНТА НА ЗГОДУ ТА ВІДМОВУ ЩОДО МЕДИЧНОГО ВТРУЧАННЯ**

*Веретельник О.А., Петросова О.О.*

*Харківський національний медичний університет*

Права пацієнтів складають серцевину сфери охорони здоров'я. А відтак, ця тема відзначається об'ємністю як теоретичного, так і практичного матеріалу, цікавістю та актуальністю. Це можна підтвердити й однією із сентенцій: «Мій організм – мій дім. Стукайте, будь ласка, перш ніж увійти» [3, с. 134].

Медичне втручання – це використання різних методів діагностики, профілактики або лікування, які впливають на організм людини, також ті, що дозволяються тоді, коли вони не завдають шкоди здоров'ю пацієнта (ст. 42 Основ законодавства України про охорону здоров'я) [2].

Із законодавчого визначення аналізованого поняття випливає одна з умов здійснення медичного втручання, а саме – неможливість завдання шкоди здоров'ю людини. У статті 42 Основ законодавства України про охорону здоров'я зазначено, що медичне втручання, зв'язане з ризиком для здоров'я людини, припускається як виняток, коли є наявність гострої потреби, коли вірогідна шкода від використання методів діагностики, профілактики або лікування є меншою, ніж та, що є вірогідною у разі відмови від медичного втручання, а запобігання небезпеки для здоров'я пацієнта іншими методами не є можливим. Так само Основи законодавства України про охорону здоров'я фіксують умови коли є допустимим застосовувати ризиковані методи медичного втручання, що мають, зокрема: (а) бути відповідними до сучасних науково обґрунтованих вимог; (б) бути направленими на відвернення дійсної загрози життю та здоров'ю пацієнта; (в) використовуватися лише тоді, коли пацієнт проінформований про вірогідні шкідливі наслідки, тощо [1].

Беручи до уваги національне законодавство, міжнародні стандарти, а також наукові положення у галузі медичного права, можна впевнено говорити про те, що критеріями правомірності згоди або відмови пацієнта від медичного втручання є: 1) інформованість; 2) добровільність; 3) компетентність.

Інформованість – це надання в чітко зазначеному законодавством порядку медичної інформації (щодо стану здоров'я людини, історію хвороби, про мету досліджень, які були їй запропоновані та лікувальних заходів, прогноз вірогідного розвитку захворювання та ризик для життя і здоров'я) та інформації про

медичне втручання, яке є необхідним (про мету медичного втручання, його тривалість, наслідки, альтернативні методи лікування даного захворювання, прогноз і ризик медичного втручання, якщо воно відбудеться), за результатами якого пацієнт має змогу реалізувати своє право на особисту недоторканність і приймає рішення про проведення чи відмову від проведення медичного втручання.

Необхідно зазначити, що лікар має надати медичну інформацію пацієнтові як для одержання згоди на медичне втручання, так і тоді, коли пацієнт відмовляється від втручання (в такому разі лікар повинен йому надати також данні щодо можливих важких для нього наслідків (ч. 3 ст. 43 Основ законодавства про охорону здоров'я)).

Добровільність означає що пацієнт сам приймає рішення стосовно свого здоров'я, під час цього здійснюється право на особисту недоторканність без будь-якого впливу жодних зовнішніх чинників. Не дозволяється жодний тиск на пацієнта, так само забезпечується право пацієнта, на відкликання дозволу у будь-який час.

Прийняття цього рішення не має бути результатом зовнішнього тиску чи наслідком активного переконання будь-кого (навіть лікаря) у необхідності певного спрямування дій. Рішення, яке прийме пацієнт має бути результатом його особистого вибору, що базується на повній поінформованості щодо ситуації.

Закон затверджує право лікаря без наявності згоди проводити медичне втручання, лише у тих випадках, коли зволікання під час з'ясування діагнозу чи проведення операції завдає небезпеку для життя хворого. Дії лікаря у таких випадках є діями в умовах крайньої необхідності, яка виникає якщо є реальна небезпека, що загрожує життю хворого і не може бути усунена жодними іншими засобами, окрім, наприклад, операції. Стан вимушеної необхідності має місце за певних умов, а саме:

- у тому випадку, коли небезпека для життя людини є дійсною, а не вірогідною;

- загроза, для життя людини, що не може бути усунена іншими методами, крім оперативного втручання;

- шкода, яка заподіюється під час хірургічного втручання, має бути менш загрозна для хворого, ніж шкода, що може з'явитися у зв'язку із патологічним процесом чи травмою, з приводу якої і відбувалося хірургічне втручання.

Компетентність – встановлене законодавством право пацієнта приймати рішення щодо згоди чи відмови від медичного втручання. Аналіз законодавства надає нам змогу визначити, що неправомірними давати згоду на медичне втручання згідно із законодавством є особи до 14 років та недієздатні особи (ч. 3 ст. 284 Цивільного кодексу України, ч. 1 ст. 43 Основ законодавства про охорону здоров'я; таку згоду дають законні представники зазначених осіб). Неправомірними давати відмову від медичного втручання є особи до 18 років (якщо повна цивільна дієздатність не надана особі у встановленому законом порядку швидше 1 2) та недієздатні особи (ч. 4 ст. 284 Цивільного кодексу України, ч. 4 ст. 43 Основ законодавства про охорону здоров'я).

Однією з найважливіших проблем, що має неабияке практичне значення, є процедура формування згоди і відмови від медичного втручання, яка чітко

не виписана у законі. В Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» зазначено тільки закріплення відмови від медичного втручання, тобто – письмове підтвердження або відповідний акт у присутності свідків. Це законодавче положення завдає багато проблем, у практичній діяльності медичного працівника.

Науковці і практики рекомендують різні форми закріплення згоди/відмови: підписка або запис в історії хвороби чи в амбулаторній картці, додаток до історії хвороби пацієнта, заява про інформовану згоду, розписка тощо.

На підставі вищезазначеного можна зробити висновок про необхідність подальшого вдосконалення законодавства у цій предметній сфері правового регулювання з метою найкращого забезпечення прав людини.

*Використана література*

1. Європейська хартія прав пацієнтів від 15 листопада 2002р [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://cop.health-rights.org/ru/teaching/51/European-charter-of-patient-s-rights>.

2. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» № 2801-ХІІ від 19 листопада 1992 року [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/2801-12/page>.

3. Стеценко С.Г. Медичне право України: підруч. / за заг. ред. д.ю.н., проф. С.Г. Стеценка. – К.: Всеукраїнська асоціація видавців «Правова єдність», 2008. – 507 с.

## **МАЙБУТНЄ ОБОВ'ЯЗКОВОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ**

*Веретельник О.А., Хворостінко Р.Б.*

*Харківський національний медичний університет*

Питання щодо введення обов'язкового медичного страхування в Україні все частіше постає як у ЗМІ, так і на законодавчому рівні. Медичне страхування сьогодні в Україні знаходиться на етапі формування, у суспільстві досі не склалося чіткого уявлення про єдину систему медичного страхування, проте ця інформація має бути прозорою і якомога зрозумілішою для громадськості.

І, напевно, кожний громадянин робив спроби розтлумачити собі значення і необхідність цього нововведення.

Після радянського періоду своєї історії наша держава отримала майже неефективну бюджетну систему фінансування охорони здоров'я, розвиток якої базувався на екстенсивних засадах.

Численні економічні та політичні кризи в Україні призвели за ці 2 десятиріччя до кризи в системі охорони здоров'я та погіршення якості медичного обслуговування населення. Наприклад, у рейтингу національних систем охорони здоров'я, що був складений Всесвітньою організацією охорони здоров'я, Україна посіла лише 79 місце із 191 країни світу, а за показником витрат на охорону здоров'я в розрахунку на одного жителя, Україна займає тільки 111-те місце серед 191 країни. Якщо порівнювати із країнами СНД, то на сьогодні Україна посідає 8 сходинку, попереду вже не лише країни Балтії та Білорусь, а й Молдова.

У структурі покращення соціального становища громадян одне із найважливіших місць займає забезпечення їм можливості отримати належну, своєчасну та висококваліфіковану медичну допомогу. Одним із шляхів забезпечення належної організації системи охорони здоров'я, яка констатувала б право кожного громадянина на отримання медичної допомоги, є розвиток системи страхової медицини.

Медичне страхування – один із видів особистого страхування людини, що використовується за умови втрати чи погіршення здоров'я людини та забезпечує отримання різноманітної висококваліфікованої медичної допомоги за рахунок накопичених коштів, а також відбувається фінансування профілактичних заходів у разі настання відповідного страхового випадку [5, с. 147].

За організацією медичне страхування поділяється на 2 форми: добровільне та обов'язкове страхування. Цей розподіл закріплено відповідно статтею 6 та статтею 7 Закону України «Про страхування». В Україні досі працює лише система добровільного медичного страхування. Його розповсюдженість та популярність у суспільстві кожного року збільшується, про що свідчить ріст як кількості договорів, так і сум страхових платежів. Проте поширення у загальних масштабах на українському ринку страхування воно ще не отримало, що підтверджує статистика, згідно якої частка послуги добровільного медичного страхування у загальному об'ємі ринку страхування складає лише 2,6 %. Загальна кількість застрахованих цим видом страхування складає 2 % від всього населення країни, серед них індивідуальних страхувальників – менше 1 %. Проте українці не поспішають купувати поліси добровільного медичного страхування, тому що вони досі залишаються достатньо дорогим задоволенням [4, с. 97].

Якщо розглядати обов'язкове медичне страхування, то в Україні досі відсутній механізм його реалізації, що передбачено законодавством України, бо досі не розроблене відповідне юридичне нормативне забезпечення для його впровадження [3, с. 56]. Законопроект «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування» можна віднести до найбільш значущих законодавчих актів, що створить основу для подальшого розвитку охорони здоров'я в найближчому майбутньому; його введення сприятиме значному впливу на добробут населення і здоров'я громадськості в цілому.

Для досягнення принципів надання медичної допомоги високого рівня і обсягу необхідно встановити достатньо високий тариф на обов'язкове медичне страхування, що призведе до збільшеного податкового навантаження на громадськість. Проте даний вид страхування матиме велику кількість переваг, серед них можна виділити цільовий характер, незалежність коштів медичних закладів від держави та відокремленість фінансування системи охорони здоров'я від інших державних коштів [1, с. 83].

Наразі існує велика кількість проблем, які гальмують розвиток медичного страхування в Україні. Особливу увагу на себе звертають:

- відсутність системи підготовки висококваліфікованих спеціалістів;
- низький рівень вмотивованості робітників
- рівень заробітної плати та премій занижений;

– відсутність відповідальності страховиків перед страхувальниками в реальному житті;

– недостатня розробленість законодавства в рамках регулювання медичного страхування, недостатня інформованість населення щодо переваг та недоліків медичного страхування.

Якщо розглядати сучасний стан розвитку системи охорони здоров'я в нашій державі, то наразі розвиток медицини відбувається в умовах внутрішніх протиріч в соціально-економічному та політичному розвитку держави. Галузь потерпає від некоректних та непослідовних дій у сфері соціально-економічної політики, від нерівних умов для проведення медичної практики різними суб'єктами господарювання, від несприятливого інвестиційного клімату в галузі охорони здоров'я за останнє десятиріччя. Саме через наявність таких проблем економічного та соціально-організаційного характеру, питання введення обов'язкової форми медичного страхування в Україні в дію знову залишається відкритим і у 2016 році планується подаліше, більш деталізоване обговорення цього питання [2].

Безумовно, система медичного страхування суспільства на державному рівні є важливою і однією з першочергових задач, особливо, якщо враховувати об'єктивні потреби українського населення у покращенні стану здоров'я в цілому, то одразу стає зрозуміло, що альтернативи цьому крокові майже немає. До впровадження даної системи необхідно підійти достатньо зважено і конструктивно: розробити і у встановленому порядку затвердити закони та підзаконні акти про медичне страхування громадян; розробити положення про національний і територіальні Фонди медичного страхування і здійснити їх формування, а також захист прав пацієнта на отримання своєчасної і якісної медичної допомоги.

#### *Використана література*

1. Лукович В. Шляхи впровадження загальнообов'язкового державного соціально медичного страхування в Україні / В. Лукович // Україна: аспекти праці. – 2012. – № 3. – С. 83–85.

2. Медстрахование сегодня [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.prostrah.com>.

3. Приказюк Н. Медичне страхування в Україні: тенденції та перспективи розвитку / Н. Приказюк // Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. – 2011. – № 10 – С. 54–58.

4. Рудик В. К. Перспективи розвитку нових видів страхування на страховому ринку України / В. К. Рудик // Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. – 2012. – № 113 – С. 94–99.

5. Шатковський Я. Обов'язкове медичне страхування в Україні: правові проблеми та перспективи їх вирішення / Я. Шатковський // Вісник Львів. ун-ту. Серія юридична. – 2010. – Вип. 46. – С. 145–150.



## РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ ТЮТЮНОПАЛІННЯ СЕРЕД ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ РЕСПІРАТОРНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

*Власик Л.Й., Гаврилюк Н.Р., Поліщук О.П.*

*ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»*

За визначенням ВООЗ хронічні респіраторні захворювання разом із серцево-судинними, онкологічними та цукровим діабетом входять у групу найбільш розповсюджених та соціально значущих неінфекційних захворювань (НІЗ) у світі. Тютюнопаління є одним із основних чинників ризику виникнення та прогресування НІЗ [1]. Паління збільшує ризик розвитку хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) на 85 % [2]. Згідно з даними GOLD перегляду 2014 року, ХОЗЛ не повинно бути вираком для хворих, а його можна попередити і лікувати [3]. Припинення вживання тютюнових виробів є запорукою ефективного лікування. У той же час, значна частина хворих продовжує палити, знаючи про своє захворювання. Поширеність ХОЗЛ більша у чоловіків старше 40 років, які палять [4]. Метою дослідження було проаналізувати розповсюдженість тютюнопаління у чоловіків хворих на хронічні респіраторні захворювання, зокрема ХОЗЛ у порівнянні з хворими на бронхіальну астму (БА) та БА у поєднанні з ХОЗЛ.

Для аналізу використані матеріали викопіювання даних з 288 медичних карт стаціонарного хворого (ф.003/о) чоловіків, хворих на хронічні респіраторні захворювання, які лікувалися у спеціалізованому відділенні. Середній вік становив 51 рік в обох групах. Серед досліджуваних 62,8 % склали хворі на ХОЗЛ, 37,2 % – на БА, яка у 79,4 % поєднувалася з ХОЗЛ. Достовірно більше виявлено курців серед хворих на ХОЗЛ (29,8 %), ніж у групі хворих на БА (13,1 %) ( $p < 0,001$ ). Проте, серед осіб, які раніше палили достовірних відмінностей між групами захворювань не встановлено. Отже, тютюнопаління в анамнезі хворих на БА сприяло приєднанню ХОЗЛ (79,4 %).

Висновки. Третина хворих чоловічої статі на ХОЗЛ та більше 10 % на БА продовжують палити після встановлення діагнозу, що сприяє поєднанню перебігу та перешкоджає встановленню контролю над захворюваннями. Необхідно стимулювати пацієнтів до припинення куріння на усіх рівнях надання медичної допомоги відповідно до Стандартів первинної медичної допомоги при припиненні вживання тютюнових виробів [1; 2; 5].

### *Використана література*

1. Глобальный план действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013–2020 гг. ВОЗ. Шестидесят шестая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, 2013г. – С. 107
2. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації, «Хронічне обструктивне захворювання легені»: Наказ МОЗ України від 27.06.2013 № 555. – Київ, МОЗ України, 2013. – С. 92.
3. Global initiative for chronic obstructive lung disease (updated 2014). – Nov.19.
4. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах, «Хронічне обструктивне захворювання легені»: Наказ МОЗ України від 27.06.2013 р. № 555 (зі змінами наказ від 16.04.2014 р. №2 70). – Київ, МОЗ України, 2013. – С. 146.
5. Стандарти первинної медичної допомоги при припиненні вживання тютюнових виробів: Наказ МОЗ України від 03.08.2012 р. № 601. – Київ, МОЗ України, 2012. – С. 19.

# **ОБЗОР ПРОЕКТА НАЦИОНАЛЬНОЙ СТРАТЕГИИ ПОСТРОЕНИЯ НОВОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ НА ПЕРИОД 2015–2025 ГГ.**

*Головка Я.И., Мороз К.Р., Лукашенко Е.С.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

«Жизнь и здоровье человека, честь и достоинство, неприкосновенность и безопасность признаются в Украине наивысшей социальной ценностью» – так звучит третья статья Конституции Украины [1, с. 2]. Но, в действительности, положение вещей в медицинской отрасли нашей страны далекое от этого утверждения. Причина кроется в недостаточном финансировании медицины, в несовершенстве законодательства и устаревшей модели медицинского образования.

Проект Национальной стратегии построения новой системы здравоохранения Украины на период 2015–2025 гг. готовился специализированной экспертной группой, в состав которой вошли иностранные эксперты [2, с. 3]. Согласно проекту стратегии, реформированию подвергнется сама структура Министерства здравоохранения, избавившись от большинства не свойственных ей функций. Запланировано вывести из МОЗ закупку лекарств, этим будут заниматься международные организации – ЮНИСЕФ и ВООЗ, что, по мнению разработчиков стратегии, сможет предотвратить злоупотребление при государственных закупках лекарств, медицинского оборудования и медпрепаратов. Также планируется существенное снижение стоимости базового перечня лекарственных средств, которые необходимы для поддержания здоровья украинцев. На ценовую политику положительно повлияет внедрение электронных торгов для иностранных фармацевтических производителей и возможность признания в Украине лекарств, которые уже прошли регистрацию в Японии, Канаде, США, ЕС и других странах со строгой регуляторной системой. Регистрация является далеко не бесплатной, и это отражается на конечной стоимости препаратов. Также планируется уменьшить количество разрешений для начала фармацевтического бизнеса.

В проекте документа предусмотрено, что Министерство здравоохранения будет заниматься мониторингом, анализом и управлением системой здравоохранения, разработкой стратегий, осуществлять надзор за соблюдением законодательства. Кроме того, МОЗ и областным управлениям здравоохранения рекомендовано провести реструктуризацию с целью дальнейшего согласованного взаимодействия с другими министерствами.

Планируется, что Государственную санитарно-эпидемиологическую службу Украины и ряд других служб заменит Система общественного здоровья. А вновь созданный Национальный центр здоровья за заболеваниями и общественным здоровьем объединит в себе учреждения, которые выполняют ключевые функции в сфере общественного здоровья с целью улучшения стратегического планирования и реализации новой политики.

Радикальные превращения ожидают систему функционирования медицинских учреждений. Оптимизация сети больниц будет заключаться в ликвидации многопрофильных поликлиник при центральных районных и городских больницах. Сами же больницы приобретут автономность в административной деятельности и распределении своего финансирования, смогут привлекать средства из разных источников, будут иметь свои банковские счета.

Также проект стратегии предлагает пациентам изменить советскую медицинскую философию на философию семейного врача. Медицина должна быть основана на семейных врачах, как это происходит в развитых странах. На принципах семейной медицины планируется усовершенствовать и развить систему первичной медико-санитарной помощи ради обеспечения доступа населения не только городов, но и сел, поселков к квалифицированной и современной медицинской помощи путем создания на уровне городов и районов центров первичной медицинской помощи с полным административным, финансовым и функциональным разграничением их деятельности.

Для многих стран введение медицинского страхования стало решением проблемы недостаточного финансирования отрасли со стороны государства [3, с. 7]. Сегодня страховая медицина выступает в качестве реальной альтернативы бюджетному финансированию, которое уже неспособно обеспечить конституционное право граждан на получение бесплатного медицинского обслуживания [4, с. 5]. Развитие рынка медицинского страхования становится объективной потребностью: как показывает практика, он дает возможность создать условия для наиболее полного удовлетворения потребностей населения в получении доступной и высококачественной медицинской помощи, уменьшает нагрузку на государственный и местные бюджеты, помогает избежать необоснованных расходов на предоставление излишних медицинских услуг с целью получения дополнительной прибыли, улучшает материальное положение работников медицинских учреждений.

Таким образом, проблема реформирования системы здравоохранения является неотложной. Старая советская система уже исчерпала себя и настало время внедрения новой концепции. Проект Национальной стратегии построения новой системы здравоохранения Украины на период 2015–2025 гг. определяет следующие направления реформирования: предоставление медицинских услуг, финансирование и управление в отрасли. Однако нужно помнить, что Украина должна найти свой уникальный путь, применять мировой опыт с постоянной оглядкой на результаты.

#### *Использованная литература*

1. Конституция Украины. – К., 1996.
2. Миськевич Т. Реформирование системы охраны здоровья в Украине / Т. Миськевич – К: Киев, 2015 – с. 57–63.
3. Концепция построения новой национальной системы охраны здоровья Украины [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://moz.gov.ua>; <http://healthsag.org.ua>.
4. Бондар К.О. Основы законодательства Украины об охране здоровья / К.О. Бондар // Голос Украины. – 2002. – № 5 – С. 238.

### **ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ СОХРАНЕНИЯ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ, КАК ОСНОВА УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ**

*Головка Я.И., Саханская Д.М., Бойко В.Н.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

Мы живем в XXI веке, веке полном величайших открытий, безграничных возможностей и, конечно, научно-технического прогресса. Это те факторы, которые усиливают власть врача над жизнью и смертью, что заостряет и так не малые правовые и этические проблемы медицинской науки и практики.

Именно по этой причине главными качествами врача должны стать деликатность, чувство такта и внимание, которые в свою очередь должны быть дополнены строгой конфиденциальностью, полным неразглашением сведений, которые получил или узнал врач от больного или про больного.

Доверительные отношения между пациентом и врачом – основа успешного лечения, поэтому соблюдение конфиденциальности является не только моральным выбором врача, но и несет в себе юридическую ответственность за сохранение индивидуальной информации.

В настоящее время права человека в сфере здравоохранения закреплены в основах законодательства Украины в сфере здравоохранения, Конституции Украины, в Европейской хартии прав пациента. Например, в Европейской хартии прав пациента Статья 6. Право на приватность и конфиденциальность указано: «...Каждый имеет право на конфиденциальность личной информации, включая информацию о состоянии своего здоровья и возможные диагностические и терапевтические процедуры, а также на защиту своей приватности при проведении диагностических осмотров».

Также в Криминальном кодексе статье 145 предусматривает наказание за предумышленное разглашение врачебной тайны вплоть до лишения права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью сроком до трех лет. Интересные рассуждения на этот счет можно отметить в учебнике по врачебной тайне Мирового врачебного общества (WMA): врач должен сохранять абсолютную конфиденциальность всего, что он знает про своих пациентов даже после смерти пациента. Но разглашение этой информации возможно только в исключительных случаях. В WMA подчеркивалось, что врачи имеют этический долг передать конфиденциальную информацию другим особам, которые могут получить вред от пациента.

Именно поэтому вопрос о врачебной тайне не может иметь однозначного, категорического решения, поскольку слепое следование закону может нанести непоправимый вред окружающим. Основными спорными моментами являются:

1. Разглашение всех сведений о состоянии здоровья самому пациенту.
2. Проблема конфиденциальности со стороны больных с вирусными заболеваниями, такими как сифилис, туберкулез, гепатиты В и С, а также ВИЧ и СПИД.
3. Сохранение врачебной тайны по отношению к пациентам с психическими заболеваниями, наркозависимым, социально опасным индивидуумам.

На данный момент сведения о психическом состоянии пациентов, могут передаваться только в правоохранительные органы по официальному запросу в следствии привлечения особы к криминальной или административной ответственности, а также при проведение досудебного расследования или судебного расследования по письменному обращению следователя, прокурора и судьи.

Данные категории населения являются социально опасными. В результате полностью игнорируется право окружающих пациента людей: его соседей, сотрудников по работе, членов семьи – быть информированными и обезопасить себя от возможных рисков.

На сегодняшний день законодательством Украины не предусмотрена защита медицинского персонала при контакте с пациентами, больными такими вирусными заболеваниями как туберкулез, ВИЧ, СПИД, сифилис, гепатит В и С. Получается такой вот парадокс: при подозрении на туберкулез, сифилис и гепатит медики не имеют права спросить и получить полную информацию от па-

циента, а иногда даже проводить исследования и брать материал на анализы без согласия больного. Но, согласно законодательству, больные на ВИЧ и СПИД не обязаны предоставлять о себе информацию обращаясь в медицинские заведения. Помимо этого, без согласия, инфицированного нельзя проводить анализы на выявление данных заболеваний. И это самое страшное, ведь с учетом того, что с каждым днем увеличивается количество случаев травм, инфекционных заболеваний, персонал карет скорой помощи и медицинский персонал больниц с каждым днем все в большей степени рискует получить неизлечимое инфекционное заболевание. В итоге, медицинский персонал в отличие от пациента, является совершенно незащищенной законом стороной.

Не стоит забывать, что разглашать врачебную тайну нужно аккуратно и здраво не только касаясь сторонних лиц, но и касаясь самого пациента. Анализируя этот вопрос, мы не можем однозначно согласиться с мнением зарубежных врачей, которые уже давно подходят к этому вопросу с чересчур прагматической позиции. Они твердо уверены, что безнадежным больным нужно говорить только правду о его состоянии. Основаниями к такому подходу являются якобы интересы самого больного, который зная про свое действительное состояние сумеет здраво распределить оставшееся ему время, закончить важные дела, сложит завещание и т. д. Изучив множество случаев, мы можем не согласиться с их мнением на этот счет. Да, есть такие больные, которым можно смело сообщать точный диагноз, чаще всего это сильные, волевые, уравновешенные личности, которые воспримут известии о своей судьбе спокойно, взвешенно. Но это скорее исключение из правила, чем закономерность. Чаще всего правда, сказанная пациенту о его состоянии, только усугубит ситуацию и приведет к более удручающей ситуации. Ярким примером этого является смерть известного актера Евгения Евстигнеева, который болел ишемической болезнью сердца. В данном случае врач допустил оплошность, рассказав актеру о сложности его положения и в подробностях описал предстоящее хирургическое вмешательство с возможными последствиями. И как следствие, Евгений не смог здраво оценить предстоящее действие, что привело к бурной вегетативной реакции и остановке сердца.

С учетом этого, необходимо провести такие меры:

1. Усовершенствование законодательной базы для защиты не только пациента, но и других категорий населения в случае, если им угрожает опасность.
2. Индивидуализация подхода к пациенту с учетом его психических особенностей и физического состояния.

Врачебная тайна занимает неотъемлемое место в жизни каждого из нас, ведь не соблюдение закона может привести, как к конфликтным ситуациям, так и к неблагоприятным исходам. Отстаивая свободу пациентов, их право на конфиденциальность личного, мы не должны забывать о личном здоровье, здоровье окружающих и общественную безопасность.

#### *Использованная литература*

1. Криминальный кодекс Украины от 5 апреля 2001 г. № 2341–III // Ведомости Верховной Рады Украины. – 2001. – № 25–26. – Ст. 131.
2. Европейская хартия прав пациентов от 15.11.2002 г [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://cop.health-rights.org/ru/teaching/51/European-charter-of-patients-s-rights>

# АНАЛИЗ И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЕНДЕНЦИЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ В ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

*Головко Я.И., Сирота И.Ю., Жукова О.А.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

**Актуальность.** Заболеваемость является важнейшей составляющей комплексной оценки здоровья населения. Сохранение общественного здоровья и снижение заболеваемости считается основным направлением социально-экономической политики государства. Плохая демографическая ситуация создает реальные и потенциальные угрозы для стабильного развития страны не только на сегодняшнем этапе, но и в перспективе.

Особо остро эта проблема стоит сегодня перед Украиной. Как свидетельствуют многочисленные исследования, реальной угрозой национальной безопасности Украины в настоящее время является низкий уровень рождаемости, высокая заболеваемость и смертность населения.

**Цель.** Провести анализ данных заболеваемости населения за период 2000–2014 гг.

**Материалы и методы.** Изучение и анализ научно-методической литературы о заболеваемости населения в Украине и по Харьковской области.

**Результаты и обсуждения.** Анализ демографической ситуации в Украине и Харьковской области показал, что в 2000–2014 гг. наблюдалась динамическая тенденция постоянного уменьшения численности населения. Количественный состав населения, его половая и возрастная структура, механическое и естественное движение есть побочным показателем здоровья населения. Особенности естественного и миграционного движения населения за последнее десятилетие обусловили дальнейшее углубление его старения. Такая тенденция в динамике свидетельствует о уменьшении доли людей молодого возраста и увеличении доли людей пожилого возраста в составе населения Украины. Процесс «старения населения» ставит новые задачи перед органами здравоохранения.

Численность населения в Харьковской области сократилась на 5,5 % (17-е место среди регионов страны) при 6,43% в среднем по Украине за период с 2000 по 2014 год.

Данные органов государственной статистической службы в Харьковской области свидетельствуют о том, что общая заболеваемость за 2000–2014 гг. увеличилась на 31,5 % при увеличении на 3,7 % в целом по Украине.

За период 2000–2014 гг. в Харьковской области наибольший рост заболеваемости наблюдался среди: заболеваний системы кровообращения – 251,7 %, заболеваний крови, кроветворных органов и онкологических заболеваний – 238 %, а также заболеваний эндокринной системы, расстройства питания и нарушение обмена веществ – 210,5 %.

Как в Украине, так и в Харьковской области за рассматриваемый период наблюдаются наибольшие темпы роста патологий: среди беременных, вовремя родов и в послеродовом периоде – 120,1 %, при заболеваниях мочеполовой системы – 117,7 % и новообразованиях – 113,7 %.

Болезни системы кровообращения в Украине и в Харьковской области занимают первое место по причинам смерти населения, а на втором злокаче-

ственные новообразования. В структуре первичной заболеваемости населения на первое место выходят болезни системы кровообращения; на втором месте новообразования; и третье место занимают болезни мочеполовой системы, болезни органов пищеварения, болезни глаза и его придаточного аппарата, болезни нервной системы.

#### **Вывод.**

1. Основными задачами социально-экономической политики государства должны быть оздоровление населения, снижение уровня заболеваемости и смертности, повышение рождаемости среди населения, увеличение продолжительности жизни.

2. Процесс «старения населения» позволяет говорить о затяжном демографическом кризисе как в Украине, так и в ее областях, и Харьковская область не исключение.

3. Основными причинами смерти населения в Украине и Харьковской области являются болезни системы кровообращения и злокачественные новообразования, которым и надо уделить особое внимание по оказанию медицинской помощи, проведению профилактических мероприятий, реабилитационных, а также внедрение целевых государственных и региональных программ по борьбе с этими заболеваниями.

В то же время по Харьковской области должны быть предусмотрены и мероприятия, направленные на предупреждение прогнозируемого роста заболеваемости среди болезней мочеполовой системы и болезней органов пищеварения, а также травм и отравлений.

#### *Использованная литература*

1. Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения / под ред. Ю.П. Лисицына, Е.Н. Шиган, И.С. Случанко – М.: Медицина. 1987 г. – С. 429–463.

2. Загальнодержавна програма боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 р. затверджена Законом України від 23 грудня 2014 р. № 1794 – VI.

3. Державна програма «Дитяча онкологія» на 2000 – 2014 роки, затверджена Постановою від 19 липня 2006 р. КМУ № 983.

4. Социальная гигиена и организация здравоохранения / под ред. А.Ф. Серенко, В.В. Ермакова – М.: Медицина. 1984 г. – С. 600–639.

## **ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ РЕГУЛИРОВАНИЯ ТРАНСПЛАНТАЛОГИИ В УКРАИНЕ**

*Головка Я.И., Талахан А.А., Резникова А.С.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

**Актуальность.** На сегодняшний день в СМИ все чаще дискутируются вопросы о качестве и доступности медицинских услуг, стоимости лекарственных средств, обследований и лечения в целом. При этом внимание общественности обращается на такую узкопрофильную хирургическую отрасль, как трансплантология, ведь в Украине очереди на пересадку органов ждут тысячи пациентов, а операций проводится крайне мало.

**Цель.** Рассмотрение актуальных проблем международно-правового регулирования вопросов трансплантологии, а также анализ практики Украины в реализации медицинской деятельности в сфере трансплантологии.

В мировом обществе сегодня существует ряд вопросов относительно правового регулирования процедуры заготовки, изъятия и применения донорских органов. Все эти вопросы объединены в четыре основных блока:

- этические проблемы, связанные с коммерциализацией трансплантологии;
- проблемы, связанные с констатацией смерти человека по критерию смерти мозга;
- эксплантация органов и тканей у трупа или живого донора;
- распределение донорских органов или тканей реципиента.

Говоря о коммерциализации трансплантологии, следует отметить, что купля-продажа донорских органов запрещаются как международным, так и украинским законодательствами. В Украине, этот принцип, закреплен в статье 18 Закона Украины «О трансплантации органов и других анатомических материалов человеку» (1999 г.). Этой статьей предусмотрено, что заключение соглашений о купле-продаже органов или других анатомических материалов человека, за исключением костного мозга, запрещается. То есть на законодательном уровне проблемы связанной с коммерциализацией трансплантологии, как таковой нет, однако на практике она существует и сегодня.

Также достаточно сложным является вопрос об определении момента смерти в связи с возможностями злоупотреблений в этой области. Согласно ст. 15 Закона Украины «О трансплантации органов и других анатомических материалов человека» человек считается умершим с момента, когда установлена смерть его мозга. Полная и необратимая потеря функций мозга свидетельствует о его смерти. Момент смерти мозга может быть установлен если исключены, все другие возможные при данных обстоятельствах причины потери сознания и реакций организма. 23.09.2013 г. МОЗ Украины был принят Приказ № 821 « Об установлении диагностических критериев смерти мозга и процедуры констатации момента смерти человека », которым утверждены диагностические критерии смерти мозга и процедуры констатации момента смерти человека и регламентированы действия врачей отделений реанимации, интенсивной терапии, учреждений здравоохранения в отношении лиц, находящихся в этих отделениях или поступающих к ним с клиническими предпосылками для диагностики смерти мозга, и констатацию момента смерти человека на основании смерти его мозга. Согласно, диагностических критериев смерти мозга и процедуры констатации момента смерти человека моментом смерти человека является смерть мозга – полная и необратимая потеря головным мозгом человека всех его функций, регистрируется на фоне работающего сердца и принудительной вентиляции легких. То есть на сегодняшний день момент смерти человека, а именно момент смерти мозга является детально определенным, что является, безусловно, положительным моментом.

Также проблемная ситуация с трансплантацией заключается в отсутствии надлежащего нормативно-правового урегулирования процедуры согласия трансплантацией органов. В целом следует отметить, что в мировой практике сфор-



мировались следующие основные презумпции, как «презумпция несогласия» и «презумпция согласия». На сегодняшний день в Украине действует «презумпция несогласия», предусмотренной ст. 16 Закона Украины «О трансплантации органов и других анатомических материалов человеку». Согласно ст. 16 этого закона дееспособный человек, достигший совершеннолетия, может дать согласие или несогласие стать донором анатомических материалов в случае своей смерти. В тех случаях, когда отсутствует согласие от умершего дееспособного совершеннолетнего человека анатомические материалы могут быть взяты с согласия супругов или родственников, которые проживали с ним до смерти. Однако здесь имеются определенные проблемы, связанные с предоставлением родственниками умершего согласия на трансплантацию его органов и тканей. Согласно статистике, только в одном из десяти случаев удается получить согласие родственников на изъятие органов.

Если говорить о трансплантации органов от живого человека, то следует отметить о положении статьи 12 Закона Украины «О трансплантации органов и других анатомических материалов человека», где сказано, что заключение гомотрансплантата у живого донора допускается в случаях, когда реципиент и донор состоят в браке или являются близкими родственниками (отец, мать, сын, дочь, дедушка, бабушка, внук, внучка, брат, сестра, дядя, тетя, племянник, племянница). Это существенно ограничивает право человека на свободу выбора, ограничивает возможность помочь больному человеку, который нуждается в органе. Поэтому необходимо развивать и расширять возможности живого донорства, а именно перекрестного донорства, обмена донорами между семьями, которые стоят в листе ожидания на трансплантацию.

Для дальнейшего развития, выхода трансплантологии на новый качественный уровень и достижения ее безопасности в Украине необходимо совершенствовать нормативную базу, унифицировать ее с международными нормативно-правовыми актами, юридически обеспечить внедрение системы качества в деятельность, связанную с трансплантацией.

#### *Использованная литература*

1. Конституция Украины. //Сведения Верховной Рады Украины. – 1996. – № 30. – С. 141.
2. Закон Украины «Про трансплантацию органов и других анатомических материалов человека» от 16.07.1999 г. / Сведения Верховной Рады Украины. – 1999. – № 41. –С. 337.
3. Герц А.А. Особенности гражданско-правового регулирования трансплантологии в Украин е/ к.ю.н А.А. Герц // Правовые аспекты в медицине. 2007.– С. 11–13.

## **ЕВРОПЕЙСКИЙ ОПЫТ ДЛЯ УКРАИНСКОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

*Головка Я.И., Якименко Д.С., Мовчан Ю.А.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

Медицинская сфера в Украине пребывает на этапе реформирования и развития. Осознавая необходимость идти в ногу со временем и соответствовать требованиям мировой экономики, ведется активное обсуждение внедрения медицинского страхования здоровья населения.

Медицинское страхование является защитой от рисков самого ценного в жизни человека – его здоровья. Украина стремится сформировать смешанную бюджетно-страховую систему финансирования охраны здоровья. Однако, не имея собственного опыта в данном вопросе, Украина перенимает его у других стран. Самую длительную историю и в то же время и самую развитую систему медицинского страхования имеет Германия. Каждый десятый евро, потраченный в Германии идёт на здравоохранение. Эту цифру рассчитало Государственное Управление Статистики Германии к Международному Дню Здравоохранения 7 Апреля 2013. В пересчёте на одного жителя в 2011 году было потрачено 3590 Евро. Составляющие системы здравоохранения Германии: сектор производителей аптек и медикаментов, медицинское обслуживание стационарное и амбулаторное, программы оказания бесплатной медицинской помощи, система производственных медицинских учреждений, а также добровольное и обязательное медицинское страхование. Примерно 90 % всего населения Германии обеспечено медицинскими услугами. Главным ресурсом финансирования здравоохранения в Германии являются взносы добровольного медицинского страхования и личные платежи граждан. 60 % всех средств составляет обязательное медицинское страхование (ОМС), 10 % – добровольное медицинское страхование, 15 % – государственные субсидии и 15 % – личные платежи граждан. Основным преимуществом ОМС является то, что независимо от размера платежей граждан государство обеспечивает население высококачественными медицинскими услугами. Таким образом, с одной стороны, создается социальная защищенность за счет того, что состоятельные люди несут расходы за малоимущих, здоровые – за больных, но с другой стороны, весь груз расходов ложится на плечи самих граждан. Еще одной проблемой данной системы финансирования можно считать воздействие врачей на собственные доходы за счет выбора не одинаковых по стоимости лекарств и лечения. За последнее время рост расходов на лечение существенно увеличился в сравнении с уровнем заработной платы и страховых взносов. Это может привести к уменьшению финансирования здравоохранения, что, несомненно, скажется на качестве оказываемых медицинских услуг. Добровольное медицинское страхование охватывает граждан, которые в связи с высоким уровнем доходов или профессиональной деятельности не подлежат ОМС, а также тех лиц, которые обладают необходимым доходом и желанием получать частную помощь. Основным различием между системами добровольного и обязательного медицинского страхования является доход в размере 40,034 евро в год. Если доход превышает данный уровень, то гражданин имеет право на услуги частного страхования. Обязательное медицинское страхование для Украины является экономически выгодным. Учитывая тот факт, что в проекте государственного бюджета на 2016 год на сферу здравоохранения предусмотрено выделить всего 2,5 % ВВП, то если прибавить к этой цифре те суммы, которые ежегодно каждый больной выделяет на свое лечение из личных средств, получим почти 7,5 %. В законе Украины «Об общеобязательном социальном медицинском страховании» от 30.07.2015 года представлен законодательно регламентированный перечень услуг, которые покрываются социальным страхованием и те, на которые действие страховки не распространяется.

Соответственно закону, социальная страховка покрывает затраты на:

- 1) помощь в связи с болезнью, профилактикой заболеваний, травматическими повреждениями, отравлениями и другими расстройствами здоровья;
- 2) меры по предотвращению рецидивов и хронизации заболеваний;
- 3) медицинскую помощь в связи с планированием семьи, беременностью и родами.

Услуги, которые не покрываются в рамках страхования:

- 1) трансплантация органов и других биологических материалов;
- 2) проведение патологоанатомической, судебно-медицинской и судебно-психиатрической экспертизы;
- 3) предоставление скорой неотложной помощи при чрезвычайных ситуациях, несчастных случаях, авариях и катастрофах;
- 4) оказание психиатрической и наркологической медицинской помощи, диагностика и лечение инфекционных заболеваний, в том числе венерических и ВИЧ/СПИДа.

Основные проблемы на пути активного реформирования:

- 1) катастрофическое недофинансирование, что влечёт за собой процветание коррупции, низкий уровень услуг и недоверие к государственной медицине со стороны населения;
- 2) несовершенство законодательной базы, торможение принятия необходимых норм и законов на уровне высших политических инстанций;
- 3) недостаточная надежность организаций, которые будут работать в системе медицинского страхования, необходимость их лицензирования согласно четко установленным критериям;
- 4) отсутствие оптимальной системы ценообразования на медицинские услуги, контроля за стоимостью фармацевтических препаратов;
- 5) необходимость обеспечения контроля над использованием единых стандартов всеми медицинскими учреждениями, которые работают в системе медицинского страхования.

В перспективах введения обязательного медицинского страхования в Украине является обеспечение всем гражданам страны, независимо от их возраста, социального положения и уровня доходов, высококачественной и стабильной медицинской помощи, увеличение финансирования сферы здравоохранения, благоустройство медицинских учреждений и повышение заработной платы медицинских работников.

*Использованная литература*

1. Lampert H., Althammer J. Lehrbuch der Sozialpolitik. – Berlin, 2001. – S. 241.
2. Lampert H. Bossert A. Sozialstaat Deutschland. – München, 1992. – S. 74.
3. Swami. B The German Health Care System // Handbook of International Health Care Systems. – N.Y., 2002. – P. 335.
4. Gesundheitskosten in Deutschland / F. Drucker // Spiegel. – München, 2013. – S. 51.
5. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Під заг. ред. Ю.В. Вороненка, В.Ф. Москаленка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – С. 381–409.
6. Закон Украины "Об всеобщем обязательном государственном социальном страховании" от 25 декабря 2015 года N 922-VIII.

## АНАЛІЗ ДЕМОГРАФІЧНОЇ СИТУАЦІЇ В УКРАЇНІ

*Григорів М.М., Кожушко О.Ю.*

*Харківський національний медичний університет*

Демографічна ситуація – це прояв особливостей відтворення населення по основних його процесах в конкретному часі і місці (регіоні, країні), що має різнобічний вплив на життя та діяльність населення. У сучасній Україні демографічна ситуація відрізняється великою гостротою і напруженістю. Вона визначається структурою населення і характером його руху, типами, видами і режимом відтворення, кількістю шлюбів та розлучень, рівнем народжуваності і смертності. У основі цих процесів лежить соціально-економічне становище в країні.

Соціально-демографічна динаміка в Україні періоду її становлення формувалася спочатку в умовах глибокої економічної кризи, потім – дуже нетривалої посткризової стабілізації, що була перервана погіршенням економічної ситуації в країні під впливом фінансової світової кризи. В Україні протягом усього цього періоду зберігався досить високий ступінь соціально-економічної нерівності, включаючи гендерну, національну і територіальну. Економічна криза та політична нестабільність в Україні знайшла своє відображення на середній тривалості та якості життя населення, які зберігають тенденцію до зменшення і в наш час також.

Україна має свої особливості демографічного розвитку. Рівень смертності дуже високий і не знижується, а очікувана тривалість життя коротше, ніж у високорозвинених державах. Під час розробки прогнозу смертності населення України до 2025 року Інститутом економіки НАН України створено три можливі його сценарії, які умовно названі песимістичним, середнім і оптимістичним [1, с. 2]. Під час розробки стабілізаційного варіанта прогнозу було зроблено припущення, за яким в межах прогнозованого періоду часу будуть створені умови, що заважатимуть подальшому погіршенню стану здоров'я населення. З'являться передумови пониження захворюваності та інвалідності, підвищення тривалості життя, однак це не спричинить переходу від досить відсталої до більш модернізованої моделі здоров'я. Втілення в життя цього варіанта можливе при істотному підвищенні життєвого рівня в Україні, поліпшенні екологічної ситуації, перегляді ідеології української системи охорони здоров'я, що має стати рушійною силою для досягнення поставленої мети.

Основними причинами демографічних змін в нашій країні:

- зниження рівня народжуваності, який на сьогодні майже на 40 % нижчий від зареєстрованого на початку 90-х років;
- постійне підвищення показника смертності населення;
- втрата традицій багатодітності сімей серед населення;
- старіння нації: на сьогодні частка осіб похилого віку складає по Україні понад 30 %;
- депопуляція населення (див. пункти вище);
- нестійкість шлюбів та різке зменшення кількості вкладання нових шлюбів;
- дуже мала частка середнього класу населення та збільшення кількості українців, які надалі прямують до відмітки, за межею бідності.

Навіть якщо брати до уваги наявність декількох державних програм у галузі охорони здоров'я, кошти на їх виконання у державний бюджет на майбутні роки закладаються недостатньо. На сьогоднішній день рівень держвитрат на охорону здоров'я в Україні в розрахунку на душу населення в 9 разів менший за Середньоєвропейський показник, у 14 разів нижчий, ніж у ЄС, у 4–7 разів нижчий, ніж у країнах Центральної та Східної Європи, а враховуючи недоцільність використання розподілених на оздоровлення населення коштів, ситуація у цій сфері не поліпшується, а навпаки повільно котиться в прірву.

Вивчаючи вищезазначені показники за останні 10 років по Україні, можна зробити висновок, що однією з проблем соціально-економічного положення України є суттєве загострення демографічної ситуації. Підтвердженням цього факту є насамперед те, що протягом 2005–2014 рр. в умовах, коли на території України не було епідемій чи природних катаклізмів, чисельність населення нашої країни зменшилась на 3,9 млн. осіб [2]. Результатом скорочення чисельності населення стає деформація всіх основних демографічних показників: тривалості життя, шлюбності, розлучуваності, статеві-вікової структури населення, еміграції тощо в бік їх погіршення. Протягом 2005–2014 рр. чисельність наявного населення в Україні скоротилася більш ніж на 3,9 млн. осіб. Станом на 01.12.2014 р. кількість наявного населення становила 43 млн. осіб. Чисельність постійного населення скоротилася також на 3,9 млн осіб. Станом на 01.12.2014 р. вона нараховувала 42,8 млн. осіб. На початку нового століття інтенсивність природного зменшення чисельності стала потроху знижуватися, переважно за рахунок динаміки народжуваності. Загальні коефіцієнти (у розрахунку на 1000 осіб) смертності в 2005 р. становлять – 16,7 %, в 2014 р. – 14,6 %. Зменшення загальних коефіцієнтів (у розрахунку на 1000 осіб) смертності на 2,1%. Загальні коефіцієнти (у розрахунку на 1000 осіб) народжуваності в 2005 р. становлять – 9,1 %, в 2014 р. – 10,9 %. Збільшення загальних коефіцієнтів (у розрахунку на 1000 осіб) народжуваності на 1,8 %. Загальні коефіцієнти (у розрахунку на 1000 осіб) природного зменшення в 2005 р. становлять – 7,6 %, в 2014 р. – 3,7 %. Збільшення загальних коефіцієнтів (у розрахунку на 1000 осіб) природного зменшення на 3,9 %.

