

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ІСТОРИЧНА СПАДЩИНА ТА СУЧАСНІ АСПЕКТИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Матеріали науково-практичної конференції
з нагоди 140-річчя від дня народження С. А. Томіліна (1877–1952),
видатного соціал-гігієніста та демографа,
завідувача кафедри соціальної гігієни Харківського медичного інституту

м. Харків, 25 жовтня 2017 р.

УДК 614.2(477)
I90

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

Затверджено вченою радою ХНМУ.
Протокол № 10 від 19.10.2017 р.

I 90 Історична спадщина та сучасні аспекти забезпечення громадського здоров'я в Україні: матеріали наук-практ. конф.; з нагоди 140-річчя від дня народження С. А. Томіліна (1877–1952), видатного соціал-гігієніста та демографа, завідувача кафедри соціальної гігієни Харківського медичного інституту (м. Харків, 25 жовт. 2017 р.). – Харків, 2017. – 160 с.

УДК 614.2(477)

© Харківський національний
медичний університет

Привітання
ректора Харківського національного медичного університету,
члена-кореспондента Національної академії медичних наук України,
заслуженого лікаря України, д.мед.н., професора В. М. Лісового
учасникам науково-практичної конференції
«Історична спадщина та сучасні аспекти
забезпечення громадського здоров'я в Україні»

Шановні учасники конференції, науковці та студентство!

Щиро радий вітати Вас на науково-практичній конференції, присвяченій 140-річчю з дня народження С. А. Томіліна, доктора медичних наук, професора, завідувача кафедри соціальної гігієни Харківського медичного інституту (1877–1952 рр.). Вшановуючи пам'ять цього видатного вітчизняного ученого, необхідним є визнання його значного внеску у вирішення гострих медико-соціальних проблем в області соціальної гігієни та демографії, медичної статистики та історії, фітотерапії.

Сергій Аркадійович Томілін розпочав свою професійну діяльність як молодший ординатор психіатричної лікарні м. Риги, потім активно займався медичною практикою (вів боротьбу з епідемією холери (1910 р.), лікував поранених під час Першої світової та Громадянської воєн. Попри суспільне визнання та численні державні нагороди, С. А. Томілін тяжіє до наукової діяльності, а його становлення як науковця припадає на період 1919–1934 рр. і практично цілковито пов'язано з Харківським медичним інститутом. Найбільшого визнання він набув як один з піонерів вивчення економічних проблем демографії та соціальної гігієни, а також як учений, котрий увів у науковий обіг термін «економіка населення», розкрив його соціально-гігієнічне значення, першим у СРСР провів дослідження у цій царині, а також довів який негативний вплив на національну економіку має висока дитяча смертність, низька тривалість життя, раннє старіння людського організму.

Організатором проведення цієї науково-практичної конференції є кафедра громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, значний науковий потенціал якої (на сьогодні тут працює шість докторів й сімнадцять кандидатів наук) реалізується у межах ініціативних НДР, присвячених покращанню стану здоров'я та якості життя населення України, а також удосконаленню публічного управління розвитком вітчизняної системи охорони здоров'я. Провідні науковці кафедри здійснюють успішне керівництво аспірантами та докторантами, а також беруть активну участь у роботі спеціалізованих вчених рад з правом прийняття до розгляду та проведення захисту дисертацій на здобуття наукового ступеня доктора (кандидата) наук за спеціальностями: 14.02.03 – соціальна медицина, 14.02.01 – гігієна та професійна патологія, 25.00.02 – механізми державного управління. Результати власних досліджень знані та молоді науковці кафедри активно публікують у фахових виданнях, оприлюднюють на науково-практичних заходах, впроваджують в діяльність медичних закладів та органів публічного управління. 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 на теренах України. Плідна співпраця з вітчизняними та закордонними колегами, лікарями та управлінцями сфери охорони здоров'я є запорукою подальшого зміцнення іміджу кафедри та професійного розвитку її співробітників. Залучення до наукової діяльності студентів сприяє притоку на кафедру молоді, яка стане її майбутнім, гідним продовженням справи М. Г. Гуревича, С. А. Томіліна, З. А. Гуревича, А. М. Меркова, Н. О. Галічевої та інших видатних вітчизняних соціал-гігієністів.

Співробітники кафедри чудово усвідомлюють значущість підготовки сучасних висококваліфікованих фахівців в області громадського здоров'я та управління охороною здоров'я. Саме тому їхні наукові здобутки активно використовують у навчальному процесі: обговорюються під час занять та містяться у навчальних виданнях.

Для Харківського національного медичного університету наука є одним із пріоритетних напрямів діяльності, тому проведення цієї науково-практичної конференції є не лише даниною пам'яті видатного науковця – С. А. Томіліна, а і можливістю як для знаних, так і молодих учених оприлюднити результати власних наукових досліджень, обмінятись думками та ідеями, виокремити проблеми розвитку вітчизняної системи охорони здоров'я й запропонувати шляхи їх вирішення, розширити професійні контакти.

Від свого імені бажаю всім учасникам конференції творчого натхнення, конструктивних дискусій та результативної співпраці.

Ректор



В. М. Лісовий

НАУКОВА СПАДЩИНА ТА ЖИТТЄВИЙ ШЛЯХ ВИДАТНОГО УКРАЇНСЬКОГО СОЦІАЛ-ГІГІЄНІСТА І ДЕМОГРАФА С. А. ТОМІЛІНА

Лісовий В. М., Петрова З. П., Огнєв В. А.

7 жовтня 2017 р. виповнилося 140 років від дня народження Сергія Аркадійовича Томіліна. С. А. Томілін – відомий український вчений, громадський діяч, науковий авторитет в галузі статистики, демографії, історії медицини, фітотерапії, доктор медичних наук, професор, що своїми численними працями зробив істотний внесок в розвиток медичної науки та практики. Актуальність його наукових робіт не тільки не втратила значення, а й набула особливого інтересу та отримала заслужено високу оцінку фахівців в даний час. Повне усвідомлення значення робіт цього взірцевого вченого і реалізація його найцінніших досліджень в охороні здоров'я України напевно стануть можливими лише в майбутньому.

Сергію Аркадійовичу Томіліну, видатному соціал-гігієністу, належить особливе місце серед вчених, що працювали та працюють в сфері громадського здоров'я. Саме С. А. Томілін виступив ініціатором відкриття і був одним з засновників першої кафедри «Соціальної гігієни» в Україні, ним були розроблені перші навчальні та робочі програми з дисципліни, підготовлені тематичні плани і методичні рекомендації, які забезпечували навчальний процес на кафедрі соціальної гігієни Харківського медичного інституту, а в подальшому його досвід широко використовувався на кафедрах інших медичних інститутів.