Деяке зниження показника смертності та підвищення показника народжуваності привело до певного збільшення коефіцієнта природного зменшення чисельності населення в Україні. Серед регіональних проблем необхідно відзначити особливо низьку народжуваність в Вінницькій, Чернігівській, Сумській, Полтавській, Черкаській областях України, а також деформовану у бік збільшення частки населення старшого віку і абсолютне переважання в цій структурі населення жіночої статі. В Україні жінок більше 55 % в загальній кількості населення. Цей дисбаланс у гендерному співвідношенні негативно впливає на демографічно відтворювальні процеси в населенні. Крім цього, слід зазначити, медицина повідомляє, що понад 20 % молодих жінок через хворобливий стан здоров'я не можуть народжувати дітей. За розрахунками спеціалістів, аби призвести чисельність населення України в більш-менш стабільний стан, треба кожній молодій жінці народити, як мінімум трьох дітей [3, с. 19–23].

Сучасна демографічна ситуація в країні характеризується так: збільшення смертності і відсутність природного приросту населення, зменшення кількості

новонароджених; скорочення тривалості життя; старіння населення, збільшення «навантаження» на працездатну його частину; погіршення здоров'я нації; інтенсифікація міграційних процесів, вплив яких на демографічні та соціально-економічні показники антагоністичний і нерідко має негативний характер [4, с. 165–171].

**Висновки.** Дослідження демографічного стану України доводить про високий рівень смертності та депопуляцію населення, що стає загрозою для перспектив розвитку нації надалі в цілому. Підтвердженням цього факту є визначення ООН першість України за рівнем смертності та останнє місце серед країн ЄС за індексом тривалості життя населення. Якщо в подальшому народжуваність не підвищиться, то кількість людей похилого віку набагато перевищить питому вагу працездатних у структурі населення країни, що в свою чергу призведе до замкнутого кола, з якого виходу держава може не знайти. Все це призведе надалі до зростання кількості бідного населення та зменшення споживчого попиту. Механічна рухливість та інтенсивний відтік осіб молодого віку у більш соціально-економічно розвинуті держави, зумовлюють деформацію вікової структури працездатних. Отже, питання покращення демографічної ситуації в країні та поліпшення умов життя населення є одними з найпріоритетніших завдань нашої держави на сьогодні.

*Використана література*

1. Урядовий кур'єр. – 2011. – № 18. – С. 2.
2. Офіційний сайт Державного комітету статистики України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://ukrstat.gov.ua>
3. Терещук В. Природний рух населення й депопуляція в Україні на тлі європейської демографічної ситуації [Текст] / В. Терещук // Україна: аспекти праці. – 2010. – № 4. – С. 19–23.
4. Польова Т. Аналіз демографічних змін та якості життя населення у сучасній Україні [Текст] / Т. Польова // Вісник Запорізького національного університету. – 2010. – № 2 (6). – С. 165–171.

## **ПРОБЛЕМА ФИНАНСИРОВАНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В УКРАИНЕ**

*Григорьев Н.Н., Коваленко С.А.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

Обязательное медицинское страхование – это государственная система социальной защиты интересов граждан в сфере здравоохранения [1, с. 15]. Система обязательного медицинского страхования действует в большинстве развитых стран мира. Введение обязательного медицинского страхования на Украине на сегодняшний день является актуальным вопросом Министерства здравоохранения Украины.

Основными принципами обязательного медицинского страхования являются: всеобщность; некоммерческий характер; обязательность уплаты страховых взносов в фонд обязательного медицинского страхования всеми юридическими лицами и работающими гражданами; обеспечение государством доступности медицинской помощи всем гражданам на определенном законодательном уровне; установка законодательством размера страховых платежей по

обязательному медицинскому страхованию; независимость уровня страхового обеспечения от объема индивидуальных взносов застрахованного [2, с. 2].

В Верховной Раде Украины был зарегистрирован проект закона 30.07.2015 № 2462а «Об общеобязательном социальном медицинском страховании». Данный закон до настоящего времени не вступил в силу из-за наличия множества проблем внедрения обязательного медицинского страхования.

Основной проблемой на сегодняшний день является финансирование системы здравоохранения. В странах с обязательным медицинским страхованием существуют три системы финансирования: государственная, социальная и смешанная [3, с. 22]. Государственная система финансирования предусматривает использование средств от налоговых поступлений в бюджет. Социальная система финансирования основана на целевых взносах предприятий, работников и на государственных субсидиях [4, с. 22].

Страны Европы с развитой системой страховой медицины тратят около 6–9 % валового внутреннего продукта ежегодно на охрану здоровья (за исключением Германии, где на здравоохранение расходуется около 11 % от валового внутреннего продукта), в то время как, в США с либеральной системой здравоохранения и с широким применением частной оплаты медицинских услуг затраты составляют около 14 % от валового внутреннего продукта при аналогичном качестве медицинских услуг [5, с. 1].

Размер средств на оплату расходов учреждений здравоохранения в Украине определяется Верховной Радой Украины и рассчитывается на основании следующих данных: количества лиц, которые были госпитализированы за прошедший календарный год и находились на стационарном лечении; количества лиц, которым оказывалась медицинская помощь по реабилитации; количества проведенных прививок; затрат на диагностические мероприятия и лекарственные средства [6, с. 28].

На сегодняшний день финансовые затраты обязательного медицинского страхования превышают возможности обеспечения системы здравоохранения необходимым количеством материальных средств. Исходя из вышесказанного, можно сделать вывод, что введение обязательного медицинского страхования, безусловно, является важным и необходимым этапом в развитии современной медицины, но только после решения ряда проблем, основной из которых является несовершенная система финансирования здравоохранения.

#### *Использованная литература*

1. Роик В.Д. Основы социального страхования / В.Д.Роик / – М.: Анкил. – 2005. – 456 с.
2. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://uchebnikionline.com/strahovoe-delo/strahuvannya\\_-\\_bazilevich\\_vd/obovyazkove\\_medichne\\_strahuvannya.htm](http://uchebnikionline.com/strahovoe-delo/strahuvannya_-_bazilevich_vd/obovyazkove_medichne_strahuvannya.htm)
3. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://med-insurance.com.ua/review/353>.
4. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://dspace.nbuiv.gov.ua/bitstream/handle/123456789/46480/05-Burlakova.pdf?sequence=1>
5. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://forinsurer.com/public/10/02/19/4041>.
6. Антипов В.И. Страхование в Украине. / В.И.Антипов / – К.: 2008 г. – 78 с.

## АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В УКРАИНЕ

*Григоров Н.Н., Наглая К.Н., Байрачный К.А.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

Медицинское страхование – это форма социальной защиты в сфере здравоохранения, которая отвечает за обеспечение медицинской помощи в случае потери здоровья по любой причине, в том числе в связи с болезнью и несчастным случаем.

С социально-экономической точки зрения медицинское страхование является одной из важнейших составляющих национальной системы здравоохранения. С помощью системы страховой медицины решаются многие вопросы гарантированности доступности медицинских услуг для широких слоев населения, привлечения дополнительных ресурсов в сферу здравоохранения.

Медицинское страхование можно разделить на две категории: обязательное и добровольное. Обязательная форма медицинского страхования регулируется и обеспечивается государственными структурами. Страховые платежи, которые платят физические и юридические лица, имеют форму налога. Государство координирует расходование средств и обеспечивает контроль за качеством медицинских услуг. Страховые платежи концентрируются в страховом фонде, которым руководит государство. Обязательное медицинское страхование охватывает почти все население и удовлетворяет основные первоочередные нужды, однако оно имеет определенные ограничения как в финансовом плане, так и в отношении предсказания различных рисков [1, с. 369].

Медицинская отрасль в Украине, к сожалению, развита на достаточно низком уровне, главной причиной тому – ограниченность средств бюджета страны направленных на финансирование данной отрасли. Действующая система медицинского обеспечения в Украине находится в глубоком финансовом кризисе, который характеризуется неравномерным распределением ресурсов в системе, низким уровнем развития оказания первичной медицинской помощи, низкой долей расходов на здравоохранение по отношению к ВВП [2].

Цель работы: определить проблемы с внедрением обязательного медицинского страхования в Украине, а также поиск оптимальной модели медицинского страхования, который можно применить в Украине.

Методы исследования: библиографический.

Результаты. На современном этапе проблемами внедрения медицинского страхования в Украине являются:

1) отсутствие законодательной базы, которая бы четко регулировала общеобязательное государственное социальное медицинское страхование и его функционирование с обязательным и добровольным медицинским страхованием, которое осуществляется коммерческими страховыми компаниями;

2) разное видение чиновниками, страховщиками и медиками модели, на основе которой будет действовать обязательное государственное медицинское страхование, путей финансирования и его сосуществования с обязательным и добровольным медицинским страхованием;

3) отсутствие системы подготовки специалистов;

4) низкий уровень заработной платы врачей;



5) недостаточная информированность населения о преимуществах и недостатках медицинского страхования.

Внедрение обязательного медицинского страхования будет способствовать увеличению финансовых поступлений в здравоохранение в рамках существующего законодательного поля, оптимизации их использования, обеспечение качественной медицинской помощи каждому гражданину, а также дальнейшему развитию добровольного медицинского страхования [3, с. 34].

Лучшим вариантом для нашего государства является создание трехуровневой модели страхования: 1-й уровень – солидарная система общеобязательного медицинского страхования, базирующаяся на принципах солидарности и субсидирования и осуществления страховых выплат за счет средств Фонда общеобязательного медицинского страхования; 2-й уровень – накопительная система общеобязательного медицинского страхования, базирующаяся на принципах накопления средств застрахованных лиц в Накопительном страховом фонде и финансирование расходов на оплату заключения договоров пожизненного медицинского страхования и страховых выплат лицу после достижения им пенсионного возраста; 3-й уровень – система негосударственного медицинского страхования, которая базируется на принципах добровольного участия граждан.

Выводы: таким образом, внедрение общеобязательного государственного медицинского социального страхования приведет к повышению социальных стандартов государства. На современном этапе развития системы здравоохранения Украины при внедрении страховой медицины необходимо исследовать тенденции развития других стран, мировой опыт в сфере социального обеспечения. Медицинское страхование должно быть поддержано нормативно-правовой базой; совершенствованием налоговой политики и государственного надзора; повышением финансовой надежности страховщиков, страховой культуры населения; подготовкой и переподготовкой кадров.

#### *Использованная литература*

1. Осадец С.С. Страхование: учебник / С.С. Осадец. – М.: Финансы, 2002. – 599 с.
2. Кондрат И. Ю. Проблемы внедрения и перспективы развития обязательного медицинского страхования в Украине / И.Ю. Кондрат // Научный вестник НЛТУ Украины. – 2009. – Вип. 19. – с. 3.
3. Щедрый П. Перспективы международной интеграции страхового рынка / П. Щедрый // Экономика Украины. – 2009. – № 5. – с. 34–47.

## **СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ**

*Григоров Н.Н., Семенюк М.А., Кислов А.В.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

Болезни органов пищеварения являются наиболее актуальной проблемой современной медицины, и обращают внимание на себя как практикующих врачей, так и людей, работающих в организации здравоохранения. Ежегодно увеличивается количество людей, страдающих заболеваниями желудочно-кишечного тракта [1, 2]. Согласно прогнозам ВОЗ, в XXI веке патология пи-

щеварительной системы в структуре общей заболеваемости населения будет занимать одно из ведущих мест. Сегодня в развитых странах отмечается мощный рост количества пациентов с болезнями органов пищеварения, которое приобретает значение социальной проблемы.

Социально-медицинское значение болезней органов пищеварения заключается в том, что они занимают третье место в структуре общей заболеваемости и по причинам госпитализации населения в стационарные учреждения, четвертое – среди причин смерти, шестое – в структуре первичного выхода на инвалидность и среди причин временной нетрудоспособности [3; 4].

По Украине в 2013 году показатель заболеваемости болезнями органов пищеварения составил 180,0 на 1000 человек. Удельный вес заболеваний системы пищеварения в структуре распространенности болезней среди всего населения высок и составляет 9,6 %.

Среди причин смерти болезни органов пищеварения занимают четвертое ранговое место в Украине (начиная с 2004 года, сменив болезни органов дыхания). В 2013 г. от болезней органов пищеварения в Украине умерло 27 953 человек, что составило 3,8% от общего числа умерших.

Важное третье место патология пищеварительной системы занимает и в структуре госпитализации населения. По данным официальной статистики в 2013 г. по поводу болезней органов пищеварения лечились стационарно 742 516 человек, или 9,1 % от общего количества госпитализированных.

Проведенный анализ показал, что в Украине болезни органов пищеварения имеют значительное распространение и устойчивую тенденцию к увеличению заболеваемости. Это позволяет отнести их к разряду социально значимых. Поэтому, на современном этапе развития и реформирования системы охраны здоровья необходимы разработка четких государственных программ социально-медицинских, эпидемиологических и лечебно-профилактических мероприятий, которые будут направлены на снижение заболеваемости данной патологией.

#### *Использованная литература*

1. Беляева Ю.Н. Некоторые эпидемиологические аспекты болезней органов пищеварения на региональном уровне / Ю.Н. Беляева // Материалы VII Международной (XVI Всероссийской) Пироговской научной медицинской конференции студентов и молодых учёных, 2012 г. – С. 36–39.

2. Жданова И.А. Распространенность болезней органов пищеварения и эффективность эрадикационной терапии при хеликобактерной инфекции у детей (на примере Краснодарского края) / И.А. Жданова // Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, 2006. – 24 с.

3. Денисова Т.П. Мониторинг распространенности заболеваний внутренних органов на примере патологии пищеварительной системы / Т.П. Денисова, В.А. Шульдяков, Л.А. Тюльтяева, Ю.В. Черненко, Л.Н. Алипова, Л.А. Саджая // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2011. – Том 7, № 4. – С. 772–776.

4. Лазебник Л.Б. Общество против изжоги / Л.Б. Лазебник, Д.С. Бордин, А.А. Машарова // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2007. – № 4. – С. 12.

# ВПЛИВ ЕКЗОГЕННИХ ФАКТОРІВ НА МЕНСТРУАЛЬНУ ФУНКЦІЮ У ЖІНОК РАНЬОГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ ТА ШЛЯХИ КОРЕКЦІЇ

Довбенко Н.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

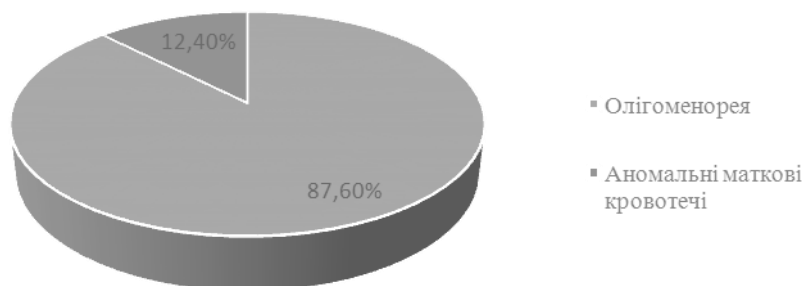
Лимар Л.Є.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України» ГОР ТОКПЦ «Мати і дитина»

Впродовж останніх десятиліть зросла кількість порушень менструальної функції (ПМФ) у молодих жінок, які часто призводять до порушення фізичної, розумової активності та втрати працездатності. Тому актуальним є пошук суттєвих причин цієї патології [1, 2, 6].

Метою наших досліджень було виявити вплив екзогенних факторів на менструальну функцію у жінок раннього репродуктивного віку та визначити особливості порушень менструальної функції.

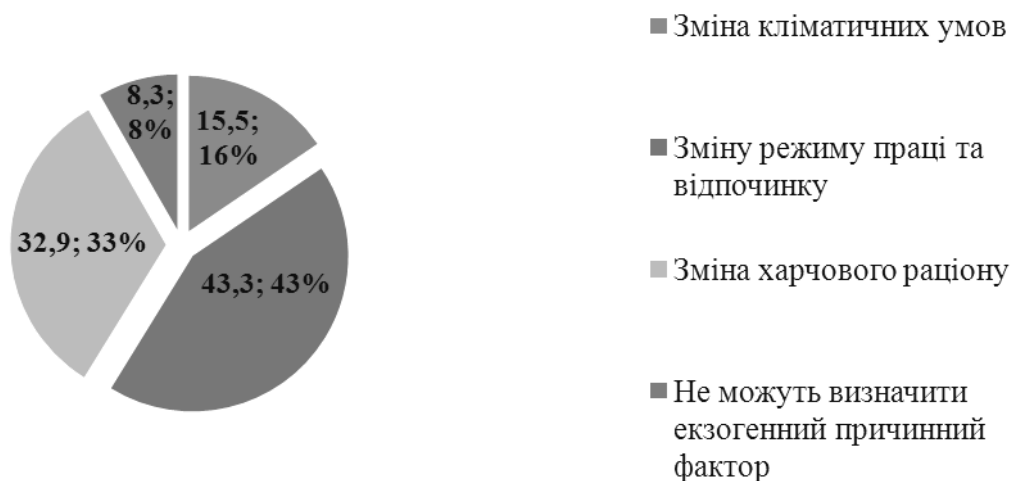
Шляхом анкетування нами обстежено 236 жінок раннього репродуктивного віку віком від 17 до 25 років. Середній вік склав 19,6 років. З них 97 осіб вказують на ПМФ, що складає 44,9 %. Причому, олігоменорея спостерігається у 85 жінок, що складає 87,6 %. Аномальні маткові кровотечі (АМК) відмічаються у 12 жінок, що становить 12,4 % (рис. 1).



**Рис. 1.** Результати анкетування 236 жінок раннього репродуктивного віку щодо оцінки своєї менструальної функції

Дисменорея спостерігається у 97 жінок з ПМФ, тобто, у 10,0 % випадків. При аналізі екзогенних факторів впливу виявлено наступне: на зміну кліматичних умов вказують 15 жінок, що становить 15,5%. 42 жінки вказують на зміну режиму праці і відпочинку, а саме: перевантаження організму, що становить 43,3 %. 32 жінки вважають причиною ПМФ зміну харчового раціону, що складає 32,9 % (рис. 2).

Слід зауважити, що ця категорія жінок має хронічні захворювання шлунково-кишкового тракту (гастрит, гастродуоденіт, коліт, дискінезія жовчовивідних шляхів). 8 обстежуваних жінок, що становить 8,2 %, не можуть визначити екзогенний причинний фактор виникнення ПМФ. Серед цієї категорії виявлено 52 дівчини з ПМФ, які палять, що складає 53,6 % від усієї кількості обстежуваних з ПМФ. З приводу розладів менструальної функції за медичною допомогою звертались 23 пацієнтки, що склало 23,7 %. З них з дисменореєю



**Рис. 2.** Аналіз екзогенних факторів впливу на менструальну функцію у жінок раннього репродуктивного віку

17 випадків, що склало 11,8 %, олігоменореєю 2 пацієнтки, що склало 2,1 %), АМК 4 пацієнтки, що склало 4,2 %. Особам з цією патологією проведено загальне клінічне обстеження, дослідження гормонального статусу, ультразвукове дослідження геніталій. Проведена корекція режиму праці та відпочинку, фізичного навантаження, харчового раціону, призначене лікування [3, 4, 5].

Таким чином, екзогенні фактори негативно впливають на менструальну функцію у молодих жінок, сприяючи виникненню дисменореї, олігоменореї, АМК. Своєчасне виявлення патології та її лікування забезпечить нормалізацію менструальної функції у жінок раннього репродуктивного віку.

#### *Використана література*

1. Гойда Н.Г. Довідник з питань репродуктивного здоров'я / Н.Г. Гойда. К.: Видавництво Раєвського, 2004. – 432 с.
2. Железов Д. М. Фізіологічні та патологічні маткові кровотечі / Д.М. Железов // Одеський медичний журнал: наук.-практ. журн. – 2009. – № 2. – С. 73–76.
3. Ночвіна О. А. Дисгормональні розлади у жінок раннього репродуктивного віку в поєднанні з дисбіозом та їх корекція: автореф. дис... канд. мед. наук: 14.01.01 / О.А. Ночвіна; Нац. мед. ун-т ім. О.О. Богомольця. – К., 2009. – 22 с.
4. Пубертатні маткові кровотечі (опис клінічного випадку) / Л. А. Чернушова, О. В. Козирь, К. О. Камардіна, Ю. М. Пшикун // Медицина третього тисячоліття: збірник тез міжвузівської конференції молодих вчених та студентів, Харків, 20 січня 2015 р. / Харківський національний медичний університет. – Харків, 2015. – С. 201–202.
5. Татарчук Т.Ф. Дисфункциональные маточные кровотечения: современные аспекты патогенеза, диагностики и терапии / Т. Ф. Татарчук, Т. В. Шевчук, Э. И. Ивасюк // Здоровье женщины. – 2009. – № 6. – С. 115–122.
6. Теория и практика эндокринной гинекологии /под ред. З. М. Дубоссарской. – Днепропетровск: Лира, 2010. – 460 с.

## **IMPEDIMENT FACTORS TO ADOPTION OF MEDICAL CARE IN UKRAINE**

*Zinchuk A.N., Fundovna O.V.*

*Kharkov National Medical University*

The most urgent problems for Ukraine remain adoption of compulsory medical insurance, improving the functioning of quite widespread voluntary medical insurance and ensuring their effective combination. Unfortunately, now development of a modern Ukrainian insurance market is not at a high level to fully satisfy neither the insurers themselves, nor the consumers of their services – the insured. Therefore, it is urgent to create a plan of adoption of medical insurance in Ukraine and to focus on problems, which may occur.

The aim of this paper is to determine the impediment factors to a realization of an adoption of compulsory medical insurance plan in Ukraine.

Factors, that should be paid attention to when inspecting the issue of Ukrainian medical insurance, include the following facts listed below.

At the moment, there is no sufficient legislative base concerning health insurance in Ukraine. Since 2011 there have been created some projects of a compulsory medical insurance law, but none of them has so far been adopted due to disagreements and presence of many inaccuracies [3].

Another problem of no small importance is a social problem.

Medical insurance does not find any support among both population and doctors, what leads to absence of a stable social base. According to a survey conducted in 2009, 72,6 % population of Ukraine receive treatment their own expense, 16,8 % go in for self-treatment and 4,7 % have an insurance policy [4]. Possibly such results are connected with the absence of the credibility to a potential compulsory health insurance, as well as to the entire insurance system in whole, and also with the fear of being cheated or not satisfied with received services. According to a survey conducted in 2015 not more than 10 % population of Ukraine use insurance policy.

Medical insurance should provide a high-quality medical care. It requires new, modern equipment for diagnosis and treatment. At this moment in the majority of hospitals this problem has not been solved.

Also it is necessary to have effective and relatively inexpensive medicines for quality health care. Unfortunately, today, there are some difficulties in the field of pharmacology connected with financing. Taking into account the devaluation of the hryvnia in 2016, the increase of medicine cost on pharmaceutical market reached 75–100 % [5].

We should also pay attention to the lack of qualified doctors. The health care system is in need of 50 % medics. 20 % of working experts are pensioners, another 20 % – people of preretirement age [7].

The next step that needs to be done for quality and successful adoption of medical insurance in Ukraine is considering an organizational issue. It is important to create a compulsory medical insurance structure. It requires developing and implementing common treatment standards and protocols, system of interaction of hospitals/clinics and insurance companies, common services cost prices calculation system. There is the prospect of creating a separate state fund, which also requires a certain system of standards and of course a lot of time [6].

In order to implement the introduction of compulsory health insurance plan, it is also necessary to have an information support, what in turn can strengthen a social support. At this moment, the media does not discuss specific points of question, and there are only superficial statements and judgments.

Another factor is the lack of comprehensive IT-infrastructure. It is known that in 2012 there was announced the establishment of a unified electronic health cards of Ukrainians, together with the health care reform. It should be noted that this issue is connected with ethical nuances regarding the preservation of medical confidentiality, which also require legislative regulation. The fact, that Ukraine does not have such big financial capabilities, is obvious, so we need a relatively inexpensive IT-infrastructure, which is easy to manage and adopt and excluding the human factor as much as possible. So far, unfortunately, nothing that would satisfy these criteria has been proposed.

Large price of private hospital services, with advanced technology and material resources [5]. In 2015 service prices in medical establishments rose to 25–50 %. These factors led to an increasing of the level of insurance payments and, consequently, rising of insurance services costs. The cost of insurance services, compared to last year, increased to 50–100 % [2].

Adoption of medical insurance in Ukraine requires financial support. Taking to account the latest news, namely reducing of the health care system budget to 2.5 billion hryvnias, or 5 %, we can come to conclusion that at this moment Ukrainian medicine lacks funding, which complicates its development [1].

Conclusions. Thus there are no objections concerning the necessity of urgent financial ensuring system reforming in Ukraine. The main element of financing is the medical insurance sector. The development of this segment requires solving compulsory health insurance issues, ensuring a balance between compulsory and voluntary health insurance, taking into account peculiarities of the financial and economic situation of the country and the world experience.

#### *References*

1. A new draft law on mandatory medical insurance [Electronic resource]. – Mode of access: <http://forum.spark-media.ru/index.php?/topic/288794>.
2. An overview of the health insurance market [Electronic resource]. – Mode of access: <http://www.banksession.ru/golds-322-1.html>.
3. MLA in Ukraine is over, not beginning [Electronic resource]. – Mode of access: <http://finzah.com.ua/100/news19241>.
4. Potential introduction of mandatory health insurance in Ukraine [Electronic resource]. – Mode of access: <http://www.the-medical-practice.com/news/news1326>.
5. Problems of medical insurance in Ukraine [Electronic resource]. – Mode of access: <http://te.zavantag.com/docs/479/index-39996.html>.
6. The health budget in 2016 will be reduced by 5% [Electronic resource]. – Mode of access: <https://www.rbc.ua/rus/news/byudzheth-zdravoohranenie-2016-sokratitsya-1450705419.html>.
7. Voluntary medical insurance of personnel of companies in 2015: details and rates [Electronic resource]. – Mode of access: [http://www.prostobiz.ua/finasy/strahovanie\\_biznesa/stati/dobrovolnoe\\_meditinskoe\\_strahovanie\\_personala\\_kompaniy\\_v\\_2015\\_godu\\_nyuansy\\_i\\_tarify](http://www.prostobiz.ua/finasy/strahovanie_biznesa/stati/dobrovolnoe_meditinskoe_strahovanie_personala_kompaniy_v_2015_godu_nyuansy_i_tarify).

# THE ROLE OF EVIDENCE-BASED MEDICINE IN PROVIDING THE QUALITY OF MEDICAL CARE SHOWN ON THE EXAMPLE OF THE DRUG SERVICE FUNCTIONING

*Zinchuk A.M., Tregub Y.*

*Kharkov National Medical University*

**Background.** Nowadays evidence is an absolutely essential criterion for the practical use of any knowledge while providing a medical practice. Any therapeutic intervention should not be only theoretically substantiated, but its effectiveness must be confirmed by large studies that comply the requirements of the evidence-based medicine.

**Objective.** To demonstrate the defects and problems arising from the neglect of the principles of evidence-based medicine by the example of narcological care services.

The term "evidence-based medicine" was introduced in the end of the twentieth century to denote the medical practice, based on data from methodologically correct, entirely scientific clinical studies. Evidence-based treatment standards have taken root in many fields of medicine. Meanwhile, in some fields this process significantly lags behind the general trends. In particular, in the countries of the former Soviet Union one of these sectors is a narcology.

Standards of medical care approved by the authorities of the state health service for the most part are based on advanced international developments, approved and recommended by WHO for implementation in clinical practice. This allows to maximize the effectiveness of therapeutic activity of a doctor.

A real crisis of evidence takes place in the field of narcological care of patients with opiate addiction in Russian Federation. To date, the standard therapeutic tactic of the treatment of patients suffering from the syndrome of opiate dependence in Russia is the use of opioid receptor antagonists (naloxone, naltrexone) in combination with neuroleptics, antidepressants and anticonvulsants. These psychotropic drugs in Russian official health care standards are defined as "the specific medications for suppression of craving to a drug". At the same time there is a huge evidence base of an inefficiency of this form of treatment. A meta-analysis of a group of randomized placebo-controlled trials of oral form of naltrexone (1158 subjects, class of evidence – I) published by Cochrane Collaboration did not show any advantages of this type of treatment both for management and prevention of relapse compared with placebo [6]. Neuroleptics are also not found to be effective for the direct treatment of the opiate dependence syndrome, and their use is justified only in case of psychiatric comorbidity in patients [4, 5], and in WHO documents and standards of addicted patients treatment in other countries these psychotropic drugs are assigned to a group of auxiliary medications. The world's advanced tactics of management and prevention of relapse of opiate dependence is the maintenance therapy with opioid agonists (methadone, buprenorphine). A great confirmation of this is the Cochrane Review with data based on 146 scientific studies involving 21,404 patients (class of evidence – I) proving the effectiveness of opioid receptor agonists for the treatment of opiate dependence.

So there is a paradox: the Russian law strictly prohibits the use of opioid agonists, which makes it impossible to perform inland trials of this method of treatment

as the scientific evidence requires. As a result, narcologists are not allowed to use the best treatment tactics, and patients are unable to get the entire amount of modern medical care available to patients in other countries and included in the international standards of treatment. Eventually, in view of these and some other disadvantages of the Drug Service standards arising from the neglect of the principles of evidence-based medicine, we can see the following statistics: effectiveness of the opiate addiction treatment demonstrated by the 1-year remission criterion is 9.2% in Russia, 30–35% in the world practice [1].

The situation in Ukraine is somewhat different. Ukrainian Ministry of Health aims to create normative acts on the basis of the latest WHO recommendations. Unfortunately, due to the lack of sufficiently large inland evidence-based researches, the vast majority of treatment protocols for patients with the dependence syndrome has a class of evidence IV – a consensus developed by a group of experts on a particular issue [2]. Regarding the program of substitutional treatment using opioid agonists, in Ukraine in 2013 its coverage was 7000 patients – 2.6 % of the estimated 280000 (380000) injecting drug users, that is caused by the lack of funding and other factors [3].

**Conclusions.** Ignoring the principles of evidence-based medicine at present significantly reduces the quality and efficiency of medical care provided to patients, which is well demonstrated on the example of the functioning of narcological care services in different countries.

### *References*

1. Менделеевич В.Д. Стандарты (модели протоколов) лечения наркотических больных в Российской Федерации с позиции доказательной медицины / «Психическое здоровье» – 2008. – № 11 // Available from: <http://ruspsy.net/phpBB3/viewtopic.php?f=277&t=1647>.

2. Наказ № 681 Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги зі спеціальності «наркологія» від 21.09.2009 // Міністерство охорони здоров'я України. – 2009.

3. Опиоидная терапия в Украине может потерять набранные темпы / Бюллетень Всемирной организации здравоохранения. – 2013. – № 2 // Available from: <http://www.who.int/>.

4. Maglione M, Maher AR, Hu J Off-Label Use of Atypical Antipsychotics: An Update. Comparative Effectiveness Review No. 43// Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. – 2011.

5. Maher AR, Theodore G. Summary of the comparative effectiveness review on off-label use of atypical antipsychotics. J Manag Care Pharm. 2012; 18 (5 Suppl B): S1 20.

6. Minozzi S, Amato L, Vecchi S Oral naltrexone maintenance treatment for opioid dependence//Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2011. – Art. No.: CD001333.



# АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ШКОЛЬНИКОВ Г. ХАРЬКОВА

*Зинчук А.Н., Бочарова М.Ю.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

**Актуальность темы.** В последние десятилетия наблюдается динамическое развитие науки техники. Все чаще люди, заботясь о комфортной жизни, забывают о своей биологической сущности. Удобства цивилизации, такие как, средства связи и автомобили, уменьшают до минимума каждодневную физическую активность людей. Они предпочитают ездить на работу на автомобиле или транспорте, чем ходить пешком. Кроме того, средства массовой информации и интернет с каждым годом отнимает у человека все больше свободного времени, что вынуждает вести сидячий образ жизни [1, с. 397].

Молодежь обычно приучается к здоровому образу жизни в семье и школе, поэтому чрезвычайно важно, чтобы в раннем возрасте эти привычки были надлежащим образом сформированы [3, с. 1642]. Тем более что возможности для физической активности с возрастом прогрессивно уменьшаются.

Известно, что движение является наиболее эффективным способом предотвращения большого количества заболеваний, особенно сердечно-сосудистой патологии и ожирения [2, с. 85]. Активные упражнения приводят к уменьшению признаков сердечной недостаточности, снижению уровня холестерина и артериального давления и улучшает кровообращение во внутренних органах. Кроме того, исследования показали, что снижение уровня физической активности является одной из основных причин ожирения [4, с. 305–306].

Цель исследования: изучение уровня физической активности подростков в школе и за ее пределами, а также определение особенностей проведения свободного времени в аспекте использования средств массовой информации и интернета.

**Материалы и методы.** Исследование проведено среди школьников Харьковской гимназии № 116. В опросе приняло участие 48 школьников 10–11 классов в возрасте 15–16 лет.

Анкета участника была поделена на блоки: характер питания, наличие вредных привычек (алкоголь, курение, наркотики), уровень физической активности в школе и за ее пределами, определение времени на просмотр телевизора (интернет, компьютер и т. д.) и отдых.

Каждому опрошенному проведены антропометрические исследования с определением роста, массы тела и вычислением индекса массы тела (ИМТ).

**Результаты исследования.** Установлено, что средний возраст опрошенных составил  $15,4 \pm 0,12$  лет, вес  $61,3 \pm 2,13$  кг, рост  $173,9 \pm 1,68$  см, ИМТ составил  $20,3 \pm 0,68$ . Большинство школьников ( $65 \pm 7,8\%$ ) считают, что ведут здоровый образ жизни и правильно питаются. Однако  $45 \pm 7,8\%$  подростков не знают, что здоровое питание предусматривает 5-ти кратный прием пищи через равные промежутки времени. Кроме того,  $25 \pm 6,3\%$  школьников завтракают не каждый день. Из причин дети указывают на отсутствие времени на завтрак или отсутствие чувства голода. Что касается кратности приема пищи, то  $40 \pm 7,1\%$  опрошенных детей все же питаются 4–5 раз в день,  $35 \pm 6,9\%$  – 3 раза в день и  $25 \pm 6,3\%$  – 2 раза в день. Больше половины школьников ( $55 \pm 7,2\%$ )

принимает пищу в определенное время. Время последнего приема пищи (ужина) приходится у  $45 \pm 7,8$  % детей на 19–20 часов,  $31 \pm 6,7$  % – после 20 часов и только  $24 \pm 6,2$  % на период 17–18 часов.

Что касается вредных привычек, обнаружены следующие особенности. Алкоголь употребляют  $60 \pm 7,1$  % опрошенных, однако  $84 \pm 5,3$  % пьют спиртные напитки крайне редко и только  $16 \pm 5,3$  % – несколько раз в месяц. Из спиртных напитков преимущественное большинство предпочитает слабоалкогольные напитки (пиво, вино, шампанское), но  $25 \pm 6,3$  % подростков употребляют и крепкие спиртные напитки (водка, коньяк, виски).  $25 \pm 6,3$  % опрошенных пробовали курить, из них  $40 \pm 7,1$  % в настоящее время курят с периодичностью несколько раз в месяц.

У опрошенных школьников данной возрастной группы занятия физической культурой в школе, согласно расписанию, проводятся 2 раза в неделю, все опрошенные дети посещают занятия 1–2 раза в неделю. Отсутствие на занятиях по физкультуре объясняют плохим самочувствием, болезнью или просто нежеланием. Однако помимо школы  $55 \pm 7,2$  % школьников посещают различные спортивные секции с периодичностью 2–3 раза в неделю. Из перечисленных секций наиболее популярны большой теннис, плавание и фитнес.

На прогулки  $60 \pm 7,1$  % опрошенных тратит всего 1–2 часа в сутки, причем  $5 \pm 3,1$  % детей практически не гуляют. Что касается просмотра телевизора, то  $55 \pm 7,2$  % подростков телевизор вообще не смотрят, а  $40 \pm 7,1$  % уделяют этому занятию 1–2 часа в день. Больше половины детей ( $55 \pm 7,2$  %) спит 6–7 часов в сутки, 8 и более часов спит только  $30 \pm 6,6$  % опрошенных, менее 6 часов –  $15 \pm 5,2$  % школьников.

Большинство детей ( $68 \pm 6,7$  %) пользуется компьютером 1–2 часа в сутки для подготовки школьных заданий,  $16 \pm 5,3$  % опрошенных проводит возле компьютера более 4 часов в сутки, общаясь в социальных сетях и используя компьютерные игры.  $35 \pm 6,9$  % школьников вообще не использует компьютер для игр.

**Выводы.** В ходе исследования установлено, что большое количество детей не имеют полного представления о правильном здоровом питании, а именно об обязательном пятикратном приеме пищи и обязательном завтраке. Основная масса детей не принимает пищу утром из-за нехватки времени или из-за отсутствия чувства голода, что может быть связано в первую очередь с небольшой продолжительностью сна. Следует также подчеркнуть, что четверть опрошенных подростков питается только 2 раза в сутки, что является недопустимым для развивающегося организма. Удручающим выглядит тот факт, что больше половины опрошенных школьников употребляют спиртные напитки. Недостаточная физическая нагрузка в школе, хотя в некоторой степени и компенсированная дополнительными занятиями вне школы, все же приводит к формированию у детей сидячего образа жизни. Кроме того, настораживает тот факт, что большое количество детей не отдыхает полноценно ни днем, ни ночью, а все больше времени проводит у экранов компьютера. Поэтому совокупность таких факторов, как неправильное питание, неправильный режим труда и отдыха, могут иметь значительные нежелательные последствия для развивающегося молодого организма и способствовать формированию различной патологии, в первую очередь ожирения, сахарного диабета и сердечно-сосудистых заболеваний.

### *Использованная литература*

1. Бахтин Ю.К. Факторы формирования здоровья человека и их значение // Молодой ученый. – 2012. – №5. – с. 397–400.
2. Боровик Т.Э., Семенова Н.Н., Степанова Т.Н. Сбалансированное питание детей – основа здорового образа жизни // Педиатрическая фармакология. – 2010. – Т. 7, № 3. – С. 82–87.
3. Порецкова Г.Ю., Печуров Д.В., Пахомова И.А. Влияние экологии семьи на состояние здоровья детей школьного возраста // Известия Самарского научного центра РАН. – 2011. – Т. 13, № 1 (7). – С. 1639–1643.
4. Weichselbaum E, Buttriss J. Nutrition, health and schoolchildren // Nutrition Bulletin. – 2011. – V. 36, № 3. – P. 295–355.

## **ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ – ПУТЬ К ДЕМОГРАФИЧЕСКОМУ КРИЗИСУ**

*Зинчук А.Н., Давидыч А.М.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

На качество жизни человека влияет множество факторов: здоровье, питание, жилищно-бытовые условия, загрязнение окружающей среды, воздействие физических, химических, биологических, психических факторов. Таким образом, при снижении качества жизни увеличивается риск развития различных заболеваний, что является важной причиной снижения количества трудоспособного населения, а при злокачественном влиянии этих факторов – увеличения смертности в государстве [1, С. 44–45].

В наше время увеличилось влияние канцерогенных факторов: чрезмерное излучение от приборов, употребления пищи, содержащей ГМО, легкодоступные лекарственные средства, немалый отпечаток оставила авария на ЧАЭС. За счет этого возросли онкологические заболевания среди населения [3, С. 136].

На конец 2015 года население Украины составляло 42545059 человек.

Ежегодно в Украине рак выявляется у 150 тысяч человек (3,5 % населения). Смертность от злокачественных форм данного заболевания составляет 90 тыс. пациентов в год. К сожалению, среди больных есть и дети. Каждый год у 1 000 украинских детей выявляется рак. По данному показателю Украина занимает 5 место среди других европейских стран. В Украине у детей чаще диагностируют рак крови и мозга. В детской онкологии эти два вида рака составляют 43 % у девочек и 49 % у мальчиков. К сожалению, представители медицинской службы Украины не всегда имеют возможность вылечить злокачественные опухоли у детского населения. Всего около 47% пациентов выживают, тогда, как многие специалисты более развитых стран могли бы спасти практически 70 % детей.

Несмотря на то, что за последнее время появились новые методы лечения рака, статистика смертности от злокачественных форм рака в Украине продолжает расти. 350 человек на каждые 100 тысяч жителей умирают от этого безжалостного недуга, т.е. каждый 3 человек из 1000.

Основные виды злокачественных форм рака, которые являются причиной смерти украинцев:

– женщины в 59 % случаев умирают от рака груди, прямой и толстой кишки, а также желудка и опухолей репродуктивных органов;

– в то время как 58 % мужчин умирают от рака легких, простаты, желудка, прямой и ободочной кишки.

Чаще всего погибают люди с раком легких (63 %) и груди (21 %).

Излечимость онкологических заболеваний в Украине составляет только лишь 42 %. Эти цифры прекрасно отражают недостаточную осведомленность украинцев в проблеме онкологической патологии, так как полностью излечить рак, можно лишь при выявлении его на ранних стадиях (I и II стадии) [2].

При анализе динамики поражения онкологическими новообразованиями населения Украины на основе базы данных Национального канцер-реестра, были сделаны выводы, что за последние 5 лет уровень заболеваемости раком в стране увеличился на 2,4 % (ежегодный прирост уровня заболеваемости составлял 0,6 %). Если за 2011 год смертность от злокачественных форм онкологических заболеваний составляла 184 человека на 100 тыс. населения, то сейчас это значение выросло до 350 на 100 000 населения. Следовательно, за последние 5 лет смертность от рака возросла на 52 %. А это означает, что если ситуация будет ухудшаться все дальше, то смертность от онкологии и других заболеваний приведут к демографическому кризису [4].

Таким образом, оценив ситуацию онкологической заболеваемости в Украине, можно сделать вывод, что распространенность заболевания увеличивается с каждым годом, а с ней и смертность. Только за последние пять лет смертность возросла на 52 %. Поэтому необходимо проводить реформы в Украине по улучшению качества жизни населения, проводить профилактические и просветительские работы, пропагандировать здоровый образ жизни и уменьшить использование электрооборудования, чтобы снизить скорость распространения онкологических заболеваний и уменьшить смертность населения.

#### *Использованная литература*

1. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2011–2013 роки. Київ. – 2014. – 306 с.

2. Статистика рака в Украине [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.cancertreatments.ru>.

3. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Під заг. ред. Ю.В. Вороненка, В.Ф. Москаленка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 680 с.

4. Демографическая карта рака в Украине [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.mif-ua.com/archive/article/14822>.

## **АКТУАЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В УКРАИНЕ И ГОТОВНОСТЬ К НЕЙ НАСЕЛЕНИЯ**

*Зинчук А.Н., Курявая А.О.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

В Украине уже много лет говорят о необходимости перехода на страховую медицину. Минздрав готовится к преобразованиям в системе здравоохранения с целью внедрения страховой медицины. Актуальность медицинского страхования как дополнительного источника финансирования медицинских учреждений в Украине несомненна. Необходимость его внедрения активно подчеркивалась в многочисленных нормативно-правовых документах.

Однако окончательно вопрос внедрения медицинского страхования, по крайней мере работающего населения, нельзя считать решенным. Опросы жителей малых городов юга Украины в рамках украинского-норвежского проекта «Местное самоуправление в Украине: повышение квалификации и прикладные исследования» имело целью выявления основных проблем по предоставлению медицинских услуг в малых городах Украины. Так, во всех городах, где проводилось исследование, заработная плата с начислениями занимает более 74 % общего объема средств, направленных на охрану здоровья, а расходы на медикаменты – 1,4–18,2 % [6, с. 45].

Низкий уровень финансирования сферы здравоохранения сочетается с ее неэффективностью. Причиной этого является ряд факторов, среди которых:

- несовершенство механизмов сбора, распределения ресурсов и оплаты поставщиков услуг;
- значительная децентрализация и фрагментация финансовых потоков;
- использование ресурсных показателей при распределении финансов;
- планирование по текущим расходам, административными потребностями с использованием норм и нормативов;
- сметное финансирование отрасли;
- ограничение гибкости в использовании финансовых средств;
- планирование по текущим расходам, административными потребностями с использованием норм и нормативов;
- низкий уровень оплаты труда медицинских работников;
- отсутствие стимулов к повышению качества и эффективности услуг.

Реально оценивая ситуацию, отметим, что введение страховой медицины может постигнуть много препятствий, а именно:

- отсутствие экономического обоснования наполнения пакета обязательных медицинских услуг;
- значительную финансовую нагрузку на фактических плательщиков страховых взносов (даже при условии, если часть страхователей – государственные структуры);
- увеличение коррупции в результате непрозрачных схем взаимодействия между субъектами системы;
- увеличение расходов на содержание административного аппарата за счет создания новых административных структур в медицинской отрасли;
- фактическое создание еще одного государственного целевого фонда для финансирования медицины вместо эффективного менеджмента медицинской отрасли с целью оптимизации расходов;
- отсутствие института ответственности участников процесса здравоохранения и медицинского страхования [3, с. 98].

Исходя из вышеизложенного, эффективное функционирование страховой медицины в Украине невозможно без решения следующих задач:

1. Создание условий для максимально возможного саморегулирования медицинской отрасли; обеспечение конкурентной среды на рынке медицинских услуг в случае принятия законодательных актов по вопросам обязательного социального медицинского страхования [4, с. 38; 5, с. 67].

2. Четкое определение уровней медицинской помощи; структурирование населения на группы, лечение которых будет финансироваться из разных источников создания фондов медицинского страхования [1, с. 77].

3. Усиление заинтересованности работодателей к сохранению здоровья своих работников путем установления экономических стимулов для средств, которые будут направляться предприятиями на медицинское страхование

4. Повышение надежности страховых организаций, работающих в системе медицинского страхования, путем установления требований к их лицензированию в соответствии с четко определенными критериями [2, с. 64].

5. Обеспечение государственного контроля за использованием единых стандартов всеми медицинскими учреждениями, работающими в системе медицинского страхования; создание унифицированной оптимальной системы классификации и ценообразования на медицинские услуги.

Предложенная система мер, направленных на внедрение и развитие страховой медицины в Украине, позволит создать условия для наиболее полного удовлетворения потребностей населения в получении доступной и качественной медицинской помощи; существенно уменьшить нагрузку на государственный и местные бюджеты; уменьшить долю теневой медицины в системе медицинского обеспечения; избежать необоснованных затрат, вызванных предоставлением лишних медицинских услуг с целью получения дополнительной прибыли; улучшить материальную мотивацию работников медицинских учреждений.

#### *Использованная литература*

1. Говорушко Т.А. Страховые услуги. – К: Центр учебной литературы. – 2005. – 400 с.

2. Головки М. Каким должно быть медицинское страхование? Пилипцевич Н.Н., Павлович Т.П. Медицинское страхование. – Минск: «Минский государственный медицинский институт», 1998. – 122 с.

3. Говорушко Т.А. Страховые услуги. – К: Центр учебной литературы, 2005. – 400 с.

4. Дегтярев Г.П. Страхование в переходный период: основные принципы, Общество и экономика. – 1992 г. – № 2. – 83 с.

5. Федорова Т.А. Основы страховой деятельности. – Спб.: Питер, 2001. – 280 с.

6. Шахова В.В., Ахвледиани Ю.Т. Страхование. – М.: Юнити-Дана, 2005. – 511 с.

## **INCREASE THE LEVEL OF SECURITY OF THE PRINTING PRODUCTS**

*Kalinenko O.S.*

*Kharkov national medical university*

The printing products are a significant part in the life of modern person. Salts of lead and other heavy metals have not been used as the base material to manufacture the printing inks more than 30 years. At the same time, the black printing inks for newspapers are made of soot and printing varnish. Moreover, soot is obtained by burning the petroleum products. They contain the impurities of lead, cadmium and other heavy metals. A mixture of hemp and flax oils, resin oil, resin soap, resins and

terpenes is used to obtain the printing varnish. This mixture has the impurities of the heavy metal too.