С. А. Томілін – син військового юриста, народився 7 (19) жовтня 1877 р. в м. Сувалки, яке нині знаходиться на території Польщі. У 1877 р. його батько призначається Військовим слідчим Віленського військового округу, а в 1883 р. він отримав чин статського радника. Передбачалося, що за існуючими в родинах військових традиціями, С. Томілін буде влаштований в кадетський корпус, де навчатиметься за казенний рахунок. Але доля розпорядилася інакше. Прохання батька про прийом сина в кадетський корпус повертається з повідомленням: не розглянуто з огляду на те, що воно не було супроводжено додатком належної за законом гербової марки. Це зачепило самолюбство батька С. Томіліна настільки, що на військовій кар'єрі сина була поставлена крапка [6].

У 1886 році С. А. Томілін вступив у Ризьку Олександрійську гімназію, яку закінчив в 1895 р. і в цьому ж році вступив до Петербурзької Військово-медичної академії. Матеріальна сторона його студентського життя протягом перших двох років була дуже важкою. З дому він отримує невеликі суми грошей – по 15–20 рублів в невизначені терміни, якими, за його ж словами, він не вмів правильно розпоряджатися. Іноді він навіть голодував. З третього курсу студент С. Томілін почав отримувати казенну стипендію в розмірі 30 рублів на місяць, яка, при правильному розподілі грошей, давала йому можливість до існування [6].

У 1899 році С. А. Томілін вирішив продовжити освіту за кордоном, в Німеччині, проте здійсненню цих планів перешкоджали суттєві фінансові труднощі. Проблему пошуку грошей для цієї поїздки він вирішує цілеспрямованим накопиченням коштів, які отримує в якості казенної стипендії. До весни він зміг назбирати близько 300 рублів. Можливість прожити цей досить складний у фінансовому плані період дало йому репетиторство, яким він займався в студентські роки. Таким чином четвертокурсник С. А. Томілін поїхав на навчання до Німеччини, де

відвідував клініки Кенігсберзького і Гейдельберзького університетів. Ця поїздка суттєво вплинула на формування С. А. Томіліна, як майбутнього соціал-гігієніста. В названих німецьких університетах, крім клінічних кафедр був також значний досвід викладання громадської гігієни, лекції якої відвідував С. А. Томілін. Повернувшись до Петербурга, він дізнався про своє виключення з Військово-медичної академії за політичними мотивами, проте будучи цілеспрямованою людиною він зміг продовжити медичну освіту в Московському університеті, який закінчив в 1901 р.

Питання матеріального забезпечення в цей період залишалося для нього досить гострим. Прагнучи отримувати стипендію на п'ятому курсі Сергій Томілін пише твір на тему, яку було оголошено на факультеті: «Стерилізація молока. Користь і шкода стерилізації в справі штучного вигодовування дітей». І цей твір приносить йому успіх: 12 січня 1901 р. на урочистому актовому засіданні факультету він отримує срібну медаль. Це був його перший досвід наукової роботи, який, можливо несвідомо, для дав поштовх до наступних літературно-наукових праць і став для нього стартовою сходинкою в науку [7].

Після закінчення університету С. А. Томілін почав свій доволі нелегкий, проте почесний шлях на професійній медичній ниві. Він працював ординатором психіатричної лікарні в Ризі, помічником лікаря в м. Ліда, епідеміологом в Лідському та Віленському повітах Віленської губернії. Під час російсько-японської війни – служив на Далекому Сході.

За відмінну службу і працю С. А. Томілін був нагороджений орденом Святого Станіслава 3-го ступеня, знаком Червоного Хреста і срібною медаллю Червоного Хреста, темно-бронзовою медаллю на згадку про російсько-японську війну [6].

Після закінчення війни С. А. Томілін повернувся до цивільної роботи і працював лікарем у Вільно (нині Вільнюс). Не полишав він і свої прагнення в підвищенні власної професійної майстерності та розвитку медицини на користь суспільства. В 1906 р. здав державні іспити в Новоросійському університеті в Одесі і отримав диплом «лікаря з відзнакою», після чого працював земським лікарем у Криму. З 1908 по 1913 рр. С. А. Томілін був санітарним лікарем в м. Олександрівськ (тепер Запоріжжя), де брав участь в боротьбі з епідеміями скарлатини і висипного тифу. Пізніше він писав про цей період: «Робота в земстві – це найкраща пора мого свідомого життя, час, який я згадую з великим почуттям душевного тепла» [3].

Наприкінці 1913 р. С. А. Томіліна обрали помічником завідувача санітарним відділом Катеринославського губернського земства. В його обов'язки входила наукова розробка всіх санітарно-статистичних матеріалів, які надходили від земських лікарів губернії. За період роботи в Олександрівську Сергій Аркадійович «сформувався як прогресивний санітарний діяч, епідеміолог і соціальний гігієніст» [4], написав 15 наукових робіт.

А далі знову була війна і С. А. Томілін не залишився осторонь від неї. Під час першої світової війни він служив на Західному і Південно-Західному фронтах.

У С. А. Томіліна була чудова риса і прагнення, яке сформувалося ще в студентські роки, взяти найкраще із зарубіжного досвіду і використовувати його в своїй роботі. У зв'язку з чим, він, по відрядженні до Катеринославського земства, знайомиться з організацією санітарно-гігієнічної роботи і надалі підвищує професійний рівень в Будапешті (1909 р.), Парижі, Льєжі (1910 р.), Дрездені (1911 р.).

З кінця 1917 р. С. А. Томілін працював санітарним лікарем армії, потім начальником санітарної частини 7-ї армії. У 1919–1920 рр. він був завідувачем статистичним відділом Народного комісаріату охорони здоров'я УРСР і членом наукової підкомісії Чрезсиптифкомісії. Потім, за волею долі, він з сім'єю недовгий час перебував на Північному Кавказі.

З 1922 по 1930 рр. С. А. Томілін очолював статистичний відділ Наркомату охорони здоров'я УРСР. Як керівник цього відділу, він фактично організував відомчу санітарну статистику в Україні, а в 1926–1929 рр. публікував єдині в той час звіти про діяльність органів охорони здоров'я і санітарний стан республіки [1].

Керуючи санітарною статистикою України, С. А. Томілін відряджається в Берн, Женеву, Амстердам, Берлін (вересень 1924 – січень 1925 рр.) на курси по санітарній статистиці.

Під керівництвом С. А. Томіліна, завідувача статистичним відділом Наркомату охорони здоров'я УРСР, і О.М. Марзєєва, який очолював санітарно-епідеміологічний відділ відповідного Наркомату, в 1923 році було проведено вибіркове обстеження сільського населення України. Зібрані матеріали були оброблені в статвідділі під керівництвом С. А. Томіліна, проаналізовані та описані ним в роботі «Матеріали про соціально-гігієнічний стан українського села». Ця монографія С. А. Томіліна мала вкрай важливе значення для становлення та розвитку соціально-гігієнічних досліджень в нашій країні та отримала високу оцінку санітарного відділу Ліги націй і була видана в Женеві французькою мовою [1].

Широкомасштабні санітарно-демографічні дослідження, що включають в себе розширене коло питань (санітарні умови життя дітей до одного року і причини їх смерті, стан здоров'я школярів, побутова сторона життя селянства: житлові умови, праця, харчування та ін.), проводилися Наркомздравом і в наступні роки. Складання планів і програм цих обстежень, а також розробка зібраних матеріалів здійснювалися статистичним відділом Наркомату охорони здоров'я УРСР під керівництвом С. А. Томіліна. Результати, які були отримані внаслідок цих досліджень, мали надзвичайно важливе значення для науково обґрунтованого планування магістральних напрямків діяльності органів охорони здоров'я щодо оздоровлення народу [2].

Значною була його роль і в становленні соціальної гігієни в академічній науці. З ініціативи С. А. Томіліна в 1923 р. в Харківському медичному інституті створюється одна з перших кафедр соціальної гігієни. В 1926 р. він отримує звання професора. На кафедрі соціальної гігієни Харківського медичного інституту С. А. Томілін працює з дня її організації (27 жовтня 1923 р.), а в подальшому, після переведення Мойсея Григоровича Гуревича – першого завідувача кафедрою в Наркомздрав РРФСР (1923–1925 рр.), очолює її (1925–1931 рр.).

Затвердження його на посаді завідувача кафедри відбулося 12 червня 1925 р. [8]. В 1930 р. при організації профільних факультетів за ним була закріплена кафедра соціальної гігієни санітарно-гігієнічного факультету. В 1932 р. цей факультет стає самостійним Харківським санітарно-гігієнічним інститутом. З моменту виділення інституту зі складу ХМІ (11.02.1932 р.) по 10.05.1932 р. С. А. Томілін керував в ньому кафедрою [9]. У 1932–1934 рр. він завідував аналогічною кафедрою в одному з вищих навчальних закладів, які увійшли в 1936 р. до складу 2-го Харківського медичного інституту.

Через десять років після отримання звання професора та значного внеску в академічну соціал-гігієнічну науку, в 1936 році С. А. Томіліну була присуджена ступінь доктора медичних наук *honoris causa*.

Професор Томілін був блискучим лектором, його красномовство, надзвичайно широка ерудиція, вміння знаходити яскраві приклади зі своєї багатої практики, справляли величезне враження на студентів, запам'ятовувалися на все життя.

Окрім того, С. А. Томілін завідував секцією соціальної гігієни в складі науково-дослідної кафедри соціальної гігієни при ХМІ. Цією кафедрою, а також секцією професійної гігієни в ній керував з 1925 р. Е.М. Каган. За планом на 1925–1926 рр. секція соціальної гігієни передбачала ведення наукової роботи в чотирьох напрямках: сутність соціальної гігієни та методологія; соціальна гігієна, дарвінізм і марксизм; проблема народонаселення з соціально-гігієнічної точки зору; антропометричний і статистичний методи соціальної гігієни [2].

Новий напрямок наукової діяльності секції соціальної гігієни – обстеження сучасних типів житлового будівництва і вивчення санітарного побуту робочого населення – з'явився в 1926 р. У зв'язку з цим С. А. Томілін звернувся в Укрнауку з проханням відрядити аспірантів кафедри в Москву і Ленінград для ознайомлення з роботою наукових інститутів і установ в сфері житлової гігієни [2].

Одним з питань, якими займалася секція соціальної гігієни, було вивчення біологічних факторів дитячої смертності. В рамках її роботи було визначено вплив на дитячу смертність віку матері, порядкового числа народжень, інтервалу між двома послідовними народженнями. Виявилось, що найбільш високою дитяча смертність була серед дітей, народжених молодими жінками (до 19 років). Серед першонароджених дітей смертність є дуже високою, мінімальна вона у дітей, народжених другими, а потім знову зростає. Різке підвищення смертності спостерігається у дітей, які народилися не пізніше ніж через один рік після попередніх пологів. Ці дані були проаналізовані С. А. Томіліним в монографії «Соціально-гігієнічна оцінка дитячої смертності» [10].

Після створення Вченої медичної ради при Наркомздраві УРСР та затвердження положення про неї, 6 грудня 1926 р. був сформований і її склад, до якого, серед інших визначних вчених України, увійшов С. А. Томілін.

Активно працював С. А. Томілін і в бюро секції соціальної гігієни, створеної при Харківському науковому медичному товаристві в березні 1927 р. [1].

В 1930 р. С. А. Томілін завідував також відділенням соціальної гігієни та патології в Українському інституті охорони материнства і дитинства, в 1930–1934 рр. – соціально-гігієнічним сектором Українського інституту харчування в Харкові.

В 1934 р. С. А. Томілін переїхав до Києва, де його трудовий шлях також був пов'язаний з практичною та науковою діяльністю у сфері соціальної гігієни та санітарної статистики. Так, в 1934–1936 рр. він був завідувачем сектором захворюваності і дійсним членом Всеукраїнського інституту соціалістичної охорони здоров'я; в 1934–1938 рр. – старшим науковим співробітником Інституту демографії та санітарної статистики АН УРСР; в 1938–1940 рр. – завідувачем відділом вивчення захворюваності Українського науково-дослідного бюро санітарної статистики та одночасно (1935–1945 рр.) завідувачем відділом статистики Українського НДІ туберкульозу і статистичним відділом Українського інституту епідеміології та мікробіології (1936–1941 рр.). В 1944 р. С. А. Томілін був призначений членом Центральної науково-методичної санітарно-статистичної комісії Наркомату ох-

рони здоров'я СРСР. З 1945 по 1952 рр. він завідував статистичним відділом Українського інституту епідеміології та мікробіології [3].