The content of lead impurities can be from 10 to 50 mg/kg, cadmium impurities – 0,5–4,0 mg/kg in the printing ink [1, P.10–15; 2, P. 5–15]. The content of lead has not to exceed 29 mg/kg and cadmium one – 3,0 mg/kg according to the methodical instructions for sanitary assessment of the printing inks. The requirements MU №1838–86 and SanPiN 41–123–4240–06 are intended to manufacture the printing inks. The lead and cadmium can get to human body after reading newspapers if a person does not wash his hands before eating. There is also information about getting salts of lead into the human body through the skin pores [3, P. 210–242; 4, P. 57–69; 5, P. 78–85; 6, P.123–131, 7; P.147–167].

Standard procedure for determination of lead and cadmium in printing products consists of many steps. At first, a newspaper should be dried, grinded to the pulverized state. Then, the printing ink is extracted by ethanol or 0,2 % solution of potassium hydroxide. The sample is dried for 1 hour at 400 °C, ash is dissolved by hydrochloric acid and determine the elements by spectrophotometric analysis for 1,5 hours [8, P. 489–493]. Analysis of the printing inks for determine the impurities of lead and cadmium contains dry ashing for 1 hour at 400 °C, the dissolution of the ash in hydrochloric acid and determination the elements by spectrophotometric analysis for 1,2 hours. The relative standard deviation of the results of the analysis is  $S > 0,11$ . The existing methods of the analysis of the printing inks and printing products for heavy metals do not correspond to the modern safety requirements of quality control in terms of rapidity and reliability.

We propose the several ways to intensify of sample preparation for the determination of lead and cadmium in printing inks and products. It is necessary to use the ultrasound, carry out the incomplete mineralization the inks – carbonization. The obtained carbonizate likes a suspension is entered into electrothermal atomiser of atomic absorption spectrometer. The chemical modifier (ChM) are used to improve the metrological characteristics of electrothermal atomic absorption determination of lead and cadmium in printing inks and products. ChM permit to stabilize sample, to remove interfering organic and inorganic matrix components, to lower a limit of detection and improve the reproducibility of the results. So we investigated the performance of the most common chemical modifiers – the salts of Pd (II). They can prove their effectiveness in atomic absorption analysis [9, P. 706–710; 10, P. 201–224; 11, P. 1254–1279].

A sorption of the ChM with lead (II) and cadmium (II) on a sorbent-concentrate is the best way to use the ChM. It was established that the degree of sorption of palladium (II) in static conditions at pH = 8,10 is 99,9%. It was established that the degree of sorption of palladium (II) in static conditions at pH = 8.10 is 99,9 %. It allows to use the common sorption of ChM with determined elements on the sorbent for further investigation of the effect of the ChM on a pyrolysis temperature and sensitivity of the determination (*table 1*).

The papers and inks are obtained from local printing house in Artemivsk, Donetsk region (2014).

Table 1

**The results of the determination of lead (II)  
and cadmium in printing inks and papers (n = 6; P = 0,95)**

Element	Introduced, mg/kg	Proposed technique		Standart technique	
		X, mg/kg	S <sub>r</sub>	X, mg/kg	S <sub>r</sub>
The paper «Sobitiy»					
Pb	0	43,2±1,8	0,084	41,5±1,6	0,113
	10,0	52,1±2,1	0,082	49,0±2,0	0,114
Cd	0	0,54±0,05	0,072	0,49±0,04	0,109
	0,50	0,97±0,08	0,083	0,84±0,07	0,101
The paper «Vpered»					
Pb	0	10,5±0,8	0,082	11,0±0,9	0,114
	10,0	19,7±1,2	0,083	18,4±1,3	0,111
Cd	0	0,10±0,01	0,079	0,17±0,01	0,108
	0,20	0,28±0,02	0,085	0,23±0,02	0,105
The ink of type «Diva» by production France					
Pb	0	10,5±0,7	0,084	9,8±0,6	0,110
	10,0	19,3±1,2	0,082	18,2±1,2	0,111
Cd	0	0,54±0,04	0,077	0,43±0,04	0,101
	0,20	0,60±0,05	0,080	0,49±0,05	0,104
The ink of type «Lotus» by production France					
Pb	0	14,7±1,1	0,083	13,8±1,2	0,111
	10,0	23,4±1,9	0,080	21,3±2,0	0,112
Cd	0	0,67±0,05	0,078	0,61±0,05	0,101
	0,20	0,84±0,07	0,081	0,76±0,06	0,100
The ink of type «Manum» by production France					
Pb	0	12,5±1,0	0,084	11,8±1,1	0,110
	10,0	21,8±1,8	0,082	19,8±1,9	0,110
Cd	0	0,73±0,06	0,079	0,70±0,07	0,101
	0,20	0,90±0,08	0,083	0,85±0,08	0,102
The ink of type «Optima» by production France					
Pb	0	11,6±0,9	0,080	11,2±1,0	0,110
	10,0	20,9±1,8	0,081	18,3±1,8	0,111
Cd	0	0,84±0,07	0,079	0,80±0,08	0,100
	0,20	1,02±0,08	0,081	0,91±0,09	0,102
The ink of type «NT» by production France					
Pb	0	22,5±2,0	0,084	21,2±2,2	0,1120
	10,0	31,6±2,8	0,082	30,3±3,0	0,111
Cd	0	2,64±0,22	0,082	2,43±0,02	0,100
	1,00	3,53±0,04	0,083	3,19±0,03	0,102

Conclusions. We have developed the methods for determination of lead and cadmium in the printing inks and products. Correctness of the methods is checked by the comparison of the obtained results with standard techniques results (atomic absorption spectrometry after dry mineralization). The rapidity of proposed methods of analysis is more in 5–20 times than rapidity of standard techniques. In this case the metrological characteristics of the obtained results are improved.



## References

1. Методичні вказівки до токсикологічної оцінки друкарських СанПін 1838–2006 / Під ред. Петренко В. А. – К.: вид-во Медліт, 2006. – 34 с.
2. Санитарно-гигиенические правила и нормы. СанПин 41–123–4240–86. – М.: изд-во стандартов, 1986. – 75 с.
3. Коломнин П. Н. Краткие сведения по типографскому делу / П. Н. Коломнин. – Издательство: Студия Артемия Лебедева, 2008. – 712 с.
4. Елдред Н. Р. Типографские краски / Н. Р. Елдред. – Издательство: ПРИНТ-МЕДИА центр. – 2009. – 432 с.
5. Наумов В. А. Начала полиграфического материаловедения / В. А. Наумов– М.: Печатник, 2002. – 121 с.
6. Наумов В. А. Полиграфическое материаловедение / В. А. Наумов. – М.: Печатник, 2011. – 320 с.
7. Березин Б. И. Материаловедение полиграфического производства / Б. И. Березин. – М.: изд-во «Книга», 2009. – 259 с.
8. Бакланов А. Н. Анализ пищевых продуктов с применением техники карбонизации и ультразвука / А. Н. Бакланов, Ю. В. Бохан, Ф. А. Чмиленко // Журн. аналит. химии. – 2003. – Т. 58, № 5. – С. 489–493.
9. Dragan Milenkovic. Analysis of Regression Models of Maximal Absorption on High-Porosity Absorbents without Ultrasound Application. / Dragan Milenkovic, Predrag Dasic, Valentin Nedeff, Emilian Mosnegutu. // Revista de chimie (Bucuresti). – 2009. – Vol. 60, № 7. – P. 706–710.
10. Алемасова А.С. Высокотемпературные процессы превращения комплексообразователей и комплексов металлов в атомно-абсорбционном анализе / А.С. Алемасова. – Донецк: Изд-во ДонГУ. – 1997. – 297 с.
11. Применение модификаторов матрицы в сложных объектах методом электротермической атомно–абсорбционной спектрометрии / Н. Ф. Бейзель, Ф. И. Дааман, Г.Р. Фукс–Поль, И.Г. Юделевич // Журн. аналит. химии. – 1993. – Т. 48, № 8. – С. 1254–1279.

## **ПРАВА И ОБЯЗАННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ – ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ**

*Калиновская О.И., Дрокин А.В.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

Одной из важнейших задач, как государства, так и ее граждан – открытый диалог с населением о здоровом образе жизни [1, с. 3]. Общество должно осознать, что права пациента и медицинского работника – не полярные, а взаимосвязанные вещи. Без соблюдения прав медиков невозможно соблюдение прав пациентов, и наоборот. Врачи чрезвычайно заинтересованы в том, чтобы пациенты были как можно более осведомлены о своих правах. Однако сегодняшнюю ситуацию можно охарактеризовать как правовой нигилизм со стороны пациентов, в то время как средства массовой информации часто представляют эту ситуацию в свете, негативном для врачей [4, с. 88].

Сегодня пациент готов говорить о своих правах, не имея при этом ни малейшего представления о том, что ему следует брать на себя и определенные обязанности. На этом следует остановиться особо: мы привыкли говорить о правах пациентов, но редко вспоминаем об их обязанностях, с которыми непосредственно связаны и права.

Здоровье – очень дорогая вещь, и каждый человек обязан беречь его и заботиться о нем. В последние годы, когда практически разрушилась советская система дешевой, но гарантированной медицинской помощи, понимание этой простой истины постепенно приходит к нашим гражданам, но этого явно недостаточно для активного сознательного отношения к своему здоровью. Кроме того, как врач обязуется предоставлять пациенту полную и адекватную информацию о его здоровье, так и пациент должен следовать этому же правилу и четко информировать врача обо всех нюансах своего состояния и соблюдения рекомендаций [3, с. 39–40]. С другой стороны, очень важно с детства прививать ответственное отношение к своему здоровью, вырабатывать и поддерживать привычку к здоровому образу жизни. Чтобы обеспечить максимальное доверие пациента к врачу и службе здравоохранения в целом, а значит, сделать вопрос обязанностей пациента очевидным и прозрачным, очень важно наладить работу, подобную той, которую в советские времена выполнял санпросвет. Это не требует дорогостоящих мероприятий и вместе с тем отличается высокой эффективностью.

Однако, врач, в распоряжении которого находится в среднем 10–12 мин на поликлинический прием одного пациента (включая диагностику заболевания, назначение лечения и оформление документации), просто не в состоянии заниматься еще и санитарно-просветительской работой [2, с. 21].

В настоящее время практически ни одна программа по профилактике и лечению тех или иных заболеваний не включает конкретных и систематических мероприятий по пропаганде здорового образа жизни в контексте первичной профилактики этих заболеваний, несмотря на повсеместную декларацию ее чрезвычайной важности

Очень важно, чтобы каждый человек осознал, насколько велика его личная роль в том, чтобы система здравоохранения заработала в полную силу, включая не только лечение, но и профилактику заболеваний.

СМИ должны стать важным источником грамотной информации о здоровом образе жизни для самых широких кругов населения, справедливо освещать права и обязанности всех участников системы здравоохранения. То же самое касается вопросов правового образования и просвещения – они так же нуждаются в популяризации знаний, как и здоровый образ жизни.

#### *Использованная литература*

1. Державна програма розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2011 року, затверджена Законом України від 22 січня 2010 р. №1841 – VI [Електронний ресурс] / Верховна Рада України. – Режим доступу: <http://rada.gov.ua>.

2. Здоровье 21 – здоровье для всех в 21-м столетии. – Копенгаген: Евробюро ВОЗ, 1999. – 309 с.

3. Кизим Н.А., Доровской А.В. Анализ и прогнозирование тенденций заболеваемости населения Украины и Харьковской области// Проблемы економіки №3. – 2010. – с. 39–44.

4. Україна. Національний звіт з людського розвитку. Сила суспільної взаємодії. – К.: ПРООН, 2001. – 113 с.

## ХАРЬКОВСКОМУ МЕДИЦИНСКОМУ ОБЩЕСТВУ К 155-ЛЕТИЮ

*Ковальцова М.В., Маренич Н.И.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

Харьковское медицинское общество (ХМО) было создано прогрессивной медицинской интеллигенцией города в 1861 года. Впоследствии ХМО вело активную просветительную, благотворительную работу, способствовало образованию и повышению квалификации своих членов, осуществляло их этическую и правовую защиту.

Возникновению и развитию общественно полезной деятельности медицинского общества способствовало то, что во главе его состояли прогрессивные ученые университета и общественные деятели. Инициатива создания ХМО принадлежала профессору Вильгельму Федоровичу Грубе, он был автором первого устава общества. Первым председателем ХМО был избран профессор Душан Федорович Лямбль, заведующий кафедрой нормальной, а затем патологической анатомии Харьковского университета.

По инициативе и настоянию общества, а большей частью и за его средства, в Харькове начинают образовываться учреждения для лечебной помощи населения ведутся работы по оздоровлению города и края. Первым таким учреждением явилось бесплатная лечебница для проходящих больных. Следующим высоко полезным начинанием общества явилось создание Пастеровского института с бактериологической станцией. В 1888 г. было создано еще одно учреждение медицинского общества – кабинет химической и микроскопической диагностики, прообраз современных диагностических лабораторных комплексов, неотъемлемой части любого медицинского учреждения [1, с. 6–8]. С 1886 г. стали выходить «Труды Харьковского медицинского общества». В 1906 г. были созданы секция биологии и микробиологии, в 1907 г. – секция общественной медицины, гигиены и демографии. В 1910 г. создается терапевтическая секция для «обслуживания специальных тем и вопросов, важных для терапевтов». Одновременно в Харькове в составе ХМО открыто отделение Всероссийской лиги борьбы с туберкулезом, открывается секция акушерства и гинекологии. В 1913 г. была организована секция детских врачей, а в 1914 – офтальмологическая секция. В 1910 г. к числу созданных обществом учреждений было добавлено еще одно, составляющее предмет особой гордости ХМО, – Женский медицинский институт. Медицинское общество в первый же год существования института строит большой анатомический театр, ставит на должную высоту лабораторию, привлекает научные силы к преподаванию [2, с. 12–18]. Ученые терапевты секции ХМО в 30-е – 40-е гг. XX ст. организовали и провели I (1926) и V (1941) Съезды терапевтов, ряд Всесоюзных и республиканских научно-практических конференций. В это время большой вклад в развитие харьковской терапевтической школы внесли доцент М.Я. Кальф-Калиф, профессора М.П. Козловская, А.П. Корхов, П.Ф. Фраков [3, с. 221].

В рамках работы «Школы академика Л.Т. Малой» в 2004–2010 годах членами общества осуществлено 19 межрегиональных научно-практических конференций о многих областях Украины. На базе Института во время проведения «Дней терапевта» совместных заседаний научных обществ ХМО и научно-практических конференций повышают квалификацию около 2,5 тыс.

врачей в год. Члены общества читают лекции врачам практического здравоохранения и населению по актуальным вопросам терапии, освещают их в выступлениях по радио, по телевидению, в периодической печати. Сегодня, выполняя задачи взаимодействия между медицинской наукой и практикой, флагман Областного общества терапевтов ХМО – ГУ «Институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины», Кафедра внутренней медицины № 1 и клинической фармакологии ХНМУ направляют свою деятельность на решение актуальных проблем основной медицинской дисциплины – терапии, придерживаясь курса сочетаний фундаментальности и глубины исследований с возможностью их широкого практического применения для укрепления здоровья человека [4, с. 180].

В 70-е и особенно в 80-е годы правление ХМО стало разрабатывать крупные научные программы союзного и республиканского уровня, занималось модернизацией материально-технической базы научных и лечебно-профилактических учреждений, подготовкой кадров высокого класса. Среди членов ХМО 102 человека, награждены орденами и медалями.

В сложившихся новых условиях общественной и государственной жизни ХМО считает одно из наиболее важных своих задач вносить организующее начало в довольно хаотическое развитие частой и внебюджетной медицины, формируя мнение медицинских работников, а также мнение широких кругов населения о реалиях и достоверности всех новшеств и рекламы, активно выступая за здоровый образ жизни и научно обоснованную медицину – против знахарства, целительства, аферизма на ниве здравоохранения

#### *Использованная литература*

1. Корж А.А. Харьков как центр медицинской науки / А.А. Корж // Международный медицинский журнал. – 2004. – № 3. – С. 6–8.
2. Малая Л.Т. Достижения и перспективы развития терапии в канун XXI века (к 140-летию Харьковского медицинского общества) / Л.Т. Малая // Международный медицинский журнал. – 2001. – № 1. – С. 12–18.
3. Харьковское медицинское общество 1861–1911. Очерки его 50-летней деятельности. – Харьков, 1913. – 539 с.
4. 140-летие Харьковского медицинского общества 1861–2001: сб. очерков и статей по истории деятельности. – Х.: РЦНИТ, 2002. – 180 с.

## **ИВАН НИКОЛАЕВИЧ ОБОЛЕНСКИЙ – ВЫДАЮЩИЙСЯ ПАТОЛОГ**

(к 175-летию со дня рождения)

*Ковальцова М.В., Николаева О.В., Шапка А.И.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

В 2016 году исполнилось 175 лет со дня рождения И.Н. Оболенского (1841–1920), одного из основателей харьковской научной школы патологов и клиницистов. Свой научный путь Иван Николаевич Оболенский начал в 1862 г. как воспитанник Санкт-Петербургской медико-хирургической академии, в которой он активно посещал лабораторию М.М. Руднева, клинику С.П. Боткина. Окончив в 1867 г. академию с отличием, он продолжал научные исследования под руководством М.М. Руднева и в 1868 году защитил диссертацию «О гнойных формах воспаления мягкой мозговой оболочки у человека

и животных» [1, с. 1890–1907]. В 1869 году удостоился звания приват-доцента и прозектора на кафедре патологической анатомии. С 1870 по 1871 года Иван Николаевич пребывал в научной командировке в Германии, где совершенствовал знания по общей патологии и клинической медицине. (В 1863 г. Университетским уставом была учреждена новая кафедра – общей патологии). По возвращению, в мае 1871 года советом Харьковского университета Оболенский И.Н. был избран экстраординарным профессором по кафедре общей патологии (с 1874 года – патологической физиологии), которой руководил 14 лет [2, с.76–82]. С 1872 года он являлся секретарем и редактором медицинской секции Общества опытных наук в Харьковском университете. В 1877 г. он получил звание заслуженного профессора. В 1893 стал вице-председателем, а затем и председателем общества научной медицины и гигиены, а с 1903 г. – почетный председатель этого общества. Им опубликовано до 26 самостоятельных работ: «О влиянии перерезки семянного нерва на яйцо» («Centralblatt für die med. Wissenschaft», 1867), «Папиллома Гайморовой полости в клиническом и патологоанатомическом отношении» («Медиц. Вестник», 1868), «О влиянии желчно-кислых солей на животных и человека» («Журнал» Руднева, 1876), «Diabetes insipidus и его лечение» (1884), «О внутрибрюшных сращениях, их патогенез и диагностика» («Медиц. Обозрение», 1895) и др [работы 1]. С 1908 г. Оболенский являлся председателем Харьковского отделения Красного Креста. Работал также председателем городской санитарной комиссии. В 1909 году И. Н. Оболенского создал службы скорой помощи в Харькове [3, с. 67–68].

Иван Николаевич Оболенский – выдающийся патолог, клиницист, педагог, ученый Харьковского национального медицинского университета, занимавшийся общественно полезной деятельностью в городе Харькове.

#### *Использованная литература*

1. Г.М.Г.: Оболенский, Иван Николаевич // Энциклопедический словарь Брокгауза и Ефрона: в 86 т. (82 т. и 4 доп.). – СПб. – С. 1890–1907.
2. Лесовой В.Н., Петрова З.П. Создатель службы скорой помощи в Харькове Иван Николаевич Оболенский (к 170-летию со дня рождения). – Университеты. Наука и просвещение. Научно-популярный ежеквартальный журнал. №1 (48). – 2012 год. – С. 76–82
3. Малая Л.Т. Оболенський Іван Миколайович / Л. Т. Малая, М. О. Клименко // Вчені Харківського державного медичного університету. – Х., 2003. – С. 67–68.

## **ФОРМУВАННЯ КУЛЬТУРИ ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ ВИЩИХ МЕДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ**

*Козуб С.М., Чаленко Н.М.*

*Харківський національний медичний університет*

Реформування системи охорони здоров'я є невід'ємною складовою соціально-економічних перетворень, які відбуваються останнім часом у нашій державі. Одним із головних показників суспільного розвитку країни, відображенням її соціально-економічного та морального стану, фактором формування трудового, культурного та демографічного потенціалу суспільства є здоров'я населення, яке за останні роки погіршилося.

Одним із основних принципів охорони здоров'я в Україні, закріплених на вищому законодавчому рівні, є попереджувально-профілактичних характер медичної допомоги населенню. Значна увага до профілактики, як найбільш ефективної стратегії збереження здоров'я нації, обумовлена її дієвістю у попередженні багатьох захворювань, що підтверджено історичним досвідом суспільства та сучасними досягненнями медичної науки.

Упродовж останніх десяти років стан здоров'я населення України змінюється на гірше. Так, за даними опитування Київським міжнародним інститутом соціології, яке проводилось у листопаді 2015 року, було визнано, що:

- «добрим» вважають своє здоров'я 17,8 % дорослих жителів України;
- «дуже добрим» – 2,1 % респондентів;
- «середнім» – 51,4 % респондентів;
- «поганим» – 22,2 % респондентів;
- «дуже поганим» – 6,5 % респондентів.

Таким чином, загальна сума негативних оцінок (28,7 %) перевищує відсоток позитивних (19,9 %) та домінуючою оцінкою є «середнє» здоров'я (51,4 %).

Також слід зазначити, що середній вік людини становить близько 60 років [1]. Багато молодих людей втрачають працездатність, а низький економічний рівень не дозволяє їм отримати ефективне лікування. Помітна тенденція, до погіршення стану здоров'я молоді, що виявляється у зниженні функцій імунної системи, кількості захворювань, які раніше були характерні для людей старшого віку, поширенні екологічно залежних патологій внаслідок аварії на ЧАЕС тощо. Погана обізнаність молоді про шкідливий вплив алкоголю, наркотичних речовин, тютюнопаління, захворюваності на інфекції, що передаються статевим шляхом та ВІЛ-інфікування ще більше погіршує стан здоров'я молоді. Все це свідчить про те, що період сьогодення характеризується демографічною кризою, адже здоров'я дітей та молоді нашої країни, запорука збереження генофонду і безпеки української нації. Вихід із цієї ситуації вважається у підвищенні культури здоров'я, формуванні нової свідомості, коли людина буде ставитися до свого здоров'я як до найбільшої цінності. Цього можна досягти засобами освіти.

Вміння успішно вирішувати проблеми пацієнта на рівні коригування способу життя та зменшення впливу чинників ризику значною мірою визначається якістю викладання дисциплін природничо-наукового напрямку.

На сьогодні більшість сфер життя людини потребують рушійних змін. Сучасне суспільство досягнуло того ступеня розвитку, який характеризується необхідністю впровадження нових підходів у вирішення актуальних завдань сьогодення. Це досягається шляхом використання новітніх знань, удосконалення практичних умінь, навичок, отримання й опрацювання масиву інформації зі своєчасним її застосуванням у практичній діяльності людини. За цих умов система освіти має вагоме значення у підготовці фахівців, які здатні швидко реагувати на зміни та завдання суспільства, критично підходити до розв'язання проблем, а також у формуванні професійних якостей на рівні світових стандартів.

Одним із пріоритетних завдань є підвищення якості освітньої діяльності, зокрема вдосконалення системи медичної освіти. Це пов'язано з необхідністю

поліпшення здоров'я громадян України, оскільки мета системи охорони здоров'я полягає не тільки у збільшенні тривалості, а й у забезпеченні повноцінного, здорового життя людини. Звичайно, це неможливо здійснити без надання якісних медичних послуг, що у свою чергу вимагає високої професійної підготовки медичних працівників [2–7].

У системі професійної підготовки лікарів вивчення хімічних дисциплін є невід'ємною частиною освітнього процесу, тому що ці базові знання є фундаментом подальшого успішного засвоєння таких дисциплін, як «Фармакологія», «Фізіологія», «Генетика» тощо. Ще у 1751 р. М.В. Ломоносов наголошував: «Медик без довольного познання химии совершенен быть не может» [7, с. 47]. Саме тому значною мірою актуальною є організація навчального процесу викладання хімії в умовах професійної підготовки студентів-медиків.

Знання з хімії, як з загальноосвітньої дисципліни, необхідні студентам незалежно від їх майбутньої спеціалізації: по-перше, для розуміння наукової картини світу; по-друге, саме вони забезпечать раціональну поведінку, а в багатьох випадках й елементарну безпеку в повсякденному житті та діяльності у всіх галузях виробництва; по-третє, є основою екологічних знань, необхідних для збереження довкілля; по-четверте, знання з хімії необхідні для усвідомлення ролі науки у розв'язанні медичних проблем людства [4, с. 32].

Формування культури здоров'я студентів в умовах вищого навчального закладу – процес дуже складний і має вирішуватися комплексно. Змінити ставлення студента до власного здоров'я і особистого способу життя можливо за умови розуміння ним цих цінностей, надання пріоритетності збереження фізичного та психічного здоров'я через освіту.

На сучасному етапі навчання і виховання молоді особлива увага приділяється проблемам здоров'я і здорового способу життя молоді. Вищі медичні навчальні заклади цю проблему вирішують завдяки оновленню відповідних педагогічних технологій, форм, засобів, використанню інноваційних методів та методик навчання.

Проблема формування здорового способу життя серед студентів вищих медичних навчальних закладів залишається актуальною і вимагає негайного вирішення засобами освіти; для вирішення даної проблеми необхідно залучати більше фахівців і часу навчального процесу; ця проблема повинна цікавити і турбувати не тільки фахівців і викладачів, але й самого студента в першу чергу. Виходячи з цього, доцільним є формування здорового способу життя студентів проводити через реалізацію педагогічної стратегії, яка буде орієнтована на здоровий спосіб життя.

Дана стратегія, як діяльнісно-орієнтований компонент вищого навчального закладу, передбачає і забезпечує свідомий вибір ціннісних орієнтацій студента на здоров'я, спрямованість і становлення особистості на здоровий спосіб життя, самореалізацію в політичному, економічному, професіональному та культурному житті.

Таким чином, орієнтування студента на здоровий спосіб життя завдяки запровадженню у вищому навчальному закладі педагогічної стратегії через реалізацію педагогічних умов, визначення мети, форм із активною взаємодією викладача і студента, методів, змісту освіти буде сприяти вирішенню проблеми

здоров'я нації взагалі. Дисципліни циклу природничо-наукової та фундаментальної підготовки мають сформувавши необхідне підґрунтя для подальшого засвоєння студентами професійно-орієнтованих дисциплін, а також формування наукового світогляду. Основна мета біологічних, медичних, психологічних наук, що вивчають людину, – допомогти їй зберегти своє фізичне, моральне і духовне здоров'я, щоб самореалізуватися в житті як особистості.

#### *Використана література*

1. Піріг Л.А. Охорона здоров'я в Україні як складова державотворення. – К., 2001. – 186 с.
2. Закон України «Про вищу освіту». Нормативно-правові документи. – К.: Вид-во «Міленіум», 2001. – С. 11– 38.
3. Національна доктрина розвитку освіти України. – К.: «Шкільний світ», 2001. – С. 11– 18.
4. Вища медична освіта і Болонський процес. Навчально-методичні матеріали наради-семінару науково-педагогічних працівників. – К.: Міністерство охорони здоров'я, Нац. мед. ун-т імені О.О. Богомольця, 2005. – 112 с.
5. Підаєв А.В. Болонський процес в Європі / А. В. Підаєв, В.Г. Передерій. – Одеса: Одес. держ. мед. ун-т, 2004. – 190 с.
6. Стратегія реформування освіти в Україні: Рекомендації з освітньої політики – К.: «К.І.С.», 2003. – 296 с.
7. Основні засади розвитку вищої освіти в контексті Болонського процесу (документи і матеріали) / За ред. В.Г.Кременя. – Т.: Вид-во ТДПУ ім. Гнатюка, 2004. – 147 с.

## **МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ ЛИЦ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА**

*Красникова Ю. Н.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

Независимо от экономического развития страны формирование трудового потенциала в значительной степени определяется демографическими факторами, прежде всего, численностью населения в возрасте 20–65 лет. Именно эти возрастные группы реально определяют экономически активный возраст.

Численность населения Украины за годы независимости страны уменьшилась на 6 млн. чел. (10,45 %), увеличилась доля людей старше трудоспособного возраста.

В среднем в Украине каждый пятый экономически активный работник – старше 50 лет, каждый четырнадцатый – пенсионного возраста. Это создает определенные трудности в нормализации процессов воспроизводства рабочей силы, внедрении новых технологий и соответствующей переквалификации работников [1, с. 6].

Особенно остро стоит проблема старения работающих в сельской местности, и в первую очередь – в Черниговской, Кировоградской, Полтавской областях. Этот факт может стать непреодолимым барьером для развития новых отношений в аграрном секторе этих регионов.

По разным причинам (отрицательный прирост населения, работа за рубежом (7 млн. мигрантов), безработица и т. п.) численность занятого населения



в економіці України постійно зменшується: по порівнянню з 1995 роком вона стала менше майже на 2 млн. 300 тис. осіб.

Професійна захворюваність в Україні залишається складною соціально-економічною, медичною і гігієнічною проблемою. Вона розглядається як складова частина загальної захворюваності населення і представляє категорію захворювань, виникаючих в результаті дії несприятливих факторів виробничого середовища і трудового процесу.

Показники здоров'я трудоспроможної населення формуються не тільки під впливом умов і характеру праці, але й за рахунок генетичних, екологічних факторів, умов життя, а також доступності і якості медичної допомоги, рівня співпраці працівників і роботодавців з закладами охорони здоров'я, освіти і т. п. [2, с. 298].

**Висновки.** Здоров'я працівників є проблемою, яка вимагає для свого рішення комплексного підходу. Треба пам'ятати, що здоров'я – це товар: при виконанні будь-якої роботи витрачається фізична і психічна енергія, і працівник повинен відновити ці витрати. З цією метою створюються відповідні умови праці, проживання, харчування, відпочинку і т. д. Якщо за цей дорогий товар не сплачено належної ціни, то у працівників накопичується хронічна втома, зменшується мотивація до праці, настає хронізація захворювань, поступова інвалідизація [3, с. 32].

#### *Використовувана література*

1. Здоров'я працівників: Проект глобального плану дій / ВОЗ. – Женева, ЕВ 120/28. – 2006. – С. 1–9.

2. Войтенко В. П. Здоров'я здорових / В. П. Войтенко. – К.: Здоров'я, 1991. – 248 с.

3. Яковлев Ю. Т. Медико-соціальні аспекти дослідження рівня фізичної спроможності працівників промислових підприємств / Ю. Т. Яковлев, А. А. Уманов, І. А. Негеров // Гігієна праці і проф. захворювань. – 1990. – № 1. – С. 31–33.

## **АКТУАЛЬНІСТЬ ЮРИДИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЦИВІЛЬНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ**

*Ложко Н.В., Христенко Н.Є., Соломенник А.О.*

*Харківський національний медичний університет*

Конституцією України проголошена охорона і захист основних цінностей суспільства – життя і здоров'я громадян. Здоров'я є вище першорядне благо людини, без якого в тій чи іншій мірі втрачають значення багато інших благ. Придбання інших цінностей і володіння ними втрачають сенс, перевертаються або ускладнюються через нездоров'я. У зв'язку з цим, здоров'я можна віднести до категорії базових можливостей людини, які дозволяють користуватися іншими матеріальними і нематеріальними благами, що існують в навколишньому світі.

Саме роль здоров'я в житті окремої людини, а так само його значення для суспільства визначає необхідність використання усього арсеналу правових ресурсів, включаючи правове регулювання і захист, для забезпечення ефективною реалізації прав учасників медичних відносин [1].

Сучасний науково-технічний розвиток медицини і стан українського суспільства зажадали збільшити роль права в осмисленні перспектив розвитку медицини, збереження її гуманістичних ідей. Бурхливий прогрес медико-біологічних наук, зокрема досягнення генної інженерії, трансплантології та комп'ютерних технологій в медицині поставили юридичну науку перед необхідністю створення якісно нових правових норм, які регулюють і захищають права та інтереси учасників медичних відносин.

Законодавча заборона здійснення шкідливих для здоров'я людини видів діяльності є класичною функцією законодавства в охороні здоров'я, з якої власне і розпочиналося законодавство у цій сфері взагалі.

Однак залишається не зрозумілим питання, в рамках яких структурних зв'язків відбуватиметься подальший розвиток медичного права [3].

Законодавство з попередження проведення шкідливих для здоров'я видів діяльності має широкий масштаб і охоплює усі сфери життєдіяльності людини, місця, де люди живуть, працюють, відпочивають чи розважаються. В результаті, не дивно, що ця сфера законодавчого регулювання привертає особливу увагу з точки зору можливого конфлікту між правами окремої особи та соціальною відповідальністю, який може виникати при застосуванні тих чи інших регулятивних механізмів. Кожна країна вирішує цю проблему, виходячи з особливостей своєї конституційної та правової системи. І якщо законодавство, про яке йде мова, вступає у конфлікт з основними правами людини, тоді держава повинна вжити заходів щодо усунення такого конфлікту шляхом встановлення балансу між необхідністю дотримання прав людини та забезпечення потреб громадського здоров'я, тобто захисту інтересів охорони здоров'я всього населення.

Законодавча база, що регулює процеси створення ресурсів для системи охорони здоров'я та забезпечення системи різноманітними ресурсами, може бути виражена у кількох різних аспектах. Законодавство може впорядковувати та визначати умови навчання і практичної підготовки для різних типів медичного персоналу. Воно може регулювати порядок фінансування професійної підготовки лікарів, медичних сестер та інших медичних працівників. Законодавство може визначати повноваження, регулювати діяльність та проблеми фінансування лікарень й інших медичних закладів [2].

Виходячи з того, що відповідні знання населення також становлять один з важливих ресурсів охорони здоров'я, законодавча база, що забезпечує фінансування біомедичних та поведінкових досліджень і вимагає створення системи інституцій для контролю за забезпеченням безпеки споживчих товарів, так само робить вагомий внесок у створення цього важливого виду ресурсів охорони здоров'я. Подібно до цього, законодавство, що забезпечує фінансування досліджень з вивчення доступності медичної допомоги, її якості та витрат на її надання, допомагає у прийнятті політичних рішень в даній галузі, спрямованих на покращання системи.

Висновки. Розвиток законодавства у сфері охорони здоров'я за останні півстоліття зумовив велике занепокоєння питаннями забезпечення справедливості, рівності, рівноправ'я, дотримання прав людини при розподілі ресурсів та суспільних витрат, адже законодавство є найважливішим інструментом державного регулювання, за допомогою якого держава вимагає від суб'єктів сус-

пільних відносин виконання своїх рішень. З іншого боку, багатофакторна природа громадського здоров'я, його роль в обслуговуванні різноманітних груп населення та реагуванні на різні захворювання та стани, що впливають на здоров'я людини, зумовлюють необхідність створення численних оздоровчих програм та програм медичного обслуговування, а також створення установ, які б управляли процесом виробництва ресурсів для охорони здоров'я.

*Використана література*

1. Буромский И.В. Правовая основа медико-социальной деятельности. Учебное пособие. – М.: Светотон ЛТД, 2003. – 320 с.

2. Давидова М. Соціально-економічні права як критерій аналізу і класифікації сучасних демократичних держав //Право України. – 2001. – № 8. – С. 32–35.

3. Карамішев Д.В. Концепція інноваційних перетворень: міжгалузевий підхід до реформування системи охорони здоров'я: Державно-управлінські аспекти // Національна академія держ. управління при Президентіві України; Харківський регіональний ін-т. – Х.: ХарПІ НАДУ «Магістр», 2004. – 303 с.

## **ІСТОРІЯ ВИНИКНЕННЯ НАТУРАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ**

*Лук'янова Л.В., Савельєв В.В.*

*Харківський національний медичний університет*

З самого початку свого існування натуральна медицина виступає проти будь-якої насильницької дії на хворий організм, вважаючи, що хвороба і здоров'я єдині. Лихоманка, запалення, підвищення температури, кашель, нежить, пронос, блювота – все це підпорядковується єдиним законам життя.

Натуропатія (naturopathy, natural medicine, naturopathic medicine) – є альтернативною медичною системою, не визнаною офіційною наукою, яка зосереджена на природних засобах і життєвих здібностях організму зцілювати і підтримувати себе.

За даними, опублікованими в США, ускладнення від прийому лікарських засобів тільки в 2011 році, змусили госпіталізувати 659000 американців [1]. Такі, здавалося б, невинні ліки, як анальгетики призвели до 186 летальних наслідків у 2012 році [2]. Нестероїдні протизапальні ліки – аспірин, ібупрофен та інші, викликають 3300 смертей від "виразкових" побічних ефектів щорічно [2]. У 2012 році від антидепресантів загинуло 194 людини, антигістамінні препарати вбили 17 осіб. Згідно з дослідженням, опублікованим у «Журналі Американської медичної асоціації», лікарська хвороба є причиною смерті близько 100 тис. чол. і причиною проявив різних важких захворювань у 2,2 млн. осіб на рік [2]. За підсумками американських загальнонаціональних досліджень, коштовні і небезпечні для вживання антибіотики постійно призначаються 44 % дітей і 51 % дорослих для терапії захворювань, що викликаються абсолютно нечутливими до антибіотиків вірусами [2].

Натуральна медицина прагне об'єднати основи класичної медицини і методи, підходи і засоби народної медицини, фітотерапії і нутриціології. Натуральна медицина вивчає об'єктивно притаманні феномени, процеси і закономірності взаємодії людини із соціальним, біологічної та екологічної сферами [3, с. 25]. Основний принцип натуропатії – у кожному від народження закла-

дені можливості самозцілення [4, с. 221]. Особливою здатністю до самовідновлення володіє мозок, який наділений властивістю нейропластичності [5, с. 9]. Натуропатія пропонує шляхи самолікування замість зовнішніх коштів [6, с. 42; 7, с. 46].

Натуральна медицина розглядає людину як систему, в якій всі процеси нерозривно пов'язані один з одним. У натуропатії вважається, що душа і тіло людини нероздільні, а тому при лікуванні слід приділяти увагу як фізичному, так і душевному стану пацієнта [8, с. 77]. Головна ідея натуропатії полягає в тому, щоб людина сама, наскільки це можливо, відповідала за стан свого здоров'я, і щоб хворобі, більшою мірою запобігали, ніж її лікували.

**Висновки.** Натуральна медицина розглядає хворобу, як прояв особливих процесів, якими тіло самостійно виліковується природним чином і підкреслює, тим самим, важливість не стільки лікування хвороби, скільки відновлення і самовідновлення здоров'я.

Відомо, щоб реалізувати себе в будь-якій області людської діяльності, треба бути перш за все здоровим, а щоб стати і бути здоровим, треба зрозуміти, на яких принципах будується повноцінне здоров'я.

#### *Використана література*

1. FDA Американський Центр контролю над отрутами. – 2011 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://bionsp.narod.ru/>
2. FDA Американський Центр контролю над отрутами. – 2012 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://bionsp.narod.ru/>
3. Горожанская Э.Г. Введение в общую микронутриентологию / Горожанская Э.Г., Михалевич О.Д. // Клиническая витаминология. – Новосибирск. – 1998. – С. 216.
4. Гичев Ю.П. Растительные гепатопротекторы в регуляции барьерно-метаболических функций печени. – Тезисы докладов Научно-практической конференции "Биологически активные добавки к питанию и натуральные лекарственные препараты в профилактике, лечении и реабилитации. Российский национальный регистр лечебно-профилактических средств на натуральной основе". – Москва. 27–28 января 2000 г. – С. 221–223.
5. Гичев Ю.П. Введение в микронутриентологию. / Гичев Ю. П., Макколанд К. // Новосибирск. – 1998. – С. 3–15.
6. Гриценко Е.Н. Применение препаратов, обладающих сорбционно-детоксикационным действием, в комплексном лечении заболеваний органов ЖКТ / Гриценко Е.Н., Шевченко Ю.Н., Семенов В.Г. // «Провизор» № 15. – 2001. – С. 42–46.
7. Княжев В.А. Правильное питание: биодобавки, которые вам необходимы / В.А. Княжев, Б.П. Суханов, В.А. Тутелян. – Москва, 1998. – С. 44–56.
8. Курашвили В.А. Биологически активные вещества как факторы сохранности иммунитета / Курашвили В. А. // Альтернативная медицина. – № 4. – 1999. – С. 76–79.

## МЕДИЧНІ КАДРИ СЛОБОЖАНЩИНИ У ХVІІІ СТОЛІТТІ

*Мельник К.А., Третьякова К.О., Безега Є.В., Мякина А.В.*

*Харківський національний медичний університет*

Перші кваліфіковані медичні працівники з'явилися в Харкові у 18 ст., на виконання резолюції про лікарів. Йоганн Вінклер, Синьк, Гегман були першими лікарями на території слобідської України. В ті часи кількість лікарів була дуже обмежена, але з відкриттям у Харкові 1797 року Слобідськоукраїнської лікарської управи медичний персонал міста поповнився. «Городовой» лікар на той час був лише один, було дві «повивальные бабки», з них найвідомішою була Ганна Винтерфельдт. У середині 19 ст. склад медичного персоналу виглядав уже значно солідніше. До нього входили: старший лікар, два ординатори, управляючий аптекою, три старших фельдшери і два молодших, два аптекарські учні. Кваліфікація за формулярними списками була високою. Але все ж з початку 19 ст. кваліфікованих медичних кадрів у губернському місті не вистачало. Про це свідчить скарга губернатора І.І. Бахтіна.

На той час Харківський університет уже мав потужний кадровий резерв медичних працівників. На кафедрах і в клініках медичного факультету працювали в різні роки від 11 до 26 фахівців найвищої медичної кваліфікації. Серед персоналу, який надавав медичну допомогу населенню міста, слід також згадати посаду лікаря губернської «палати государственных имуществ», у полі зору якого були державні селяни. Багато жителів Харкова тоді значилися за станом як державні селяни. Вони могли розраховувати на певну допомогу.

З 1880 по 1900-ті рр. кількість заміщених посад лікарів-службовців по міністерству внутрішніх справ зросла з 21 по 107. Але реальна кількість лікарів звичайно була меншою. Украй недостатньо була забезпеченість харківської охорони здоров'я стоматологічними кадрами. В місті їх було лише троє. А кількість людей в місті за цей же самий час збільшилася вдвічі. З них були перші жінки-лікарі, що зважилися заявити про себе в Харкові 1887 року. Спочатку їх було троє, але й цю дискримінацію пом'якшили у 1910 р. відкриттям Жіночого медичного інституту.

Що до матеріального становища лікарів, то воно було досить приємливе. Так, наприклад лікареві Й. Вінклеру було призначене «содержание» загальною сумою 171 руб. Але наприкінці 18 ст. відбулося значне підвищення цін. Наприклад, пуд сала коштував 2 руб. 50 коп., а «содержание» лікарів було 120 рублів на місяць. Різниця, і часом дуже істотна, у розмірі окладів на тій же самій посаді була пов'язана з надбавками за чини різних класів.

Таким чином, медичний персонал Харкова у дореформений період 19 ст. складався з таких груп: медичні чиновники, приватні лікарі, середній та молодший персонал, цирульники. Його кваліфікація була досить високою. Але наявних кадрів завжди не вистачало для вирішення медико-санітарних проблем міста. Дефіцит лікарів дещо пом'якшувався діяльністю медичного факультету. Але гостра нестача фахівців середньої ланки покривалася навіть відкриттям фельдшерської школи. Функції середнього медичного персоналу брали на себе цирульники. Матеріальний стан харківських медиків був задовільним. При цьому лікарська й інша медична діяльність вважалася почесною і перспективною для особистого добробуту. За останні десятиліття існування Російської

імперії Харків здійснив якісний стрибок у плані забезпечення медичними кадрами. Це не дивно, оскільки місто стало центром підготовки лікарських, фельдшерських, акушерських кадрів.

#### *Використана література*

1. Фойгт К. Историко-статистические записи об Императорском Харьковском Университете и его заведениях от основания Университета до 1859 года. – Харьков: В университетской типографии, 1859. – 175 с.

2. Обзор харьковской городской лечебно-санитарной организации (1910–1914 гг.). – Сост. В.В.Фавр. – Х.: Тип. «Просвещение», б.г. – 62 с.

3. Отчеты городских больниц: глазной имени Л.Л. Гиршмана и детской имени Д.Н. Крапоткина за 1913 год. – Харьков; Типография «Мирный труд», 1915. – 452 с.

### **ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ГОРОДЕ ХАРЬКОВЕ В XVIII СТОЛЕТИИ**

*Мельник К.А., Чумак Л.И., Зуб К.А., Обыхвост А.А.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

Актуальность данной работы связана, в первую очередь, с прямой необходимостью знать и понимать тенденции материального обеспечения охраны здоровья в городе Харькове. Осознать всю проблематику этого вопроса невозможно без углубленного экскурса в историю финансирования харьковского региона на протяжении всего его существования. Без знаний о прошлом финансовой составляющей системы здравоохранения, врачу, как медицинскому работнику, сложно составить представление обо всех тонкостях материальной основы его трудового процесса, а также об общем положении отрасли медицины в экономике страны.

Первые шаги к государственному обеспечению медицинской деятельности в харьковском регионе связаны с постановлениями и резолюциями в Царской России в первой половине XVIII века. С возникновением врачебной должности Медицинская Канцелярия (орган управления здравоохранением) издает резолюцию «О содержании в знатных городах лекарей, с производством им жалованья из ратуш». В 1740 году финансирование частного здравоохранения в Харькове берет на себя государственная казна. В дальнейшем, вследствие слабого финансирования, материальную поддержку оказывает полковая канцелярия. В 1765 году происходит реформа, связанная с причислением «городовых лекарей» в штат гусарского полка без предусмотренного финансирования лечебной деятельности. И только в 1778 году началось постоянное казенное материальное обеспечение Харькова в связи с назначением постоянного медицинского персонала [1, с. 190–192].

В дальнейшем, с открытием в 1796 году «дома для умалишенных и неизлечимо больных» и «богоугодных заведений» расходы по охране здоровья также легли на Слободско-украинский Приказ гражданского обеспечения. Эти расходы частично покрывались казной и частично – внесением оплаты за медицинское обслуживание [2, с. 577; с. 145]. Бесплатное лечение в этом заведении предоставлялось преимущественно малообеспеченным категориям населения.

Существенное количество финансов, которые предоставлялись как плата за лечение, систематически раскрадывалось администрацией «богоугодных заведений». Разворовывались как деньги, так и продукты питания. Деньги присваивались руководством, а продукты – мелкими работниками. И, как следствие подобных действий, уровень здравоохранения падал, ухудшалось качество еды и санитарное состояние этих заведений.

Непосредственно городские расходы в период с XVIII пореформенный период XIX века были незначительными. Они ограничивались содержанием «городовых лекарей» и «богоугодных заведений». В послереформенном периоде также не оказывалось существенного финансирования системы здравоохранения – большая часть денег уходила на поддержку работников полиции и государственных чиновников [2, с. 106]

В итоге можно сказать, что финансирование лечебных заведений в городе Харькове в дореформенный и послереформенный период осуществлялось силами не только казны государства и города, но и деньгами самих лечащихся, а также за счет пожертвований, земских вложений и финансов различных организаций. Но, тем не менее, этих ресурсов не хватало для обеспечения соответствующей поддержки тогдашней системы здравоохранения, что говорит о невозможности оказания адекватной медицинской помощи населению.

#### *Использованная литература*

1. Багалея Д.И., Миллер Д.П. История города Харькова за 250 лет его существования (1655–1905). Историческая монография. В 2-х т. – Репринт. изд. – Харьков, 1993. – Т. 1.
2. Большая Советская Энциклопедия. (В 30 томах) / Гл. ред. А.М. Прохоров. – Изд. 3-е. – М.: «Советская Энциклопедия». – Т. 20. Плата – Проб. – 1975. – 608 с.