Професор С. А. Томілін зробив величезний внесок в розробку теоретичних основ соціальної медицини взагалі та багатьох її проблем. За С. А. Томіліним, «соціальна медицина ставить собі завданням... вивчення всіх несприятливих соціальних впливів, що викликають іноді схильність до хвороби, іноді несприятливо впливають на перебіг самої хвороби. Далі, соціальна патологія вивчає зворотний вплив соціально-патологічних явищ на безпосередні процеси соціального життя» [11]. Вплив останніх проявляються в тих змінах суспільного організму, які вносяться в нього передчасними смертями, інвалідністю, схильністю до виникнення захворювань і ін.

У роботі «Вчення про органічний капітал, як основа медичного світогляду» С. А. Томілін писав, що здоров'я людини – «таке ж господарське благо, яким є у визначенні політичної економії більшість матеріальних продуктів природи» [12]. Вчений вважав, що з метою поліпшення народного здоров'я слід широко займатися оздоровленням і санітарною охороною населених пунктів, проводити заходи з охорони материнства і дитинства, поліпшення сільських осель і сільського водопостачання, планування міст, фізичного виховання юнацтва та ін. Ідею про народно-господарську цінність людського життя, яка згодом посіла важливе місце в соціальній гігієні, С. А. Томілін розвивав і пропагував також в ряді наукових статей [1].

С. А. Томілін проявляв високі вимоги до науковців, які вирішили присвятити себе науці, що активно розвивалася на той час – соціальній гігієні. З його точки зору, робота в галузі соціальної гігієни вимагає широких знань: міцного знання біології, глибокого знайомства з демографією, політичною економією, соціологією, соціальною антропологією, математичною статистикою і ін. [13]. Всім цим вимогам повною мірою відповідали глибокі знання і широка ерудиція самого Сергія Аркадійовича.

У вступній лекції, прочитаній в Харківському медичному інституті в 1925 р., коли С. А. Томілін очолив кафедру, він докладно розглядав питання про соціальну гігієну і її керівне місце в системі медичних знань. Він визначив об'єктивні передумови, які сприяли формуванню соціальної гігієни як самостійної дисципліни: «... з одного боку – достатнє накопичення наукових відомостей про характер і про природу патологічних явищ, а з іншого – поява на арені історії такого класу, в якому соціальні прагнення і інтереси знайшли собі найбільш повне і чітке оформлення» [13]. В даній тезі вчений віддав данину тодішній ідеології, щоправда, потрібно зауважити, що дотримання ідеологічних гасел того часу не було правилом у С. А. Томіліна.

У монографії «Спроба санітарного опису України» [14] він визначив основні ознаки, що дозволяють віднести те чи інше захворювання до групи соціальних. На перше місце він поставив наявність соціальних чинників, що відіграють важливу роль у виникненні захворювання, на друге – як захворювання впливає на здоров'я хворих, яке викликає погіршення економіки і добробуту, і на третє – широке поширення серед деяких груп населення [1].

Слід відзначити, що ця монографія є важливим зразком комплексного соціально-гігієнічного та демографічного дослідження. Її значення полягає в тому, що вона була першим досвідом систематизації даних, що характеризують санітарний стан України, переважно її сільського населення. У роботі представлені основні демографічні показники в динаміці, відомості про фізичний розвиток населення,

захворюваність загальну і за окремими групами хвороб (інфекційних та соціальних), санітарний побут і харчування населення. Глибокий аналіз явищ і зіставлення даних поточної ситуації (1926 р.), навіть не з часів громадянської війни з його колосальною за розмахом тифозною епідемією, а з відносно благополучним дореволюційним періодом, дозволили С. А. Томіліну зробити обнадійливий висновок про чітку тенденцію, щодо поліпшення стану здоров'я населення. Так, відповідно до проаналізованих в монографії даних, пішла на спад дитяча смертність, відбулися певні зміни на краще у рівні загальної смертності, зменшилася захворюваність на туберкульоз і венеричні хвороби, обидва паразитарних тифи, висипний і зворотній, проявили швидку тенденцію до спаду.

Робота «Спроба санітарного опису України» та друга монографія С. А. Томіліна «Венеричні хвороби в окружних містах України в 1927 р.» також отримали високу оцінку фахівців і були премійовані Управлінням Главнауки УРСР [2].

Глибокий підхід відрізняє розробку С. А. Томіліним питання про соціально-гігієнічну значимість різних патологічних процесів. У монографії «Венеричні хвороби в окружних містах України в 1927 р.» [15] він наводить ряд доказів соціально-гігієнічної шкідливості сифілісу: широка поширеність, значна роль в смертності населення (6 % загальної смертності зобов'язані своїм початковим походженням сифілісу), зменшення середньої тривалості життя (на 4 роки), тяжкий вплив на потомство. Соціально-патологічне значення гонореї визначається значною поширеністю, визваними нею тривалими захворюваннями статевої сфери у жінок і безпліддям, захворюванням новонароджених бленореєю і ін. Згадана робота стала першим досвідом в межах СРСР масового статистичного вивчення міського венеризму на великій території. У монографії було висвітлено соціально-гігієнічне значення венеричних захворювань, методи їх обліку, поширення венеричних хвороб в Україні за 1901–1913 і 1924–1925 рр., а також серед міського населення в 1927 р. (за віком, статтю, сімейним станом, соціальними групами, джерелами зараження і ін.) [2].

Прагнув професор С. А. Томілін привернути увагу гігієністів і до проблеми дитячої смертності. «Коефіцієнту дитячої смертності можна справедливо відвести перше місце серед численного ряду як санітарних, так і економічних показників, які намагалися визначити ступінь висоти соціальної культури для даної країни» [10]. Цей коефіцієнт, на думку С. А. Томіліна, з більшою точністю характеризує рівень санітарної культури, ніж показник загальної смертності, оскільки на останній впливає ряд інших демографічних факторів (темп народжуваності, вікова структура населення). Суттєве значення має та соціально-гігієнічна особливість дитячої смертності, що вона автоматично піднімає коефіцієнт народжуваності. Високі рівні цих показників викликають «... варварську експлуатацію жіночої генеративної функції, придушення всіх її (жінки) культурно-соціальних та індивідуальних інтересів, передчасне виснаження організму, значну смертність жінок» [10]. У цитованій монографії «Соціально-гігієнічна оцінка дитячої смертності» С. А. Томілін висвітлив не лише біологічні фактори дитячої смертності, а й дав глибокий аналіз ролі соціальних і побутових умов, що обумовлюють дитячу смертність і мають вирішальний вплив на її рівень [2].

Вагомий вклад вніс С. А. Томілін і у вирішення такої важливої для соціальної гігієни проблеми як співвідношення біологічного і соціального. У 1922 р. в статті «Біологічні елементи в соціальній гігієні» він писав: «Організм і середовище – це

два фактори, що стоять перед науковою думкою гігієніста» [16]. Певні стани організму і середовища можуть викликати в житті людини або окремого колективу «ряд страждань», пом'якшити і усунути які покликаний соціальний гігієніст.

На думку проф. С. А. Томіліна, людство, виділившись з тваринного світу, стало створювати штучне середовище, спроможне захистити його від шкідливого впливу стихійних сил природи. У процесі поступового розвитку соціального середовища змінювалася і органічна природа людини. «Перебуваючи на ґрунті сучасного світогляду, ми повинні розглядати людину як певну біологічну цінність, створену природою і вдосконалену тривалою культурою. Характерна відмінність цієї біологічної цінності... полягає в тому, що тільки людина має властивість трансформувати свою біологічну енергію в різного роду господарські та культурні цінності...» [17].

С. А. Томілін застерігав проти спрощеного підходу до оцінки співвідношення біологічних і соціальних впливів на здоров'я населення, проти недооцінки труднощів боротьби за усунення несприятливих як соціальних, так і біологічних факторів із життя суспільства. Більш детально це питання розглянуто одним з авторів даної публікації в статті «Розвиток проблеми співвідношення соціального і біологічного в радянській соціальній гігієні в Україні» [18].

Слід повністю погодитися з В. С. Стешенко, що через роботи С. А. Томіліна «червоною ниткою проходить ідея необхідності створення органічного сплаву соціального і біологічного» [19] при вивченні проблем відтворення населення, його здоров'я і умов життя.

Розгляд проблем здоров'я населення в складному взаємовпливі соціальних і біологічних факторів, розпочатий С. А. Томіліним, було продовжено його учнями і послідовниками, в тому числі З. А. Гуревичем, Ф. І. Гроссером, С. М. Екелем. Ця проблематика і визначений проф. С. А. Томіліним підхід до розуміння взаємодії соціальних та біологічних факторів в забезпеченні здоров'я населення стали характерною особливістю наукових досліджень, що проводилися на кафедрі соціальної гігієни Харківського медичного інституту в 1920–1930-х рр. [20].

Пильну увагу проф. С. А. Томіліна привернули також надзвичайно актуальні в той час питання профілактики. Розвиваючи ідею своїх більш ранніх робіт щодо народно-господарської цінності людського життя, вчений шукав новий підхід до питань профілактики, який може бути охарактеризований як економічний аспект профілактики. Слід зазначити, що роботи С. А. Томіліна відрізняв економічний підхід до розгляду демографічних процесів, про що писали В. П. Піскунов і В. С. Стешенко [3]. У роботі «Продуктивність народної праці та профілактичні завдання» С. А. Томілін вказував: «Будь-яке усунення передчасної смерті, всяке збереження людського життя від зайвого захворювання, всяке накопичення життєвої енергії в окремої людини і в цілому колективі супроводжуються як профілактичні досягнення одночасно значними економічними вигодами для держави» [21]. Вчений прагнув визначити місце профілактичних заходів в системі державних цінностей: «Поза профілактики немислима раціональна державна економіка, точно так же, як поза державної економіки не можна собі уявити проведення профілактичних починань» [17]. С. А. Томілін вперше широко поставив питання про взаємовідносини економіки та охорони здоров'я. Будемо сподіватися, що за таким підходом до охорони народного здоров'я майбутнє [2].

Серед робіт С. А. Томіліна з питань профілактики особливе місце належить монографії «Соціально-медична профілактика». Мета цієї роботи, як зазначив сам

автор, – «викласти в стислій формі основні принципи профілактичного мислення і вказати на обсяг профілактичних завдань, що розкриваються в різних областях соціальної патології» [22]. Антенатальна профілактика, профілактика дитячої смертності, дитинства, юнацтва, материнства, старості, профілактика туберкульозу, венеричних, гострих інфекційних та нервово-психічних захворювань – таким широким є коло питань, висвітлених у монографії. В цій роботі С. А. Томілін показав власне розуміння сутності і завдань профілактики, а також того, якими мають бути організаційні центри профілактики і їх персонал.

Центром профілактичної роботи, на його думку, повинен бути єдиний диспансер, укомплектований штатом, який отримав спеціальну підготовку лікарів та сестер соціальної допомоги. Лікар-профілактик повинен орієнтуватися в соціальному середовищі, помічати в ньому етіологічні чинники масової патології і точно їх враховувати; повинен бути знайомий з народжуваністю, смертністю і захворюваністю свого району; повинен організовувати постійний нагляд за всіма соціально-патологічними процесами в районі, за яким спостерігають і забезпечувати необхідне медико-профілактичне втручання. С. А. Томіліну дорікали в тому, що зі сфери діяльності такого лікаря він повністю виключив лікувальні функції. Однак необхідно враховувати наступне: в перші радянські роки було проголошено, що в сфері охорони народного здоров'я передбачається насамперед проведення широких оздоровчих і санітарних заходів, що мають на меті попередження розвитку захворювань. С. А. Томілін увірував, що профілактичний напрямок є одним з провідних принципів радянської охорони здоров'я, гаряче підтримав цю ідею як санітарний лікар з величезним практичним досвідом. Він побоювався, що поєднання в діяльності одного лікаря лікувальних і профілактичних функцій неминуче призведе до зміщення пріоритетів на користь лікувальної роботи, тому віддавав перевагу такій постановці профілактичної справи, коли ніщо б не відволікало лікаря від проведення заходів щодо докорінного поліпшення умов праці і побуту населення, що й буде найкращою запорукою попередження появи і розвитку захворювань [2].

Серйозний розмах в 1920–1930-і рр. в Україні отримали дослідження з соціально-гігієнічних проблем демографії. Багато уваги цим питанням приділив і С. А. Томілін. Основним напрямком боротьби за подальше зниження загальної смертності мало стати, на його думку, зниження її серед дітей у віці 0–9 років, та особливо – до 1 року. У зниженні смертності важливу роль має відіграти підвищення матеріального, культурного та санітарного рівня життя населення, а також ефективна боротьба з інфекційними захворюваннями [2].