## **ОРГАНІЗАЦІЯ КЕРУВАННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я В ХАРКОВІ В ХІХ СТОЛІТТІ**

*Мельник К.О., М'якина О.В., Андрусенко Д.О., Дубич К.Г.  
Харківський національний медичний університет*

Понад вісімдесяти років з часу заснування харківської фортеці населенню ніяк не організовувалась медична допомога. Офіційно посади лікарів були введені лише в 1737 році. Існуючий інститут міських лікарів підпорядковувався медичній канцелярії, яку створив ще Петро I для державного керування медичної справи в Росії [1].

Резюме медичної колегії було затверджено імператором Павлом I 19 січня 1797 р., а 1 квітня того ж року вийшов наказ про лікарські управи. Відтак в Харкові була сформована Слобідськоукраїнська лікарська управа, яка складалася з трьох членів: лікарського інспектора, оператора і акушера. «Письмоводитель» виконував тільки технічні функції, тим самим не входив до складу управи. Очолював лікарську управу інспектор. Вона мала подвійне підпорядкування. По-перше, нею опікувалась медична колегія. По-друге, управа була підпорядкована губернаторові. Спочатку губернська лікарська управа називалася Слобідськоукраїнською, а з 1835 р. – Харківською. Першим лікарським інспектором у Харкові був Міндерер [2].

Накази громадського опікування, створені в межах адміністративної реформи 1775 року на чолі з губернаторами, відіграли рішучу роль в організації медичної допомоги населенню Слобідського краю. Губернські органи крім інших справ мали ще вирішувати такі питання як піклування про здоров'я громадян, забезпечуючи керівництво медичними закладами. У Харкові до «богоугодных заведений» належали Харківська губернська міська лікарня і будинок для божевільних. У міській лікарні насамперед обслуговували харків'ян, а з губернії сюди потрапляли ті пацієнти, яким не могли надати допомогу в місцевих лікарнях [3].

Губернська міська лікарська справа мала широкий спектр виконуваних функцій. На неї покладался увесь санітарний нагляд, а також нагляд за військовими шпиталями, аптеками, лікарнями та медичним персоналом. Найважливішою сферою діяльності лікарської управи була організація протиепідемічних заходів. Не менш з важливих напрямків діяльності управи був медичний огляд фізичних осіб. Лікарська управа видавала свідчення про хвороби чиновникам і військовим, здійснювала медичний набір абітурієнтів у військові навчальні заклади й рекрутів і, нарешті, вона займалася медичною статистикою. Ще однією структурною ланкою в охороні народного здоров'я, були покликані стати комітети громадського здоров'я.

Медичний департамент Міністерства внутрішніх справ у грудні 1851 року направив за підписом міністра харківському цивільному губернаторові циркулярне розпорядження про заснування в губернії «по Высочайшему соизволению» «Особого Комитета общественного здравия». Ці комітети замислювалися як координаційні центри з місцевих Начальників різних відомств та інших осіб для зосередження в них усієї інформації, що стосувалася охорони здоров'я, у межах компетенції кожного відомства, і щоб за вказівками комітетів «делаемы были нужные по обстоятельствам распоряжения».

Також був створений Харківський губернський комітет громадського здоров'я в 1852 році [3]. До нього входили: губернський керівник дворянства, управитель палатою державного майна, інспектор лікарської управи, харківський поліцмейстер, представник харківського духівництва й деякі інші особи. Очолював комітет за посадою начальник губернії. Діяльність цього комітету у Харкові обмежилася деякою роботою в царині санітарного просвітництва населення. У іншому він не виправдав надій і перетворився на чергове бюрократичне утворення.

Отже, можна сказати, що структура керування охорони здоров'я, що склалася до початку великих реформ XIX століття в Харкові, була малоефективною та примітивною.

#### *Використана література*

1. Багалея Д.И., Миллер Д.П. история города Харькова за 250 лет его существования (1655 – 1905). Историческая монография. В 2-х т. – Репринт. Изд. – Харьков, 1993. – Т.1. – 572 с.; Т. 2. – 982 с.

2. Каракаш Д.Ф. З історії розвитку охорони здоров'я в Харківській губернії – Харківській області // Матеріали до історії розвитку охорони здоров'я на Україні / Під ред. канд. мед. наук К.Ф. Дупленко. – Київ: Держмедвидав УРСР, 1957. – С. 140–181.

3. Робак І.Ю. Організація охорони здоров'я в Харкові за імперської доби (початок XVIII ст. – 1916 р.). – Х.: ХДМУ, 2007. – 346 с. (іл. 24 с.). – С. 20–24.



## ДОКАЗОВА МЕДИЦИНА В ПРАКТИЧНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРІВ УКРАЇНИ

*Мищенко О.М., Богданець О.Ю.*

*Харківський національний медичний університет*

**Актуальність.** Аналізуючи рівень розвитку медицини провідних країн Європи та усього світу можна з впевненістю говорити про досить високу якість надання населенню медичної допомоги в цих країнах, на що надає суттєвий вплив використання науковцями та лікарями-практиками методів доказової медицини, матеріалами якої активно вони користуються в своїй повсякденній діяльності. Опираючись на досвід надання допомоги в цих країнах, можна з впевненістю стверджувати, що впровадження та широке використання механізмів доказової медицини виведе практичну діяльність вітчизняних лікарів на новий, більш високий рівень надання медичної допомоги населенню.

**Введення.** Реформування сфери охорони здоров'я в Україні передбачає зміни у порядку і якості надання медичної допомоги населенню, насамперед це вимагатиме від лікаря практичної ланки підтвердження доцільності кожного свого медичного втручання й обґрунтування прийнятих рішень щодо ведення пацієнта, з метою визначення правильності у виборі тактики надання медичної допомоги. Задля цього, необхідно буде користуватися передовим досвідом тих держав, де надання медичної допомоги населенню знаходиться на досить високому рівні, на що надає суттєвий вплив активне використання на всіх етапах прийняття рішення лікарями практичної ланки об'ємної бази медичних знань, отриманих внаслідок проведення великої кількості рандомізованих клінічних досліджень, які об'єднані в поняття «доказова медицина» [1]. Ця база даних зародилася наприкінці 80-х років як концепція нового клінічного мислення; вона дозволяє приймати оптимальні клінічні рішення як з погляду допомоги хворому, так і з погляду економічної ефективності.

Доказова медицина (англ. Evidence-based medicine – медицина заснована на доказах; науково обґрунтована медична практика) – це розділ медицини, заснований на доказах, що припускає пошук, порівняння, узагальнення й широке поширення отриманих даних для використання в інтересах хворих. (Evidence Based Medicine Working Group, 1993) [2]. Практика доказової медицини має на увазі об'єднання індивідуального професіоналізму лікарів та кращих результатів досліджень, отриманих із систематичних, обґрунтованих доказами, досліджень.

**Мета:** визначення ступеня використання методів доказової медицини серед вітчизняних лікарів.

**Матеріали:** були опрацьовані друковані праці результатів використання методів доказової медицини у практичній діяльності вітчизняних лікарів.

В Україні доказову медицину як сучасний інструмент підвищення якості надання медичної допомоги розглядають близько п'яти років. Шляхи реалізації цього процесу мають переважно ініціативний і безсистемний характер, а впровадження охоплює далеко не всі напрями клінічної практики лікарів. Науковці, лікарі та студенти-медики дедалі частіше користуються Інтернет-ресурсами доказової медицини (в тому числі Кохранівською бібліотекою, базою даних «Medline» та ін.). Багато медичних працівників використовують друковані бібліотечно-інформаційні ресурси та їх електронні версії [3, 4].

Ще зовсім недавно забезпечення якості медичної допомоги в Україні не посідало вагомого місця в пріоритетах охорони здоров'я, у галузі не було цілісної стратегії управління якістю медичної допомоги. Традиційним для вітчизняної практики був підхід щодо формування медичних стандартів у вигляді переліку стандартних наборів діагностичних і лікувальних заходів при різних діагнозах, в основу яких покладена логіка, що базується на алгоритмах. Наразі в галузі охорони здоров'я України відбувається важливий процес – побудова якісно нової системи стандартизації медичної допомоги на основі використання методики з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів та локальних протоколів медичної допомоги на засадах доказової медицини. Відповідно до наказу МОЗ України від 28.09.2012 р. № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України» відповідними структурами підрозділів МОЗ України та Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України» здійснюється контроль за визначенням тем медико-технологічних документів, формуванням мультидисциплінарних груп з розробки медичних стандартів медичної допомоги на засадах доказової медицини, розробкою та впровадженням медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги [5].

**Висновки.** Отже, впровадження доказової медицини в Україні набирає стрімких обертів, а її матеріали набувають дедалі більшого поширення серед клініцистів. Можна з високою ймовірністю спрогнозувати, що це однозначно підвищить якість надання медичної допомоги в країні, дозволить розробити найбільш ефективні, економічні, сучасні терапевтичні стратегії, які зможуть бути реалізовані на усіх рівнях надання медичної допомоги [3].

*Використана література*

1. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Під заг. Ред. Ю.В. Вороненка, В.Ф. Москаленка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 680 с.

2. Біостатистика / В.Ф. Москаленко, О.П. Гульчій, М.В. Голубчиков та ін. / За заг. ред. члена-кореспондента АМН України, професора В.Ф. Москаленка. – К: Книга плюс, 2009 – 184 с.

3. Доказательная медицина. Ежегодный справочник. – М.: МедиаСфера, 2004. – Вып. 3. – 694 с.

4. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://therapia.ua/therapia/2011-03-/dokazova-medycyna-v-ukrayini>.

5. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.umj.com.ua/article/75959/standarti-i-protokoli-krashnij-svitovij-dosvid-v-ukrainskix-realiyah>.

## **ПРИМЕНЕНИЕ МИРОВЫХ И ЕВРОПЕЙСКИХ ПРИНЦИПОВ В РЕФОРМИРОВАНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ**

*Мищенко А.Н., Жижера Д.В.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

Летом 2014 года Министерство здравоохранения Украины представило «Национальную стратегию реформирования системы здравоохранения на период 2015–2020 гг.», в которой была сформулирована актуальность проблемы,

касающейся реформирования системы оказания медицинской помощи. Согласно данному документу, статус украинской системы здравоохранения в настоящее время имеет следующие характеристики: Украина существенно отстает от своих европейских соседей по таким показателям, как продолжительность жизни и уровень смертности; Украина выделяет значительную часть ВВП на услуги здравоохранения, но уровень ВВП на душу населения значительно ниже стран-членов ЕС; система здравоохранения в Украине является громоздкой и устаревшей с жесткими процедурами управления и финансирования [1, с. 5].

Высокий уровень оказания медицинской помощи – переменное понятие, поскольку оно по-разному формировалось в процессе исторического развития разных стран. При этом имеют место конвергентные тенденции, одна часть которых возникает самопроизвольно (например, под влиянием наиболее общих законов менеджмента), а вторая часть связана с использованием зарубежного опыта [2, с. 51]. Для формирования понимания принципов реформирования отечественной системы здравоохранения, необходимо рассмотреть зарубежные примеры, которые многие годы реализуются с успехом во многих странах мира. Австралия является примером сочетания частной и государственной медицины, она шла к этой модели долго, но сегодня критерием ее успеха является высокая ожидаемая продолжительность жизни: у мужчин она составляет 80,5 лет, у женщин – 84,6 года. Около половины австралийцев имеют частную медицинскую страховку, которая дает возможность пользоваться медицинскими услугами частных госпиталей. Многие больные, несмотря на наличие страховки, предпочитают лечение в государственных госпиталах, в которых есть современное оборудование и круглосуточное врачебное наблюдение. Частные и государственные госпитали взаимосвязаны, нередко частное отделение занимает целый этаж в здании государственного госпиталя, что позволяет специалистам совмещать работу в двух учреждениях [3, с. 10, 19]. Общественное здравоохранение Австрии продолжает двигаться в направлении профилактической медицины. Эффективное внедрение новых подходов зависит от организаторов, но важнейшая роль принадлежит населению. Ежегодные медицинские осмотры проводятся всем жителям страны с 18-летнего возраста и оплачиваются государственными страховыми фондами. Заболевания определяются на ранних стадиях, что существенно позволяет снизить уровень смертности и улучшить исход заболевания [2, с. 21]. Огромным достижением Великобритании стало создание общественной системы оказания медицинской помощи, получившей название National Health Service (Национальная служба здравоохранения), или NHS. NHS стала первой в мире государственной организацией, предоставляющей универсальные бесплатные услуги здравоохранения. Работа системы все еще остается успешной, но ее стабильность вызывает опасения. Глобализация и увеличение стоимости медицины привели к серьезным структурным проблемам, прежде всего к очереди и необходимости ожидания даже некоторых неотложных вмешательств. Все же недостатки компенсируются всемирно признанным качеством оказания помощи и ее доступностью для всего населения [4, с. 62]. Здравоохранение Германии основывается на хорошо структурированной системе медицинского страхования, состоящей из государственного обязательного страхования

и частных страховых фондов. Государственное обязательное страхование (ГОС) охватывает приблизительно 89 % населения, в то время как частную страховку имеют около 9 % немцев. Система здравоохранения Германии построена на принципах солидарности, равного доступа и самоуправления [1, с. 26]. Медицинское обслуживание в Голландии традиционно включает первичную и специализированную медицинскую помощь. Общественное здравоохранение развито в стране крайне слабо. Отличительной характеристикой медицинской помощи первичного звена является принцип диспетчерского контроля. Это означает, что пациент не может получить свободный доступ к специализированной помощи и стационарному лечению, при этом роль диспетчера-распределителя играет семейный врач – ключевая фигура первичной помощи [2, с. 39]. Израильская система здравоохранения основана на государственном медицинском страховании, которое осуществляется в форме налога [2, с. 42]. Специфика Канады в значительной децентрализации здравоохранения: провинции и районы сами планируют, финансируют и оценивают медицинское обеспечение на всех уровнях, а правительство решает медицинские вопросы общенационального порядка. С 1972 г. системы общественного страхования стали покрывать затраты на основные медицинские услуги, в том числе на стационарное лечение [5, с. 327]. Система здравоохранения Франции в ее современном виде в июне 2000 г. была признана ВОЗ «лучшей системой оказания медицинской помощи в мире». Почти для 96% граждан терапевтические услуги абсолютно бесплатны или же полностью возмещаются. Во Франции медицинское страхование является ветвью системы социального обеспечения. Оно финансируется налогами на заработную плату, пропорциональными подоходными налогами, а после недавней реформы – и непрямыми пошлинами на алкогольные и табачные изделия [6, с. 18]. В настоящее время в Японии существует общественная система охраны здоровья, включающая общественную гигиену, социальное обеспечение, медицинское страхование и медицинское обслуживание некоторых групп населения за счет средств государства. Каждое медицинское учреждение в Японии – самостоятельная организация. 80% больниц принадлежит врачам частной практики. Большинство населения Японии попадает под действие двух основных систем медицинского страхования: национальной системы страхования здоровья (построенной по территориальному принципу) и системы страхования лиц наемного труда (построенной по производственному принципу) [2, с. 47–48].

Таким образом, реформирование системы здравоохранения Украины будет представлено в виде опыта других стран, который будет возможно применить в условиях украинской экономики и реального уровня доходов граждан страны. Прежде всего следует реализовать систему национального страхования населения, которая бы покрывала значительную часть затрат на лечение в государственных клиниках. Уже сейчас формируется подход к двухуровневой организации оказания врачебной помощи, состоящей из врачей общего профиля (семейных врачей) и врачей узконаправленных специальностей, что в первую очередь позволит стать государственной медицине более доступной для всех социальных категорий и заложит фундамент в развитии профилактической медицины. Настоящий успех в реформировании украинского здраво-

охоронення можна досягти лише путем комплексного підходу к формуванню сильної економіки, що приведе до підвищенню соціальних стандартів для населення і як наслідок підвищенню індексу людського розвитку. Так інакше, рівень надання медичної допомоги має пряму кореляційну зв'язь з матеріальною забезпеченістю населення і буде мати сенс реформувати систему охорони здоров'я лише на фоні загального розвитку країни в цілому.

#### *Використана література*

1. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні за період 2015 – 2020 рр. – Міністерство охорони здоров'я України, Київ, 2014. – 41 с.
2. Реформування медицини. Україна в світовому і європейському контексті / В.В. Безруков, В.П. Войтенко, Н.Г. Ахаладзе і др. – 141 с., табл. 7. рис. 6.
3. Доклад Австралійського бюро статистики про статистику охорони здоров'я. Економічний і Соціальний рад ООН, 2003. – 20 с.
4. Етапи формування системи оцінки технологій в охороні здоров'я Великої Британії; жур. Медичні технології № 3, Москва, 2011. – 62–68 с.
5. Lehoux P et al. (2004). Redefining health technology assessment in Canada: diversification of products and contextualization of findings. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, p. 325–336.
6. Доклад про стан охорони здоров'я в Європі 2012 р.: розробка курсу на благополуччя, ВОЗ, 2013 р. – 23 с.

## **НЕДОЛІКИ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ЩОДО КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ УКРАЇНИ**

*Молотягін Д.Г.*

*Харківський національний медичний університет*

**Актуальність** теми обумовлена тим, що одними із ключових питань сучасної державної політики є розвиток вітчизняної сфери охорони здоров'я і вдосконалення кадрової політики, яка покликана забезпечити ефективну діяльність медичної галузі, оскільки проблеми у сфері кадрового забезпечення в Україні є досить чисельними і ситуація, що визначається як кризова, може стати реальною загрозою здоров'ю населення країни.

**Метою** дослідження був аналіз стану системи підготовки кадрів для галузі охорони здоров'я та подальше використання підготовленого кадрового ресурсу.

Вітчизняні та закордонні експерти вказують на значне зниження якості кадрів системи охорони здоров'я України, яке проявляється низькою конкурентоспроможністю випускників вищих медичних навчальних закладів України, збільшенням числа кваліфікованих працівників, що залишають вітчизняну сферу охорони здоров'я за рахунок трудової та міжгалузевої міграції, зниженням якості освіти нових кадрів, невідповідністю вмінь медичного персоналу потребам населення та викликам часу, низьким рівнем клінічної та практичної підготовки молодих спеціалістів, незадовільною якістю післядипломної освіти, недостатнім потенціалом керівного складу системи охорони здоров'я, браком кваліфікованих спеціалістів у галузі громадського здоров'я, відсутністю індикаторів якості медичної допомоги.

По-перше, це обумовлено недосконалими механізмами відбору до медичних вузів, що поглиблюється внаслідок існування неефективної системи пільг. Зокрема, право зараховуватися поза конкурсом мають певні соціально незахищені верстви населення, при цьому кількість місць для визначених осіб складає 25 % обсягу державного замовлення з кожної спеціальності.

По-друге, невідповідністю якості підготовки медичних кадрів сучасним потребам і вимогам медичної галузі, що обумовлена незацікавленістю самих студентів та недостатнім до них рівнем вимог, неефективним використанням клінічних баз, недостатнім рівнем фінансування медичної освіти та оплати праці викладацького складу, високим рівнем корумпованості, низьким рівнем контролю та аудиту роботи медичного персоналу.

По-третє – недосконалістю механізмів контролю за виконанням процедури працевлаштування молодих спеціалістів-випускників вищих медичних закладів освіти, що навчались за державним замовленням, та покарання за невиконання процедури розподілу на роботу.

Також недосконала система планування кадрового складу сфери охорони здоров'я не дає повної картини кадрового забезпечення галузі медичними кадрами, оскільки вона не враховує реальні потреби галузі через неможливість забезпечити єдиний галузевий облік закладів охорони здоров'я, а також не враховує приватні медичні заклади.

Одним з найважливіших чинників зниження якості кадрів є брак мотивації медичних працівників та зацікавленості у покращенні результатів власної діяльності через незадовільні умови та низький рівень оплати праці, що спонукає до сумісництва за межами основної роботи, що, у свою чергу, призводить до зростання захворюваності та інвалідності серед працівників охорони здоров'я.

Таким чином, одними із основних питань, які мають бути вирішені для забезпечення реформи галузі охорони здоров'я, повинні бути питання підготовки кваліфікованих працівників і кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я. Шаблонний підхід у цьому випадку працювати не буде, оскільки ефективні стратегії в сфері кадрових ресурсів повинні відповідати унікальним умовам і особливостям ситуації кожної конкретної країни, а оскільки у різних країнах світу системи кадрового забезпечення мають свої вади, а також використовуються різні системи класифікації медичного персоналу і його обов'язків – це майже не дає можливості проводити порівняльний аналіз між країнами.

## **НАУЧНОЕ СТАНОВЛЕНИЕ**

### **АЛЕКСАНДРА И ВАСИЛИЯ ДАНИЛЕВСКИХ**

*Мякина А.В., Мищенко А.Н., Мельник К.А.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

Данилевские – врачи, братья. Александр Яковлевич – один из основоположников биохимии в России. Профессор (с 1863 года), заведующий кафедрами медицинской химии Казанского и Харьковского университетов, начальник Военно-медицинской академии в Петербурге. Основные его труды касались химии белков, биохимии питания. Василий Яковлевич – физиолог, академик АН УССР. Профессор университета и медицинского института в Харькове, создатель и директор Украинского НИИ эндокринологии и органотерапии. Главным его выдающимся исследованием было доказательство наличия в коре

головного мозга центров, регулирующих деятельность внутренних органов. Один из пионеров отечественной электроэнцефалографии. Основные его труды посвящены эндокринологии, протозоологии и др.

Александр Яковлевич Данилевский – один из основателей биохимии в России, основоположник первой в стране кафедры медицинской химии и физики, переименованной впоследствии в кафедру биологической химии.

А.Я. Данилевский родился 10.12.1838 года в Харькове в семье часового мастера. Из семи детей семьи Данилевских трое (Александр, Константин и Василий) позже стали известными учеными. Среднее образование получил в первой гимназии, высшее – в Харьковском университете, по окончании которого в 1860 году ему присвоено звание лекаря, после чего по июль 1862 г. провел за границей, слушая лекции и занимаясь у таких знаменитых ученых, как: Гоппе-Зейлер, Кюне, Дюбуа-Реймон и в клиниках Фрерихса и Траубе. В 1863 г. в Харьковском университете защитил докторскую диссертацию и получил степень доктора медицины; в том же году избран экстраординарным и в 1864 году ординарным профессором кафедры медицинской химии и физики в Казани с поручением преподавать и физиологию. Сразу по приезду в Казань А.Я. Данилевский подготавливает «записку» об устройстве медико-химической лаборатории с подробным проектом ее оснащения, которая на следующий год была открыта в специальном корпусе химической лаборатории, которой руководил А.М. Бутлеров. С 25 марта 1866 г. Александр Яковлевич возглавляет кафедру фармакологии, а с 18 мая 1868 г. – кафедру физиологической химии, продолжая читать фармакологию до начала 1869 г., одновременно в 1868 г. он читает частный курс физиологии.

Научная деятельность А.Я. Данилевского в Казани была очень плодотворной и разносторонней. В силу сложившихся обстоятельств он проводит исследования в области не только медицинской химии, но и физиологии, и фармакологии. Вскоре после открытия сеченовского торможения он на тепловых подтверждает существование в головном мозге центров, задерживающих «отражательные движения». В продолжение 1864–1865 гг. А.Я. Данилевский прорабатывает интересное для своего рода исследование: «О разрушении красных кровяных шариков вне и внутри организма», которое публикуется в «Медицинском вестнике» в 1865 г. Примечательно то, что для проведения исследования он изобрел центрифугу, которая вращалась со скоростью 1500–2100 об/мин и впервые применил ее для биохимических исследований в области строения и свойств белков.

В 1871 году А.Я. Данилевский подал прошение об увольнении из Казанского университета в числе семи профессоров, выразившим этим протест по делу проф. П.Ф. Лесгафта. С 1878 по 1885 г. Александр Яковлевич пробыл за границей, работая в различных лабораториях, после чего, в 1886 г., возвращается в Харьков на должность профессора кафедры медицинской химии. На этой кафедре А.Я. Данилевский работает до 1892 г. и после переходит на ту же кафедру в Императорскую военно-медицинскую академию, которую в последствии возглавляет с 30 апреля 1906 по 1910 год.

Несколько по-другому сложилась судьба его младшего брата Василия. Василий Яковлевич Данилевский родился 1 января 1852 г. С 1862 по 1864 г.

обучался во 2-й Харьковской гимназии. Бедность в семье и другие социальные мотивы привели к тому, что он вынужден был переехать к своему старшему брату Александру Яковлевичу, который уже был в то время профессором медицинской химии и физики Казанского университета. В дальнейшем, Александр Яковлевич оказал большое влияние на формирование характера своего брата Василия.

В 1866 году в пятом классе естественные науки и математика полностью поглотили одаренного юношу. Следуя примеру отца, он устраивает у себя дома химическую лабораторию, а с седьмого класса занимается высшей математикой. Интерес к физике, химии и математике не был минутным увлечением Василия Яковлевича, он сохранил его на всю жизнь, что и сыграло большую роль в его дальнейшей научной деятельности. Помимо точных наук В.Я. Данилевский также уделял большое внимание биологии, общественным наукам и философии. Итогом обучения Василия стало окончание гимназии в 1868 г. с золотой медалью.

Для поступления в Казанский университет будущий ученый оказался слишком молод. Его не приняли в число студентов медицинского факультета, куда он стремился поступить, так как ему еще не исполнилось необходимых 17 лет. В итоге В.Я. Данилевский решает использовать этот год для укрепления и расширения своих знаний. Избравший уже тогда своей основной специальностью физиологию, будущий ученый считал, что физиолог должен лучше других врачей ориентироваться в вопросах физики и математики. Поэтому, следуя совету старшего брата, он поступает вольнослушателем на математическое отделение физико-математического факультета Казанского университета. В последствии, будучи в 1869 году зачисленным на первый курс медицинского факультета, Василий Яковлевич параллельно продолжает осваивать знания на математическом отделении.

За год пребывания на медицинском факультете Василий приобрел серьезные теоретические знания. Ему посчастливилось прослушать курс лекций и отработать практические занятия по нормальной анатомии у П.Ф. Лесгафта, который блестяще поставил преподавание своего предмета. Кафедрой физиологии, наиболее привлекавшей будущего выдающегося представителя этой науки, руководил замечательный русский ученый-экспериментатор Н.О. Ковалевский. Есть все основания предполагать, что интерес к вопросам регуляции головным мозгом кровообращения и дыхания, которыми В.Я. Данилевский занимался впоследствии, сложился у него не без влияния этого ученого. Руководителем Данилевского по аналитической химии был А.М. Бутлеров. Одновременно с занятиями на медицинском факультете и математическом отделении физико-математического факультета В.Я. Данилевский успел в течение двух лет пребывания в Казанском университете прослушать еще и курс философии у профессора Троицкого и курс зоологии у Н.П. Вагнера.

С 1870 года Василий Яковлевич продолжил обучение на медицинском факультете Харьковского университета, который успешно закончил в 1874 г. Здесь среди его учителей были не менее известные научные деятели: профессор физиологии и всеобщей патологии И.П. Щелков, профессор всеобщей терапии и диагностики А.И. Якобий, профессор хирургии и глазных болезней В.Ф. Грубе, в клинике которого Василий Яковлевич с 1874 г. работает ординатором по химическому анализу. После защиты диссертации в 1877 г. в Харь-



ковском университете молодой ученый пополняет свои знания в немецких университетах в Вюрцбурге, Эрлангене, Лейпциге. После возвращения в Харьков с 1880 года Василий Данилевский назначен доцентом зоофизиологии Харьковского ветеринарного института, а с 1882 г. он переходит на должность доцента, а с 1883 года – на должность экстраординарного профессора по кафедре зоологии физико-математического факультета Харьковского университета.

В дальнейшем, с 1886 по 1909 гг. В.Я. Данилевский работает ординарным профессором кафедры физиологии медицинского факультета Харьковского университета. С 1910 года его назначают на должность первого директора и профессора кафедры физиологии Харьковского медицинского женского института. На протяжении 1917–1920 гг. он возглавляет кафедру нормальной физиологии Харьковского университета, после закрытия которого с 1920 по 1926 г. руководит кафедрой нормальной физиологии во вновь организованном Харьковском медицинском институте. После, с 1926 года Василий Яковлевич – учёный руководитель физиологической лаборатории Института труда в Харькове, а с 1927 года и до самой смерти – директор основанного им Харьковского Органотерапевтического института.

## **РОЛЬ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПАТОФИЗИОЛОГИИ**

*Огнева Л.Г., Николаева О.В., Огнев В.А.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

Согласно современной модели принятия клинического решения, компетентность врача определяется не только знанием механизмов заболеваний и клиническим опытом, но также умением оценивать и использовать в практике научную информацию, публикуемую в рецензируемых медицинских изданиях. В узком смысле «доказательная медицина» – это способ (разновидность) медицинской практики, когда врач применяет в ведении пациента только те методы, полезность которых доказана в доброкачественных исследованиях, но и ценные знания, полученные в ходе масштабных достоверных научных исследований, которые используются затем для принятия решений о назначении обследования и лечения каждого конкретного пациента.

Основной принцип доказательной медицины: “...добросовестное, точное и осмысленное использование лучших результатов клинических исследований для принятия решений в оказании помощи конкретному пациенту”. А для этого нужен был принципиально новый тип клинических исследований в медицине, в которых бы учитывалось все многообразие реакций организма человека и окружающей среды, с одной стороны, и в которых нивелировался бы до минимума субъективизм исследователя с другой.

Основным положением доказательной медицины стал постулат о том, что практические врачи должны опираться не только на собственный опыт, интуицию и данные медицинских дискуссий при принятии диагностических и лечебных решений, но и руководствоваться результатами качественных клинических исследований при совершении диагностических и лечебных процедур.

Недостаток экспериментальных фактов требует применения «первых принципов» для решения клинической задачи, то есть понимания патогенеза. Более того, хорошее понимание патогенеза необходимо для правильной интерпретации и обобщения клинических наблюдений.

Доказательная медицина – это прикладная методология, набор правил, по которым должен действовать врач, чтобы эффективно использовать данные клинической патофизиологии, как науки, для диагностики и лечения. Правила включают в себя синтез клинического мышления и опыта практикующего врача, а также результаты лучших научных исследований, по оценке эффективности медицинских вмешательств.

Доказательства в медицине возможны в виде: клинического опыта, патофизиологического способа доказательства и клинических исследований.

Патофизиологический способ доказательства – это использование всех возможностей техники клинической патофизиологии в тесном контакте с клинической деятельностью врача, интерпретирующей данные, что позволяет облегчить научно обоснованную постановку диагноза, лечения.

Клиническая патофизиология способна формировать системный подход к анализу медицинской информации, опираясь на всеобъемлющие принципы доказательной медицины, основанной на поиске решений с использованием теоретических знаний и практических умений в целях совершенствования профессиональной деятельности, а также проводить патофизиологический анализ клинических синдромов, обосновывать патогенетически оправданные методы (принципы) диагностики, лечения, реабилитации и профилактики у пациентов с учетом их возрастно-половых групп и ставить диагноз на основании результатов биохимических исследований биологических жидкостей и с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом.

С философской точки зрения, вероятно, наиболее справедливо было бы говорить, что медицина, основанная на доказательствах, обеспечивает медицинскую практику более строгим научным методом, но в тоже время не предлагает специфическую позицию по тому или иному частному вопросу.

Врач должен быть в курсе всех данных доказательной медицины, касающихся лекарственных препаратов, методов лечения и стараться использовать их в практической деятельности.

В конечном итоге, практика доказательной медицины предполагает сочетание всех возможностей техники клинической патофизиологии, индивидуального клинического опыта и оптимальных доказательств, полученных путем систематизированных исследований.

Умение опытного врача разбить диагностический процесс на ясные части и обзор доступной клинической информации в систематическом и воспроизводимом виде – это ключи к оптимальной диагностике и лечению.

#### *Использованная литература*

1. Шанин В.Ю. Клиническая патофизиология / Шанин В.Ю. под ред. Шевченко Ю.Л. Из-во: "Специальная литература". – 1998. – С. 23–32.

2. Медицина, основанная на доказательствах, и современные информационные технологии / Чубенко А.В., Бабич П.Н., Лапач С.Н. // Укр. мед. часопис. – 2004. – № 2(40). – С. 37–41.

3. Проблемы вхождения технологий доказательной медицины в украинское здравоохранение. Часть 1. Место технологий доказательной медицины в клиническом решении врача / Воробьев К.П. // Укр. мед. часопис. – 2006. – 3 (53). – С. 131–138.

## **РЕЛЯ УШЕРОВНА ЛИПШИЦ – ВЫДАЮЩИЙСЯ ПАТОФИЗИОЛОГ И ПЕДАГОГ**

(к 145-летию со дня основания кафедры патологической физиологии ХНМУ)

*Огнева Л.Г., Краснощекова Е.А., Мамасуева Л.В.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

В связи с памятной датой важно сохранить традиции и вспомнить основателя Харьковской школы патофизиологии А.В. Репрева, и его предшественников – основателя кафедры И.Н. Оболенского, С.Д. Костюрина, воспитанников Военно-медицинской академии – учеников М.М. Руднева и В.В. Пашутина, а также М.М. Павлова, Д.Е. Альперна и его ученицу – Р.У. Липшиц. Хотелось бы отметить одного из ведущих патофизиологов, создателя ряда направлений патологии, ученого с мировой известностью, труды которого сыграли большую роль в развитии теоретической медицины – Релю Ушеровну Липшиц [1, с. 209–212].

Реля Ушеровна родилась 2 сентября 1920 года в г. Лодзи (Польша). Будущий ученый росла в счастливой и интеллигентной семье, училась, строила планы вплоть до 2 сентября 1939 г. В день ее 19-летия началась Вторая мировая война. Ее память навсегда сохранила жесточайшие годы гитлеровской оккупации Польши, еврейское население Лодзи и фашистов, которые расправились с невероятным садизмом и жестокостью. В концентрационном лагере Освенцим погибла вся семья Рели Ушеровны, жива осталась она одна. Неимоверные боль и страдания, ненависть к фашистским извергам – чувствовала Липшиц.

Свою научную деятельность будущая ученая начала, еще будучи студентом, при кафедре общей патологии медицинского факультета Харьковского университета под руководством Д.Е. Альперна. На протяжении многих лет Р.У. Липшиц занималась изучением патологии регуляции эндокринной и нейрогуморальной систем, а также механизмов патологических процессов, особенно воспаления и аллергии. Так как научное сотрудничество всегда было в традициях кафедры, совместно с акад. Е.Д. Гольдбергом и проф. А.М. Дыгаем были написаны две монографии, множество статей и два издания учебника [2, с. 8].

Реля Ушеровна на протяжении многих лет занималась изучением влияния адениннуклеотидов в стимуляции защитных реакций при воспалении, что позволило успешно применить их в терапии некоторых воспалительных процессов, преимущественно туберкулезного происхождения.

С 1968 по 1987 г. Реля Ушеровна заслуженно занимала должность заведующей кафедры патологической физиологии Харьковского университета. Ученого отличали скромность и простота, ответственность за свои дела и поступки, любовь и отзывчивость по отношению к сотрудникам и студентам. Педагогическая, научная и общественная деятельность Рели Ушеровны по достоинству оценены отечественной и международной научной медицинской общественностью. Кроме многочисленных почетных грамот, медалей и дипломов, профессор Липшиц была номинирована на звание Woman of the Year 2001, 2003, Great woman of 21st Century Американским биографическим институтом. Ее имя внесено в монументальное биографическое издание «Great Minds of 21st Century». Р.У. Липшиц была не только преданным своему делу

профессором, но и исключительно талантливым педагогом, блестящим лектором. Она внесла неоценимый вклад в становление патофизиологии как учебной дисциплины в медицинских институтах [3, с. 2].

Рея Ушеровна обладала исключительным даром предвидения, была на редкость талантливым и оригинальным ученым, соединившим в себе блестящую интуицию, острую наблюдательность, конкретность и способность к объективному, истинно научному анализу патолога-теоретика с мастерством экспериментатора, исследователя. Она была человеком исключительной чести и порядочности, безупречной нравственности, скромности, глубоко приверженным идеалам гуманизма. Честность, большая внутренняя культура, благородство души, принципиальность завоевали ей всеобщее уважение и любовь.

#### *Использованная литература*

1. Липшиц Р.У. Даниил Евсеевич Альперн. К 100-летию со дня рождения // Экспериментальна і клінічна медицина. – 2004. – № 4. – С. 209–212.

2. Звягинцева Т.В. Память об Учителе // Медичний університет: газета колективу Харківського національного медичного університету. – 2011. – № 15/16. – С. 8.

3. В. Ронин. Память возвращает образы и множит. // Ежедневная газета «7 дней» Москва. 08.10.2004 № 38 (436). – С. 2.

### **ЗАСЛУЖЕННЫЙ ПРОФЕССОР Н.С. БОКАРИУС – ОРГАНИЗАТОР СОВРЕМЕННОЙ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ УКРАИНЫ**

*Ольховский В.А., Кравченко Ю.Н.*

В 2016 году исполняется 85 лет со дня смерти (23.XII.1931) выдающегося отечественного ученого судебного медика, сыгравшего значительную роль в развитии судебно-медицинской службы и судебной экспертизы в Украине – Николаю Сергеевичу Бокариусу. Проф. Н.С. Бокариус вошел в историю как реформатор и организатор судебно-медицинской и криминалистической службы в Харькове и Украине в целом. Так, в 1913 г. в Харькове при его непосредственном участии был введен в строй отдельный корпус для кафедры судебной медицины Императорского Харьковского университета, который в последующем получил статус Института судебной медицины. Институт стал первым среди подобных не только в Харькове и Украине, но и в целом в бывшей Российской империи и Советском Союзе. В 1920 г. проф. Н.С. Бокариус возглавил Судебно-медицинский отдел при Народном комиссариате здравоохранения Украины и таким образом стал первым руководителем судебно-медицинской службы Украины. В 1923 г. также при непосредственном участии проф. Н.С. Бокариуса в Харькове создается Кабинет судебной экспертизы, который он и возглавил. В 1925 г. Кабинет реорганизуется в Институт научно-судебных экспертиз, а проф. Н.С. Бокариус становится его бессменным до своей смерти директором. Сейчас этот институт называется Харьковским научно-исследовательским институтом судебных экспертиз им. Заслуженного профессора Н.С. Бокариуса Министерства юстиции Украины. В феврале 1925 г. впервые проф. Н.С. Бокариус организовал и провел в Харькове специальные шестинедельные курсы по подготовке врачей-экспертов для Харьковской и других губерний Украины. В апреле этого же года правительство Украины присваивает

проф. Н.С. Бокариусу одному из первых среди профессоров Украины Почетное ученое звание Заслуженный профессор УССР. В мае 1925 г. опять же по инициативе проф. Н.С. Бокариуса в Харькове состоялся 1-й Всеукраинский съезд судебных медиков, а в 1926 г. – под его редакторством впервые на Украине стал издаваться научный журнал «Архив криминологии и судебной медицины».

Таким образом, Заслуженный профессор Н.С. Бокариус поднял судебную экспертизу Украины на европейский и мировой уровень, его работы публиковались во многих странах Европы и Америки. Он получил мировую известность благодаря своим оригинальным, исключительно актуальным для практики научным трудам. Все последующие поколения судебно-медицинских экспертов Украины успешно развивают судебно-медицинскую науку на созданном им научном фундаменте.

## **С.П. ГРИГОРЬЕВ – ЖИЗНЬ, ОТДАННАЯ ЛЮДЯМ**

*Перцева Ж.Н.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

Однажды кто-то из древних сказал: «Mors vitae prodest» – «Смерть служит жизни», и это выражение как нельзя кстати подходит для эпитафии к рассказу о С.П. Григорьеве – талантливом враче, рентгенологе-исследователе.

Родился Сергей Петрович 20 сентября 1875 г. в Харькове в семье купца 2-й гильдии, хотя в документах советского времени он называл себя сыном ремесленника. Тяга к знаниям характеризовала его с детских лет, поэтому не удивительно, что и гимназию, и медицинский факультет Харьковского университета в 1899 г. он окончил с отличием.

Это было время открытия Рентгена (1895), его волшебных лучей, надежд, связанных с дальнейшим использованием их в медицине. 2 февраля 1896 г. В физической аудитории Харьковского технологического института происходило экстренное заседание Харьковского медицинского общества, где присутствовало много врачей и студентов-медиков, на котором профессор А.К. Погорелко сделал сообщение: «Метод Рентгена фотографирования невидимых предметов и возможные его применения к решению различных практических вопросов». Закрывая собрание, председатель ХМО профессор А.Х. Кузнецов выразил глубокую благодарность докладчику, познакомившему собравшихся с открытием Рентгена, которое может иметь огромное значение для практической медицины [5, с.29]. Можно с большой уверенностью предположить, что студент Григорьев присутствовал на этом заседании, и прозвучавшее сообщение произвело на него определенное впечатление. Ведь уже в студенческие годы Сергей Петрович проявлял большой интерес к технике и методике врачебного исследования, тем более он заинтересовался возможностями рентгеновских лучей в этом плане. Интерес этот был так велик, что рентгенология стала делом всей его жизни.

Блестяще окончив университет, С.П. Григорьев приобрел рентген-кабинет, в котором занимался частной практикой, и одновременно заведовал кабинетом лаборатории общей и экспериментальной патологии Харьковского университета. В это время он вступил в Харьковское медицинское общество и активно работал в нем. В 1902 г. он стал рентгенологом Николаевской (ныне 1-я го-

родская клиническая) больницы, где тоже организовал рентгеновский кабинет. Рос опыт врача-рентгенолога, росла известность Сергея Петровича, и вскоре он стал ведущим в Харькове специалистом в этой области. Обширные знания физики и техники рентгеновских лучей в сочетании с опытом в клинической медицине дали С.П. Григорьеву возможность серьезно заняться клинико-анатомическими исследованиями и экспериментами. Об этом вспоминает известный харьковский врач А.Н. Масловский, который пишет: «Наделенный исключительными техническими способностями, он самостоятельно сконструировал специальный штатив и стол для исследований, не говоря о целом ряде остроумных усовершенствований, которые он добавил к отдельным частям рентгенологического оборудования» [4, с. 6].

С.П. Григорьев много трудился в терапии и хирургии, он постоянно присутствовал на операциях исследуемых им больных, изучал обширную медицинскую литературу. Все это в сочетании с особой чувствительностью сетчатки его глаз, позволявшей ему, по утверждению современников, видеть движение камня в почечной лоханке, где остальные замечали лишь тень от него, позволило ему достичь крупных успехов в научно-исследовательских работах по клинической рентгенологии. О достигнутом он информировал медицинскую общественность на трех российских съездах: двух – хирургов и одном – терапевтов. В 1911 г. он доложил терапевтам о рентгенологическом методе исследования червеобразного отростка. В этой области рентгенологии, считавшейся одной из наиболее трудных, он был первопроходцем и достиг необычайных результатов. В 1912 г., на XII съезде российских хирургов, он ознакомил собравшихся с рентгенологическим методом исследования почек, причем делал это на специально сконструированном им столе. Обобщением результатов его работы стал доклад «Общий принцип методики рентгенологических исследований», который С.П. Григорьев сделал в 1913 г. на XIII хирургическом съезде. В докладе были приведены конкретные случаи, когда больные иногда из-за отрицательных данных рентгенограмм в течение ряда лет оставались с сомнительным диагнозом о наличии патологии со стороны позвоночника. И лишь рентгеноскопия позволила правильно установить поражение тел отдельных позвонков и диагностировать заболевание [2, с. 106].

Эти выступления сделали имя С.П. Григорьева известным всему миру, а рентгеновские снимки его вызвали искреннее восхищение у всех, знакомившихся с ними. В музее истории ХНМУ экспонируется рентгеновский снимок больного, сделанный Сергеем Петровичем в 1916 г., на обратной стороне которого рукой еще одного хорошо известного в Харькове врача – ортопеда М.Г. Зеленина сделана надпись: «Грабовский Боря. Отличный снимок доктора С.П. Григорьева»

Сергей Петрович мечтал о том, чтобы создать свой атлас по рентгенологии, подбирал материал. Его богатая коллекция исключительных по красоте снимков должна была превратиться в прекрасный атлас, но 1-ая Мировая война помешала осуществить эту мечту. Упомянувшийся уже нами врач А.Н. Масловский пишет, что «...за время войны ему пришлось выполнить колоссальный труд по исследованию наиболее запутанных случаев, с которыми к нему обращались из всех лазаретов» [4, с. 6].

Как утверждают современники, наиболее полно талант С.П. Григорьева и как исследователя, и как организатора народного здравоохранения раскрылся после Октябрьской революции. Ему оставалось жить всего 3 года, но что это было за время! Незаконченная мировая война, революция, порожденные ими голод, бандитизм, эпидемии. С 1917 по 1919 год власть в городе менялась 13 раз. А Сергей Петрович продолжал работать. Он прекрасно понимал необходимость создания в Украине научного учреждения, которое положило бы начало плановой организации рентгенологии в стране, подготовки молодых кадров рентгенологов. По его предложению и под его руководством в составе аппарата Народного комиссариата здравоохранения Украины был создан рентгеновский отдел. Вскоре он разработал и представил на рассмотрение комиссариата проект организации Рентген-Академии, не имеющий себе равных не только в бывшей России, но и в Европе. В задачи Академии входила разработка вопросов экспертной и клинической онкологии, медицинских и физикотехнических проблем рентгенологии и радиологии, подготовка специалистов и др. Этот проект 20 июля 1920 г. был утвержден Советом Народных Комиссаров УССР. Первым директором Рентген-Академии был назначен С.П. Григорьев.

Однако увидеть свою мечту воплощенной в действительность Сергею Петровичу не пришлось: неожиданно он заболел брюшным тифом, и 25 октября 1920 г. его не стало. Всю свою жизнь он отдал науке и в предсмертном бреду говорил о своем детище – Рентген-Академии [2, с.130]. Беспокоился он также о младшей сестре Вере, которая с его смертью оставалась без средств к существованию. Он умер от тифа, но, как утверждают лечившие его врачи, здоровый 45-летний мужчина мог бы справиться с болезнью, не будь его организм истощен постоянным и длительным воздействием рентгеновских лучей. В те годы уже знали их целительную силу, но вред, который они наносили врачу и больному, не был изучен в полной мере. И это всегда волновало Сергея Петровича, который на себе испытывал их губительное свойство. Дело в том, что первый удар лучей в работе принимала его левая рука, на которой он проверял их экспозицию перед тем, как сделать снимок. И лишь убедившись в том, что снимок получается качественным, он приглашал больного. И уже за несколько лет до смерти С.П. Григорьев боролся с рентгенокарциномой, поразившей его левую руку, теряя один палец за другим. «Действительно, как говорил А.Н. Масловский, можно было сказать, что каждый снимок стоил ему кусочка тела...» [4, с. 6].

Нельзя без волнения читать редакционную статью журнала «Врачебное дело» от октября 1920 г., посвященную памяти С.П. Григорьева, в которой есть такие слова: «...Человек, безумно влюбленный в свою науку, с каким-то религиозным энтузиазмом отдавший ей всю энергию, все душевные силы, все умственное напряжение, принесший, наконец, в жертву науке свое тело, с каждым годом рентгеновскими лучами все более и более пожираемое, – человек этот, несомненно, должен быть причислен к лику сподвижников науки... Даже после смерти он завещал свое тело той же науке, во имя которой всегда жил» [5, с. IV]. Ему важно было, чтобы его тело после смерти изучили «как редкий уникам» с точки зрения изменений, происшедших в нем «от длительного воздействия рентгеновских лучей». На вскрытии обнаружены были зна-

чительная атрофия лимфатического аппарата и ряда эндокринных желез, изменения сосудов мозга, рецидивные явления ракового процесса на кистях рук.

В 1936 г. в Германии в маленьком городке Гамбург-Эпендорф в госпитале Альберта Шенберга был воздвигнут монумент с надписью: «Памятник посвящается рентгенологам и радиологам всех наций, пожертвовавших своей жизнью в борьбе против болезней ближних...» [1, с. 172]. А на гранях камня – печальный перечень со 169-ю фамилиями тех, кто скончался от облучения. На одной из плит – имя харьковчанина доктора Сергея Петровича Григорьева, пожертвовавшего своей жизнью ради жизни других. Зная С.П. Григорьева лично, Д.З. Мануильский назвал его «мучеником науки, спасителем человечества и гордостью России».

#### *Использованная литература*

1. Катрунова Н. Жизнь и смерть во имя науки. Неизвестный Харьков. Х. – 2006. – С. 172–174.
2. Лемберг А.А. Сергей Петрович Григорьев (К 50-летию со дня смерти // Вестник рентгенологии и радиологии. 1971. – № 1. – С. 106–107.
3. Немировська Н. З пожовклих сторінок «Справи...» // Медична газета, 2008, № 24. – С. 6–7.
4. Русанов К.В. Х-лучи в Украине: первые шаги // Новости медицины и фармации. 2007. – № 17. – С. 29–30.
5. Сергей Петрович Григорьев // Врачебное дело. – 1920. – № 12–20. – С. IV.

## **ВНЕДРЕНИЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В УКРАИНЕ**

*Подпрядова А.А., Дебеля И.С., Турбар Д.С.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

Медицинское страхование является одним из самых оптимальных способов улучшения жизни общества, но недофинансирование медицинской сферы в Украине обуславливает её низкое развитие.

Современное состояние охраны здоровья не позволяет в полной мере обеспечить право граждан на медицинскую помощь на уровне, который предусмотрен международными стандартами и законодательством Украины. Нуждается в изменении существующая система финансирования заведений охраны здоровья – переход на принципы финансирования стоимости конкретной медицинской услуги, предоставленной конкретному гражданину.

Во избежание возможных проблем при внедрении медицинского страхования, важным вопросом остается согласование политики, направленной на разработку единой стратегии, касающейся внедрения медицинского страхования. Государство должно обеспечить наличие соответствующего законодательства, которое бы защищало интересы всех субъектов рынка медицинского страхования. Государство должно разработать систему подготовки соответствующих специалистов, запланировать в бюджете расходы на повышение зарплаты медикам. Страховые компании в свою очередь могут приложить усилия в информировании населения о медицинском страховании.

Одним из лучших вариантов для нашего государства будет законопроект создания трехуровневой модели страхования.



Первый уровень – система общеобязательного медицинского страхования, в основе которой лежит солидарность, пособие и осуществление страховых платежей за счет средств Фонда общеобязательного медицинского страхования [1].

Второй уровень – накопительная система общеобязательного медицинского страхования, в основе которой лежит накопление средств застрахованных личностей в Накопительном страховом фонде и финансирование расходов для оплаты договоров пожизненного медицинского страхования и страховых расходов человеку после достижения им пенсионного возраста [1].

Третий уровень – система негосударственного медицинского страхования, в основе которой участие граждан [1].

В соответствии с главными положениями внедрение общеобязательного государственного медицинского страхования приведет к изменению условий финансирования медицинских заведений в этой сфере, то есть их средства будут переведены после предоставления медицинских услуг определенного объема. Это должно быть предусмотрено условиями договора, заключенных между Фондом и конкретными заведениями охраны здоровья [2].

Компенсация затрат граждан, обусловленных оплатой медицинской помощи, и других расходов, связанных с поддержанием оптимального уровня состояния здоровья, включает в себя [2]:

- посещение врачей и амбулаторное лечение;
- приобретение медикаментов;
- лечение в стационаре;
- получение стоматологической помощи, зубное протезирование;
- проведение профилактических и оздоровительных мероприятий;
- право выбора медицинских заведений и врачей для обслуживания;
- улучшение условий пребывания в стационарах, санаториях и профилакториях;
- предоставление спортивно-оздоровительных услуг;
- продолжение длительности послелечебного патронажа;
- уход за пациентом в домашних условиях;
- диагностика, лечение и реабилитация заболеваний;
- развитие системы семейного врача.

Для осуществления эффективной реформы системы охраны здоровья необходимо единство политической воли и понимание цели и путей реформирования как органов центральной законодательной и исполнительной власти, так и органов местного самоуправления. Чтобы обеспечить поддержание реформы обществом необходимо повышать уровень гражданской осведомленности.

Первым шагом в реформе есть необходимость создания на уровне городов и центров первичной медицинской помощи с полным административным, финансовым и функциональным разграничением их деятельности от вторичного уровня. Усовершенствование системы первичной медико-санитарной помощи и ее развитие на условиях семейной медицины, в первую очередь, обеспечение доступа населения не только городов, но и сел квалифицированной и современной медицинской помощью, а также концентрация внимания на мерах профилактики болезней на уровне профилактики врача.

Существующая система государственных трансферов до уровня села и города не позволяет обеспечить качественную медицинскую помощь на всех уровнях вследствие нерационального использования ресурсов. Поэтому необходимо осуществить консолидацию средств на уровне районных бюджетов и бюджетов городов областного подчинения.

К основным преимуществам внедрения обязательного медицинского страхования следует отнести целевой характер, независимость средств от государства, в том числе от других государственных средств. Но существуют все же и недостатки, в том числе и возможность уклонения плательщиков от их обязанностей, зависимость от темпов экономического развития, необходимость создания соответствующих контролирующих органов, недостаточная экономическая база. Вместе со всеми проблемами Украина имеет много возможностей и перспектив для развития медицинского страхования [3].

Выводы: изучая условия внедрения обязательного медицинского страхования на территории нашего государства можно сделать выводы, что для осуществления поставленных задач в Украине необходимо создание благоприятных для этого условий. Это даст возможность потребителям такого вида страхования ознакомиться с перечнем данных услуг, а государству, в свою очередь, направить привлеченные средства на удовлетворение потребностей именно медицинской сферы, сформулировать четкое законодательство, которое будет контролировать данную деятельность.

#### *Использованная литература*

1. Базилевич В.Д. Страхование: Учебник – К.: Знання-Прес, 2008. – 1019 с.
2. Самойловський А.Л. Аналіз розвитку страхування в Україні: етапи еволюційних змін// Формування ринкових відносин в Україні. – 2010. – № 6. – С. 146–148.
3. Министерство охраны здоровья [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre\\_20090521\\_1.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20090521_1.html).

## **СТРАХОВАНИЕ В УКРАИНЕ**

*Подпрядова А.А., Лисицкая Н.А.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

Проблема медицинского страхования является наиболее актуальной в современной Украине. Реформирование системы здравоохранения невозможно без всесторонних изменений и нововведений. Медицинское страхование позволяет превратить Украину в современное европейское государство.

Основной целью исследования является продемонстрировать положительное и отрицательное воздействие медицинского страхования на систему здравоохранения Украины. Показать, что реформирование Украины и в частности системы медицинской помощи населению невозможно без медицинской страховки.

Основными задачами работы было выделение основных положительных и отрицательных стороны влияния медицинского страхования на систему здравоохранения Украины.

Доказать, что реформирование системы невозможно без нововведений и тесно взаимосвязано с медицинской страховкой.

Показать, что изменения в системе здравоохранения, ядром которых является введение медицинского страхования, приведут к улучшению качества медицинской помощи, улучшению здоровья населения и превратят Украину в европейское государство.

Основными плюсами медицинского страхования является финансовая составляющая. Медицинская страховка гарантирует сокращение затрат на лечение больше чем в 10 раз. Страховой полис медицинского страхования обойдется украинцу в 500 грн. на год и в случае расходов на лечение вернет до 6,5 тыс. грн. компенсации за медикаменты для амбулаторного и стационарного лечения и за оплату инструментальной и лабораторной диагностики. Доступность медицинской страховки является неотъемлемой составляющей. Весьма простая система оформления документов.

Система страхования используется во всех развитых странах мира.

Минусы системы медицинского страхования является то что полис, возмещающий расходы на медикаменты, стационарное лечение и лабораторные исследования срабатывает только при медикаментозном лечении, назначенном врачом. Кроме этого, застрахованный может воспользоваться тысячей гривен для возмещения стоимости медикаментов, или расходных материалов, используемых для стационарного лечения. Затраты на некоторые дорогостоящие медикаменты полисом могут не покрываться. Медицинская страховка не покрывает лечение в частных клиниках. В Украине существует ограниченное количество страховых компаний, предоставляющих данный вид страхования.

Существующая система здравоохранения не в состоянии обеспечить квалифицированную, доступную и оптимальную в ценовом отношении медицинскую помощь населению, что отражается в увеличении смертности и снижении рождаемости, ухудшению здоровья населения, увеличение хронической патологии.

В европейских странах система медицинского страхования существует на протяжении десятилетий и продемонстрировала свою высокую эффективность и доступность.

Украина как будущий член европейского союза обязана подчиняться правилам, по которым существуют развитые страны мира. По этой причине система здравоохранения Украины обязана принять стандарты качества предоставления медицинских услуг, существующие в европейском союзе. Система медицинского страхования обладает огромным количеством плюсов, что уменьшает ее минусы и предоставляет системе здравоохранения Украины возможность к реформированию и развитию.

## **СУЧАСНИЙ РОЗВИТОК СОЦІАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ**

*Подпрядова А.А., Малько А.А.*

*Харківський національний медичний університет*

Конституція України (ст. 49) проголошує право кожного на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Проте, в силу різноманітних факторів (недостатнє фінансування, недосконалість законодавства, непослідовна

соціально-економічна політика тощо) відбувається погіршення стану медичної системи в країні та створюється загроза для реалізації конституційного права людини на отримання медичної допомоги в нашій державі. Тому в Україні на-зріла гостра необхідність у модернізації існуючої системи охорони здоров'я. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я на період 2015–2020 рр. створює основу для критичної оцінки існуючих регуляторних механізмів та розробки нових планів розвитку цієї системи. Відповідно до вказаної Національної стратегії базовими принципами усіх секторів охорони здоров'я повинні бути: – вивчення потреб людей; пошук нових організаційних форм медичної допомоги населенню; налагодження відносин між різними учасниками системи охорони здоров'я (управлінцями, постачальниками, покупцями послуг тощо); дослідження результативності допомоги та профілактичних програм; аналіз інформації про якість надання послуг.

На нашу думку, саме така наукова дисципліна як соціальна медицина є ефективним інструментарієм реалізації положень Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я на період 2015–2020 рр. Значний внесок у становлення і розвиток соціальної медицини зробили такі українські вчені, як В.А. Огнєв, Н.О. Галічева, В.Ф. Москаленко та ін. Разом з тим, виникає нагальна потреба осмислення нової ролі та місця соціальної медицини в житті українського суспільства.

Інформативною основою Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я на період 2015–2020 рр. став аналіз основних статистичних показників по охороні здоров'я регіонів України та Європейських держав (ВООЗ «Здоров'я для всіх»), який щорічно готує ДЗ «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України». Наприклад, за даними статистичних показників цих баз основними причинами смертності в Україні є неінфекційні захворювання, зокрема серцево-судинні, онкологічні, обміну речовин. Ці статистичні дані підтверджують факт незахищеності українців від таких факторів ризику, як: куріння, надмірне вживання алкоголю, нездорове харчування, забруднення навколишнього середовища, брак фізичної активності тощо. Опрацювання зазначених статистичних показників сприяла визначенню однієї із основних соціальних цінностей оновленої системи охорони здоров'я – покращення якості життя українців.

Обробка статистичних даних про витрати державного бюджету на заклади охорони здоров'я засвідчила факт їх переважного витрачання на заробітну плату (71–74 %). Вивчення цих статистичних показників призвело до формування такого принципу Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я, як ефективного використання обмежених ресурсів, який передбачає спрямування державних коштів на охорону здоров'я винятково на благо громадян.

Таким чином, сучасними завданнями соціальної медицини є: поглиблене вивчення стану здоров'я населення; всебічне дослідження динаміки показників здоров'я населення країни в цілому, а також на регіональному та локальному рівнях; подальше опрацювання напрямків довгострокових і короткострокових програм оздоровлення населення; детальний аналіз діяльності закладів охорони здоров'я; розробка інноваційних планів розвитку системи охорони здоров'я, спрямованих на покращення здоров'я та самопочуття українців.

# **THE ROLE OF THE MINISTRY OF HEALTH AT THE INITIAL STAGE OF DEVELOPING A NATIONAL STRATEGY FOR THE PREVENTION OF OBESITY**

*Pomogaybo E.G., Ganshin N.Y.*

*Kharkov National Medical University.*

Overweight and obesity – a serious public health problem in the WHO European Region. From overweight are suffering 30–80 % of adults in the WHO European Region About 20 % of children and adolescents are overweight, of which one third of obesity occurs. The prevalence of obesity is rapidly increasing and, according to forecasts, by 2010 obesity will suffer 150 million adults and 15 million children. A particularly worrying trend is the prevalence of obesity among children and adolescents. The annual growth rate of childhood obesity prevalence is increasing, and today it is 10 times higher than in the 1970s. This trend reinforces the obesity epidemic in adults and creates a growing threat to the health of the next generation. In most countries, responsibility for determining eating habits, physical activity, overweight and obesity among different population groups is at the Ministry of Health and its main departments. In order to ensure broad public awareness of the health, social and economic consequences of obesity, as well as find out who is responsible for public health, it is necessary to analyze the national and international evidence. To create a reliable national evidence base and formulate convincing arguments Ministry of Health and its affiliated companies must first give a description of the current prevalence of cases of overweight and obesity, and an assessment of eating habits and physical activity, as the entire population, and its subgroups, differing in age, gender, socioeconomic status and place of residence in a particular geographical area and to prepare plans for the future of the overweight monitoring system, obesity, eating habits and physical activity.

Next, is necessary to put the national objectives in relation to eating habits and physical activity, based on the recommendations for a healthy diet [1–3], national studies eating habits and physical activity, setting out a number of tasks requiring the most urgent attention, such as increased consumption of fruits and vegetables double or halve the consumption of sweets, soft drinks, cakes, cookies, ice cream and similar foods, to identify the main national determinants of food consumption and physical activity, such as food supply, the role of the retail trade, changes in processed foods, transport, board for the entrance to the sports facilities, placement of activities and attractions. It is necessary to identify and evaluate groups and sectors that can have an impact on the factors that determine dietary habits and physical activity. Collect and analyze information on the current national policy, its strategies and objectives, and consider how it can be linked to policy measures to address such issues as health inequalities, public health reform, school infrastructure, recreation youth and advertising of foodstuffs. Create a list of possible persons responsible for the implementation of the strategy, and ways to solve problems, to include the assessment of the cost of proposed activities, analysis of the state of the national health and national determinants of food consumption and physical activity. Formulate a comprehensive goal throughout society, which could be apply to all sectors – for example, to achieve such a level of social organization in which all groups in the simplest option would be a choice in favor of a healthier lifestyle.

Formulate a goal, which would have the formation of eating habits and physical activity promoted; for example, provide access to the food so that fruits were easier to choose than the cake; and. To present the national government, this comprehensive document, with reference to the European Charter on Counteracting Obesity [4–5]. To do this, the first step required competence and experience in the ministry health and / or its partners.

**Conclusions:** In most countries it is the Ministry of Health has the responsibility and expertise necessary data to initiate the process of the fight against obesity, to draw public attention to the seriousness of the problem, provide information about its importance, to formulate the problem in relation to nutrition and physical activity. However, only one ministry does not have the mandate to develop the measures to implement others. Measures to combat obesity should also be carried out by other ministries: agriculture, trade and economy, education, media and communications, finance and transportation. To apply a multidisciplinary approach, which was proposed in the WHO Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health, it is necessary to develop measures based on the activities of each of the relevant ministries. Various sectors must contribute to the analysis of the problem and to feel responsibility for its decision. Otherwise, the policy will not be turned into real action. Thus health ministers face the problem of how to bring this issue beyond their ministries to achieve the government recognition of its priority.

#### *References*

1. WHO Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health [web site]. Geneva, World Health Organization, 2007
2. European Charter on Counteracting Obesity. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006.
3. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of the joint WHO/FAO expert consultation. Geneva, World Health Organization, 2003 (WHO Technical Report Series No.916)
4. Eurodiet Core report. Nutrition and diet for a healthy lifestyle in Europe: science and policy implications. Public Health Nutrition, 2001, 4: 265–274.
5. Nordic nutrition recommendations – Integrating nutrition and physical activity, 4th ed. Copenhagen, Nordic Council of Ministers, 2004 (Nord 2004:13).

## **IMPACT OF FOOD PRODUCTS MARKETING ON THE DEVELOPMENT OF OBESITY IN CHILDREN AND TEENAGERS**

*Pomogaybo E.G., Ganshin N.Y., Homich M.S.*

*Kharkov National Medical University.*

Children are vulnerable to the effects of commercial marketing of food products. This impact includes a wide range of techniques beyond TV advertising, and can escape from parental control. As for adults, and children healthy lifestyle choices depend on a number of external factors, including price, availability of food and sufficient information about them, as well as personal preferences and cultural values of the people. Food marketing in their turn can affect these factors.

In a survey conducted by the US Institute of Medicine [1], revealed strong evidence of the link between television advertising and obesity in children 2–11 years and adolescents 12–18 years. Promotion of food products, the ability to undermine

the healthy food choices – such as energy-dense, nutrient-poor food products sweetened beverages is a significant threat to the choice of healthy lifestyles and the emergence of excessive body weight. Thus, when analyzing the factors that affect nutrition of adolescents, focusing on marketing, is focused on children. Since it can be argued that adults are competent enough to make decisions for the benefit of a healthy lifestyle in those cases where there is a possibility of such a choice, and have the potential to resist the marketing, if it can affect their health; however, children, supposedly possess neither a professional nor such potential. Promotion of food products aimed at children, is carried out in many ways and in different conditions. Parents are among the first from whom comes about food, and it retains its value throughout the period of childhood. The information provided in schools is also important and has cultural significance, since in fact discouraged workers and management of schools and education authorities. As the expanding social contacts they acquire children and friends and enter into a relationship of group loyalty, all become more influential information received from peers. Some European countries have taken initiatives to combat obesity and promote healthy eating and physical activity, but only a few of them directly addresses the issue of marketing Today, the use of advertising techniques for the benefit of society (social marketing) is a growing interest in connection with the publication data that such approaches can successfully promote increased consumption of fruit and vegetables by schoolchildren [2–3]. According to the most general definition, social marketing provides information related to health, using traditional methods of advertising. It is aimed at the general population or targeted risk groups, based on the assumption that the call will convince its recipients to change their lifestyle and make healthier choices.

**Conclusions:** Educating children, allowing them to become well-informed, critically-minded consumers is an important educational goal for families, schools, and health care workers. Children are particularly prone to the effects of advertising, offering them to consume attractive products. The competent authorities should be closely monitored advertisements on food products and, where possible, to prohibit messages aimed at children. Advertisements must not mislead as to the potential benefits to be derived from the product ion of consumption should not harm the role of parents and other appropriate adult role models as a valuable source of nutrition guidance.

### *References*

1. McGinnis JM et al., eds. Food marketing to children and youth: threat or opportunity? Washington, DC, National Academies Press, 2006.
2. Obesity in childhood: report of an expert committee. Kobe, Japan, June 2005. Geneva, World Health Organization (in press).
3. World Health Assembly resolution WHA57.17 on the Global strategy on diet, physical activity and health. Geneva, World Health Organization, 2004 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA57/A57\\_R17-en.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-en.pdf), accessed 20 April 2007).

## MICROENVIRONMENTAL DETERMINANTS OF THE DIET

*Pomogaybo E.G., Homich M.S.*

*Kharkov National Medical University*

Microenvironment – a condition in which a group of people are going for a particular purpose, often including food reception, physical activity, or both. The main types of micro-environment that affects the adolescent diet food can be considered family and school. The aim of our work is to identify and discuss the influence of the microenvironment in the development of obesity. The impact of the home environment is critical to the development of eating habits. Unhealthy habits are an important factor in the development of obesity in children [1–4]. Since it is the parents provide an environment in which children get the necessary experience with regard to food and eating, they greatly influenced the practice of feeding their children [5, 6]. Dietary practices, contributing to the development of obesity, may affect the child directly through the types of food available, and offered the child, and indirectly, through other environmental factors that form the basis for the choice of food; to them, in particular, the family structure, socio-economic status of parents and the family as a whole, the level of parents' education, as well as body weight, attitudes and food preferences of parents [1–4, 6]. In Europe and the United States are overweight, and obesity are more common among people with low socio-economic status [7]. In countries with economies in transition, obesity is more common in affluent families [8]. Food choices and the nature of their use in different families with different levels of education. According to the results of our study showed that 67.0 % of parents of children who according to medical examination it was found obesity and overweight have responded that their family does not have a well-defined diet and only 30 % said that the food taken 3–4 times a day in the same time. The results of the survey of parents showed that 65 % of families due to lack of time sometimes eat canned and semi-finished products, 63 % said that almost every day, eat meat or sausage, and less than half of respondents said that the fish is sometimes present in the diet. Analysis of the survey data and outpatient children's card showed that 49 % of children had a place a family disposition to excessive weight gain – 43 % of one of the parents was overweight or obese, 6 % of children of both parents were overweight or obese. 55 % of parents said that sometimes they encourage their child good food for good behavior or good grades, while only 30% indicated that their child always listens, if he is prohibited to eat foods that are, in their view, are harmful to health. Another very important microenvironment that affect the diet of adolescents is the school, as it was in the schools are the ideal conditions for the organization of healthy nutrition and proper health education and, in turn, unbalanced nutritionally school meal contributes to the development of unhealthy eating habits, creating conditions for the development of obesity in many students. The most negative impact on the eating habits of children and adolescents and the risk of obesity in them due to the presence in the school environment unhealthy "competing" food that is sold through cafeterias, vending machines, school canteens and kiosks or à la carte dishes [9, 10]. The role of consumption of drinks with high sugar content in the development of obesity is also worthy of special consideration [11], as well as the consumption of these beverages is widespread among children and adolescents, and soft drinks – the bestselling items in school vending machines. In the analysis of the personal data of adolescents who have been identified obesity and overweight it has been found that between the main meals they ate



at a decreasing degree: chocolate, candy, chips, fruit, etc. In this case, mostly children prefer to quench their thirst with sweet drinks (juices, sweet carbonated water, teas), less conventional water and compotes. Despite the fact that schools provide an ideal environment for sanitation education in the field of nutrition on education programs still do not bring positive and lasting results in the prevention of childhood obesity in the United States and many European countries, possibly due to the fact that the implemented intense enough [12].

**Conclusions:** Children from families with low education and low socio-economic status hold less healthy diet than children from more educated families with higher status. In families where parents strictly control the feeding of children, the younger generation is less capacity to regulate their eating habits. To buy healthier food skills important part of family meals and congenial atmosphere during the meal. The school can influence the food rations of children, organizing their power by controlling the availability of certain foods and drinks and implementing health education in the field of nutrition.

### *References*

1. Caliendo MA, Sanjur D. The dietary status of preschool children: an ecological approach. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 1978, 10:69–72.
2. Fisher JO, Birch LL. Fat preferences and fat consumption of 3- to 5-year old children are related to parental adiposity. *Journal of the American Dietetic Association*, 1995, 95:759–764.
3. Strauss RS, Knight J. Influence of the home environment on the development of obesity in children. *Pediatrics*, 1999, 103:85–92.
4. Birch LL, Davison KK. Family environmental factors influencing the developing behavioral controls of food intake and childhood overweight. *Pediatric Clinics of North America*, 2001, 48:893–907.
5. Golan M, Crow S. Targeting parents exclusively in the treatment of childhood obesity: long-term results. *Obesity Research*, 2004, 12:357–361.
6. Nicklas TA et al. Family and child-care provider influences on preschool children's fruit, juice, and vegetable consumption. *Nutrition Reviews*, 2001, 59:224–235.
7. Parsons TJ et al. Childhood predictors of adult obesity: a systematic review. *International Journal of Obesity*, 1999, 23(Suppl. 8): S1–S107.
8. Bouchard C. Genetics of obesity in humans: current issues. In: Chardwick DJ, Cardew GC, eds. *The origins and consequences of obesity*. Chichester, Wiley, 1996:108–117 (CIBA Foundation Symposium 201).
9. School Nutrition Dietary Assessment Study. II. Summary of findings. Alexandria, VA, Food and Nutrition Service, US Department of Agriculture, 2001.
10. Young I et al. Healthy eating at school: a European forum. *Nutrition Bulletin*, 2005, 30:85–93.
11. Harnack L et al. Soft drink consumption among US children and adolescents: nutritional consequences. *Journal of the American Dietetic Association*, 1999, 99:436–441.
12. Position of the American Dietetic Association, Society for Nutrition Education and American School Food Service Association. Nutrition services: an essential component of comprehensive school health programs. *Journal of the American Dietetic Association*, 2003, 103:505–514.

# MAJOR FACTORS TO BE CONSIDERED IN THE DEVELOPMENT OF PREVENTION OVERWEIGHT AND OBESITY AMONG CHILDREN AND ADOLESCENTS IN VARIOUS COUNTRIES

*Pomogaybo E.G., Ruskova E.V.*

*Kharkov National Medical University.*

Obesity in children and adolescents is one of the urgent problems of modern health care. In almost all regions of the world the number of sick children is growing steadily and is doubled in thirty years. Currently in developed countries and 25 % of adolescents is overweight, and 15 % were obese. Obesity causes a number of concomitant diseases, treatment of which is expensive. Therefore, the main task is prevention. In the implementation of the prevention of overweight among adolescents must take into account that it should be carried out:

- in various target groups;
- in a variety of conditions, such as work, school, the commercial sector, the health sector;
- using a variety of approaches, such as health education, community development or use of the media, environmental change, policies or infrastructure.

Thus, you need to answer three basic questions: who, where and how it should carry out prevention of overweight among children.

According to the model specified in the Global Strategy of WHO on Diet, Physical Activity and Health [1], the target groups can be distinguished on the basis of stages of the life cycle: it begins with the mother's health and nutrition in the prenatal period, and further includes the outcome of the pregnancy, feeding baby, children preschool and school age, adolescents, adults. These groups, in turn, divided into subgroups by gender, socio-economic, racial, ethnic origin, income level; all affect the nature of the approaches used and their scope of prevention [2–3]. His role in improving the diets and patterns of physical activity can play in every: health professionals, schools, employers, farmers, food manufacturers, retail, catering, media, local and central authorities, and, of course, consumers. For interventions to enhance the health of children and adolescents there are two main uses: health services: family doctors, specialists specialized clinics, field health workers, as well as schools and social institutions (for health education and for the practical interventions); Medical workers occupy a key position and can influence both their patients and to a wider audience. Schools and social facilities such as nurseries, kindergartens, provide valuable opportunities to influence people's habits in catering. While most attempts to introduce programs to prevent obesity initiatives carried out on the basis of schools, nurseries and pre-schools also provide opportunities for early intervention in children by allowing affect both themselves and their families through the introduction of positive behavior habits.

Interventions carried out by the commercial sector, so far have not been well studied. However, information on the effectiveness of their impact on the behavior and choice of products can be obtained in large companies, and manufacturers and retailers, both large and small, can support strategies to promote health by changing products, prices, products, marketing and labeling [4]. The role of the catering sector is also high, given the tendency to food intake outside the home. Construction of

bicycle and hiking trails, sports facilities and places for leisure activities can contribute to reducing the prevalence of obesity. Approaches to Intervention – are methods (or channels) used for change in the target groups or different conditions of use. In Examples media, text, training, consulting, creation of partnerships, local projects, community development and advocacy [5].

**Conclusions:** Public health strategies for the prevention of obesity should aim to cover all levels – individual, community, and political – through work in different target groups such as children, adolescents, pregnant women and people with low incomes, in different environments: family, school, as well as in the commercial sector and health care.

#### *References*

1. US Department of Health and Human Services. The Surgeon General's call to action to prevent and decrease overweight and obesity. Rockville, MD, United States Department of Health and Human Services, 2001.

2. Damon S et al. PRESTO – prevention study of obesity: a project to prevent obesity during childhood and adolescence. *Acta Paediatrica*, 2005, 94(Suppl. 448):47–48.

3. Knai C. Evidence briefing for the WHO/EURO obesity task force: evidence on the effectiveness of interventions and policies to prevent and control obesity. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005.

4. Swinburn B et al. Obesity prevention: a proposed framework for translating evidence into action. *Obesity Reviews*, 2005, 6: 23–33.

5. Lobstein T. Comment: preventing child obesity – An art and a science. *Obesity Reviews*, 2006, 7(Suppl. 1): 1–5.

### **М.Г. ГУРЕВИЧ І ЖУРНАЛ «ПРОФІЛАКТИЧНА МЕДИЦИНА»**

*Робак І.Ю., Демочко Г.Л.*

*Харківський національний медичний університет*

Історичне дослідження такого наукового періодичного видання, яким був журнал «Профилактическая медицина» («Профілактична медицина») (1922–1937), має досить актуальне значення тому, що воно півтора десятиріччя свого безперервного існування давало на своїх сторінках слово провідним українським медикам. Журнал став трибуною тогочасних соціальних гігієністів і рупором Народного комісаріату охорони здоров'я УСРР. Тим самим, дане видання є цінним, а у багатьох випадках незамінним джерелом з історії української медицини взагалі та історії становлення радянської системи охорони здоров'я в Україні зокрема.

Заснування часопису «Профилактическая медицина» 1922 р. було законним явищем. Українська революція 1917–1921 рр. закінчилася остаточною перемогою більшовиків. Вони оголосили курс на соціалістичну перебудову суспільства. Відповідно створювалася й нова система охорони здоров'я. В історії вона одержала назву «семашкінської» за ім'ям її автора – першого більшовицького комісара охорони здоров'я М.О. Семашка. Одним з основних принципів «семашкінської системи» була її профілактична спрямованість. Радянська Україна вслід за Росією приступила до втілення в життя семашкінського проекту. І природно відчула потребу в нових наукових медичних триваючих друкованих органах.

Рупором профілактичної медицини в УСРР став часопис з однойменною назвою. 10 серпня 1922 р. в Харкові вийшов його перший номер [1].

З 1924 р. окремі відділи та рубрики часопису редагували не тільки члени редколегії, а й інші вчені та організатори охорони здоров'я, яких залучала редакція. Так, рубрику соціальної гігієни став редагувати нарком охорони здоров'я УСРР професор М.Г. Гуревич. Разом з Д.І. Єфімовим, О.М. Марзєєвим та С.І. Канторовичем М.Г. Гуревич організував і взяв активну участь у дискусії щодо шляхів розвитку санітарної організації і всієї нової системи охорони здоров'я взагалі. Низка його наукових праць надрукована саме в 1923–1924 рр. у журналі «Профилактическая медицина» («О реформе медицинского образования», «Вопросы здравоохранения в пролетарском парламенте», «О медико-санитарной работе на селе» та ін.) [2, с. 111; 3, с. 76; 4, с. 119]. Пізніше М.Г. Гуревича перевели до Москви, де 1937 року заарештували та незабаром стратили [5, с. 135].

Того ж року, в самісінький розпал політичних репресій, закрили й часопис «Профілактична медицина». Більшість його співробітників виявилася «ворогами народу». З «батьків» нової української радянської охорони здоров'я, крім М.Г. Гуревича розстріляні були М.І. Баранов, Д.І. Єфімов, померли в ув'язненні С.І. Златогоров, С.І. Канторович і С.В. Коршун, відбув термін покарання Е.М. Каган [6, с. 251].

Отже, історія часопису «Профилактическая медицина» («Профілактична медицина») (1922–1937) – це типова історія первістків радянської медичної періодики: від сміливих планів і райдужних сподівань створення найпередовішої в світі системи охорони здоров'я, через гострі дискусії та пошук шляхів розвитку, до жорсткої політичної цензури, закриття і репресій активу.

#### *Використана література*

1. Профілактична медицина: щоміс. журн.: орган НКОЗУ та Укр. вченої мед. ради. – Київ: Держмедвидав, 1922–1937. – Назва: 1922–1929 № 2 Профилактическая медицина; 1929 № 3/4 – 1937 Профілактична медицина. – Місце вид.: 1922–1935 Харків (1935 на обкл. № 4–12 Київ – Харків).

2. Гуревич, М.Г. О реформе медицинского образования / М.Г. Гуревич // Профілактична медицина. – 1923. – № 1–2. – С. 111.

3. Гуревич, М.Г. Вопросы здравоохранения в пролетарском парламенте / М.Г. Гуревич // Профілактична медицина. – 1924. – № 3–4. – С. 76–79.

4. Гуревич, М.Г. О медико-санитарной работе на селе / М.Г. Гуревич // Профилактическая медицина. – 1923. – № 7–8. – С. 119–151.

5. Циганенко, А.Я. Гуревич Мусій (Мойсей) Григорович / А.Я. Циганенко // Вчені університету / Харк. держ. мед. ун-т; за ред. А.Я. Циганенка. – Х., 2002. – С. 135.

6. Робак Ігор. Цінне джерело з історії української медицини та охорони здоров'я радянських часів / Ігор Робак, Ганна Демочко // Medycyna Nowożytna. Studia nad Kulturą Medyczną. – Tom 21. – Zeszyt 2 (2015). – P. 241–252.

# **СОЦІАЛЬНО-МЕДИЧНІ АСПЕКТИ ТА ТЕНДЕНЦІЇ ПОШИРЕНОСТІ ХВОРОБ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ СЕРЕД МЕШКАНЦІВ УКРАЇНИ ТА ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ОБЛАСТІ**

*Романюк Л.М., Федчишин Н.Є., Шостак С.Є., Панчишин Н.Я., Смірнова В.Л.  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

Згідно прогнозів ВООЗ в XXI столітті патологія травної системи в структурі загальної захворюваності населення буде займати одне з провідних місць.

У розвинутих країнах відмічається потужне зростання кількості пацієнтів з хворобами органів травлення, яке останнім часом набуває значення соціальної проблеми [3, с. 49; 4, с. 42].

В Україні хвороби органів травлення мають значну розповсюдженість та стійку тенденцію до збільшення захворюваності. Вони займають сьогодні третє місце в структурі загальної захворюваності та за причинами госпіталізації населення в стаціонарні заклади, четверте – серед причин смерті, шосте – в структурі первинного виходу на інвалідність та серед причин тимчасової непрацездатності [2, с.67; 3, с. 50].

В зв'язку з цим, на сучасному етапі розвитку та реформування системи охорони здоров'я необхідними є розробка чітких державних програм соціально-медичних, епідеміологічних та лікувально-профілактичних заходів, які будуть спрямовані на зниження захворюваності цією важливою патологією [3, с. 52].

Метою дослідження було проведення порівняльного аналізу поширеності хвороб органів травлення серед мешканців України та Тернопільської області за 12-річний період (2002–2014 рр.) та виявлення характерних тенденцій та закономірностей основних показників.

В роботі використані офіційні статистичні дані стосовно захворюваності та смертності населення, взяті із щорічних статистичних довідників центру медичної статистики МОЗ України.

За рівнем загальної захворюваності мешканців України хворобами органів травлення у 2014 році показник склав 168,9 на 1000 осіб, цей клас хвороб посідає третє місце. Питома частка захворювань системи травлення в структурі поширеності хвороб серед всього населення доволі висока і становить 9,9 %.

Серед причин смерті мешканців України хвороби органів травлення займають четверте рангове місце. Цю позицію вони зайняли починаючи з 2004 р., замінивши хвороби органів дихання. У 2014 р. від хвороб органів травлення в Україні померло 25 225 осіб, що склало 3,9 % від числа померлих через всі причини.

Вагоме третє місце патологія травної системи посідає і в структурі госпіталізації населення у стаціонарні заклади. За даними офіційної статистики у 2014 р. з приводу хвороб органів травлення лікувались в умовах стаціонару 809 022 осіб, або 9,3 % від загальної кількості госпіталізованих. Це свідчить про особливу серйозність цієї патології, тривалий хронічний перебіг, наявність частих загострень, ускладнень, які в свою чергу обумовлюють необхідність госпіталізації у лікарняні заклади.

Провідне місце серед нозологій, які формують структуру загальної захворюваності хворобами органів травлення посідають гастрити та дуоденіти

(23,7 %), холецистити і холангіти (19,5%) та виразкова хвороба шлунка і 12-палої кишки (12,7 %). Нижчою поширеністю характеризуються хвороби підшлункової залози, хронічний гепатит та жовчнокам'яна хвороба, які зайняли відповідно таку питому частку: 11,3, 4,3 і 3,4 %.

Загальна захворюваність мешканців України хворобами органів травлення із року в рік невідмінно зростає. Стабільна тенденція до росту спостерігалась за весь досліджуваний період. Загалом за класом захворювань в цілому, хвороби органів травлення зросли за 12 років на 22,8 % або в 1,2 рази.

Аналізуючи динаміку росту поширеності за окремими нозологічними формами, слід відмітити найвищі темпи зростання для хвороб підшлункової залози – на 79,6 % або у 1,8 рази, жовчнокам'яної хвороби – на 51,2 % та хронічного гепатиту – на 47,1 % або у 1,5 рази. Деяко нижчі темпи приросту спостерігались для холециститів, холангітів (26,6 %), гастритів та дуоденітів (18,9 %). Мінімальний показник темпу приросту зафіксовано для виразкової хвороби шлунка та 12-палої кишки – 9,5 %.

Серед мешканців Тернопільської області, хвороби органів травлення зростають значно нижчими темпами порівняно із загальнодержавними показниками. Так, в цілому за класом хвороб темп приросту склав 9,6 % проти 22,8 % загалом в Україні. Максимальне зростання відмічено для хвороб підшлункової залози – на 51,2 % або у півтора рази та для хронічного гепатиту – на 16,5 %. Поширеність гепатитів та дуоденітів зросла на 8,4 %, жовчнокам'яної хвороби не змінилась і залишилась на рівні показника 2002 року, а для холециститів та холангітів відмічено зниження на 7,8 %.

Такі значні територіальні відмінності, якими характеризувались динаміка поширеності хвороб органів травлення серед мешканців Тернопільської області та України свідчать, в першу чергу, про їх соціальну обумовленість. На нашу думку, значно нижчі темпи росту (більше, ніж удвічі), поширеності хвороб системи травлення як в цілому за класом хвороб, так і за окремими захворюваннями серед мешканців Тернопільської області порівняно із мешканцями України, можна пояснити кращими соціальними чинниками. Це і традиції харчування, дотримання здорового способу життя і нижчий рівень поширеності шкідливих звичок.

**Висновки.** Поширеність хвороб органів травлення серед мешканців України невідмінно зростає. За десятирічний період (2002–2012 рр.) загалом вона підвищилась на 22,8 %. Найвищі темпи зростання відмічені для хвороб підшлункової залози – на 79,6 % або у 1,8 рази, жовчнокам'яної хвороби – на 51,2 % та хронічного гепатиту – на 47,1 % або у 1,5 рази.

Серед мешканців Тернопільської області хвороби органів травлення зростають значно нижчими темпами (9,6 % в цілому). Серед хвороб органів травлення суттєво зросли за досліджуваний період хвороби підшлункової залози (на 51,2 % або в 1,5 рази) та хронічні гепатити (на 16,5 %), а для холециститів та холангітів відмічалось зниження на 7,8 %.

Результати наукових досліджень стосовно соціальної обумовленості поширеності хвороб органів травлення повинні стати основою наукового обґрунтування та розробки регіональних програм з метою їх суттєвого зниження.

### *Використана література*

1. Голяченко О.М. Актуальні проблеми здоров'я української людності. Соціально-медичне дослідження. / Голяченко О.М., Голяченко А.О., Шульгай А.Г. – Тернопіль: ЛІЛЕЯ, – 2012. – 116 с.

2. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні [дов.] / МОЗ України, Центр медичної статистики. – К., 2002 – 2014 роки.

3. Романюк Л.М., Федчишин Н.Є., Шостак С.Є. Основні закономірності та тенденції поширеності хвороб органів травлення // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2013. – № 1. – С. 49–52.

4. Чепелевська Л. А. Роль хвороб органів травлення у структурі причин смертності населення в регіонах України/ Л.А. Чепелевська, О.М. Орда // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2011. – № 4. – С. 42–49.

## **ДІЯЛЬНІСТЬ ВІДОМОГО СУДОВОГО МЕДИКА М.С. БОКАРІУСА У РОКИ ЙОГО СТАНОВЛЕННЯ ЯК УЧЕНОГО**

*Семененко О.В.*

*Харківський національний медичний університет*

Особистість професора Миколи Сергійовича Бокаріуса займає особливе місце у розвитку вітчизняної судової медицини та криміналістики. М.С. Бокаріус – доктор медичних наук, засновник Харківської школи судової медицини та криміналістики, завідувач кафедри судової медицини Харківського медичного інституту, засновник Харківського науково-дослідного інституту судових експертиз – народився (19) 31 березня 1869 р. в Одесі в родині викладача і вихователя Рішельєвської гімназії С.Ф. Бокаріуса. Свою викладацьку діяльність М.С. Бокаріус розпочав будучи учнем 5-го класу Рішельєвської гімназії. Про його педагогічні здібності свідчить рекомендаційний лист за підписом директора гімназії, який характеризує М.С. Бокаріуса «як вельми досвідченого репетитора», який досягав у більшості випадків задовільних успіхів у роботі з неуспішними учнями [3, с. 17].

Після закінчення у 1890 р. гімназії М.С. Бокаріус вступає на медичний факультет Імператорського Харківського університету. Протягом навчання в університеті, він повинен був працювати, щоб утримувати матір і сестру, тому продовжував і в Харкові давати уроки та малював [5, с. 343].

У 1895 р. М.С. Бокаріус блискуче закінчив навчання, після чого був обраний позаштатним ординатором факультетської хірургічної клініки, якою керував відомий харківський хірург професор В.Ф. Грубе. У клініці М.С. Бокаріус займався патолого-гістологічними дослідженнями. Своїм відповідальним ставленням до роботи він заслужив повагу й вдячність такого суворого й вибагливого професора, яким був керівник клініки В.Ф. Грубе. В 1897 р. М.С. Бокаріус перейшов на кафедру судової медицини на посаду помічника прозектора. У 1901 р. М.С. Бокаріус був обраний прозектором кафедри, а з 1903 р. він займає посаду приват-доцента. Судова медицина на той час вже була сформована як самостійна дисципліна зі своїми методами дослідження для використання їх з метою правосуддя. Щоб розширити свої знання в цьому напрямку Микола Сергійович з 1905 р. починає працювати й на юридичному факультеті університету [1, с. 10].

Почавши викладати, М.С. Бокаріус вводить в учбовий процес ряд дисциплін, необхідних для судового медика, як-то: мікроскопічні та мікрохімічні дослідження речових доказів, курс надання першої допомоги до прибуття лікаря, практичний курс судово-медичних розтинів – судово-медичне дослідження мертвого тіла. Він піклувався про надання студентам для практичних занять трупного матеріалу та для цього безоплатно протягом 19 років завідував міським трупним покоєм. У той час спеціальних приміщень, окрім кафедральних, судово-медична служба не мала, а розтини трупів проводились в анатомічних театрах кафедри нормальної анатомії Харківського університету, де в той час знаходилась і кафедра судової медицини [4, с. 574].

До кінця XIX ст. студенти медичних та юридичних факультетів університетів Російської імперії вивчали курс судової медицини, здебільшого, за перевідними посібниками – І.Л. Каспера, Шауенштейна, Е. Гофмана та ін. Лише наприкінці XIX ст. та на початку XX ст. вийшли оригінальні посібники з судової медицини російських учених М.О. Оболонського, А.С. Ігантовського та М.С. Бокаріуса, які залишили певний слід в історії судової медицини [2, с. 35].

Першою фундаментальною працею М.С. Бокаріуса стала його дисертація на здобуття вченого ступеню доктора медицини на тему «Кристаллы Флоранса, их химическая природа и судебно-медицинское значение», яку він опублікував та успішно захистив у 1902 р. У ній М.С. Бокаріус узагальнив наукові дослідження та навів свої дані з диференціальної діагностики плям сперми за допомогою лабораторних методів дослідження. Він зміг дати відповідь на існуючі у той час розбіжності між ученими про доказове значення кристалів Флоранса при плям сперми. У своїй дисертації М.С. Бокаріус зруйнував існуючу в той час думку про те, що відсутність кристалів Флоранса у плямі з достовірною точністю вказує на відсутність сім'яної рідини [5, с. 344].

Наступна наукова робота М.С. Бокаріуса «О значении странгуляционной борозды при повешении» опублікована в 1904 р. та присвячена питанням мікроскопічної діагностики странгуляційної борозди при повішенні. В ній автор приділив увагу диференційній діагностиці прижиттєвого та посмертного характеру странгуляційної борозди, де однією з основних ознак, як він уважав, була особливість кровонаповнення ділянки м'яких тканин у місці странгуляції. Судячи з аналізу наукових досліджень, проведених вченим, питання диференційної діагностики прижиттєвого та посмертного характеру странгуляційної борозди було недостатньо вивчене та особа актуальне, а праці з цієї теми були опубліковані переважно за кордоном [4, с. 575].

М.С. Бокаріус описав особливості кроворозподілення у странгуляційній борозді, які дозволяли чітко диференціювати її прижиттєвий характер. Крім того, він розробив методику дослідження борозди, яка у подальшому отримала назву «проба Бокаріуса» та широко використовується судово-медичними експертами і у теперішній час [1, с. 11].

Після захисту дисертації М.С. Бокаріус продовжував працювати та систематизувати наукову інформацію в галузі судово-медичного та криміналістичного дослідження речових доказів. Результатом його плідної праці у послідовні роки став підручник для лікарів, студентів та фармацевтів «Судебно-медицинские микроскопические и микрохимические исследования веществ».



венных доказательств», який було видано у 1910 р. за сприяння медичного факультету Харківського університету [2, с. 36].

В історії вітчизняної судової медицини це був перший підручник з судово-медичної експертизи речових доказів, викладений на 212 сторінках з кольоровими ілюстраціями, які були виконані М.С. Бокаріусом особисто, оскільки він мав іще один талант – умів добре малювати та майже 15 років викладав анатомію в Харківській художній школі. Основні розділи підручника були присвячені дослідженню крові, сперми, волосся, слини, мокроти, інших біологічних виділень, а також рослинних волокон [3, с. 18].

У 1910 р. М.С. Бокаріус отримує звання професора та займає посаду завідувача кафедри судової медицини, якою він керував протягом більш ніж 30 років, до кінця свого життя.

#### *Використана література*

1. Бокаріус, Н. Н. Работа засл. проф. Н.С. Бокаріус в области исследования вещественных доказательств / Н.Н. Бокаріус // Сборник рефератов докладов расширенной научной конференции, посвященной 25-й годовщине со дня смерти засл. проф. Н.С. Бокаріус. 23–26 декабря 1956 года. Х., 1956. – с. 10–11.

2. Колмаков, В. П. Заслуженный профессор Николай Сергеевич Бокаріус / В. П. Колмаков // Проблемы криминалистической и судебной экспертизы. Сборник работ, посвященный 25-летию юбилею института. – Х., 1948. – С. 35 – 41.

3. Лакиза, Б.С. Вклад Н.С. Бокаріуса в становление судебно-медицинской экспертизы вещественных доказательств / Б.С. Лакиза // «Бокаріусовські читання»: матеріали Першої міжнар. наук.-практ. конф. Судових медиків і криміналістів, присвяч.. 75-річ. З дня смерті Засл. Проф. М.С. Бокаріуса (Харків) 8–9 груд. 2006 р. – Х., – С. 17–19.