Великою глибиною відрізнявся підхід професора С. А. Томіліна до проблеми народжуваності, до оцінки її динаміки. Слід зазначити, що тенденція до зниження рівня народжуваності в Україні намітилася ще в 90-х рр. XIX ст., і з того часу цей показник повільно, але неухильно знижувався. Деякі українські соціальні гігієністи допускали помилку, намагаючись ігнорувати цей процес і в кінці 1920-х – початку 1930-х рр. робити оптимістичні прогнози щодо підвищення народжуваності в майбутньому. На цьому тлі особливо чітко виділялася наукова прозорливість С. А. Томіліна, який передбачив в 1926 р., що «... через одне-два десятиліття ця проблема набуде величезного соціального значення і потребує до себе значної уваги» [17].

У зв'язку з вивченням народжуваності одним з важливих медико-соціальних питань став аборт, вивченню якого присвячена робота С. А. Томіліна і Н.К.Шрейдера «Аборти на Україні» [23]. У ній представлені дані 1927 р.: співвідношення абортів і народжень, вікові показники інтенсивності абортів, сімейний стан і соціальний склад жінок, які вдавалися до абортів, аборти в лікарнях і поза-лікарняні, вплив абортів на генеративну функцію жінки. Автори показали, що в чотирьох найбільших містах України (Київ, Харків, Одеса, Дніпропетровськ) максимальне поширення абортів спостерігалось серед жінок 20–24 років, кожна десята жінка в цьому віці вдавалася до абортів. С. А. Томілін зробив висновок про те, що проблема абортів набуває соціального інтересу в двох аспектах: роль абортів в регулюванні процесу відтворення населення і його шкідливий вплив на соціальне здоров'я жінки. «... На масове поширення абортів з соціально-гігієнічної точки зору не можна дивитися як на явище, що не порушує інтересів громадського здоров'я, а значить, і суспільної економіки» [24], – писав він.

Починаючи з 1940-го року, в сферу наукових інтересів С. А. Томіліна входять питання фітотерапії. Особливо активно його книги про лікарські рослини виходять в повоєнний час. Мабуть, лікувальне значення української флори він особливо глибоко усвідомив в роки війни. Опинившись в умовах повної відсутності медикаментів в окупованому Києві, де вчений залишився з нез'ясованих причин, він використовував багатий досвід народної медицини з лікування лікарськими рослинами. Переконавшись в їх перевагах у порівнянні з синтетичними препаратами або тими, куди входять виділені чисті діючі речовини, С. А. Томілін зумів зацікавити вивченням комплексної дії лікарських рослин співробітників Українського інституту епідеміології та мікробіології і деяких інших науково-дослідних інститутів, які підтвердили правоту вченого. І тут Сергій Аркадійович випередив свій час: він почав активно пропагувати фітотерапію тоді, коли представники офіційної медицини вважали це «знахарством» і використовували як привід для нападків на нього. Але з властивими йому послідовністю і захопленістю він продовжував прокладати шляхи в наукову медицину тим рослинам, в які повірив, виходячи з власної лікарської практики. Його підсумкова робота з фітотерапії «Лікарські рослини в терапевтичній практиці» [25] вийшла в світ, але вже після смерті автора. Ця публікація стала визнанням заслуг С. А. Томіліна та його внеску у вивчення цілющих властивостей лікарських рослин, якими так багата Україна.

Варто окремо зупинитися на тому, яким був Сергій Аркадійович як людина, якими особистими якостями він володів. Близькі, які знали його відзначали основну, визначальну рису його характеру – «життєлюбність, життєстверджуюче прийняття буття». У своїх спогадах його дружина, Олена Михайлівна Томіліна, яка надзвичайно багато зробила для збереження пам'яті про видатного вченого, для пробудження інтересу до його наукових ідей, писала про свого чоловіка: «Він володів дорогоцінною здатністю усувати від себе горе, все темне і похмуре, що було в навколишньому житті і в його особистій долі» [26]. А такого темного було чимало: зрада деяких його учнів, що направляли вістря критики на роботи і ідеї свого колишнього вчителя, що в ті нелегкі часи допомагало їх швидкому кар'єрному зростанню; арешт за сфабрикованим звинуваченням і заслання на 8 років його дочки Світлани (яка вже після його смерті була реабілітована); хвороби і сліпота, що отруїли останні роки його життя. Але вроджена життєлюбність дозволила йому подолати періоди депресії і повернутися до властивого йому

вміння радіти життю, знаходити в сірих буднях крупинки доброго, прекрасного, піднесеного. Коли Сергій Аркадійович був, як кажуть, «в формі», він жваво і до-тепно розмовляв, був душею цікавої йому компанії.

Будучи надзвичайно емоційною людиною, Сергій Аркадійович був схильний до пристрасних захоплень і поривів, серед яких найбільш полум'яною пристрасною була його творча робота, творчий пошук. Саме тут він виявляв особливу наполегливість і завзятість у досягненні мети: «Якщо він був захоплений яким-небудь творчим задумом, якою-небудь науковою проблемою, він не шкодував сил, щоб знайти потрібну літературу, щоб встановити зв'язок з вченими, які працювали в цікавій для нього сфері... І майже завжди це знайомство переходило в дружній зв'язок» [26]. Така дружба виникла з відомим українським істориком Д. І. Еварницьким, академіком А. Е. Кримським, деякими зарубіжними вченими. Причому не тільки вони були цікаві Сергію Аркадійовичу, але і з їх боку проявлявся до нього невідомий інтерес, як до винятково талановитої особистості, що володіла дуже широкою ерудицією, глибокою культурою, оригінальним розумом і прекрасними душевними якостями. С. А. Томілін володів рідкісним даром прихилити до себе серця людей, викликати у них не тільки повагу до себе як до розумної людини, а й почуття відданої дружби та любові.

Цілеспрямованість в пошуках вирішення наукової проблеми, яка його займала, поєднувалася у Сергія Аркадійовича з рідкісною працьовитістю. «Якщо він був захоплений творчою роботою, він міг просиджувати за письмовим столом цілими ночами» [26]. І в останні роки життя він був «сповнений творчого натхнення, і з завзятістю молодого вченого домагався визнання його... наукових ідей» [26].