4. Лесовой, В. Н. Значение работ заслуженного профессора Н.С. Бокаріуса в контексте развития отечественной судебной медицины начала XX века / В. Н. Лесовой, В. А. Ольховский, В. В. Бондаренко // Теорія та практика судової експертизи і криміналістики. – 2009. – Вип. 9. – С. 574 – 584.

5. Михайлов, М. А. Николай Сергеевич Бокаріус / М. А. Михайлов // Ученые записки Таврического национального университета им. В. И. Вернадского. Серия «Юридические науки». – 2006. – Т. 19 (58), № 2. – С. 343–347.

## **ДОПОВІДІ РИМСЬКОГО КЛУБУ ПРО ПЕРСПЕКТИВИ ВИЖИВАННЯ ЛЮДСТВА В УМОВАХ ГЛОБАЛІЗАЦІЇ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)**

*Сокол К.М., Сидоренко М.О.*

*Харківський національний медичний університет*

Глобалізація, яку ми зараз переживаємо позначає процес тісного зближення, взаємодії, взаємозалежності різних країн і народів світу в економічній, екологічній, інформаційній, культурній, технологічній, фінансовій та інших сферах.

Глобалізація породила низку негативних явищ: концентрації великих багатств і влади у певної групи людей, корпорацій, держав. Одну з найбільших загроз людству складає глобальний егоїзм країн-лідерів, які з начебто національних інтересів часто демонструють нехтування збалансованості економіки і екології, непомірним зростанням споживання. Як наслідок з'явилися такі не-

гати́вні явища як нехватка продовольства у світі, зростання захворюваності, виникнення нових хвороб, з'явилася нова група «екологічно зумовлених хвороб», виникли локальні і глобальні екологічні конфлікти із-за вивезення токсичних відходів з інших країн.

Труднощі, які виникли в процесі глобалізації вперше були обговорені в квітні 1968 р. групою вчених з 10 країн на чолі доктора А. Печчеї. Вони зібралися щоб обговорити нинішні і наступні труднощі людства. Група одержала назву «Римський клуб» який організовує і проводить щорічні конференції і звертається до міжнародної спільноти з так званими «Доповідями Римського клубу». Доповіді ці готують незалежні робочі групи по замовленню клубу.

Перша доповідь «Межі росту» була підготовлена в 1972 р. групою вчених Массачусетського університету під керівництвом подружжя Д. і Д. Медоуз. Математична комп'ютерна модель розвитку сучасної цивілізації показала, що зростання виробництва і споживання будуть прискорюватися одночасно із зростанням чисельності населення і збільшенням споживання енергії і після деякої межі наступить катастрофа. Щоб запобігти катастрофі була запланована концепція «нульового росту».

Друга доповідь, яку підготували М. Масарович і Е. Пестель (США і ФРН) називалась «Людство на роздоріжжі» (1974 р.). На підставі більше двохсот тисяч математичних рівнянь описано 10 підсистем – взаємозалежних регіонів світу з різними своїми проблемами. Особливу увагу автори звернули на наступне розширення безодні між людством і природою, між багатими і бідними, які знаходяться в центрі сучасної кризи. Розв'язання кризових ситуацій буде залежить від того який із запропонованих авторами шлях обере людство: недеференційне зростання яке неминуче веде до катастрофи, або обмежене зростання. Концепція «обмеженого зростання» була цілковито прийнята Римським клубом і до сьогоднішнього часу залишається однією з основних відстоюваних ним ідей [2].

Третя доповідь «Перебудова міжнародного порядку» була підготовлена відомим нідерландським економістом, лауреатом Нобелівської премії Яном Тинбергеном і надрукована в 1976 р [3]. Головною ціллю світового товариства автори назвали забезпечення гідного життя і помірною добробуту всіх громадян світу. Щоб зблизити середній рівень доходів у світовому масштабі у доповіді рекомендувалося розвинути країнам і країнам що розвиваються прийняти різні темпи середньорічного доходу на душу населення, щоб при зростанні доходів у країнах що розвиваються на 5 відсотків на рік, розвинуті країни залишались на попередньому рівні. В результаті того, що доповідь була надрукована після дискусії в ООН, в якій пропонувалося налагодити взаємодію між банками, Міжнародним валютним Фондом, інститутами ООН, урядами країн, доповідь РІО пройшла практично непомітною. Глибоко вражені цим члени Римського клубу вибрали нову стратегію дій. Стало зрозуміло, що всі кризові явища залежать від кризи свідомості.

В подальшому в Римському клубі переходять від кількісного аналізу глобальних проблем до якісного аналізу людського буття, систем цілей і цінностей під назвою «Революція свідомості». В доповіді 1977 р. «Цілі для людства» запропонована концепція глобальної солідарності, перебудова свідомості, формування нового «глобального етносу».

Робоча група під керівництвом професора філософії, системних наук і політології Ервіна Ласло [4]. Запропонувала чотири глобальні цілі для досягнення глобальної безпеки:

- припинення гонки озброєнь, виключення війн і конфліктів, відмова від насилля; вирішення продовольчої проблеми у глобальному масштабі;
- ліквідація голоду, створення світової системи для задовільнення продовольчих потреб всіх людей на Землі; глобальний контроль за використанням енергетичних та сировинних ресурсів;
- розроблення раціонального і екологічно безпечного енергокористування, контроль над технологією, економічно ефективно природокористування;
- підвищення якості життя, соціальна справедливість в розподіленні матеріальних і духовних благ.

Наступні доповіді були призначені важливим складовим частинам глобальних проблем серед яких слід виділити доповідь «Немає меж навчання», підготовлену американським спеціалістом в галузі освіти Джеймсом Боткіним та іншими авторами. Головними цілями людства названі виживання та забезпечення людської гідності. Можливість трансформації світу, за думкою авторів, відкриває концепція «інноваційного навчання», під яким розуміється не тільки шкільна, університетська або професійна освіта, але й життєва поведінка. В доповіді «Мікроелектроніка і суспільство» Адама Шафа (Польща), Гюнтера Фрідріхса розглянуті наслідки вторгнення мікропроцесів в усі сфери життя суспільства особливо у виробництво, інформаційне забезпечення і освіту, Мікроелектронна революція, з одного боку відкриває можливості для підвищення продуктивності праці і ефективного обміну інформацією, а з другого боку веде до масових звільнень, посилення контролю над людьми і тиску на них за допомогою електронних досьє, до роботизації людини [5]. Особливої уваги заслуговує ще одна доповідь Едуарда Пестеля «За межами росту». Автор наголошує на дусі відповідальності, який повинен пройти через місцеві державні і релігійні кордони. Щоб люди були духовно і практично підготовленими до вирішення проблем екології. А головне треба озброїти людей для боротьби із загрозами їх духовному і моральному багатству – людським цінностям [6].

Створення Римського клубу високо оцінено громадськістю. Клуб перший перейшов від аналізу і діагностики стану цивілізації до пошуку шляхів виходу з критичної ситуації. Клуб започаткував новий міждисциплінарний напрямок – глобальне моделювання, аналіз тенденцій розвитку глобальної соціально-економічної, екологічної системи.

#### *Використана література*

1. Clark John, Cole Sam et al. Global Simulation Models. London: John Wiley and Sons, 1975 – P. 16.
2. Mesarovic M. and Pestel E. Mankind at the Turning Point: The Second Report to the club of Rome. New-York: E. P. Dutton and Co. Inc., 1974.
3. RIO: Reshaping the international Order. A. Report to the Club of Rome/Tinbergen, Dolman van Ettinger (Eds.), New-York: E. P. Dutton, 1976.
4. Ходужая Т.А. Методы оценки экологической опасности / Т.А. Ходужая. – М.: «Экспертное бюро – М», 1998. – 224 с.
5. Печен А. Человеческие качества.
6. Пестель Э. За пределами роста / Э. Пестель. – М.: Прогресс, 1988.

# ИЗУЧЕНИЕ СТЕПЕНИ НАПРЯЖЕНИЯ РЕГУЛИРУЮЩИХ МЕХАНИЗМОВ ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ ДОНОЗОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ С ПОМОЩЬЮ СТАТИСТИЧЕСКИХ МЕТОДИК

*Сокол К.М.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

Возрастание удельного веса донозологических состояний (ДС) предопределяет необходимость развития методик, позволяющих прогнозировать данные состояния. В настоящее время общепринятыми являются три основных критерия ДС – уровень функционирования органов и систем, состояние функциональных резервов и степень напряжения (СН) регуляторных механизмов. Именно последний в донозологической диагностике (ДД) чаще всего трактуется с точки зрения взаимосвязи между изучаемыми показателями, состоянием органов и систем, обеспечивающих функционирование адаптационно-компенсаторных механизмов. Поэтому, применение в ДД методик, позволяющих оценивать эти связи, вполне оправдано и имеет ряд преимуществ. Прежде всего, это дает возможность перехода с индивидуального на групповой и популяционный уровень исследования, использования различных методов статистической обработки для выявления ДС. Также оценка СН однозначно связана с динамикой состояния, что позволяет использовать исходное состояние в качестве критерия сравнения, и соответствует принципам мониторинга здоровья. Таким образом, при оценке СН решается одна из основных проблем ДД – проблема нормы или нормативного состояния.

Сидоренко Г.И., Прокопенко Ю.И [1], рассматривая методические аспекты ДС, указывали на важность оценки результатов исследований без сопоставления с контрольной группой, когда о формировании ДС можно судить не только по динамике показателей, но и по изменению связей между ними. Подчеркивалось, что знание конкретных связей между отдельными элементами ДС необходимо для построения его структуры и, как следствие, более точной диагностики и профилактики.

Подчеркивается, что формирование ДС чаще всего происходит неспецифическим путем в зависимости от индивидуальных особенностей и адаптивных возможностей организма, а это существенно снижает возможности методов параметрической статистики [2]. В этом случае рекомендуется изучение корреляционной связи между исследованными признаками, расчет непараметрических критериев статистической обработки [3].

Концептуальное определение понятия «причинно-следственная связь» предполагает наличие функциональных (или корреляционных) связей, которые вскрывают роль этиологических (причинных) факторов и факторов риска в проявлениях заболеваемости [4]. Характерная особенность причинной связи между двумя категориями явлений состоит в том, что изменение в частоте и качестве одного из них влечет за собой изменение другого. Изменение в первой части взаимодействующих явлений считается причиной, а изменение во второй – следствием. Причинно-следственной связью между факторами, определяющими здоровье, и здоровьем является статистическая связь. Причинно-следственный характер эпидемиологической связи выражается разницей в показа-

телях заболеваемости, зависящий от выявленных соответствий с тем или иным фактором. О наличии такой связи свидетельствует количественная зависимость между силой гипотетического фактора риска (уровнем и длительностью экспозиции) и выраженностью следствия (уровнем заболеваемости) по типу «доза-эффект».

Таким образом, исследование СН регуляторных механизмов должно трактоваться как изучение динамики и взаимосвязи показателей гомеостаза, с выделением влияния изучаемых факторов на развитие ДС. В данном контексте выполнение поставленной задачи требует применения статистических методов, к числу которых должны быть отнесены корреляционный, регрессионный, дисперсный анализ.

Нами с помощью определения показателей непараметрической корреляции по Пирсону и построения корреляционных матриц было проведено изучение возможных взаимосвязей между показателями резистентности школьников в течение учебного года [5]. Изменение корреляционных матриц подтверждает предположения о постепенном ухудшении резистентности детей младшего школьного возраста. Возрастание удельного веса значимых связей должно быть истолковано как иллюстрация напряжения гомеостаза, происходящего в процессе снижения местного иммунитета, а дальнейшее увеличение удельного веса значимых связей отражает переход от компенсации к декомпенсации, от напряжения к истощению адаптационных возможностей.

С использованием дисперсионного метода были изучены взаимосвязи современных факторов визуального воздействия и особенностей состояния здоровья детей школьного возраста [6]. Выявлено влияние частоты просмотра телевидения на наличие жалоб, характерных для психических и неврологических расстройств ( $F=2,83$ ,  $p < 0,05$ ), что иллюстрирует возможное повышение напряжения регуляции за счет влияния характера и содержания телевизионных передач.

Возможность использования регрессионного метода для оценки СН регулирующих механизмов обусловлена тем, что помимо величины связи он отражает ее направленность и позволяет судить о количественном изменении показателей, то есть фактически решить основную задачу прогнозирования функционального состояния. Нами этот метод был применен для прогноза ДС, возникающих у школьников под влиянием визуальных нагрузок телевидения, электронных развлечений [5]. Построенные регрессионные уравнения математически отражают процесс формирования ДС (через рассчитываемые члены уравнений) за счет возрастания СН регулирующих механизмов под влиянием на них различных визуальных нагрузок. У лиц с интенсивными визуально-информационными нагрузками величина коэффициентов регрессионных уравнений существенно больше, чем в соответствующих им подгруппах первой группы.

Еще одним перспективным направлением ДД является применение принципов теории информации и расчет показателей информационно – энтропийного анализа (ИЭА) в ДД, позволяющих описывать СН регулирующих механизмов через динамику неупорядоченности функциональных систем организма.

Возможность использования ИЭА для оценки СН регулирующих механизмов подтверждена при изучении особенностей образа жизни современной молодежи [7]. Разделение обследованных по уровню регулярных физических нагрузок, позволило установить факторы риска, которые наиболее выражены в группе лиц, не занимающихся физической культурой. Расчет показателей относительной энтропии позволил установить иерархию факторов риска, увеличивающих напряжение регуляции и формирующих нездоровый образ жизни.

Таким образом, проведенные исследования подтвердили правомочность применения для оценки СН как критерия ДД различных статистических методов. Использование корреляционного, регрессионного, дисперсионного и информационно – энтропийного анализа позволяет оценить процесс формирования ДС по характеру и динамике взаимосвязей. Полученные результаты дают возможность выйти на групповой и популяционный уровень исследования, и подчеркивает ценность этого критерия ДД в мониторинге здоровья детей.

#### *Использованная литература*

1. Сидоренко Г.И. Методологические аспекты предпатологии / Г.И. Сидоренко, Ю.И. Прокопенко. // Вестник АМН. – 1976. – № 4. – С. 81–90.
2. Гаркави Л.Х. Понятие здоровья с позиции теории неспецифических адаптационных реакций организма / Л.Х. Гаркави, Е.Б. Квакина. // Валеология. –1996. – № 2. – С. 15–20.
3. Коньшев В.А. Питание и регулирующие системы организма / В.А. Коньшев. – М.: Медицина, 1985. – 224 с.
4. Власов В.В. Эпидемиология / В.В. Власов. – М.: «ГЕОТАР – МЕД», 2004. – 448 с.
5. Подригало Л.В. Донозологические состояния у детей, подростков и молодежи: диагностика, прогноз и гигиеническая коррекция / Л.В. Подригало, Г.Н. Даниленко. – К.: Генеза, 2014. – 200 с.
6. Подригало Л.В. Взаимосвязь факторов визуального окружения и особенностей здоровья современных школьников / Л.В. Подригало // Гигиена населенных мест. – 2001. – Вып. 38, Т. 2. – С. 357–361.
7. Подригало Л.В. Использование информационно-энтропийного анализа при изучении образа жизни студенческой молодежи / Л.В. Подригало, К.М. Сокол, Н.М. Филатова // Гигиена населенных мест. – 2008. – Вып. 51. – С. 423–427.

## **ОЦІНКА СТАНУ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я В ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ**

*Сокол К.М., Завгородній І.В.*

*Харківський національний медичний університет*

*Дмуховська Т.М.*

*Клініка НДІ гігієни праці та професійних захворювань*

Репродуктивна система є однією з найбільш чутливих до дії шкідливих факторів навколишнього середовища і може бути біологічним маркером техногенного забруднення навколишнього середовища [1].

За даними ОБСЄ [2] Україна є однією з найбільш екологічно забрудненою територією, в якій збереглося лише 6% чистої території. Комплексною оцінкою стану довкілля в Україні виділено три зони: надзвичайно високого потенціального екологічного ризику, дуже високого ризику і підвищеного

екологічного ризику. Харківська область віднесена до зони надзвичайно високого потенціального екологічного ризику, а тому метою нашого дослідження стало вивчення репродуктивного здоров'я населення в зоні найбільшого екологічного забруднення.

Матеріалами наших досліджень стали статистичні дані, які наведені в щорічних доповідях МОЗ України, та показники здоров'я населення Харківської області, які розроблені Харківським обласним інформаційно-аналітичним центром медичної статистики та Департаментом охорони здоров'я обласної державної адміністрації. Нами також були використані дані моніторингу забруднення атмосферного повітря, води, ґрунту, радіаційного забруднення Харківської обласної державної адміністрації та Департаменту екології та природних ресурсів [3].

Результати досліджень показали, що в Україні з 1991 р. розпочався процес депопуляції, зменшення населення внаслідок перевищення кількості померлих над кількістю народжених. В Харківській області цей процес розпочався в 1989 р., коли природний приріст населення змінився його зменшенням і склав – 2,8 % по області і – 4,2 % по м. Харкову. Процеси депопуляції зареєстровані в усіх 27 районах області. На демографічну ситуацію значно впливає репродуктивне здоров'я чоловіків та жінок, високий рівень захворюваності та стан здоров'я вагітних жінок.

Встановлено, що стан здоров'я вагітних жінок було ускладнено набряками, протеїнурією, гіпертензивними розладами, інфекціями сечостатевої системи, прееклампсією, еклампсією, хворобами системи кровообігу, анемією. Частіше всього ускладнення були викликані анемією, яка коливалась в межах 21,55 (2013 р.) – 24,47 % (2011 р.) на 100 вагітних.

Причиною виникнення анемії є низьке кількісне та якісне харчування, наявність у продуктах харчування хімічних речовин, які впливають на репродуктивну функцію організму (наприклад, барвник жовтий «сонячний захід» – E111 володіє ембріотератогенністю).

У третини породіль в усі роки спостережень відзначалися ускладнення пологів.

У малюків під дією багатьох факторів виникали вроджені вади розвитку. При УЗД плоду до 22 тижнів на 1 000 вагітних вроджені вади розвитку були відмічені в 0,55–0,71 %. В Європейських країнах часте виникнення вроджених вад відмічалось в межах 2–4 % [4].

В окремих районах області відмічались поодинокі випадки вроджених вад розвитку, або вони були відсутні, що свідчить про низький стан діагностики. Цей висновок підтверджується високим показником вроджених аномалій, який коливається в межах 26,51–27,92 на 100 померлих у віці до 1 року. У Великобурлуцькому районі народилось з вродженою аномалією у 2010 р. та 2011 р. відповідно 57,47 та 61,5, а в 2012–2013 роках такі аномалії взагалі були відсутні. В м. Люботині, Печенізькому та Коломацькому районах за чотири роки спостережень також не було виявлено жодного новонародженого з вродженою аномалією.

В літературі наводяться поодинокі дослідження про залежність розвитку вроджених вад від дії хімічних факторів, якими було забруднено навколишнє середовище. Так в США, в штаті Нью-Йорк, було встановлено, що кількість

вад у новонароджених було достовірно вищим поблизу розміщення токсичних відходів, в районах інтенсивного застосування пестицидів, при споживанні води з підвищеним вмістом трихлоретилену, трихлоретану, хлороформу, дихлоретилену та інших хлорвміщуючих речовин, а також миш'яку [5].

В Харківській області в м. Дергачі знаходиться одне з найбільших в Європі звалище відходів. В цьому районі зареєстровані вроджені вади, які в 1,75 рази перевищували середньообласні показники. У водопровідній воді Харківської області постійно виділявся хлороформ у концентраціях 3–6 ГДК.

Показниками репродуктивного здоров'я є рівень неонатальної смертності, мертвонароджуваності, материнської смертності, питома вага пологів шляхом кесарева розтину та ін. Рівень цих показників по області на протязі 1990–2014 років перевищував Українські та Європейські показники.

Динаміка перинатальної смертності, яка складається із мертвонароджених і ранньої неонатальної смертності в період з 2010 р. по 2014 р. включно, також перевищували середні Українські показники, а в окремих зонах цей показник перевищував середньообласний в 1,5 і більше разів (Близнюківський, Борівсий, Кегичівський, м. Первомайськ та м. Харків).

Найбільш чутливим індикатором репродуктивного здоров'я є дитяча смертність, на яку суттєво, ніж на інші показники впливає рівень життя, якість медичного обслуговування, поширеність шкідливих звичок серед батьків на тлі недостатнього, незбалансованого, неякісного харчування. Не дивлячись на те, що в останні роки динаміка малюкової смертності пішла на спад, від 3,63 у 2010 р. до 2,82 у 2013 р., цей показник залишається високим, а в окремих районах надто високим. До районів з високою дитячою смертністю відносяться Ізюмський, Печенізький, Борівський та Красноградський. В Ізюмському районі за останні 5 років зареєстровано самий високий показник дитячої смертності – 19,32, який у 6,9 разів перевищував середньообласний. На стабільно низькому рівні утримувався цей показник лише у Балакліївському районі (1,23–1,32).

Найбільший вплив на рівень малюкової смертності мали стани, що виникали в неонатальному періоді та вроджені вади.

Про незадовільний стан репродуктивного здоров'я свідчить і рівень материнської смертності. Після значного зниження з 59,7 на 100 тис. народжених живими у 1990 р. до 7,6 у 2011 р. материнська смертність в області знову почала зростати – у 2011 р. до 14,68 і в 2013 р. до 14,98, що є відображенням подальшого зростання соціальної, медичної, політичної криз у державі.

Стратегія поліпшення репродуктивного здоров'я повинна перш за все бути спрямованою на створення сприятливих умов життя у країні, оздоровлення навколишнього середовища, формування пріоритету здорового способу життя, стимулювання перинатальної охорони плоду та медико-генетичного консультування, підвищення ефективності медичних послуг.

#### *Використана література*

1. Студеникина М.Я., Ефимова А.А. Экология и здоровья детей / М.Я. Студеникина, А.А. Ефимова. – Москва: «Медицина», 1998. – 384 с.

2. Пиріг Л. Скільки нас, які ми і як живемо в Україні / Матеріали XII Конгресу світової федерації українських лікарських товариств (м. Івано-Франківськ, 25–28 вересня 2008 р.). – Івано-Франківськ: 2008. – С. 4–12.



3. Доповідь про стан навколишнього середовища в Харківській області у 2012, 2013, 2014 роках.

4. Сокол К.М., Дмуховська Т.М. Головні тенденції медико-демографічної ситуації в Харківському регіоні / К.М.Сокол, Т.М. Дмуховська // Український медичний альманах, –2011. – Т. 14. – № 2. – С. 174–176.

## **РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ – РЕЗЕРВ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В УКРАИНЕ**

*Старкова И.В., Алексеева С.А., Паращук В.Ю., Романенко А.А.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

Демографическая ситуация в Украине в настоящее время характеризуется тенденцией к ухудшению. Причины этого многогранны и обусловлены прежде всего социально-экономическими проблемами, связанной с ними миграцией населения и уменьшением репродуктивного потенциала страны.

Целью настоящей работы был анализ факторов, влияющих на репродуктивное здоровье женщин.

На реализацию фертильных возможностей оказывает влияние подростковый возраст, когда происходит становление менструальной функции, являющейся основой для последующего наступления и развития беременности. В этот временной промежуток организм девушек-подростков становится чувствительным к воздействию различных неблагоприятных факторов: инфекции соматической и репродуктивной систем, стрессам, снижению двигательной активности. Эти факторы воздействуют длительный временной промежуток на фоне обучения в школе или колледже.

В результате проведенных исследований установлен высокий уровень воспалительных заболеваний в органах репродукции, как следствие их инфицирования, имеющее непосредственную связь с высокой сексуальной активностью подростков, которая сопровождается частой сменой половых партнеров, низкими моральными принципами, отсутствием элементарных знаний в вопросах культуры сексуального поведения и гигиены интимной жизни. При этом страх того, что возникнет негативная оценка поведения со стороны взрослых, приводит к позднему обращению за помощью и более выраженным проявлениям болезни.

Ограничение двигательной активности – весьма распространенный фактор, ведущий к застойным явлениям в малом тазу, эндокринным нарушениям. Изменения в функциональном состоянии половых органов развиваются постепенно, при этом проявляется один-два симптома нарушений.

В дальнейшем, при отсутствии использования каких-либо лечебно-профилактических мероприятий, развиваются органические нарушения, затрагивающие все звенья репродуктивной системы и требующие серьезного лечения и последующей реабилитации.

Все это указывает на то, что необходим тщательный контроль за образом жизни каждой девушки-подростка со стороны родителей, педагогов учебных заведений, семейных врачей и подростковых акушеров-гинекологов. Своевременно акцентируя внимание на социальное поведение девушек-подростков, предоставляя различную, основанную на многочисленных исследованиях,

информацию, проводя регулярные общие и гинекологические осмотры, беседы и анкетирования, выявляя и своевременно корректируя состояние репродуктивной системы, будет сформирован резерв, который обусловит в дальнейшем основу нации.

Таким образом, факторы, влияющие на репродуктивное здоровье женщин, воздействуют на организм начиная с подросткового возраста и носят многогранный характер. Их выявление, своевременная оценка влияния – задача каждого взрослого человека, вносящего свой вклад в формирование репродуктивного резерва Украины.

## **АКТУАЛЬНОСТЬ ИЗУЧЕНИЯ ОСНОВ ФАРМАКОЭКОНОМИКИ ДЛЯ МОЛОДОГО ДОКТОРА**

*Сыровая А.О., Лапшин В.В., Алексеева Т.М.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

*Лиманская А.А.*

*Мерефянская ЦРБ*

Подготовка современного доктора представляет собой многоступенчатый процесс, состоящий из нескольких этапов: первый – базовая подготовка, осуществляемая на общетеоретических и фундаментальных кафедрах ВУЗа (1–3-й курсы); второй – подготовка на клинических кафедрах (4–6-й курсы) ВУЗа, где непосредственно формируется мировоззрение будущего доктора. Далее наступает третий этап – последипломная подготовка в интернатуре. В процессе обучения студенты изучают как теоретические, фундаментальные, так и специальные – клинические дисциплины.

Считаем, что будущие доктора должны внимательно изучать Государственный Реестр лекарственных препаратов Украины, Государственный формуляр лекарственных средств Украины. Внедрение Формулярной системы, обеспечение лекарственными препаратами учреждений здравоохранения являются одним из основополагающих направлений реформирования отечественной системы здравоохранения. С начала внедрения Формулярной системы (2008 г.) в Украине и по сегодняшний день происходит усовершенствование методического обеспечения и развитие новых механизмов взаимодействия между Центральным формулярным комитетом Министерства здравоохранения Украины и Региональными формулярными комитетами [1, с. 240].

Важным вопросом, на наш взгляд, является вопрос о включении фармакоэкономики (профессионально-ориентированная дисциплина, изучаемая провизорами) [2, с. 245] в перечень дисциплин, изучаемых будущими докторами в рамках ВУЗовской или последипломной подготовки (лучше последнее – на наш взгляд). Ведь знания, которые могут получить будущие доктора, о стоимости лекарственных препаратов, вопросах их эффективности, взаимозаменяемости и безопасности [3, с. 252], умение правильно оценить рекламные проспекты различных фармацевтических компаний, представители которых доводят до сведения медиков не всегда объективную информацию, являются необходимыми и представляют собой преимущество для будущих специалистов, изучивших фармакоэкономику, умеющих проводить фармакоэкономический анализ «затраты-эффективность».

Общеизвестно, что импортные препараты имеют более высокую цену в сравнении с отечественными; на фармацевтическом рынке Украины наибольшее количество представляют, к сожалению, именно импортные, дорогостоящие, не всегда хорошего качества, препараты. Также хотелось бы обратить внимание на то, что один и тот же лекарственный препарат может иметь значительное количество торговых названий и поставлять его могут различные страны.

**Выводы.** Профессионально изучив фармакоэкономику молодой доктор, также отлично зная особенности фармакокинетики, фармакодинамики, взаимозаменяемости, токсичности, стоимости лекарственных средств, сможет правильно подойти к назначению того или иного лекарственного препарата больному при различных патологических процессах, учитывая также его материальное положение, что немаловажно в современных условиях жизнедеятельности пациентов.

#### *Используемая литература*

1. Парій В. Д. Результати моніторингу впровадження формулярної системи на регіональному рівні / В. Д. Парій, Т. М. Думенко, Т.С. Ковальчук, Н. І. Кицюк, Ю. Є. Малишевська, Н. І. Пшенична, М. А. Дудлей // Матеріали VI науково-практичної конференції «Фармакоэкономика в Україні: стан та перспективи розвитку», 22 листопада 2013 р. – Х.: Вид-во НФаУ, 2013. – С. 240–242.

2. Унгурян Л. М. Изучение фармакоэкономики на предаттестационных циклах провизоров разных специальностей / Л.М. Унгурян., И.В. Ольхова // Матеріали VI науково-практичної конференції «Фармакоэкономика в Україні: стан та перспективи розвитку», 22 листопада 2013 р. – Х.: Вид-во НФаУ, 2013. – С. 245–246.

3. Чекман І.С. Викладання безпеки лікарських засобів в лекційному курсі з фармакології / І.С. Чекман, Н. О. Горчакова // Матеріали VI науково-практичної конференції «Фармакоэкономика в Україні: стан та перспективи розвитку», 22 листопада 2013 р. – Х.: Вид-во НФаУ, 2013. – С. 252–254.

## **ПРОВІДНІ ІНТЕГРАЛЬНІ ПОКАЗНИКИ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ**

*Таралло В.Л., Касімова О.С.*

*ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»*

В даний час в практиці охорони здоров'я традиційно в аналізі діяльності використовують показники народжуваності, фізичного розвитку, захворюваності, інвалідності, смертності, між якими немає будь-якого спільного теоретичного, методичного та інформаційно-технологічного зв'язку. Отримувані результати не дають змоги визначити зв'язок змін параметрів здоров'я людей із станом осередку їх мешкання (законодавчими засадами співіснування, створеною системою охорони здоров'я, діючим укладом життя тощо) і, отже, встановити прогноз здоров'я і необхідні бажані зміни в середовищі існування. Окрім того, неможливо за наведеними показниками формувати управлінські структури, мережу закладів, визначати штатне забезпечення на коротко-, середньо- та довгострокові періоди.

У 1992 році українськими вченими-медиками вперше було визначено закон виживання популяцій, а згодом і закон збереження здоров'я [1, 2], за якими провідними показниками популяційного здоров'я постали видова біологічна

тривалість граничного існування *Homo sapiens*, внутрішня (вроджена) життєстійкість (і життєздатність) населення, а також їх зовнішня (набута) життєстійкість (і життєздатність). Були знайдені реальні значення чинних показників: загальноукраїнські, обласні, регіональні, ландшафтно-геохімічні за віком, статтю, доступністю певних медичних послуг тощо [2]. Були знайдені їх контрольні значення. Стало можливим здійснювати інтегральну оцінку впливу сукупності антропогенних та природних чинників на поширеність хвороб, тривалість життя, якість територій мешкання [3]. Нарешті, чинні показники були знайдені по всіх територіях світу і за ними стало можливим визначати прогноз здоров'я людей, бажані зміни в системі охорони здоров'я, необхідні ресурси для покращання здоров'я людей, збільшення тривалості їх життя разом із покращанням якості територій проживання [4].

Вважаємо доцільним внести наведені вітчизняні розробки у розбудову національної охорони здоров'я для покращання здоров'я і життя українців.

#### *Використана література*

1. Таралло В.Л. Закон выживания популяций. / В.Л. Таралло, П.В. Горский, Ю.А. Тимофеев / Международный регистр глобальных систем информации. Сертификат-лицензия Международной регистрационной палаты информационно-интеллектуальной новизны МАИ СЭС ООН. Рег. Номер 000324. Шифр 00005. Код 00015. – Москва.4.06.1998 г.

2. Таралло В.Л. Здоровье для всех: популяционная диагностика, прогноз, стратегия действий и контроль их эффективности / Таралло В.Л., Горский П.В., Шкробанец И.Д., Грицюк М.И. – Черновцы: БГМУ, 2012. – С. 163–173.

3. Таралло В.Л. Здоров'я населення: конструктивні засади управління / В.Л. Таралло В.Л. – Чернівці: ЧМІ, 1996.

4. Tarallo V.L. Classics of population health / Tarallo V.L. – Chernovtsy: BSMU, 2015. – 736 p.

## **ОЦІНКА ТА ТЕНДЕНЦІЇ ПОШИРЕНОСТІ ІНФАРКТУ МІОКАРДУ В УКРАЇНІ: НАЦІОНАЛЬНИЙ ТА РЕГІОНАЛЬНИЙ АСПЕКТИ**

*Теренда Н.О., Панчшин Н.Я., Петрашик Ю.М., Юрїїв К.Є., Слободян Н.О.*

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

Хвороби системи кровообігу складають провідну частку хронічних неінфекційних захворювань. Саме ця патологія, посідаючи перше місце за поширеністю в Україні, значною мірою обумовлює несприятливу демографічну ситуацію, впливаючи на тривалість і якість життя населення країни [1; 3, с. 12].

Протягом останніх 20–30 років такі захворювання як стенокардія та інфаркт міокарду (ІМ) продовжують утримувати 4–5 місця у структурі захворюваності на серцево-судинну патологію [2, с. 17].

У проведеному дослідженні ми вивчали динаміку показників поширеності та захворюваності населення України на ІМ у регіональному аспекті протягом 1996–2014 років та прогнозували їх зміни до 2025 року.

Матеріалом дослідження слугували дані галузевої статистичної звітності Центру медичної статистики МОЗ України про рівень первинної захворюваності та поширеності стенокардії серед населення України.

У 2014 р. в Україні поширеність ІМ зросла порівняно із 1996 р. на 96,4 % (хоча у 2013 р. становила 112,9%). Ці відмінності у 2013 та 2014 роках зумовлені складною ситуацією у тимчасово окупованих районах України.

Районні особливості зростання поширеності цієї патології полягають в істотному зростанні її у Центральному – з 93,8 до 133,6 на 100 тис. нас. (у 1,4 разу) та у Північно-Східному – з 115,5 до 139,3 на 100 тис. нас. (у 1,2 разу). Районах. У Південному районі спостерігається найменше зростання загальної захворюваності на ІМ – з 110,8 на 100 тис. нас. у 1996 р. до 114,1 на 100 тис. нас. У 2014 р. (103,0 %).

Серед областей можна відмітити найбільше зростання поширеності ІМ у Хмельницькій – з 72,1 на 100 тис. нас. до 157,7 на 100 тис. нас. (2,2 разу), Кіровоградській – з 104,6 на 100 тис. нас. до 164,4 на 100 тис. нас. (1,6 разу) та Тернопільській – з 80,2 на 100 тис. нас. до 123,4 на 100 тис. нас. (1,5 разу) областях. Найменші темпи збільшення загальної захворюваності на ІМ в Україні за досліджуваний період спостерігалися у Харківській – з 128,7 на 100 тис. нас. до 132,5 на 100 тис. нас. (103,0%) області, а у Львівській – з 153,1 на 100 тис. нас. до 111,2 на 100 тис. нас. (72,6% разу) та Дніпропетровській – з 158,3 на 100 тис. нас. до 151,7 на 100 тис. нас. (95,8 % разу) областях відмічалось навіть зменшення даного показника.

Щодо прогнозу загальної захворюваності ІМ, то її рівень в Україні зросте із 115,9 на 100 тис. нас. у 2014 р. до 143,7 на 100 тис. нас. у 2025 р. (+24,0 %). Найбільше цей показник зросте у Центральному – з 133,6 на 100 тис. нас. до 170,8 на 100 тис. нас. (+27,8 %), у Південно-Східному – з 146,7 на 100 тис. нас. до 173,6 на 100 тис. нас. (+18,4 %) та Південному районах – з 114,1 на 100 тис. нас. до 133,7 на 100 тис. нас. (+17,2 %).

### **Висновки**

1. Поширеність ІМ в Україні зросла у 2014 р. порівняно із 1996 р. на 96,4 %. Найістотніше вона збільшилася у Центральному (у 1,4 разу) та Північно-Східному (у 1,2 разу) районах України.

2. Загальна захворюваність на ІМ прогнозовано зросте в Україні до 2025 р. на 24,0 %, у Центральному районі – на 27,8 %, у Південно-Східному – на 18,4 %, у Південному – на 17,2 %.

### *Використана література*

1. Горбась І.М. Фактори ризику серцево-судинних захворювань: поширеність і контроль / І.М. Горбась // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://health-ua.com/article/2229.html>. – Назва з екрану.

2. Крапівіна А.А. Захворюваність на хвороби системи кровообігу та їх поширеність серед дорослого населення України в 2010 році: гендерний аспект / А.А. Крапівіна // Україна. Здоров'я нації. – 2011. – № 4. – С. 12–18.

3. Коваленко А.В. Медико-організаційні недоліки профілактики хвороб системи кровообігу в Україні та шляхи їх подолання / А.В. Коваленко, В.І. Клименко // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2014. – № 4 (62). – С. 12–16.

## **ОСНОВНІ ТЕНДЕНЦІЇ ТА ПРОГНОЗНІ ОЦІНКИ ЗАГАЛЬНОЇ ТА ПЕРВИННОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ СТЕНОКАРДІЄЮ В УКРАЇНІ**

*Теренда Н.О., Сатурська Г.С., Литвинова О.Н., Федчишин Н.Є., Ліштаба Л.В.  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

У сучасному світі кожну людину супроводжують різноманітні психоемоційні навантаження, пришвидшений темп життя, шкідливі звички, порушене харчування. Це спонукає нашу серцево-судинну систему працювати в посиленому режимі, використовуючи свої адаптивні можливості. Як наслідок – зростання кількості серцево-судинних захворювань з тенденцією до їх неухильного збільшення в Україні [3, с. 33; 4, с. 26].

Розвиток цих патологій пов'язаний із певними чинниками: статтю [2, с. 17], віком [1, с. 14], наявністю факторів ризику, таких як артеріальна гіпертензія, гіперхолестеринемія, цукровий діабет, куріння, гіподинамія, загальне ожиріння. Дестабілізація стенокардії найчастіше спостерігається в осінньо-зимовий період [1, с. 14].

Матеріалом дослідження слугували дані галузевої статистичної звітності Центру медичної статистики МОЗ України про рівень первинної захворюваності та поширеності стенокардії серед населення України.

Першим етапом дослідження стало вивчення динаміки показників поширеності та захворюваності населення України на стенокардію у регіональному аспекті протягом 1996–2014 років.

Загальна захворюваність на стенокардію в Україні зросла у 2014 р. порівняно із 1996 р. у 2,5 разу. Районні особливості зростання поширеності цієї патології полягають в істотному зростанні її у Південному районі з 3309,0 до 11380,8 на 100 тис. нас. (у 3,4 разу) та у Північно-Східному – з 3145,8 до 9479,0 на 100 тис. нас. (у 3,0 разу). У Західному районі спостерігається найменше зростання загальної захворюваності на стенокардію з 2873,9 на 100 тис. нас. у 1996 р. до 7333,6 на 100 тис. нас. у 2014 р. (2,4 разу).

При детальнішому аналізі можна відмітити найвищі рівні загальної захворюваності на стенокардію в Україні за період 2010–2012 рр. із піком у 2011 р. (8 786,40 на 100 тис. нас.), які співвідносилися з усіма регіонами.

Подібні тенденції спостерігалися і при вивченні динаміки первинної захворюваності на стенокардію в Україні протягом 1996–2014 років.

Так, первинна захворюваність стенокардією збільшилася в Україні в 2014 р. у 1,5 разу порівняно із 1996 роком. Найбільше вона зросла у Південному – з 328,0 на 100 тис. нас. до 907,6 на 100 тис. нас. (2,8 разу) та Південно-Східному – з 234,4 на 100 тис. нас. до 413,2 на 100 тис. нас. (1,8 разу) районах. Найменше змінилися показники первинної захворюваності у Західному – з 404,8 на 100 тис. нас. до 485,6 на 100 тис. нас. (1,2 разу) та Північно-Східному – з 350,8 на 100 тис. нас. до 445,6 на 100 тис. нас. (1,3 разу) районах. При цьому первинна захворюваність у Центральному районі у 1996 р. була нижчою порівняно із загальноукраїнськими даними – 276,8 на 100 тис. нас. і 296,8 на 100 тис. нас. (93,3%) відповідно, а у 2014 р. уже перевищувала їх (відповідно 482,4 на 100 тис. нас. і 444,4 на 100 тис. нас. – 108,6%).

Другим етапом дослідження стало прогнозування динаміки поширеності та захворюваності на стенокардію та ІМ в Україні та по районах до 2025 року.

Прогнозні дані свідчать про тенденцію до зростання поширеності стенокардії в Україні. Так, загальноукраїнські показники поширеності прогнозовано зростуть з 7698,7 на 100 тис. нас. у 2014 р. до 13354,5 на 100 тис. нас. у 2020 р. (+73,5 %). У інших районах, де спостерігається найістотніше зростання загальної захворюваності на стенокардію за досліджуваний період, прогноуються такі зміни. У Південному районі показник зміниться з 11380,8 на 100 тис. нас. до 16987,3 на 100 тис. нас. (+49,3 %), у Північно-Східному – з 9479,0 на 100 тис. нас. до 15443,5 на 100 тис. нас. (+62,9 %), у Південно-Східному районі – з 7525,9 на 100 тис. нас. до 12833,1 на 100 тис. нас. (+70,5 %).

Подібна тенденція спостерігається і при прогнозуванні первинної захворюваності на стенокардію. Так, загальноукраїнські показники зростуть із 444,4 на 100 тис. нас. у 2014 р. до 716,1 на 100 тис. нас. у 2025 р. (+61,1 %). Рівень первинної захворюваності прогнозовано найбільше зросте у Південно-Східному – з 352,9 на 100 тис. нас. до 620,4 на 100 тис. нас. (+75,8 %) та Південному – з 907,6 на 100 тис. нас. до 1362,2 на 100 тис. нас. (+50,1 %) районах.

#### **Висновки:**

1. Поширеність стенокардії в Україні зросла у 2014 р. порівняно із 1996 р. у 2,9 разу. Найістотніше вона збільшилася у Південному (у 3,4 разу) та Північно-Східному (у 3,0 рази) районах України.

2. Захворюваність на стенокардію збільшилася в Україні у 2014 р. у 1,5 разу порівняно із 1996 роком. Найбільше вона зросла у Південному (у 2,8 разу) та Південно-Східному (у 1,8 разу) районах.

3. Прогнозовано поширеність стенокардії в Україні до 2025 р. зросте на 73,5 %. Найбільше зростання очікується у Південно-Східному (70,5 %) та Північно-Східному (62,9 %) районах.

4. Первинна захворюваність на стенокардію прогнозовано збільшиться в Україні на 61,1 %, у Південно-Східному районі – на 75,8 %, у Південному – на 50,1 %.

#### *Використана література*

1. Денефіль О. В. Серцево-судинна захворюваність населення м. Тернополя залежно від погодних умов / О. В. Денефіль // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2008. – №3. – с. 11–15.

2. Крапівіна А.А. Захворюваність на хвороби системи кровообігу та їх поширеність серед дорослого населення України в 2010 році: гендерний аспект / А. А. Крапівіна // Україна. Здоров'я нації. – 2011. – № 4 (20). – С. 12–18.

3. Теренда Н. О. Прогностична оцінка захворюваності та поширеності хвороб системи кровообігу / Н. О. Теренда // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2014. – № 4 (62). – С. 31–35.

4. Ященко Ю. Б. Динаміка захворюваності та смертності внаслідок хвороб системи кровообігу в Україні у регіональному аспекті / Ю. Б. Ященко, Н. Ю. Кондратюк // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2012. – № 3. – С. 25–29.

# ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В РЕФОРМИРОВАНИИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УКРАИНЕ

*Трегуб П.О., Козлова Е.А., Попович Н.В.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

**Актуальность.** С момента провозглашения независимости Украины и до сегодняшних дней система здравоохранения в Украине имеет недостаточное финансирование, нехватку обеспечения ресурсами, характеризуется элементами модели оказания первичной медицинской помощи, сложившимися еще в советское время. Это привело к значительному снижению доступности для населения медицинской помощи и росту недоверия граждан государственной медицине [2, с. 17].

**Цель работы.** Определение наиболее актуальных направлений в реформировании системы здравоохранения в Украине.

**Материалы и методы.** Проведено анализ последних исследований в области современных проблем в системе здравоохранения, рассмотрены различные модели организации и финансирования медицинской отрасли в развитых странах.

**Результаты.** Согласно проведенному исследованию, основными наиболее актуальными направлениями в реформировании системы здравоохранения в Украине являются: изменения механизмов финансирования, внедрение обязательного медицинского страхования, смена системы управления, развитие первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) на базе семейной медицины, изменения в фармацевтическом секторе и развитие человеческого ресурса [3].

Финансовая реформа предусматривает неизбежность сокращения государственного финансирования медицинской отрасли, внедрения гарантированного государственного минимума медицинских услуг, оплата услуг, не входящих в этот минимум, оплата оказанных услуг вместо содержания койко-мест, повышение роли добровольного медицинского страхования с принципом «деньги следуют за пациентом», автономность медицинских учреждений в распоряжении средствами и управлении.

Изменения в системе управления оставляют за Министерством здравоохранения регулярный надзор, разработку перспектив и стратегий развития, а также обеспечение информацией в области здравоохранения.

Реформирование фармацевтического рынка предполагает отмену лишних лицензий и необходимости получения разрешений на уже сертифицированные в Европе и США препараты. Это должно снизить цены на лекарственные средства [4, 5].

Отведение главной роли ПМСП подразумевает, что около 90% пациентов получают помощь на этом уровне, семейный врач имеет исключительное право направления пациента к узкопрофильному специалисту [6, с. 19–21].

**Выводы.** Реформирование системы здравоохранения Украины необходимо и уже намечены положительные тенденции. Согласно статьям 3, 49 Конституции Украины, жизнь и здоровье человека – наивысшие социальные ценности государства и каждый гражданин Украины имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь [1, с. 141]. Поэтому улучшение функционирования системы здравоохранения, поднятие ее до европейского уровня, повышение качества и доступности медицинских услуг являются приоритетными.



### *Использованная литература*

1. Конституція України. Прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 2-го скликання // ВВР. – 1996. – № 30. – Ст. 141.
2. Садовничий В. А. От традиций к инновациям: реформы здравоохранения в современном мире / В. А. Садовничий, Н.С. Григорьева, Т.В. Чубарова. – М.: Экономика, 2012. – 286 с.
3. План-графік реалізації реформи медичного обслуговування [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [www.moz.gov.ua/ua/portal/ms\\_reform/](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/ms_reform/)
4. Наказ МОЗ України 15.07.2011 №420 Про затвердження методичних рекомендацій щодо розрахунку потреби населення у медичній допомозі [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua/>
5. Наказ МОЗ України 01.08.2011 №454 Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я України на період до 2020 року [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua/>
6. Лехан В.М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В.М. Лехан, Г.О. Слабкий, М.В. Шевченко. – К., 2009. – 50 с.

## **ПЕРСПЕКТИВЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В УКРАИНЕ**

*Трегуб П.О., Козлова Е.А., Попович Н.В.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

**Актуальность:** Здоровья населения – это высшая общественная и индивидуальная ценность, а также основной капитал страны [4, с. 270] Медико-демографическая ситуация Украины показывает, что из года в год данный ресурс угасает: растет показатель смертности и укорачивается ожидаемая продолжительность жизни [5, с. 12–16] Данные показатели свидетельствуют о существенной недостаточности работы существующей системы здравоохранения.

**Цель доклада:** определить и проанализировать основные проблемы внедрения обязательной формы медицинского страхования в Украине и выявить пути реализации.

**Результаты и обсуждения:** Одной из проблем внедрения страховой медицины здравоохранения является мизерная часть финансирования 3,6–4,5 % ВВП в сравнении с должной 5 %, это прямое несоответствие объема средств и существующих потребностей [3, с. 326; 4, с. 271]. Другой не мало важной причиной является отсутствие законодательства, которое бы регулировало медицинское страхование и противоречие с Конституцией Украины (ст. 49 в которой указано, что медицинская помощь имеет статус бесплатной и уплата страховых взносов будет нарушением нормы Конституции Украины) [2; 3, с. 326] Отсутствие учета неформального рынка труда «тенезация труда», который усугубляет процесс сбора средств в полном объеме, не дает оценить возможность платежеспособного населения. Отсутствие системы подготовки кадров для страховых компаний, неудовлетворительная оплата труда медицинских работников, недостаточное информирование населения о преимуществах и недостатках медицинского страхования, все это также тормозят активное внедрение данной системы [4].

Для решения этой проблемы необходимо создание единой политики, которая будет направлена на разработку стратегии по внедрении страховой ме-

дицины. Изменить общую систему финансирования и внедрить бюджетно-страховую модель, взятую как пример из США [1], которая защищала бы не только платежеспособное население, но и социально неблагополучное. Запланировать дополнительные расходы на зарплаты медицинским работникам и их переподготовку, материально техническую базу и создать законодательство, которое бы защищало интересы всех субъектов рынка медицинского страхования. В свою очередь страховые компании должны проводить информирование среди населения повышать их страховую культуру и внедрять доверие [3, с. 329–330]

**Вывод.** На современном этапе развития экономики Украины необходимо исследовать тенденции развития развитых стран. Медицинское страхование должно быть обязательным, оно приведет к росту сильной и здоровой нации, а как следствие – сильной и эффективной экономике.

#### *Использованная литература*

1. Коваль А. О. Проблеми та перспективи впровадження медичного страхування в Україні [Електронний ресурс] / А. О. Коваль, О. І. Ночвай // 4. – 2014. – Режим доступу до ресурсу: <http://www.economy.nauka.com.ua/?op=1&z=2905>. Конституція України від 28.06.1996 (зі змінами та доповненнями).

2. Пономаренко К.А. Сучасний стан та перспективи медичного страхування в Україні // Науковий вісник Херсонського державного університету. – Вип. 5, Т. 1. – 2014.

3. Білик О. І. Переваги та недоліки введення обов'язкової форми медичного страхування в Україні / О. І. Білик, С. А. Качмарчик. // Вісник Національного університету «Львівська політехніка». – 2013. – № 767. – С. 270–277.

4. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення санітарно-епідемічну ситуацію та результаті діяльності системі охорони здоров'я України 2014 рік / за ред. Квіташвілі. О МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – К., 2015 – 460 с.

## **ФИНАНСОВАЯ МОТИВАЦИЯ И РАВЕНСТВО ДОСТУПА К УСЛУГАМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАК ПРИОРИТЕТЫ РЕФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

*Трегуб П.О., Петриченко И.И.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

Реформа системы финансирования здравоохранения Украины представляет собой серьезную задачу, на пути которой стоит закостенелость системы государственного финансирования. Требуется обдуманый выбор нововведений и оценка их целесообразности в неразрывной связи с политическим стремлением введения реформ.

К ключевым моментам можно отнести финансовую мотивацию и автономии поставщика услуг медицинской помощи, обеспечение равенства доступа к услугам здравоохранения и уменьшение частных платежей.

В первом случае необходимо введение новых методов оплаты поставщиков услуг и обеспечение большей автономии в использовании данных методов. Варианты способа оплаты услуг поставщиков отличаются потенциалом мотивации, которую они обеспечивают провайдером, стимулируя их стремление

к реализации четырех целей: предотвращение проблем граждан со здоровьем; предоставление услуг гражданам и решение их проблем, связанных с состоянием здоровья; соответствие законным ожиданиям населения и сдерживание затрат. Однако сами по себе они не являются оптимальными для достижения этих целей [2, с. 23–45] На данный момент в Украине используется метод постатейного бюджета. Этот метод наиболее полно подходит для сдерживания затрат, однако он не создает мотивации для достижения остальных целей. Для увеличения эффективности работы медицинских учреждений необходим переход на финансирование их деятельности путем оплаты результатов.

Профилактика заболеваний, смещение акцентов со стационарной помощи к амбулаторной помощи и усиление роли первичной медицинской помощи являются наиболее важными задачами реформирования. В свете их реализации, для оплаты первичной медицинской помощи наиболее предпочтительным является подушевое финансирование с частичным фондодержанием, который может сопровождаться премиями за достижение целевых показателей и гонорарными платежами. Однако в наших реалиях целесообразно прежде провести пилотную апробацию [1, с. 32]

Более реальны к применению такие методы оплаты, как глобальный бюджет и оплата за случай лечения, и должны рассматриваться реальной альтернативой постатейного финансирования. Глобальный бюджет обеспечивает гибкость поставщиков в принятии решений и создает для них мотивацию. Кроме того, он мотивирует к предотвращению случаев осложнений после лечения в стационаре и повторной госпитализации. К недостаткам можно отнести излишнее сохранение мощностей медицинских учреждений. Этого лишен метод оплаты за случай населения, который создает сильную мотивацию поставщиков к сокращению излишних мощностей и к повышению продуктивности. К тому же он может способствовать более эффективному распределению средств среди поставщиков и реструктуризации больничной сети. Сложность его введения заключается в том, что появляется необходимость детальной классификации медицинских услуг или создание базы данных с тарифами на случаи лечения. В связи с этим, метод глобального бюджета является более приоритетным на ранних этапах реформирования. Комбинация же двух обозначенных методов может быть внедрена на более поздних стадиях.

Для обеспечения же равенства доступа к услугам здравоохранения и уменьшения частных платежей можно применить два метода: увеличение объемов государственного финансирования здравоохранения или же изменение сложившегося неофициального разделения ответственности за оплату услуг здравоохранения между государством и гражданами.

Первый метод сильно зависит от экономической ситуации в стране, а именно от экономических реформ и темпов роста. Однако даже с учетом положительного прогресса, необходимо применение комбинированного финансирования здравоохранения не только из государственных, но и из частных источников.

Второй метод предполагает коренное преобразование бесплатного пакета услуг здравоохранения и может быть введен только при условии постепенного наращивания реформы и достижения баланса между предоставляемыми бесплатно услугами и объединенными пулами средств здравоохранения из частных и государственных источников.

С учетом этого, актуальными мерами будут являться следующие:

- конкретизирование государственных гарантий бесплатного предоставления бесплатной медицинской помощи с учетом реалистичной оценки возможностей их финансирования за счет бюджетных средств;
- легализация соплатежей населения за отдельные компоненты гарантируемой медицинской помощи;
- усовершенствование законодательной базы в отношении потребности здравоохранения в финансовых средствах;
- разработка смешанной схемы медицинского страхования;
- освобождение от налогов страховых взносов, осуществляемых работодателями за своих служащих.

**Вывод:** проведение реформ системы финансирования здравоохранения Украины является важным звеном на пути к улучшению качества медицинского обслуживания населения, оно должно быть обосновано и опираться на сильную политическую волю.

#### *Использованная литература*

1. В. Лехан, В. Рудный, С. Шишкин «Система финансирования здравоохранения в Украине и пути ее реформирования» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.rusnauka.com/18\\_EN\\_2009/Economics/48623.doc.htm](http://www.rusnauka.com/18_EN_2009/Economics/48623.doc.htm)
2. Barnum H, Kutzin J, Saxenian H, (1995). Incentives and Provider Payment Methods. International Journal of Health Planning and Management 10(1): 23–45.

## **МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ, ЯКІ ПОВ'ЯЗАНІ З ТИМЧАСОВО ПЕРЕСЕЛЕНИМИ ОСОБАМИ В ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ**

*Трегуб П.О., Востротін О.В.*

*Харківський національний медичний університет*

Для кожної країни збереження здоров'я свого населення є однією з найголовніших щоденних задач. Україна не виняток. Навіть в такі буремні та складні часи нашої країни, рівень здоров'я громадян не повинен відходити на другий план. Актуальною є проблема медико-соціальної сфери адаптації тимчасово переселених осіб до нових умов життя та навколишнього середовища.

Насправді проблеми зі здоров'ям у тимчасово переселених осіб аналогічні проблемам решти населення України, але на сьогоднішній день доведено, що мігранти більш схильні до ризику захворіти [1, с. 25–26]. Пристосування до навколишнього середовища та нових умов життя безумовно залишають відбиток на рівень здоров'я. У зв'язку з цим питання охорони здоров'я тимчасово переселених осіб нерозривно пов'язані із забезпеченням санітарно-гігієнічного, санітарно-епідеміологічного та медичного благополуччя як серед самих тимчасово переселених, так і серед населених пунктів, які їх приймають [2, с. 133]. За даними Міжвідомчого координаційного штабу з питань соціального забезпечення громадян України, які переміщуються з районів проведення антитерористичної операції та тимчасово окупованої території в Харківській області, станом на 09 лютого 2016 року офіційно зареєстровано 212,6 тис. переселенців (17,2 % всіх переселенців) [3].

Така «привабливість» Харківської області обумовлена, в першу чергу, територіальною близькістю, а також рядом інших чинників, серед яких і медична

сфера. Наприклад, десятки тисяч недужих на онкохвороби, з порушеннями ендокринної системи, опорно-рухового апарату стали на облік в стаціонарах міста Харкова (природно, що це створило додаткове навантаження на лікувальні установи). У 2015 році за офіційними даними, 21,9 тис. тимчасово переселеним було призначено стаціонарне лікування. Майже 20 тис. осіб отримали психологічну допомогу від штатних психологів Держслужби з надзвичайних ситуацій [4]. Тому цільові вкладення в модернізацію і створення запасу міцності для харківської медицини вкрай необхідні. Також необхідно збільшення бюджетних квот.

Висновки. Лікувальні заклади через збільшення кількості пацієнтів працюють в посиленому режимі, що має вплив на якість надання медичної допомоги. Даний факт ставить задачу перед харківською медициною, над вирішенням якої повинна працювати група, що включала б і представників уряду, які затверджують рішення на всеукраїнському рівні, вузьких спеціалістів в області медицини, громадянське суспільство і приватний сектор. Вирішення даної проблеми призведе до підвищення якості надання медичної допомоги населенню.

*Використана література*

1. Амосов Н. М. Здоров'я людини / Н. М. Амосов, Я.А. Бен-дент – М. 1984. – С. 25–26

2. Щеренко В.А. Соціально-економічна сутність і значення міграцій в повному і раціональному виконанні трудових ресурсів // Зб. наук. тр. – Москва, 1990. – с. 133.

3. Верховна Рада України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://rada.gov.ua/>

4. Парламентські слухання на тему: «Стан дотримання прав внутрішньо переміщених осіб та громадян України, які проживають на тимчасово окупованій території України та на території, не контрольованій українською владою в зоні проведення антитерористичної операції» 17 лютого 2016 року в залі пленарних засідань Верховної Ради України.

## **СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ НЕГАТИВНОЇ ДИНАМІКИ ДЕМОГРАФІЧНОЇ СИТУАЦІЇ В ХАРКІВСЬКОМУ РЕГІОНІ**

*Трегуб П.О., Журба Є.П., Луценко М.Ю.*

*Харківський національний медичний університет*

Демографічна ситуація в Україні являє собою одне із найактуальніших питань українського суспільства. Демографічний розвиток країни зумовлюють три основні процеси: народжуваність, смертність і демографічний рух населення. Аналіз демографічної ситуації України за останні роки говорить про погіршення показників природного відтворення і механічного руху населення майже всіх регіонів України. Особливо актуальним питанням на сучасному етапі розвитку України є регіональний аналіз демографічної ситуації, виявлення загальних проблем і напрямів їх вирішення.

Мета дослідження полягає у проведенні аналізу демографічної ситуації в Харківській області та виявлення основних проблем в цьому питанні.

Харківська область одна із найбільш заселених в Україні, поступається тільки Донецькому та Дніпропетровському регіонам. Чисельність населення станом на 1 січня 2015 року становить 2 719 309 осіб, що складає 6,35 % насе-

лення України [2]. Але, показники чисельності населення поступово знижуються, що свідчить про депопуляцію населення. Порівняно з 2010 роком, кількість населення скоротилась на 18 835 осіб, а за останні 14 років – на 176 504 [2]. Сучасні демографічні процеси мають негативні ознаки – скорочення чисельності населення, від’ємний його приріст, від’ємне сальдо міграції [2].

За даними Всеукраїнського перепису населення 2001 року частка осіб пенсійного віку в Харківському регіоні становила 24%, у 2010 році цей показник збільшився до 26 %, що свідчить о процесах «старіння населення» [1]. У 2011 р. на кожну 1000 осіб працездатного віку припадало 626 мешканця непрацездатного віку, з них 212 – діти у віці 0–15 років і 414 – особи пенсійного віку [3]. Таким чином, були розраховані коефіцієнти демографічного навантаження (загальний – 67,32 %, дітьми – 23,87 %, старими – 41,35 %) [3]. Ці показники досить високі, що свідчать о несприятливій ситуації щодо розвитку суспільного виробництва.

Отже, демографічна ситуація в Харківському регіоні залишається складною. Для виходу з цього становища необхідно сконцентрувати зусилля на вирішенні поточних і стратегічних завдань – економічному забезпеченні відтворення населення, належному соціальному захисту сімей з дітьми та осіб похилого віку, забезпеченні доступності якісної медичної допомоги та освіти. Таким чином можливо посприяти збільшенню чисельності населення, показників народжуваності та кількості працездатного населення.

#### *Використана література*

1. Всеукраїнський перепис населення [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://2001.ukrcensus.gov.ua/>

2. Немець Л. М., Сегіда К. Ю., Немець К. А. Демографічний розвиток Харківського регіону: монографія / Л. М. Немець, К. Ю. Сегіда, К. А. Немець. – Х.: ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2012. – 200 с.

3. Офіційний сайт Державної служби статистики України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua>.

### **ВІЛЬЯМ СІЛІ ГОССЕТ – ШЛЯХ ВІД ПИВОВАРА ДО ПРИКЛАДНОГО СТАТИСТИКА**

*Усенко С.Г., Гонтар С.В., Віданова Г.І.*

*Харківський національний медичний університет*

У двадцятому столітті значний внесок у розвиток статистики зробив не академічний учений, а скромний пивовар з компанії «Гіннесс». Вільям Госсет, ввів в цю наукову дисципліну поняття статистичної значущості, розробив систему промислового контролю якості і метод ефективного планування експериментів, а також винайшов метод послідовної перевірки якості пива.

Оскільки Госсет публікував свої роботи під псевдонімом, його справжнє ім'я невідоме більшості з тих, хто часто користується його найвідомішим відкриттям: Госсет був тим самим «Студентом», чиє ім'я (точніше, псевдонім) носить метод коректної екстраполяції числових значень, узятих з невеликої вибірки даних – t-тест Ст'юдента.

На рубежі дев'ятнадцятого і двадцятого століть «Гіннесс» приділяв свою основну увагу підтримці високої якості продукції при одночасному збільшенні масштабів і зниженні собівартості виробництва пива.

Керівник Госсета, Томас Кейс стверджував, що кращий спосіб визначити якість хмелю – це розрахувати кількісне співвідношення м'яких смол до жорстких (хмільні смоли – напівтверді речовини, що виділяються з «шишок» рослини). Тому він звернувся до Госсета, котрий приступив до роботи. Його мета – зрозуміти, наскільки знижується репрезентативність отриманих результатів при зменшенні розміру вибірки. Наскільки збільшується похибка вимірювання в разі, коли у вас є маленька вибірка з 2 або 10 зразків в порівнянні з вибіркою в 1 000 зразків?

Перша проблема, з якою зіткнувся Госсет: точне з'ясування кількості вимірювань рівня сахаридів в солодовому екстракті, необхідне для того, щоб бути впевненим, що їх зміст відповідає еталонному значенню в 133 одиниці з точністю 0,5 одиниці. Початковий підхід Госсета був простий і зводився до порівняння похибки вимірювань, отриманих за мінімальною вибіркою (2 зразки) і по максимально великій групі даних (результати вимірювань останньої вважалися за замовчуванням зразково точними), щоб отримати коректні значення вимірювань за мінімальними вибірками, Госсету довелося досліджувати величезну кількість таких.

Потім Госсет повторив аналогічний досвід з групами з 3 вимірювань. На цей раз збіг з точністю в 0,5 одиниці спостерігалось в 87,5 % від усіх порівнянь результатів. При використанні вибірок, що містять 4 вимірювання, кількість збігів з еталонним результатом перевищило 92%. При використанні груп з 82 результатів ймовірність отримати точне значення з похибкою 0,5 одиниці стала практично нескінченною.

Керівництво Госсета було в захваті від отриманих ним результатів і не могли залишити найціннішого працівника без подяки. За рік творчої відпустки, проведений в лабораторії Пірсона, Госсет розробив математичне обґрунтування «закону помилок» для малих статистичних вибірок. Сьогодні його відкриття відомо як «t-розподіл Стьюдента». Розподіл Стьюдента основний спосіб визначення ймовірної помилки оцінки залежно від розміру вибірки, і до цього дня широко застосовуваний в науці і промисловості. Але чому t-розподіл історично приписується якомусь «Студенту», а не Госсету?

Після закінчення роботи над математичним апаратом t-розподілу Госсет вирішив зробити свою роботу доступною широкому колу. Однак менеджери «Гіннеса» протидіяли намірам Госсета: якщо він опублікує свою працю, то інші пивоварні компанії теж зможуть застосувати його відкриття на практиці.

Але врешті-решт сторони досягли компромісу: «Гіннес» дозволив публікувати Госсет свої роботи при використанні останнім псевдоніма. Таким чином, конкуренти не зможуть встановити, що деякі дослідження проведені на гроші ірландських пивоварів, і пов'язати успіх «Гіннеса» з промисловим застосуванням методу Госсета. Ось чому стаття, в якій вперше застосовується поняття t-розподілу – «Ймовірна похибка середнього» – була опублікована Госсетом під псевдонімом Стьюдент («Студент»). Але якби Госсет не працював у пивоварній індустрії, то може бути, що йому ніколи б не довелося вирішувати практичні проблеми, які, здавалося, стимулювали його найбільше. Як практик, Госсет ніколи не дотримувався якогось пріоритетного конкретного методу, а кількісні дослідження ніколи не були для нього самоціллю: він був просто зацікавлений в якнайшвидшому досягненні мети всіма можливими способами. Подібний підхід до оптимізації бізнес-процесів гідний вивчення і застосування на практиці в наші дні.

## РОЗВИТОК МЕДИЦИНИ У ВІЗАНТІЙСЬКІЙ ІМПЕРІЇ

*Усенко С.Г., Митрофанюк В.А., Люткіна Л.С.*

*Харківський національний медичний університет*

Візантія є безпосередньою спадкоємицею греко-римської спадщини в історії світової культури, відповідно медицина і охорона здоров'я імперії почали свій розвиток, ґрунтуючись на традиціях античної Греції і Риму.

Державна доктрина прославлення християнської монархії і культ візантійського імператора мали величезний вплив на всю суспільне і ідейне життя Візантії, в тому числі і медицину.

Головним джерелом і основою медичних знань у Візантійській імперії були «збірник Гіппократа» і твори Галена, які відповідали духу християнства.

Безперервні епідемії, які забирали життя у величезній кількості людей, змусили візантійський уряд зберегти існуючі з часів Римської імперії посади міських лікарів для бідних. І хоча деякі з них прагнули в основному займатися приватною практикою, обслуговуючи заможних пацієнтів з числа забезпечених ремісників і торговців, закон зобов'язував безкоштовно лікувати міську бідноту. У великих містах збереглися, як і в стародавньому Римі, посади архіатрів (головний лікар міста, провінції або іншої адміністративної одиниці) [1].

Перша велика християнська лікарня була побудована в Кессарії в 370 г. Василем Великим, для кожної відомої хвороби в той час була передбачена окрема будівля, а також окрема колонія для прокажених. Також Василь Кессарській видав «Статут», який передбачав організацію богадільнь для престарілих і калік при монастирях та ксенодохій при заїжджих дворах для подорожніх, які захворіли в дорозі.

У IV столітті в Севастії з'явилася лікарня для бідних, іноземців, калік і немічних, яка славилася якістю наданої допомоги повсюдно.

Друга велика лікарня була побудована в Константинополі Іоанном II при монастирі Пантократора в XII столітті. Вона була розрахована на 50 ліжок, а також мала постійний штат лікарів. Всього налічувалося 5 відділень, в кожному чергували по 2 лікарі, які надавали допомогу, як хворим, що знаходились на лікуванні, так і приймали хворих, які приходили на консультацію [2].

Іншою формою розвитку лікарняної справи була організація ізоляторів для хворих на інфекційні хвороби, з яких в подальшому, після створення чернечого ордену св. Лазаря, виникли притулку для піклування прокажених – лазарети. Пізніше частина лазаретів була перетворена в лікарні, частина – в богадільні.

Великим досягненням середньовічної медицини і фармації Візантії було створення аптек. Аптечні установи пропонували лікарські засоби рослинного, тваринного і мінерального походження. Аптеки повинні були готувати ліки, регулювати питання, пов'язані з продажем, формувати відносини між лікарем і хворим. Також в аптеках зустрічалися ліки від боягузтва, нерозділеного кохання, для розуму і т. д. Вважається, що саме в Візантії з'явилися бібліотеки, які називалися аптеки для душі.

Підготовка лікарів проводилася в школах при монастирських і цивільних лікарнях, учні шкіл під керівництвом наставників брали участь в оглядах хворих та їх лікуванні. Навчальний процес знаходився під контролем церковних і світських властей.



Одним з найвідоміших лікарів Візантії був Архіатр імператора Юліана Орібазій, який жив в 4 столітті. Орібазій, виконуючи прохання імператора, склав свою основну енциклопедичну працю в 72 книгах, з яких до нас дійшли лише 27. У цій праці він узагальнив і систематизував лікарську спадщину від Гіппократа до Галена, включаючи праці інших античних авторів. Пізніше Орібазій склав скорочений варіант даної роботи в 9 книгах під назвою "Синопис", який багато років служив посібником для тих, хто вивчає лікарські науки.

Візантійці приділяли увагу медицині і в наступні часи. І знову їх насамперед цікавила практична сторона справи. Хоча люди в більшості випадків на хвороби дивилися як на кару Божу, як на послані Богом за гріхи випробування, які треба стійко переносити і боротися з якими слід тільки молитвами і заклинаннями, проте бажали лікування, а лікарі були переконані, що лікування можливе [3].

Знайомлячись з організацією системи охорони здоров'я в Візантії, ми бачимо безліч переваг і отримуємо унікальний досвід. У Візантії система охорони здоров'я населення вперше в історії ґрунтувалася на принципі любові до людини, вона охоплювала абсолютно всі верстви населення. Цю систему охорони здоров'я спочатку розробили Церква і монастирі. Іншими словами, організація охорони здоров'я і його розвиток в тисячолітній історії Візантії вражає нас, вона в багато разів перевершувала за своїм рівнем все, що існувало в цій галузі в інших країнах.

З усього цього, на закінчення можна сказати, що саме візантійські лікарі є основоположниками медицини. Їх непосильна праця дала початок подальшому розвитку медицини.

Завдяки їм, ми знаємо наскільки цінне здоров'я.

*Використана література*

1. Лісіцин Ю.П. Історія медицини: підручник. – М.: ГЕОТАР-Медіа, 2008. – 400 с.
2. Сорокина Т.С. История медицины. М.: Академия, 2008. – 385 с.
3. Верхтратський С.А., Заблудовський П.Ю. Історія медицини. – Київ: Вища школа, 1991. – 424 с.
4. Інтернет-ресурси:
5. Медицинская энциклопедия [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.medical-enc.ru/12/history\\_of\\_medicine.shtml](http://www.medical-enc.ru/12/history_of_medicine.shtml)
6. История развития медицины – от древности до 20 века [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://lechebник.info/1.htm>.

## **ФИНАНСИРОВАНИЕ ДУБЛИРУЮЩИХ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ И ИХ АВТОНОМНОСТЬ РАСПОРЯЖЕНИЯ БЮДЖЕТНЫМИ СРЕДСТВАМИ**

*Усенко С.Г., Богатырь С.Н., Жадик Р.О.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

Характеризуя общую картину сети медицинских учреждений надо указать на то что в состав системы здравоохранения входят амбулаторно-поликлинические, больничные учреждения, отделения скорой медицинской помощи, ФАПы. Помимо этого, медицинские услуги населению оказываются частными

медицинскими учреждениями большая часть из которых это небольшие частные учреждения, которые предоставляют незначительную часть от общего объема медицинских услуг.

На сегодняшний день большинство медицинских учреждений являются локальными монополистами. Но в областных центрах и больших городах имеют место множество медицинских учреждений, которые дублируют функцию друг друга в отношении предоставления одинакового ряда медицинских услуг: областные и городские детские больницы, областные и городские больницы, муниципальные и ведомственные учреждения. Несмотря на сформировавшуюся ситуацию конкуренции за получение бюджетных средств отсутствует, так как дублирующие друг друга учреждения находятся в административном подчинении у разных уровней органов власти. Исходя из этого финансирование из бюджета каждого учреждения производится из уровня власти, в котором это учреждение находится в административном подчинении и соответственно не может претендовать на средства, выделяемые другим уровням.

Все государственные медицинские организации в Украине имеют статус бюджетных учреждений. В связи с этим уровень их управленческой автономии относительно возможности самостоятельного перераспределения финансовых ресурсов между направлениями финансовых расходов в зависимости от конкретной ситуации, возникающих потребностей и приоритетов очень низкий. Частные медицинские учреждения государственными средствами не располагают.

С 2005 года в Украине проводилась экспериментальная апробация новой модели автономизации медицинских учреждений. Эксперимент проводился в рамках проекта ЕС «Финансирование и управление в сфере здравоохранения в Украине». Суть эксперимента заключалась в разделении функций покупателей и поставщиков медицинских услуг. Бюджетные учреждения здравоохранения в выбранных районах были преобразованы в коммунальные не коммерческие предприятия. Данный организационно-правовой вид осуществления хозяйственной деятельности позволяет уйти от сметного финансирования медицинской организации, заключать с ней контракты на поставку медицинских услуг и предоставляет ей более широкие права в части самостоятельного расходования получаемых средств. Но в качестве помехи на пути внедрения такой модели стал ряд правовых и административных преград, которые заключались в том, что между хозяйственным кодексом и налоговым законодательством возникли противоречия, которые заключались в том, что налоговые власти отказывались регистрировать некоммерческие предприятия как освобожденные от уплаты налога на прибыль некоммерческие организации, так как некоммерческие предприятия не освобождаются от уплаты земельного налога. В связи с этим возник риск того, что медицинским учреждениям, которые были подвержены реорганизации придется оплачивать коммунальные платежи значительно больше чем бюджетные учреждения. Помимо этого, оказывается сопротивление финансовых органов каким-либо изменениям статуса бюджетного учреждения из-за возможной утраты контроля над финансированием подобных учреждений.

**Выводы:** решение этой проблемы является актуальным вопросом в наши дни, так как предоставление автономности в отношении самостоятельного расходования получаемых средств медицинским учреждением позволит осуществлять более целесообразное их использование, что улучшит качество медицинского обеспечения населения.

*Используемая литература*

1. В. Лехан, В. Рудный, С. Шишкин, “Система финансирования здравоохранения в Украине и пути ее реформирования” [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.rusnauka.com/18\\_EN\\_2009/Economics/48623.doc.htm](http://www.rusnauka.com/18_EN_2009/Economics/48623.doc.htm)

## **ЄГИПЕТСЬКА МЕДИЦИНА, ЩО ОПЕРЕДЖУВАЛА ЧАС**

*Усенко С.Г., Орлова О.О., Вовк Т.В.*

*Харківський національний медичний університет*

Древній Єгипет – невеликий клаптик землі, що розміщений серед неозорих пісків поблизу славетного Нілу. Тут понад п’ять тисячоліть назад почала своє існування одна з найвідоміших й найрозвинутіших цивілізацій. Він по праву вважається головною медичною колицкою древнього світу. Методи лікування в Древньому Єгипті формувалися під впливом медицини Древньої Месопотамії і дуже вплинули на формування медицини Древньої Греції [1].

Сучасні знання про дивовижну і загадкову єгипетську медицину засновані на папірусах, що дійшли до нас і які були знайдені під час розкопок, найбільш знамениті з яких – древній папірус Еберса, який датується приблизно 1 500 до н.е., він містить крім загальних медичних тем більше 900 рецептів і приписань. Зміст цього папірусу становлять переважно рецепти від різних недуг, а також відомості, які дають уявлення про анатомо-фізіологічні та діагностичні знання лікарів тих часів (II тис. до н. е.) [1]. Папірус Сміта присвячений лікуванню ран і забитих місць. У папірусі Сміта знаходимо досить правильний опис травми хребта: «Як ти знаходиш хворого з нечулими руками й ногами, напруженим статевим членом, сеча краплями без перерви, – ти кажеш: це випадок зміщення хребців ший». У знайденому Кахунському папірусі перераховуються засоби, що використовувалися при розладах менструації, при безплідності, для посилення перейм під час пологів, для збільшення кількості молока та інше [2].

Практика бальзамування у Древньому Єгипті стала основним джерелом знань про будову людського тіла порівняно з сусідніми країнами, де тіла померлих не вскривали. Бальзамування вимагало застосування й різноманітних реактивів, що стимулювало зародження уявлень про хімічну природу реакцій. Більш того, і сама назва «хімія» пішла від древньої назви Єгипту «Кемет» [3].

Для діагностики використовували зовнішній огляд, перкусію, пальпацію і навіть аускультацию. Лікарі вміли вимірювати частоту пульсу, і робили це на декількох частинах тіла. Серце вони вважали одним з найголовніших органів, а дихання найголовнішою функцією необхідною для нормального існування людини. Для вимірювання темперами використовувалась рука лікаря [4].

Лікуватися від різних хвороб могли собі дозволити лише люди, у яких було достатньо коштів, та навіть їх не завжди брались лікувати. Якщо у людини були тяжкі пошкодження голови, або множинні переломи кіток, то пацієнту допомога не надавалася [4].

У місцях розкопок було знайдено дуже багато складного і різноманітного інструментарію: пінцети, маткові дзеркала, катетери для спускання сечі, набори інструментів для припікань і бальзамування. У мумій знаходили скріплення розхитаних зубів із сусідніми здоровими золотою стяжкою, правильно зрощені переломи кісток, шрами після операцій. Вони також володіли методами контрацепції, тому що при дослідженні деяких мумій жінок у порожнині матки були знайдені золоті кільця, як прототип сучасних внутрішньо маткових спіралей [2].

Велике значення надавалося і профілактичним заходам на державному рівні. Для запобігання розповсюдження інфекційних та паразитарних хвороб серед багатотисячних скупчень рабів лікарі стежили щоб вони кожен день милися, змінювали стегові пов'язки, ізолювалися хворі, і щорічно спалювали старі і будували нові бараки для рабів. На базарах проводилися санітарні огляди [3].

Високо специфічною була єгипетська фармакопея: для кожної хвороби пропонувалися свої ліки й точні їхні дози. Деякі із цих засобів, зокрема касторове й маслинова олія, опіум і шафран, снодійний красний мак, лотос, алое, виноград, фініки, сурма, залізо, свинець, алебастр, сода і інші речовини. Були рецепти, які нараховували більше 40 різноманітних компонентів. Прийом деяких ліків супроводжувався магічними обрядами і заклинаннями [4].

Отже, Єгипет став для древнього світу первинним джерелом медичних знань і умінь, справжньою фортецею священної науки та гарною школою для його найславніших пророків. Їх посилений інтерес до мистецтва лікування, цілеспрямований і науковий підхід до хвороб та доволі складна рецептура не можуть не вражати сучасних спеціалістів. Медицина Древнього Єгипту за своїм темпом розвитку на багато тисячоліть випередила інші країни, а деякі методи, способи лікування та діагностики використовуються і у наш час.

#### *Використана література*

1. Енциклопедія «Всесвітня історія» під ред. М. Аксьонової, С. Ісмаїлової. – М.: Аванта, 1993. – 45–47 с.
2. Бадж Э.А.У. Мумія. Материали археологічних досліджень єгипетських гробниць / Пер. с англ. – М.: Алетейа, 2001. – 290 с.
3. Кларк Р. Священі традиції Древнього Єгипту. – М.: Фаір-пресс, 2002 – 456 с.
4. Феноменальні досягнення медицини Древнього Єгипту [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://osvita.ua/vnz/reports/culture/12150/>

## **ЭКОНОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ РЕФОРМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СТРАНАХ ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЫ И ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИХ ОПЫТА В УКРАИНЕ**

*Усенко С.Г., Гаркавенко Е.А., Зеновьева О.М.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

**Вступление.** Проблема необходимости реформирования системы здравоохранения в нашей стране сейчас особенно актуальна. Сравнительный анализ развития здравоохранения в посткапиталистических странах даст возможность дать начало именно тем изменениям в системе здравоохранения Украины, которые подтвердили свою эффективность в странах с переходящей экономикой.

Поэтому, **целью** нашей работы стал анализ систем здравоохранения стран Восточной Европы, так как это даст возможность оценить положительные и отрицательные аспекты каждой из них с целью их адаптации и внедрения в Украине.

**Объект и методы исследования:** при анализе системы здравоохранения стран Восточной Европы и Украины были использованы такие методы исследования как квалиметрический, ретроспективный, а также методы анализа, дедуктивного осмысливания, структурно-логического анализа с учетом принципов системности.

**Результаты исследования.** При сравнении системы здравоохранения Украины, Польши, Чехии и Болгарии, мы наблюдаем, что в Украине – государственная система, а в Польше, Чехии и Болгарии – социально-страховая [9]. Медицинская реформа Украины предусматривает создание системы обязательного медицинского страхования (ОМС), но ряд факторов сдерживают её развитие: на данный момент не принят закон о медицинском страховании, отсутствуют механизмы поощрения работодателей по поводу медицинского страхования работников, низкий уровень доходов населения, страховые организации не имеют достаточного опыта медицинского страхования [5]. Внедрение ОМС без создания соответствующих предпосылок может привести к повышению стоимости медицинских услуг, налогового давления на работающих и работодателей [1].

**Выводы.** Медицинская реформа предусматривает создание платформы в виде ОМС. Украина также должна создать единый национальный страховой фонд с региональными отделениями, который бы осуществлял сбор страховых взносов и обеспечивал своевременную оплату медицинских услуг. То есть финансирование системы здравоохранения, с одной стороны, должно осуществляться из государственного бюджета, а с другой – из Фонда ОМС.

Все это должно сопровождаться введением механизмов контроля за расходами на здравоохранение.

**Перспективы дальнейших исследований.** Для Украины опыт стран ЕС, таких как, Польши, Чехии и Болгарии может быть полезным в связи с тем, что эти страны перешли от государственной модели здравоохранения к системе страховой медицины. Однако, системы здравоохранения зарубежных стран меняются с течением времени. Поэтому изучение этих изменений и приобретение подобного опыта для Украины необходимо в условиях активного экономического и социального сближения со странами Европейского союза.

#### *Использованная литература*

1. Буздуган Я. Поняття, принципи, форми фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні /Я. Буздуган // Віче. – К., 2008. – № 5. – С. 26–28.
2. Европейская база данных ЗДВ (HFA-DB) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://data.euro.who.int/hfadb>.
3. Здоров'я України 2008 р. Охорона здоров'я Чехії: якість, яку не приховаєш [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://health-ua.com/articles/2848.html>.
4. Лікарняна каса Полтавщини [Электронный ресурс] / Благодійна організація „Лікарняна каса Полтавщини”. – Режим доступа: <http://www.poltavalk.com.ua>.

5. Найштетік В. Економічні проблеми і концепція розвитку охорони здоров'я в Україні: наукова праця / В. Найштетік; Українська академія наук. Відділ економіки і управління. – Донецьк, 2009. – 158 с.

6. Финансирование здравоохранения в Европейском союзе. Проблемы и стратегические решения [Текст]: науч. изд. / S. Thomson, T. Foubister, E. Mossialos; Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. – Копенгаген: ВОЗ, 2010. – 241 с. – (Серия исследований Обсерватории; Вып. 17). – С. 28

7. Georgieva L., Salchev P., Dimitrova S., Dimova A., Avdeeva O. Bulgaria: Health system review. Health Systems in Transition, 2007; 9(1).

8. Joanna Hady, Małgorzata Leśniowska. Finansowanie polskiego systemu opieki zdrowotnej na tle wybranych krajów UE. – 2011. – s.97–111

9. Polsha sistema zdravookhraneniya [Електронний ресурс]. – Режим доступу [http://pharmnews.kz/news/polsha sistema zdravookhraneniya /2009-03-01-2288](http://pharmnews.kz/news/polsha_sistema_zdravookhraneniya/2009-03-01-2288)

10. Strategia rozwoju ochrony zdrowia w Polsce 2007–2013 [Електронний ресурс]. – Режим доступу <http://www.fundusze-strukturalne.gov>.

## СТАН ЗДОРОВ'Я ШКОЛЯРІВ ХАРКІВСЬКОГО РЕГІОНУ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ РОЗВИТКУ СУСПІЛЬСТВА

*Фролова Т.В., Амаш А.Г.*

*Харківський національний медичний університет*

Протягом останніх років у нашій країні склалася негативна ситуація із станом здоров'я дітей усіх вікових груп, що являється наслідком соціально-економічної перебудови суспільства, незадовільних умов життя досить великої частки населення, несприятливого стану навколишнього середовища, що знижує компенсаторно-приспосувальні можливості дитячого організму та його опірності до дії різних шкідливих факторів.

**Мета дослідження** визначення рівню популяційного здоров'я дитячого населення Харківського регіону.

Шляхом експедиційних виїздів до організованих дитячих колективів комплексно обстежено 2600 дітей віком від 8 до 17 років; з них 1241 постійних мешканців м. Харкова та 1359 дитини, які постійно проживають у сільських районах Харківської області. Вибір дитячих закладів для виконання дослідження проводився методом випадкової вибірки, що дозволило скласти репрезентативну вибірку яка відображає стан здоров'я дітей в популяції. При клінічному обстеженні використовували клініко-анамнестичний метод аналізу, скарг пацієнта та результатів об'єктивного обстеження та огляду фахівцями: окулістом, ортопедом, гастроентерологом, кардіологом, психоневрологом.

Статистичний аналіз проведено на підставі параметричних і непараметричних критеріїв (критерій Стьюдента-Фішера, Ван-дер-Вардена та інш.), імовірнісного розподілу ознак і кореляційного аналізу. Дослідження виконані з урахуванням міжнародних біоетичних стандартів про згоду батьків на участь дитини в комплексному обстеженні.

Результати досліджень свідчать, що серед дітей та підлітків шкільного віку у структурі хронічної захворюваності перше рангове місце займають патологія кістково-м'язової системи (КМС) і сполучної тканини ((55,3±2,8) %), наступні:

хронічна патологія серцево-судинної системи (ССС) ((44,3±2,8) %), хронічні захворювання шлунково-кишкового тракту (ШКТ) ((42,7±2,8) %), нервової системи ((39,8±2,1) %), захворювання ока та його додаткового апарату ((38,9±1,9) %), органів дихання ((23,9±2,7) %), сечовидільної системи (СВС) ((20,9±2,4) %) і ендокринна патологія ((22,6±2,4) %). Слід зазначити, що серед усіх обстежених дітей тільки (10,9±0,9) % мають задовільний стан здоров'я.

При аналізі результатів дослідження встановлено, що рівень загальної хронічної захворюваності за окремими класами хвороб згідно МКХ-10 залежить від віку та статі дитини. Так, залежність показників поширеності хронічної патології від віку дитини встановлена з боку травної, ендокринної і нервової систем. Загальна поширеність патології ШКТ достовірно вище серед дівчаток старшої вікової групи на відміну від молодшої ((40,65±2,9) % і (48,95±2,65) % відповідно,  $p<0,05$ ). Аналогічна залежність встановлена у показниках поширеності ендокринної патології ((22,22±2,5) % та (34,62±2,5) % відповідно, ( $p<0,05$ )). Відмінності у розповсюдженості патології нервової системи встановлена серед групи хлопчиків із збільшенням частоти неврологічної патології у молодшому шкільному віці у порівнянні з хлопчиками старшого шкільного віку ((41,41±3,1) % і (34,06±2,7) % відповідно,  $p<0,05$ ). Серед інших нозологічних груп виявляється лише тенденція до збільшення поширеності захворюваності відповідної патології з віком дитини.

Статеві відмінності у розповсюдженості хронічної патології встановлені з боку ендокринної системи, на користь її переважаючого у дівчаток, як молодшого, так і старшого шкільного віку ( $p<0,05$ ).

При аналізі поширеності хронічної патології різних класів хвороб за МКХ-10 достовірних відмінностей від міста проживання дитини встановлено не було. Проте встановлено достовірний зв'язок міста проживання дитини з окремими нозологічними формами: сколіоз – в середньому у (17,63±1,1) % дітей, практично з однаковою частотою у хлопчиків і дівчаток, і значно частіше виявлявся у дітей, які проживають в місті на відміну від дітей сільської місцевості ((20,6±1,8) % і (11,95±1,0) % відповідно,  $p<0,05$ ). Неврози у вигляді нав'язливих рухів серед дітей, які мешкають у місті зустрічалися в середньому у (11,9±1,0) % при значно більш низьких цифрах в сільській місцевості (5,6±0,6) % ( $p<0,05$ ).

Суттєву роль у визначенні тягаря хвороб і показників стану популяційного здоров'я має поєднана хронічна патологія, яка розглядається у якості впливового чинника інвалідизації у майбутньому. Аналіз результатів комплексного обстеження дітей та підлітків показав, що серед дітей з хронічною патологією (87,9±3,1) % мають поєднану патологію або синтропію хронічної патології з функціональними розладами і порушеннями з боку інших систем. З віком збільшується не тільки кількість випадків поєднаної патології, а і кількість залучення різних органів і систем до патологічного процесу. Так, у середньому (9,4±1,0) % школярів у віці 10–12 років мають 2 діагнози (форма 112/у), (12,2±1,1) % дітей у віці 13–15 років – 3 клінічних діагнозів, (20,4±1,4) % підлітків 16–17 років – 4–5 діагнозів.

Встановлено, що серед дітей і підлітків шкільного віку загальна хронічна захворюваність має два максимальних піка зростання, які приходяться на ві-

кові періоди 9–10 років і 13 років, при середньому прирості загальної захворюваності (враховуючи всі нозологічні форми) +3,96 % і +3,98 % відповідно ( $p < 0,05$ ); з мінімальним періодом приросту хронічної патології у 12-річних дітей (+0,87 %,  $p < 0,05$ ).

Вікові коливання поширеності хронічної захворюваності обумовлені, у 10-річних дітей переходом з початкової школи до загальної, що несе істотні зміни щодо навчального і психологічного навантаження на дитину; вік 13 років – критичний період розвитку дитячого організму, коли під впливом гормональної перебудови виникає дисфункція окремих органів і систем, яка притаманна пубертатному віку, частка з яких є своєрідним донозологічним станом відповідної патології. Відносна стабільність показника здоров'я у 12-річних дітей, відображає адекватний процес підготовки зростаючого організму до статевого дозрівання.

#### **Висновки:**

1. На сьогоднішній день тільки (10,9±0,9)% школярів Харківського регіону мають задовільний стан здоров'я.

2. Протягом шкільного періоду відмічається зростання поширеності хронічної патології серед дітей регіону.

3. З віком зростає частота випадків сінтропії захворювань, так (9,4±1,0) % школярів у віці 10–12 років мають 2 діагнози, (12,2±1,1) % дітей у віці 13–15 років – 3 клінічних діагнозів, (20,4±1,4) % підлітків 16–17 років – 4–5 діагнозів.

4. Найбільш вразливими віковими періодами щодо формування та хронізації патології являється 9–10 років і 13 років, при середньому прирості загальної захворюваності (враховуючи всі нозологічні форми) +3,96 % і +3,98 %.

Таким чином, результати дослідження показали, що структура захворюваності дітей Харківського регіону має характерні віко-статеві особливості, що необхідно враховувати при створюванні регіональних систем моніторингу здоров'я дитячого населення.

## **ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМИСЯ СНИЖЕНИЕМ ИНТЕЛЛЕКТА**

*Чумак Л.И., Артамонов Р.О., Дубовик В.В.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

**Актуальность темы:** Заболевания, характеризующиеся снижением интеллекта (ЗСИ) – группа патологий в своем течении приводящие к снижению когнитивных функций. В большинстве развитых стран степень распространенности ЗСИ, составляет 1% [1, с 37] взрослого населения. Постоянно ведутся разработки новых фармакологических препаратов и схем ведения данных больных и принимаются попытки их социализации.

**Цель исследования:** Изучить методики, препараты, общий уровень толерантности к данной группе людей с Древних Времен и до наших дней.

**Материалы исследования:** Древнейшие времена – эпоха кровопускания, фито- и диетотерапии. Первые упоминания о людях, страдающих умственной отсталостью, появляются еще в медицинских трактатах Древнего Китая, где



описывались попытки лечить ЗСИ настоями женьшеня, алоэ, лимонника. В трудах Гиппократы была указана зависимость уровня интеллекта от поступления йода в организм, и данным пациентам предлагалось употреблять сожженные морские губки и водоросли. Древнеримский же врач Диоскорид настаивал, что употребление нута способствует восстановлению когнитивных функций [1, с. 52]. Особых методик ведения не предусматривалось, и обычно данные больные становились рабами.

Несколько иная ситуация была в Средневековье. С расцветом церковных структур и богословского института, большую часть событий и явлений, в том числе заболеваний, толковали с религиозной точки зрения. Таким образом, любого человека, имеющего явные отклонения в познавательной сфере деятельности, называли «богоугодным». Чаще всего эти люди жили при монастырях, выполняя физическую работу. В конце XIV – начале XV веков создаются первые заведения для людей с психическими расстройствами, в том числе, для людей с ЗСИ – проводилась изоляция социально неадаптированных больных. В этих заведениях царила антисанитария и жестокость по отношению к больным. Лечение проводилось все тем же кровопусканием, препаратами опиума, слабительными настоями, водными процедурами [2, с. 238]. В случае отсутствия положительной динамики, пациент направлялся в следующее заведение, где и проводил остаток своих дней. Широко использовалось приковывание наручниками и прочие методы ограничения подвижности. Лишь с массовыми медицинскими реформами конца XVIII – начала XIX веков начались шаги на пути к гуманному обращению с данными пациентами, которые продолжают до сих пор. В современном же обществе политика изоляции больше не является приоритетной. Больных с ЗСИ стараются социализировать, они работают вместе со здоровыми людьми и реализуют самообслуживание, насколько это возможно. Также не прекращаются эксперименты и пробы фармакологических препаратов, потенциально способных восстановить когнитивные функции.

**Вывод.** Больные с ЗСИ на протяжении всей истории человечества подвергались гонениям, унижениям, рабскому труду и в целом были жертвами равнодушного отношения к своей проблеме. Однако, в историческом аспекте прослеживается явная положительная динамика внимания и сочувствия к своей болезни со стороны общественности.

#### *Использованная литература*

1. Замский Х.С., Коняева Н.П. [[www.academia-moscow.ru/off-line/\\_books/fragment\\_9513.pdf](http://www.academia-moscow.ru/off-line/_books/fragment_9513.pdf)] Умственно отсталые дети: История их изучения, воспитания и обучения с древних времен до середины XX века: учебное пособие для студентов высших учебных заведений]. – 2-е изд. – Москва: Издательский центр «Академия», 2008. – 368 с. – ISBN 978-5-7695-4334.

2. Allderidge, Patricia (1979). "Management and Mismanagement at Bedlam, 1547–1633". In Webster, Charles. Health, Medicine and Mortality in the Sixteenth Century. Cambridge: Cambridge University Press. ISBN 9780521226431.