Пацієнтка С. А. Томіліна, що стала всупереч різниці у віці його відданим другом, Г. В. Мамаєнко малює образ справжнього лікаря, який взявся її лікувати, коли офіційна медицина відвернулася від неї: «Кожного разу я виносила від Сергія Аркадійовича не тільки корисні поради і ліки, але і частинку його світлої душі, яка, можливо, не менше ліків вселяла надію на одужання і допомагала боротися з хворобою» [27]. І справжній лікар, як вона його називає, за допомогою фітотерапії і ненавмисної психотерапії поставив її на ноги, так, що вона змогла закінчити інститут і викладати в школі, і подарував їй понад півстоліття життя. Вона підкреслює ще одну особливість Сергія Аркадійовича – його практично байдужість до власного збагачення, до отримання матеріальної вигоди. Трохи ближче познайомившись з пацієнтом, професор переставав брати гроші за візит і щиро ображався, якщо йому намагалися делікатно вручити плату. Іноді в книгах, в безлічі тих, що стояли в шафі, виявляли ту чи іншу суму, яку якийсь пацієнт таємно туди поклав.

Незалежно від соціального положення людини, Сергій Аркадійович був з усіма однаково простий, ввічливий, привітний. Його доброта доходила до дивакуватості, як її розцінили б нинішні раціональні люди: якщо йому доводилося щось купувати на ринку у бабусі, з вигляду якої можна було зрозуміти, що вона бідує, він платив їй за нехитрий товар вдвічі дорожче запитаної ціни. Завершує свої спогади Г. В. Мамаєнко словами: «Образ Сергія Аркадійовича є для мене уособленням справжньої простоти, скромності, мудрості, гуманності, благородства, одним словом, – всього, що для мене є святого» [27].

Нажаль, останні роки життя цієї незвичайної людини були затьмарені його сліпотою. У 1950 році буквально протягом двох тижнів у С. Томіліна, який страждав на глаукому, різко падає зір. Він важко переживає те, що трапилося. 9 липня

1952 р. дружина відправила останню роботу Сергія Аркадійовича в науковий журнал. У цей день він назавжди покинув нас. Біля труни друга Олександр Микитович Марзеєв, звертаючись до дружини Томіліна, сказав: «Кого ж і любити, як не таких, як він?» [5].

Наукові праці С. А. Томіліна відрізняв послідовний науковий підхід до аналізу досліджуваних явищ. Слід підкреслити також виняткову для того часу безкомпромісність вченого в оцінці тенденцій розвитку демографічних процесів. Правильність і точність прогнозів вченого підтвердив час [2]. Вагомість його наукового внеску в розвиток соціальної медицини високо оцінена наступними поколіннями науковців. У 1973 р. праці С. А. Томіліна, написані півстоліття раніше, були видані окремою книгою «Демографія і соціальна гігієна». Книга була з задоволенням зустрінута вченими і викликала появу багатьох позитивних відгуків у пресі.

На початку нового ХХІ століття знову зріс інтерес до ідей С. А. Томіліна. Наукова медична громадськість прийшла до усвідомлення того, що для подальшого розвитку науки надзвичайно важливо використовувати те передове, прогресивне, що зроблено попередниками, взяти в нове століття ідеї, що проклали шлях прийдешнім науковими напрямкам і підходам, втілити їх в життя в сучасних умовах. Ідеї С. А. Томіліна щодо народногосподарської цінності людини, спрогнозована ним динаміка демографічних процесів пройшли перевірку часом і виявилися затребуваними в наші дні. У 2002 р., в рік 125-річчя від дня народження вченого, у Києві пройшла конференція, основною метою якої стало осмислення вкладу С. А. Томіліна в розробку теоретичних основ охорони здоров'я населення, з тим щоб використовувати їх на благо народу незалежної України. За першою конференцією пішли й інші.

Вивчення праць ученого, глибоких за змістом і до того ж написаних яскравою художньою мовою, дозволяє переконатися в тому, що вони не втратили своєї значущості. Оригінальність і своєрідність в розгляді проблем, широта поглядів, енциклопедичні знання дозволили С. А. Томіліну випередити свій час в дослідженні багатьох актуальних і тепер проблем і зайняти почесне місце в ряду корифеїв соціально-медичної науки.

Використана література

1. Петрова З. П. Из истории социальной гигиены на Украине (1861–1932 гг.): Кандидатская диссертация. – Харьков, 1975.
2. Петрова З. П. Первые заведующие кафедрой социальной гигиены Харьковского медицинского института / З. П. Петрова // Медицина сегодня и завтра. – 2003. – № 3. – С. 14–20.
3. Пискунов В. П., Стешенко В. С. О жизни и научной деятельности С. А. Томилина (краткий очерк) / Томилин С. А. Демография и социальная гигиена. – Москва: Статистика, 1973. – С. 18–19.
4. Петров П. Т. С. А. Томилин (к 10-летию со дня смерти) / П. Т. Петров // Советское здравоохранение. – 1963. – № 7. – С. 52.
5. Завещание врача – профилактика / В. Прицкер, А. Сердюк // Зеркало недели – № 23 (498) – 12–18 июня.
6. Нековаль В. С. А. Томилин – человек, врач ученый / В. Нековаль // Демоскоп Weekly – № 99–100 – 3–16 февраля.
7. Томилин С. А. Материалы о социально-гигиеническом состоянии украинской деревни / С. А. Томилин. – Харьков, 1924. – 68 с.