## ПРОБЛЕМЫ ДОВЕРИЯ НАСЕЛЕНИЯ К ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНЕ

*Чумак Л.І., Бойцова А.В.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

Оказание медицинской услуги – это творческий процесс, связанный с множеством факторов риска, неопределенностью конечного эффекта и поэтому изначально не может быть однородным. Например, во многом качество медицинских услуг в государственном учреждении зависит от того, кто и в каких условиях их оказывает. Это может быть начинающий врач или опытный, условия небольшой больницы или крупная многопрофильная клиника, дневное или ночное время (что напрямую связано с усталостью персонала) и т. п. Одна из важных причин неоднородности качества медицинских услуг – уникальность клинической картины каждого заболевания. Но мы часто сталкиваемся, что даже один, и тот же доктор к каждому пациенту относится по-разному, в зависимости от его социального статуса [1]. Одному пациенту оказывается максимум медицинских услуг, и что немаловажно, уделяется большое количество внимания со стороны врача, а другой может часами сидеть под кабинетом и ждать, когда же ему, все же, уделят профессиональное внимание. Поэтому большинство украинцев и выбирают частные клиники.

В Украине преимущественно государственная система здравоохранения и занимает около 85–90 % всего объема медицинских услуг. Для нее характерны низкий уровень финансирования и высокая степень износа основных фондов. Государственный медицинский сектор имеет низкую конкурентоспособность, дефицит средств на модернизацию и создание новых медицинских учреждений, что создает условия для развития в стране частных медицинских услуг [2].

В 2012 году компания «МедЭксперт» провела исследование для определения отношения населения Украины к медицинским услугам под названием «Характеристика спроса медицинских услуг частного и государственного секторов в Украине». В ходе исследования были опрошены 4 070 жителей в возрасте от 18 до 30 лет из крупных городов Украины (Киева, Одессы, Донецка, Запорожья, Харькова, Львова, Днепропетровска и Кривого Рога). В результате оказалось, что 87 % опрошенных удовлетворены медицинским обслуживанием и качеством лечения в частных клиниках, тогда как в государственных клиниках процент удовлетворенных медицинским обслуживанием был значительно ниже, в пределах 56–64 %. Однако, пациенты не могут полностью отказаться от услуг государственной медицины из-за высокой стоимости услуг, на что указали 35% опрошенных. В государственном здравоохранении также имеются свои преимущества, а именно большой опыт работы специалистов со сложными в диагностике случаями, возможность сдавать бесплатно базовые лабораторные исследования, получать справки для ребенка в школу и в детский сад и др. Также немаловажно, что размер вознаграждения остается на усмотрение пациента, и оно может осуществляться уже после достижения результатов лечения. Неудовлетворенность качеством оказания медицинских услуг в государственном секторе медицины основывается на отсутствии базовых условий для проведения лечения (лабораторий, медикаментов, комфортных палат,

питання) и нежелании врачей уделять внимание пациенту из-за занятости, часто их пренебрежительное и халатное отношение к больным, а также увеличивающиеся размеры неофициальных платежей за медицинские услуги [3].

Таким образом, государственная медицина должна вернуть к себе доверие украинцев, основываясь именно на своих достоинствах и по возможности исключить недостатки. Этот процесс достаточно сложный и долгий. Он требует человеческих и финансовых усилий со стороны государства и четкой политики в сфере здравоохранения, тогда государственная медицина поднимется на новую ступень своего развития.

#### *Использованная литература*

1. Плесовский П. А. Медицинская услуга как социальное и экономическое благо [Электронный ресурс] / П. А. Плесовский // 4. – 2007. – Режим доступа до ресурсу: <http://koet.syktso.ru/vestnik/2007/2007-4/5/5.htm>.

2. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.ilf/ua.com/ru/publications/articles/analizperspektivrazvitiyarynkamedicinskihuslugukrainy/>

3. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.ilfua.com/ru/publications/articles/analizperspektivrazvitiyarynkamedicinskihuslugukrainy/>

## **ОЦІНКА ВПЛИВУ ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ НА РОБОТУ ДИХАЛЬНОЇ ТА СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМ ЯК КОМПОНЕНТ ФІЗИЧНОГО ЗДОРОВ'Я ШКОЛЯРІВ ВІКОМ 10–11 РОКІВ В УМОВАХ ПРОМИСЛОВОГО МІСТА**

*Чумак Л.І., Ломакіна О.О., Олійник А.В.*

*Харківський національний медичний університет*

Актуальність нашої роботи обумовлюється збільшенням смертності школярів на уроках фізичної культури. На сучасному етапі розвитку України піклування про здорову націю є одним з найголовніших пріоритетів держави. Проблема зниження рівня здоров'я дітей є національною. За роки навчання у школі рівень здоров'я дітей знижується у 2–2,5 рази. Приблизно 49,5 % захворювань, що виникають у школярів, приходиться на захворювання дихальної та серцево-судинної систем (ССС) [1, 2, 4, 5].

Метою нашої роботи було з'ясувати вплив додаткових фізичних навантажень на роботу дихальної системи (ДС) і ССС учнів віком 10–11 років в умовах промислового міста.

Об'єкти дослідження: діти віком 10–11 років з різним рівнем фізичного навантаження.

Предмет дослідження: стан ДС і ССС дітей віком 10–11 років з різним рівнем фізичного навантаження в умовах промислового міста.

Гіпотеза дослідження: помірні додаткові фізичні навантаження позитивно впливають на роботу ДС і ССС, частково нівелюючи такі фактори ризику, як несприятлива спадковість (захворювання дихальної та серцево-судинної систем і куріння батьків) в умовах промислового міста [3,6].

Відповідно до мети та гіпотези роботи були поставлені такі завдання:

1. Опрацювати наукову літературу з проблеми дослідження.
2. Розділити учнів на 2 групи згідно з кількістю фізичного навантаження, який вони отримують.
3. Визначити показники фізичної працездатності ДС та ССС.

У дослідженні прийняли участь 179 учнів спеціалізованої школи № 4 м. Маріуполя віком 10–11 років. Досліджувані були розподілені на 2 групи згідно з рівнем фізичного навантаження. Враховувалися такі фактори впливу на роботу ДС і ССС: паління батьків, хронічні захворювання ДС та / або ССС у батьків. У першу (I) групу увійшли досліджувані, які систематично займаються спортом, отримують додаткове фізичне навантаження. Друга (II) група: досліджувані отримують фізичні навантаження – 3 академічних години за умовами шкільної програми, додаткових фізичних навантажень поза школи не мають.

Для оцінки фізичного стану здоров'я дітей в роботі використовували показники декількох проб та індексів. Для визначення фізичної працездатності ССС вимірювали наступні параметри: частоту серцевих скорочень (ЧСС), артеріальний тиск (АТ), пульсовий тиск (ПТ), ударний об'єм крові (УОК), хвилинний об'єм крові (ХОК), проводили ортостатичну пробу [7] Для оцінки стану ДС вимірювали глибину дихання (ГД), частоту дихання (ЧД), хвилинний об'єм легень (ХОЛ), життєвий об'єм легенів (ЖОЛ).

При оцінці результатів ЧСС, АТ та ПТ в обох групах спостерігали нормальні результати відповідно до віку. Тобто, в даному віці вплив досліджуваних факторів на дані показники не проявляється. При цьому в I групі було визначено менші коливання за даними параметрами.

При оцінці ортостатичної проби у I групі були отримані такі результати: нормальна реакція була у 78,46% випадків, гіпердіастолічна – 12,3 %, гіподіастолічна – 9,2 %. У II групі: нормальна реакція склала 64,9%, гіпердіастолічна – 17,54 %, гіподіастолічна – 16,66%. Таким чином, можна побачити, що у II групі (без додаткових фізичних навантажень) знизилася кількість нормальних реакцій, і відповідно підвищилася кількість гіпер- та гіподіастолічних реакцій.

Також відзначено вплив деяких факторів на результати ортостатичної проби. Так, в I групі серед учнів, які мають батьків, які палять, було виявлено 72,2 %, які показали нормальну реакцію на ортостатичну пробу; 5,5 % припало на гіпердіастолічну реакцію, 22,2 % – на гіподіастолічну. У II групі найбільша кількість нормальних реакцій на ортостатичну пробу мали 60 % досліджуваних; гіпердіастолічна реакція представлена у 22,2 % учнів, гіподіастолічна – 17,7 %. Отримані дані свідчать про негативний вплив куріння батьків на роботу ССС, а також вказують на деяке зниження цього впливу за допомогою фізичних навантажень. Подібні результати спостерігалися в групах, де учні, батьки яких курять і мають захворювання ДС та/або ССС, а також у контрольній групі.

Отримані результати говорять про те, що вплив таких чинників, як куріння і/або хронічні захворювання ДС та / або ССС у батьків має деякий негативний вплив на ССС у дітей даного віку, при цьому додаткові фізичні навантаження здатні частково знижувати даний вплив.

При оцінці ГД слід зазначити, що в більш ніж 90 % випадків в обох групах були відзначені нормальні показники: ЧД перебувала в нормі майже в 100 % випадків, показники МОЛ і ЖОЛ в обох групах перебували в межах вікової норми. Дані результати вказують на відсутність проявів впливу досліджуваних факторів на ГД у дітей 10–11 років.

Таким чином, дані дослідження показали, що в умовах промислового міста додаткові фізичні навантаження впливають на роботу серцево-судинної си-

стеми, знижуючи негативні ефекти таких спадкових факторів, як куріння батьків і хронічні захворювання ДС та/або ССС у батьків. Однак будь-якого впливу досліджуваних факторів на ДС в досліджуваному віці виявлено не було, що лише частково підтверджує нашу гіпотезу.

Отже, ми можемо стверджувати, що здоров'я дітей у віці 10–11 років, яке знаходиться під впливом негативних факторів екзогенного та ендогенного походження, може бути покращене завдяки фізичним навантаженням. Необхідно рекомендувати додаткові помірні фізичні навантаження для профілактики хронічних захворювань та покращення стану здоров'я майбутнього української нації.

Результати даного дослідження можуть бути використані в подальших наукових дослідженнях з даної теми. Оскільки надають перелік проб і показників, які можуть бути ефективно використані в дослідженнях, а також пропозицію переглянути норми деяких проб і показників для дітей у віці 10–11 років, що займаються спортом, в умовах промислового міста.

#### *Використана література*

1. Апанасенко Г.Л. Начала валеологии. Индивидуальное здоровье (сущность, феноменология, стратегия управления) // Український медичний часопис. – № 5 (31), IX-X. – 2002. – 72 с.
2. ВОЗ Навыки, необходимые для здоровья. – 2005. – С. 8.
3. Горелик В.В. Оценка физического развития в мониторинге состояния здоровья школьников. // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2010. – Т. 12. – № 1. – С. 32.
4. Денисенко В. И. Загрязнение окружающей среды и здоровье населения // Научно-попул. эколог. журнал "Родная природа", 2008, – № 1. – С. 31–33.
5. Єрмолова Ю.В. Стан здоров'я школярів – ситуація критична! – вид. «МОРІОН». – Український медичний часопис. – 2011. – с.5.
6. Іваній І. Розвиток основ здоров'я молодшого школяра засобами фізичної культури як педагогічна проблема // Молода спортивна наука України. – 2008. – Т. 4. – С. 87–88.
7. Коваленко В.Н. Настанова з кардіології. – Київ: вид. «МОРІОН». – 2009. – С. 155–156.

## **КОНКУРЕНЦІЯ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

*Чухно І.А.*

*Харківський національний медичний університет*

В сучасному світі конкуренція є одним із основних рушіїв та стимуляторів прогресу, інновацій і забезпечення підвищення якості товарів та послуг. Враховуючи сучасний стан системи охорони здоров'я в Україні, наявність значного кола проблем щодо забезпечення населення якісною та доступною медичною допомогою, конкуренція між закладами охорони здоров'я та медичного персоналу могла б бути тією силою ринкового механізму саморегулювання, що дозволив би підвищити якість медичної допомоги населенню та сприяти вирішенню ряду економічних та організаційних проблем в цій сфері.

М. Портер визначає піклування про здоров'я однією з вкрай важливих соціальних проблем, що стоять перед суспільством. Вивчаючи питання необхід-

ності активізації конкуренції в охороні здоров'я він відзначає, що зменшення вартості медичного обслуговування та управління охороною здоров'я не забезпечують бажаного ефекту. Контролювати вартість послуг охорони здоров'я без його лімітування та втрат у якості можна лише шляхом постійних інновацій в лікуванні та формах забезпечення ними населення. При цьому, помилкові стимули призвели до появи в медичній сфері форми конкуренції, що підвищує якість, але призводить до росту вартості. Зміни в системі управління охороною здоров'я і перехід до системи обрахунку, заснованій на обліку одиниць населення, призвели до іншого перекошу в рішенні проблеми – нормованому медичному обслуговуванню і зниженню його якості [2, с. 31–32].

Як бачимо, досвід показує наявність двох значних негативних наслідків у системі охорони здоров'я, до яких може призводити конкуренція в цій галузі. Для нашої країни наразі характерним є другий варіант – позитивно оцінюючи той факт, що існуючі підходи до нормування і фінансового забезпечення галузі сприяли забезпеченню розвитку розгалуженої інфраструктури закладів сфери охорони здоров'я і доступності медичних послуг для населення незалежно від місця проживання, наслідком такого підходу ми також маємо зниження якості медичних послуг при відсутності стимулів до їх підвищення.

Загалом, сфера охорони здоров'я має надзвичайну соціальну значущість для суспільства і цілий ряд характеристик, що відрізняють її від інших сфер суспільної та економічної діяльності, значно ускладнюючи перехід галузі до ринкових умов господарювання та створюючи умови для ряду застережень як у застосуванні ринкових принципів господарювання в цілому, так і конкуренції зокрема.

Спираючись на думку міжнародних експертів, українські фахівці в сфері державного управління в охороні здоров'я зазначають, що конкуренція в сфері охорони здоров'я не працює через те, що: система охорони здоров'я занадто складна; пацієнти не розуміються на медицині; надані послуги адаптовані до кожного окремого пацієнта; більшу частину медичної допомоги оплачують самі пацієнти [1, с. 321].

При цьому зазначимо, що конкуренція у сфері охорони здоров'я на сьогодні існує як між закладами охорони здоров'я державної, комунальної та приватної форми власності, та і між закладами державної та комунальної власності (районні та обласні поліклініки, лікарні тощо), а також між самими лікарями, як фахівцями, що надають медичні послуги. Її наявність забезпечується законодавчо, виходячи з права пацієнта на вибір лікаря та медичного закладу, а також фактично, про що свідчить сучасна медична практика. Проте, вказані вище фактори обумовлюють складність та недосконалість конкурентної боротьби в сфері охорони здоров'я. До таких ускладнюючих факторів слід додати ще щонайменше два, характерні для наших умов: відсутність у більшості населення достатніх економічних ресурсів для оплати якісної медичної допомоги відповідно до свого бажання та вибору; суб'єктивність прийняття рішення щодо вибору закладу, фахівця, лікувально-профілактичних заходів спираючись лише на власні враження та думки знайомих, імідж, репутацію та здатність до переконання медичних працівників (за неможливості оцінити реальну їх якість та потребу в них і відсутності виважених і зрозумілих загальновідомих критеріїв до такої оцінки тощо).

Основним видом конкуренції, яка є зрозумілою для споживача (пацієнта) у сфері охорони здоров'я на сьогодні є цінова конкуренція. Це не єдиний та не найоптимальніший вид конкуренції, проте в сучасних складних економічних та суспільних умовах він сприймається споживачами (пацієнтами) як основний фактор при виборі і медичного закладу і переліку послуг (при цьому спостерігається схильність до більш позитивного сприйняття лікаря, що призначає дешевші препарати та процедури). В таких умовах фахівцям в сфері охорони здоров'я необхідно пам'ятати, що ціна для більшості споживачів наразі є вкрай вагомим фактором, але пацієнт дуже рідко здатен об'єктивно оцінити рівень фахівця чи необхідність та цінність запропонованих лікувально-профілактичних заходів. Тому конкуренція в сфері охорони здоров'я має здійснюватися не за ціною, а за цінністю для пацієнта (і забезпечити реалізацію такого підходу в сучасних умовах можуть лише самі медичні працівники).

Конкуренція, орієнтована на цінність, завжди має результат «зі знаком плюс», адже ті компанії, як здатні знайти унікальні підходи до створення цінностей, стають переможцями, а основна їхня винагорода – розширення сегмента медичних послуг ринку. Споживачам (пацієнтам) це вигідно, адже вони отримують якіснішу медичну допомогу за нижчими цінами. В числі невдач залишаються тільки ті, хто не хоче і не вміє створювати цінність для пацієнтів [1, с. 320].

Отже, конкуренція є невід'ємною частиною сучасного життя і сфера охорони здоров'я в цьому питанні не є виключенням. Проте, внаслідок великої суспільної значущості та особливостей функціонування конкуренція в цій сфері є не лише стимулом до підвищення якості медичних послуг і впровадження інновацій, а й може мати ряд негативних наслідків. Тому, конкурентні відносини в сфері охорони здоров'я мають бути регульованими з боку держави та суспільства. А існуюча на сьогодні і продиктована складними економічними умовами в країні цінова конкуренція має бути замінена на конкуренцію, орієнтовану на цінність, що можливо забезпечити за бажання і сприяння самих працівників сфери охорони здоров'я.

#### *Використана література*

1. Державна політика у сфері охорони здоров'я: кол. моногр.: у 2 ч. / [кол. авт ; упоряд. проф. Я. Ф. Радиш ; передм. та заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша]. – К.: НАДУ, 2013. – Ч. 1. – 396 с.

2. Портер Майкл Э. Конкуренция.: Пер. с англ. – М.: Издательский дом «Вильямс», 2005. – 608 с.

## **СУЧАСНІ СВІТОВІ ТЕНДЕНЦІЇ В МОТИВАЦІЇ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ ЯК ЗАСІБ ПОЛІПШЕННЯ ЯКОСТІ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ**

*Чухно І.А., Мартовицький Д.В.*

*Харківський національний медичний університет*

У нинішніх соціально-економічних умовах головним надбанням лікувальних установ є не стільки наявність фінансових ресурсів та можливість фінансового забезпечення своєї діяльності і не матеріально-технічне забезпечення їх діяльності, скільки співробітники. Персонал – це цінний ресурс, капітал, в який необхідно вкладати інвестиції для отримання необхідного результату.

На сьогоднішній момент багато українських лікувальних закладів все частіше і частіше стикаються з дефіцитом кваліфікованих кадрів, що призводить до усвідомлення вищим керівництвом в сфері охорони здоров'я необхідності вивчення та застосування нових підходів, сучасних тенденцій в сфері мотивації персоналу. Якщо раніше, наприклад, за часів УРСР, перевагу надавали матеріальним методам мотивування персоналу, керуючись думкою, що будь-який співробітник лікувального закладу влаштовується на роботу з метою заробити певну суму грошових коштів, які необхідні йому і його родині, то в сучасному світі провідними потребами для висококваліфікованих професіоналів є аж ніяк не базові потреби (така, як потреба в грошах), а потреби в саморозвитку та самореалізації. В наслідок цього нематеріальні методи мотивації втрачають свою першорядну значущість.

До економічних методів мотивації медичних працівників відносяться ефективна система оплати праці та створення умов для виваженого і обгрунтованого застосування такого економічного інструменту як премії. У сучасному багатопрофільному медичному закладі зазвичай існує значна кількість посад і задіяні працівники різних спеціальностей, при цьому оплата праці цих працівників здійснюється за тарифною системою і, поряд з вкрай низьким її рівнем, здебільшого не дозволяє в достатній мірі використовувати економічні методи мотивації. Кращою з цієї точки зору може бути ситуація в медичних закладах приватної форми власності, де керівництво може підняти або знизити заробітну плату співробітникам, більш широко використовувати інструменти матеріальної мотивації, однак і думка керівництва щодо ефективності роботи співробітників і їх відповідного мотивування не завжди є об'єктивною. У лікувальних закладах державної та комунальної форми власності, можливості керівництва в фінансових питаннях дуже обмежені.

Нематеріальних ж способів мотивації медичного персоналу на даний момент існує безліч. Найпоширеніші способи – створення сприятливого психологічного клімату в колективі, можливість кар'єрного росту та підвищення професійних навичок, застосування соціально-психологічних методів мотивації. Розглянемо деякі з них, які є нестандартними, майже атиповими для України.

Турбота про дітей медичних працівників – відповідно до загальновідомої статистики, більше половини матерів, діти яких ще не досягли шестирічного віку, змушені виходити на роботу. Найбільш масштабним підходом тут є створення на території лікувального закладу дитячого садка, що зустрічається в великих клініках США, Канади, країн Західної Європи. Це прекрасний варіант, якщо в клініці працює велика кількість матерів з дітьми дошкільного віку. Батьки отримують можливість спостерігати за тим, як розвивається їхня дитина, менше хвилюватися. Мінусом цього варіанту є розмір витрат на утримання подібного закладу. Аналогом дитячих садків є грошові компенсації на утримання дитини. Батьки мають право самі вирішувати: віддати дитину в муніципальний або ж приватний заклад.

Менш витратною, але дуже зручною є методика створення гнучких, плаваючих графіків роботи медичних працівників. Частина співробітників рано починають трудову діяльність, але і закінчують її раніше, інша частина починає пізніше, але затримується до вечора, внаслідок чого батьки зможуть при-



діляти дитині достатню кількість часу протягом усього дня. Для України це особливо актуально, тому що у нас практично в кожній родині працюють обоє батьків.

Можливість навчання та відшкодування оплати за нього, займає особливе місце в плані мотиваційних заходів лікувальних установ. Пропозиція лікарень і поліклінік забезпечити навчання співробітника дозволяє залучити найбільш талановиті молоді кадри. Адже відомо, що більшість випускників медичних ВНЗ є лікарями загальної практики, терапевтами та лікарями швидкої та невідкладної медичної допомоги. У той час, як більша частина молодих фахівців хотіли б бути лікарями таких спеціальностей, як хірургія, акушерство, неврологія, психіатрія і інших вузьких спеціальностей. Для України цей досвід має виняткове значення, оскільки сучасна соціальна обстановка пред'являє високі вимоги до кваліфікації фахівців. Безліч вітчизняних лікувальних установ вже оцінили всі переваги організації навчання власних співробітників і з задоволенням відправляють своїх фахівців на курси підвищення кваліфікації і перекваліфікації.

Збільшення лояльності співробітників. Лояльне ставлення можна пояснити, як мотивацію людини працювати на користь свого лікувального закладу. Лояльні працівники готові миритися з тимчасовими труднощами клініки (затримка зарплати, відсутність премій, більш тривалий робочий час і т.п.), прийняти необхідні організаційні зміни. Такі співробітники більш відповідально ставляться до своєї роботи саме в цьому закладі і хочуть її зберегти. Вони прагнуть якомога краще виконати свою роботу. Одним з найважливіших факторів, що впливають на лояльність співробітників, є взаєморозуміння в колективі. Для розвитку лояльності необхідно довіряти і поважати своїх співробітників. Весь персонал повинен мати можливість проявляти ініціативу і отримувати за це винагороду. Важливе значення має інформаційне забезпечення співробітників. Вони повинні бути в курсі життя компанії, причому дізнаватися про основні новини з вуст керівника. Особливо це стосується не дуже «райдужних новин», таких як переформатування лікувального закладу, зменшення робочих місць, затримка з оплатою праці. В іншому випадку, неодноразово змінена інформація дійде до них у формі чуток, що може породити ще більше невдоволення і недовіру. Японія займає особливе місце в плані ставлення до персоналу. Використовуючи широку структуру посад в медичній установі (сестра-господиня, старша медична сестра, головна медична сестра, завідувачі відділеннями, заступники головного лікаря з різних напрямків, посаду головного лікаря), забезпечується постійна можливість кар'єрного росту, за рахунок кар'єрного просування, яке, в свою чергу, має високий мотивуючий ефект.

**Висновки:** на сьогоднішній день, більшість українських медичних установ приділяють не достатньо уваги своїм співробітникам, не намагаються утримати їх, сприяти їх розвитку, керуючись принципом, що незамінних фахівців немає. І навіть більше того, вітчизняні організації часом використовують страх, як засіб мотивації співробітників, тобто лякають зниженням зарплати, штрафами, звільненням. Необхідно відходити від такої деструктивної практики щодо медичного персоналу всіх ланок і забезпечити комфортні умови роботи, що, безумовно, дозволить підвищити якість медичних послуг в нашій країні.

## ПРОБЛЕМИ ВПРОВАДЖЕННЯ ОБОВ'ЯЗКОВОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ В УКРАЇНІ

*Чухно І.А., Овчаренко А.О.*

*Харківський національний медичний університет*

В сучасних умовах фінансової, соціальної та політичної кризи в нашій країні держава не може забезпечити стабільність соціальної допомоги громадянам. Найважливішим аспектом соціальної допомоги – забезпечення права людини на доступну, кваліфіковану та якісну медичну допомогу, яке передбачено законодавством України та міжнародними стандартами.

В Україні з часів незалежності прийнята державна форма медичного фінансування, але вона об'єктивно себе не виправдовує. Заклади охорони здоров'я, що фінансуються за державний рахунок не отримують кошти в повному обсязі для надання якісної медичної допомоги. На практиці майже кожен пацієнт вимушений сплачувати лікування з власних коштів, а саме: придбання ліків, оплата коштовних аналізів та інструментальних додаткових обстежень, додаткові витрати на харчування під час стаціонарного лікування, тощо. Тому існуюча система фінансування потребує нагального реформування – перехід на фінансування медичних послуг з урахуванням їх ринкової вартості.

Аналізуючи закордонний досвід у фінансуванні медичних послуг можна знайти різні успішні форми фінансування. Наприклад, діюча в нашій країні державна форма фінансування також присутня у Великобританії, Канаді, Ірландії, проте, як ми знаємо, це країни зі стабільною сильною економікою які можуть дозволити собі відрахувувати до 90 % вартості медичних послуг з державного бюджету. Бюджетно-страхова форма фінансування, що базується на цільових внесках підприємців, працюючих громадян та субсидіях держави була обрана в Німеччині, Франції, Японії, Білорусі, Російській Федерації (дві останні країни мають невеликий досвід у використанні даної форми фінансування медичної галузі, яка ще не досконала та знаходиться на стадії реформування). Третьою формою фінансування є приватнопідприємницька, яка базується на основі добровільних внесків громадян на власне страхування здоров'я. Ця форма є найбільш коштовною для потенційного пацієнта, бо він сплачує повну вартість страхового полісу власним коштом на відміну від бюджетно-страхової, де громадяни вносять лише частину від власного щомісячного доходу (частіше до 7–10 % доходу), іншу частину вносить підприємство де працює громадянин. На сьогоднішній день страхова медицина являється реальною альтернативою державній формі фінансування, яка не спроможна забезпечити право громадян на отримання повного медичного обслуговування. Проте слід зважити на те, що реальні доходи більшості громадян України не дозволяють виконати загальне впровадження добровільного медичного страхування, тому ця форма медичного фінансування також не придатна для втілення в Україні. В свою чергу така форма фінансування медичної галузі як обов'язкове медичне страхування (ОМС) є найбільш придатною з усіх оглянутих для впровадження на сучасному етапі розвитку економіки України [1].

Впровадження обов'язкового медичного страхування довготривалий процес, що потребує вирішення низки проблем на державному рівні.

По-перше, правові аспекти впровадження ОМС. Конституція України передбачає безоплатність надання медичної допомоги громадянам України

в державних та комунальних закладах охорони здоров'я. Однак можливе запровадження державного медичного страхування у тому випадку, якщо платниками обов'язкових страхових внесків будуть суб'єкти господарювання, а не застраховані фізичні особи [2, с. 22–27].

По-друге, економічні проблеми пов'язані з визначенням механізмів відрахування внесків до фонду медичного страхування. Перш за все необхідною умовою є виведення заробітної плати працівників з «тіні». Доцільно зазначити, що для забезпечення повноцінного функціонування Єдиного медичного фонду, «у тіні» не може перебувати більше як 20% заробітної плати (на сьогодні обсяги тіньової економіки в Україні сягають 50% ВВП) [3, с. 13–16]. Якщо не зважати на дану проблему, то до ОМС надходять лише мінімальні страхові внески, чого не буде достатньо для його функціонування. Надалі наша держава повинна визначити розміри внесків застрахованих осіб враховуючи різні рівні заробітних плат. Адже внески прийнятні для рівня високих та середніх заробітних плат можуть стати непосильною ношею для людей, що отримують мінімальну оплату праці. Необхідно також врахувати соціально незахищені верстви населення, пенсіонерів, інвалідів, сиріт, які неспроможні відраховувати внески до фонду медичного страхування. Цих громадян держава повинна забезпечити пільгами на надання медичних послуг.

По-третє, необхідність адекватного управління та підтримки з боку Міністерства охорони здоров'я України. Медична галузь потребує впровадження механізмів ефективного управління, враховуючи своєчасне вирішення сучасних проблем та задоволення потреб необхідних для розвитку галузі: адекватна винагорода праці медичних працівників у форматі заробітних плат та премій; удосконалення стандартів надання медичної допомоги населенню України, що мають постійно оновлюватись, вдосконалюватись та відповідати міжнародним стандартам; забезпечення необхідними ресурсами медичні заклади для якісного надання медичних послуг; оновлення матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я на різних рівнях надання медичних послуг [4, с. 270–276].

По-четверте, налагодження ефективного незалежного контролю за доцільністю надання медичних послуг та використання медичних ресурсів. Контролю повинні підлягати як заклади охорони здоров'я, які безпосередньо надають послуги згідно зі стандартами надання медичної допомоги, так і соціальні фонди незалежно від підпорядкування (державні чи приватні) за для уникнення монополізації галузі. Незалежність контролюючих органів повинна забезпечити прозорість надходження, розподілення внесків та правильність їх використання.

По-п'яте, ефективна соціальна політика держави. Уряд та профільне міністерство повинні докладати максимальних зусиль для проведення ефективного маркетингу – роз'яснення населенню переваг, можливих недоліків та додаткових можливостей у сфері надання медичних послуг, що несе впровадження ОМС в Україні. Впровадження податкових пільг підприємствам, що будуть страхувати своїх працівників за певним видом страхування, і звільнення від оподаткування страхових платежів, що стане істотним кроком до популяризації даного виду страхування.

**Висновки.** Державна політика повинна бути направлена на забезпечення соціальних прав своїх громадян, зокрема право громадян на отримання меди-

чної допомоги. Саме тому необхідне реформування медичної галузі та перехід на ефективну форму її фінансування, а саме впровадження ОМС. Медичне страхування має бути підтримано нормативно-правовою базою; удосконаленням податкової політики та державного нагляду; підвищенням фінансової надійності страховиків, страхової культури населення; підготовкою та перепідготовкою кадрів. Тому запровадженню обов'язкового медичного страхування в Україні має передувати певний період підготовки, вирішення існуючих проблем шляхом реформування системи охорони здоров'я та проведення ефективної соціальної політики держави.

#### *Використана література*

1. Зінькова І.О. Впровадження обов'язкового медичного страхування в Україні [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://naub.oa.edu.ua/2014/vprovadzheniya-obovyazkovoho-medychnoho-strahuvannya-v-ukrajini/>

2. Бермутова К.А. Обов'язкове медичне страхування: перспективи запровадження в Україні [Електронний ресурс] / К.А. Бермутова // Новини медицини та фармації – 2012. – № 17 (430). – С. 22–27. – Режим доступу: <http://www.mif-ua.com/archive/article/34165>.

3. Поліщук Є.М. Медичне соціальне страхування: проблема системи потребує системного вирішення / Є.М. Поліщук // Соціальне страхування. – 2008. – № 2. – С. 13–16.

4. Білик О.І. Переваги на недоліки введення обов'язкової форми медичного страхування в Україні / О.І. Білик, С.А. Качмарчик // Вісник Національного університету «Львівська політехніка». – 2013. – № 767. – С. 270–276.

## **ПУТИ РАЗВИТИЯ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ЖИТЕЛЯМ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ**

*Шатилова Ю.И.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

В основе организации медицинской помощи жителям сельской местности лежат те же принципы, что и городскому населению. Однако особый уклад жизни, система расселения, низкая (по сравнению с городом) плотность населения, плохое качество, а порой и отсутствие дорог, специфика сельскохозяйственного труда накладывают отпечаток на систему организации медицинской помощи сельским жителям [1, с. 48]. Это касается типа, мощности, дислокации учреждений здравоохранения, обеспеченности их квалифицированными медицинскими кадрами, возможности получения специализированной медицинской помощи. Эти особенности также диктуют необходимость разработки и введения дифференцированных нормативов по отдельным видам ресурсов.

Пути совершенствования организации медико-санитарной помощи жителям сельских районов заключаются в развитии сети центров общей врачебной (семейной) практики, укреплении материально-технической базы и оснащении современным медицинским оборудованием межрайонных центров на базе крупных центральных районных больниц, обеспечении станций (отделений) скорой медицинской помощи санитарным транспортом и средствами связи, развитии службы санитарной авиации, внедрении телемедицины, развитии высокотехнологичных видов медицинской помощи на базе областных больниц.

С целью приближения специализированной медико-санитарной помощи к сельскому населению в районных центрах должны создаваться межрайонные специализированные отделения (центры), оснащённые современным оборудованием [2, с. 5]. Функции межрайонных центров выполняют ЛПУ, способные обеспечить население специализированной высококвалифицированной стационарной или амбулаторно-поликлинической медицинской помощью, в случаях, когда ЦРБ окружающих районов не имеют возможности оказывать специализированную помощь по данной специальности. Также приближение к населению специализированных видов медицинской помощи должно идти по пути развития ее выездных форм (выездные поликлиники, передвижные стоматологические кабинеты, флюорографические установки и др.) [3, с. 205]. Не стоит забывать, что важное условие повышения доступности медико-санитарной помощи сельским жителям – укомплектование учреждений здравоохранения кадрами медицинских работников. Для решения этой задачи необходим переход на контрактно-целевую форму подготовки и распределения кадров, обеспечение жильем молодых специалистов, внедрение эффективной системы материального стимулирования труда.

Выводы: Организация и оказание медико-санитарной помощи населению сельской местности имеет ряд особенностей и трудностей. Данная тема актуальна особенно в наше время реформ медицинской сферы. Пути совершенствования медицинской помощи сельскому населению различны и включают в себя как реорганизацию и усовершенствование уже имеющихся структур, так и создание новых лечебных учреждений, внедрение современных подходов к лечебному процессу на периферии.

*Используемая литература*

1. Галкин Р. А., Суслин С.А., Каширин А.К. Организация медицинской помощи населению в сельских районах пригородного типа // Под ред. проф. Р. А. Галкина. – Самара, 2005. – 220 с.

2. Кучеренко В.З. Реформирование здравоохранения в мире как общественный процесс / В. З. Кучеренко // Пробл. управления здравоохранением. – 2005. – № 4 (23). – С. 5–10.

3. Логинова Е.А. Организация скорой медицинской помощи // Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранении. Под редакцией Ю. П. Лисицына. – М.: Медицина, 1987. – Т. 2. – С. 205–216.



## ЗМІСТ

<i>Лесовой В.Н., Петрова З.П., Огнев В.А.</i> М.Г. Гуревич – создатель и руководитель кафедры социальной гигиены Харьковского медицинского института .....	5
<i>Альков В.А.</i> Проблема венерических заболеваний среди военных Харьковской губернии у XVIII – на початку XX ст. ....	8
<i>Анциферова Н.В., Жмурко К.В., Переломов В.О., Ярош М.І.</i> Сучасні можливості медичного страхування випадків вірусних гепатитів в Україні.....	11
<i>Бачинський Р.О.</i> Медико-соціальні основи формування професійного здоров'я працюючого населення України .....	12
<i>Вацук М.З., Генералюк Ю.В.</i> Оцінка стану громадського здоров'я населення сільських адміністративних районів Чернівецької області.....	14
<i>Веретельник Е.А., Пивовар А.В.</i> Клинические исследования лекарственных средств и их оценка с позиций доказательной медицины.....	15
<i>Веретельник Е.А., Трофимов М.А.</i> Применение консервативного лечения острого аппендицита на основании доказательной медицины .....	18
<i>Веретельник О.А., Петросова О.О.</i> Право пацієнта на згоду та відмову щодо медичного втручання.....	20
<i>Веретельник О.А., Хворостінко Р.Б.</i> Майбутнє обов'язкового медичного страхування в Україні.....	22
<i>Власик Л.Й., Гаврилюк Н.Р., Поліщук О.П.</i> Розповсюдженість тютюнопаління серед хворих на хронічні респіраторні захворювання .....	25
<i>Головко Я.И., Мороз К.Р., Лукашенко Е.С.</i> Обзор проекта Национальной стратегии построения новой системы здравоохранения Украины на период 2015–2025 гг.....	26
<i>Головко Я.И., Саханская Д.М., Бойко В.Н.</i> Правовые аспекты сохранения врачебной тайны, как основа успешного лечения .....	27
<i>Головко Я.И., Сирота И.Ю., Жукова О.А.</i> Анализ и прогнозирование тенденций заболеваемости населения Украины в Харьковской области .....	30
<i>Головко Я.И., Талахан А.А., Резникова А.С.</i> Правовые аспекты регулирования трансплантологии в Украине.....	31
<i>Головко Я.И., Якименко Д.С., Мовчан Ю.А.</i> Европейский опыт для украинского медицинского страхования.....	33
<i>Григоров М.М., Кожушко О.Ю.</i> Аналіз демографічної ситуації в Україні .....	36

<i>Григоров Н.Н., Коваленко С.А.</i> Проблема финансирования обязательного медицинского страхования в Украине .....	38
<i>Григоров Н.Н., Нагляя К.Н., Байрачный К.А.</i> Аспекты внедрения обязательного медицинского страхования в Украине .....	40
<i>Григоров Н.Н., Семенюк М.А., Кислов А.В.</i> Социально-медицинское значение болезней органов пищеварения .....	41
<i>Довбенко Н., Лимар Л.Є.</i> Вплив екзогенних факторів на менструальну функцію у жінок раннього репродуктивного віку та шляхи корекції .....	43
<i>Zinchuk A.N., Fundovna O.V.</i> Impediment factors to adoption of medical care in Ukraine .....	45
<i>Zinchuk A.M., Tregub Y.</i> The role of evidence-based medicine in providing the quality of medical care shown on the example of the Drug Service functioning .....	47
<i>Зинчук А.Н., Бочарова М.Ю.</i> Анализ показателей физической активности школьников г.Харькова .....	49
<i>Зинчук А.Н., Давидыч А.М.</i> Онкологические заболевания – путь к демографическому кризису .....	51
<i>Зинчук А.Н., Курявая А.О.</i> Актуальность медицинского страхования в Украине и готовность к ней населения .....	52
<i>Kalinenko O.S.</i> Increase the level of security of the printing products .....	54
<i>Калиновская О.И., Дрокин А.В.</i> Права и обязанность пациентов – здоровый образ жизни .....	57
<i>Ковальцова М.В., Маренич Н.И.</i> Харьковскому медицинскому обществу к 155-летию .....	59
<i>Ковальцова М.В., Николаева О.В., Шапка А.И.</i> Иван Николаевич Оболенский – выдающийся патолог .....	60
<i>Козуб С.М., Чаленко Н.М.</i> Формування культури здоров'я студентів вищих медичних навчальних закладів .....	61
<i>Красникова Ю.Н.</i> Медико-демографические показатели здоровья лиц трудоспособного возраста .....	64
<i>Ложко Н.В., Христенко Н.Є., Соломенник А.О.</i> Актуальність юридичного дослідження цивільно-правового регулювання .....	65
<i>Лук'янова Л.В., Савельєв В.В.</i> Історія виникнення натуральної медицини .....	67
<i>Мельник К.А., Третьякова К.О., Безега Є.В., Мякина А.В.</i> Медичні кадри Слобожанщини у XVIII столітті .....	69
<i>Мельник К.А., Чумак Л.И., Зуб К.А., Обыхвост А.А.</i> Финансирование здравоохранения в городе Харькове в XVIII столетии .....	70
<i>Мельник К.О., М'якина О.В., Андрусенко Д.О., Дубич К.Г.</i> Організація керування охороною здоров'я в Харкові в XIX столітті .....	71



<i>Мищенко О.М., Богданець О.Ю.</i>	
Доказова медицина в практичній діяльності лікарів України .....	73
<i>Мищенко А.Н., Жиждера Д.В.</i>	
Применение мировых и европейских принципов в реформировании здравоохранения Украины.....	74
<i>Молотягін Д.Г.</i>	
Недоліки державної політики щодо кадрового забезпечення медичних закладів України .....	77
<i>Мякина А.В., Мищенко А.Н., Мельник К.А.</i>	
Научное становление Александра и Василия Данилевских .....	78
<i>Огнева Л.Г., Николаева О.В., Огнев В.А.</i>	
Роль доказательной медицины в клинической патофизиологии.....	81
<i>Огнева Л.Г., Краснощекова Е.А., Мамасуева Л.В.</i>	
Реля Ушеровна Липшиц – выдающийся патофизиолог и педагог .....	83
<i>Ольховский В.А., Кравченко Ю.Н.</i>	
Заслуженный профессор Н.С. Бокариус – организатор современной судебно-медицинской службы Украины .....	84
<i>Перцева Ж.Н.</i>	
С.П. Григорьев – жизнь, отданная людям. ....	85
<i>Подпрядова А.А., Дебелая И.С., Турбар Д.С.</i>	
Внедрение обязательного медицинского страхования в Украине .....	88
<i>Подпрядова А.А., Лисицкая Н.А.</i>	
Страхование в Украине .....	90
<i>Подпрядова А.А., Малько А.А.</i>	
Сучасний розвиток соціальної медицини в Україні.....	91
<i>Potogaybo E.G., Ganshin N.Y.</i>	
The role of the Ministry of health at the initial stage of developing a national strategy for the prevention of obesity .....	93
<i>Potogaybo E.G., Ganshin N.Y., Homich M.S.</i>	
Impact of food products marketing on the development of obesity in children and teenagers .....	94
<i>Potogaybo E.G., Homich M.S.</i>	
Microenvironmental determinants of the diet.....	96
<i>Potogaybo E.G., Ruskova E.V.</i>	
Major factors to be considered in the development of prevention overweight and obesity among children and adolescents in various countries .....	98
<i>Робак І.Ю., Демочко Г.Л.</i>	
М.Г. Гуревич і журнал «Профілактична медицина».....	99
<i>Романюк Л.М., Федчишин Н.Є., Шостак С.Є., Панчишин Н.Я., Смірнова В.Л.</i>	
Соціально-медичні аспекти та тенденції поширеності хвороб органів травлення серед мешканців України та Тернопільської області .....	101
<i>Семененко О.В.</i>	
Діяльність відомого судового медика М.С. Бокаріуса у роки його становлення як ученого .....	103

<i>Сокол К.М., Сидоренко М.О.</i> Доповіді Римського клубу про перспективи виживання людства в умовах глобалізації (огляд літератури) .....	105
<i>Сокол К.М.</i> Изучение степени напряжения регулирующих механизмов для прогнозирования развития донозологических состояний с помощью статистических методик .....	108
<i>Сокол К.М., Дмуховська Т.М., Завгородній І.В.</i> Оцінка стану репродуктивного здоров'я в Харківській області .....	110
<i>Старкова І.В., Алексеева С.А., Паращук В.Ю., Романенко А.А.</i> Репродуктивное здоровье девушек-подростков – резерв для улучшения демографической ситуации в Украине .....	113
<i>Сыровая А.О., Лапшин В.В., Лиманская А.А., Алексеева Т.М.</i> Актуальность изучения основ фармакоэкономики для молодого доктора.....	114
<i>Таралло В.Л., Касімова О.С.</i> Провідні інтегральні показники здоров'я населення .....	115
<i>Теренда Н.О., Панчишин Н.Я., Петрашик Ю.М., Юрїїв К.Є., Слободян Н.О.</i> Оцінка та тенденції поширеності інфаркту міокарду в Україні: національний та регіональний аспекти .....	116
<i>Теренда Н.О., Сатурська Г.С., Литвинова О.Н., Федчишин Н.Є., Ліштаба Л.В.</i> Основні тенденції та прогнозні оцінки загальної та первинної захворюваності стенокардією в Україні .....	118
<i>Трегуб П.О., Козлова Е. А., Попович Н.В.</i> Основные направления в реформировании системы здравоохранения в Украине .....	120
<i>Трегуб П.О., Козлова Е.А., Попович Н.В.</i> Перспективы медицинского страхования в Украине .....	121
<i>Трегуб П.О., Петриченко И.И.</i> Финансовая мотивация и равенство доступа к услугам здравоохранения как приоритеты реформирования системы финансирования здравоохранения .....	122
<i>Трегуб П.О., Востротін О.В.</i> Медико-соціальні проблеми, які пов'язані з тимчасово переселеними особами в Харківській області .....	124
<i>Трегуб П.О., Журба Є.П., Луценко М.Ю.</i> Сучасні проблеми негативної динаміки демографічної ситуації в Харківському регіоні.....	125
<i>Усенко С.Г., Гонтар Є.В., Віданова Г.І.</i> Вільям Сілі Госсет – шлях від пивовара до прикладного статистика .....	126
<i>Усенко С.Г., Митрофанюк В.А., Люткіна Л.С.</i> Розвиток медицини у Візантійській імперії .....	128
<i>Усенко С.Г., Богатырь С.Н., Жадик Р.О.</i> Финансирование дублирующих медицинских учреждений и их автономность распоряжения бюджетными средствами. ....	129
<i>Усенко С.Г., Орлова О.О., Вовк Т.В.</i> Єгипетська медицина, що опереджувала час .....	131

<i>Усенко С.Г., Гаркавенко Е.А., Зеновьева О.М.</i> Экономическое обоснование реформы здравоохранения в странах Восточной Европы и целесообразность применения их опыта в Украине ...	132
<i>Фролова Т.В., Амаш А.Г.</i> Стан здоров'я школярів Харківського регіону на сучасному етапі розвитку суспільства.....	134
<i>Чумак Л.І., Артамонов Р.О., Дубовик В.В.</i> Исторические аспекты оказания помощи пациентам с заболеваниями, характеризующимися снижением интеллекта.....	136
<i>Чумак Л.І., Бойцова А.В.</i> Проблемы доверия населения к государственной медицине.....	138
<i>Чумак Л.І., Ломакіна О.О., Олійник А.В.</i> Оцінка впливу фізичного навантаження на роботу дихальної та серцево-судинної систем як компонент фізичного здоров'я школярів віком 10–11 років в умовах промислового міста.....	139
<i>Чухно І.А.</i> Конкуренція в сфері охорони здоров'я .....	141
<i>Чухно І.А., Мартовицький Д.В.</i> Сучасні світові тенденції в мотивації медичного персоналу як засіб поліпшення якості медичного обслуговування .....	143
<i>Чухно І.А., Овчаренко А.О.</i> Проблеми впровадження обов'язкового медичного страхування на сучасному етапі в Україні .....	146
<i>Шатилова Ю.І.</i> Пути развития медико-санитарной помощи жителям сельской местности....	148

**АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СОЦІАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ, ОРГАНІЗАЦІЇ  
ТА ЕКОНОМІКИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ**

(до 125-річчя з дня народження М.Г. Гуревича, Наркома охорони здоров'я України (1920–1925 рр.), першого завідувача кафедри соціальної гігієни Харківського медичного інституту (1923–1925 рр.))

*Матеріали науково-практичної конференції  
(м. Харків, 16 березня 2016 р.)*

Відповідальний за випуск проф. В.А. Огнєв

Формат А5. Ризографія. Ум. друк. арк. 4,8.  
Тираж 100 прим. Зам. № 16-33145.

---

Редакційно-видавничий відділ  
ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022  
izdatknmu@mail.ua

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру  
видавництв, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції серії  
ДК № 3242 від 18.07.2008 р.