8. Петрова З. П. К истории возникновения кафедр социальной гигиены на Украине / З. П. Петрова // Советское здравоохранение, 1974. – № 4. – С. 53–56.
9. Циганенко А. Я. Сторінки історії санітарно-гігієнічного факультету ХДМУ: Історичний нарис та каталог наукових праць / А. Я. Циганенко, З. П. Петрова, В. В. Мінухін. – Харків: Радуга, 2005. – С. 7.
10. Томилин С. А. Социально-гигиеническая оценка детской смертности / С. А. Томилин. – Харьков: Научная мысль, 1930. – 77 с.
11. Томилин С. А. Социальная патология и клиническая медицина / С. А. Томилин // Профилактическая медицина. – 1922. – № 4–5. – С. 130–132.
12. Томилин С. А. Учение об органическом капитале, как основа медицинского мировоззрения / С. А. Томилин. – Киев: Изд-во НКЗдрава, 1919. – С. 4.
13. Томилин С. А. Социальная гигиена и место ее в системе медицинского знания / С. А. Томилин // Профилактическая медицина. – 1925. – № 9–10. – С. 49–50.
14. Томілін С. А. Спроба санітарного опису України / С. А. Томілін. – Харків: ЦСУ УРСР, 1928. – 67 с.
15. Томилин С. А. Венерические болезни в окружных городах Украины в 1927 г. / С. А. Томилин. – Харьков: ЦСУ УССР, 1928. – 76 с.
16. Томилин С. А. Биологические элементы в социальной гигиене / С. А. Томилин // Профилактическая медицина. – 1922. – № 2–3. – С. 46.
17. Томилин С. А. Профилактика и экономика / Томилин С. А. // Демография и социальная гигиена. – Москва: Статистика, 1973. – С. 138–144.
18. Петрова З. П. Развитие проблемы соотношения социального и биологического в советской социальной гигиене на Украине / З. П. Петрова // Микробиология, эпидемиология и клиника инфекционных болезней: Сборник научных трудов ХМИ (113). – Харьков, 1975. – С. 83–86.
19. Стешенко В. С. От составителя и научного редактора / Томилин С. А. Демография и социальная гигиена. – Москва: Статистика, 1973. – С. 3.
20. Петрова З. П. О деятельности кафедры социальной гигиены Харьковского медицинского института за 50 лет / З. П. Петрова // Советское здравоохранение, 1973. – № 6. – С. 62–65.
21. Томилин С. А. Производительность народного труда и профилактические задачи / С. А. Томилин // Профилактическая медицина. – 1926. – № 9. – С. IV.
22. Томилин С. А. Социально-медицинская профилактика (Теоретическое обоснование и практическая постановка) / С. А. Томилин. – Харьков: Госмедиздат УССР, 1931. – С. 5.
23. Томілін С. А. Аборти на Україні / С. А. Томілін, М. К. Шрейдер. – Харків: Держстатвидав, 1930. – 46 с.
24. Томилин С. А. Аборт в связи с генеративной функцией женщины. / Томилин С. А. – Демография и социальная гигиена. – Москва: Статистика, 1973. – С. 218.
25. Томілін С. А. Лікарські рослини в терапевтичній практиці / С. А. Томілін. – Київ: Держмедвидав УРСР, 1959. – 228 с.
26. Каким он был ...: Воспоминания Е. М. Томиной. / Життя і наукова діяльність С. А. Томіліна – служіння справі охорони здоров'я населення України. – Київ, 2002. – С. 154–170.
27. Мамаенко Г. В. Светлой памяти профессора Томилина Сергея Аркадьевича. / Там же. – С. 171–191.

ХАРКІВСЬКА ОЛЕКСАНДРІВСЬКА ЛІКАРНЯ В ІМПЕРСЬКУ ДОБУ: ПРОБЛЕМА ДОСТУПНОСТІ

Альков В. А.

Проблема доступності закладів охорони здоров'я була в другій половині ХІХ – на початку ХХ століття важливим питанням міського життя. Із бурним зростанням міста вона особливо загострилася. Саме тоді, 30 серпня 1869 р. було відкрито першу міську Олександрівську лікарню, яка мала забезпечувати медичною допомогою найбільш вразливі верстви населення, за рахунок яких і відбувалося зростання міста.

Проблема доступності є комплексною, тому розглядати її треба в кількох планах: матеріальної доступності, територіальної доступності та пропускну здатності.

Розпочнемо з аналізу доступності матеріальної, адже в незможному середовищі, на яке була зорієнтована лікарня, це питання було основним. За Городовим положенням 1870 р. влаштування безкоштовної медичної допомоги було правом міста, а не обов'язком. Безкоштовними мали бути земські, а не міські лікарні [2, Ф. 304. Оп. 1. Спр. 618. Арк. 12]. Тому система допомоги була зорганізована на базі обов'язкового міського медичного страхування – продажі лікарняних білетів. Збір стягували з прислуги, робітників, ремісників, візників та дрібних торговців. З 1869 р. цей страховий збір складав 50 коп., а з 1896 р. – 1 крб. на рік з особи [7, С. 12]. Багато це чи мало? Харківські робітники отримували в середньому 16,9 крб на місяць або 56 коп. на день [5, С. 332, 335]. На перший погляд здається, що збір не був обтяжливим навіть для найбільш низькооплачуваних чорноробів. Тогочасний міський історик Д. Багалій також оцінював платню як незначну [1, С. 106]. Лікарями вказувалось, що чорнороби не були настільки бідними, щоб не мати змоги платити. Втім, на практиці було немало даних, коли з них не можна було стягнути гроші без розорення їх господарств. На пропозицію 1886 р. ввести платню по 70 коп. на рік відповіли, що бажаючих буде небагато. Лікарняний збір сплачували не всі й нерегулярно, його отримували значно менше (13–17 тис. крб.), ніж у Харкові було чорноробів (приблизно 55 тис. на 1886 р.) [2, Ф. 45. Оп. 1. Спр. 1295. Арк. 12, 29]. За підрахунками дослідника І. Ю. Робака, приблизно 16 тис. жителів лікарняного збору не сплачували [6, С. 99]. Не маючи бажання даремно витратити гроші, можна було вдаватися до хитрощів. Часто хворі приїздили до міста та купували лікарняні білети безпосередньо перед надходженням до лікарні, тобто спеціально для безоплатного лікування. Ухилялися від збору й голови артилей [2, Ф. 45. Оп. 1. Спр. 2349. Арк. 38, 42]. На артиль могли брати один квиток і лікуватись по черзі [1, С. 478]. У випадку, коли білету не було, то плата за лікування складала від 7,6 крб. на місяць до 2 крб. на добу [7, С. 14], що було не по кишені не тільки бідним, а й середнякам.

Безплатно, тобто за рахунок міста, одержували медичну допомогу поліцейські, пожежні, а також пацієнти, які мали довідку з поліції про крайню нужденність [6, С. 213]. Діти до 15 років також обслуговувались безоплатно [3, С. 8–9].

За свідченнями джерел, наявність лікарняного білета не гарантувала прийняття до лікарні, і це була одна з причин, чому чорнороби не квапилися їх купува-

ти [2, Ф. 45. Оп. 1. Спр. 1295. Арк. 32]. І тут ми виходимо на наступну проблему – переповненість. Коли відкривалася Олександрівська лікарня, то вважалося, що сотні ліжок вистачить із запасом. Але вже через 3 місяці це твердження було спростоване. Не передбачили того, що до лікарні зверталися не тільки містяни, а й жителі губернії та Облaсті Війська Донського, яких приваблювала можливість, купивши лікарняний білет, лікуватися весь рік за 50 коп. Крім того, до лікарні направлялися пасажирки Курсько-Харківсько-Азовської та Харківсько-Миколаївської залізниць, поліція доправляла усіх п'яних та тих, хто раптово захворів на вулиці [7, С. 33–34]. При перевірці 1878 року виявилось, що замість штатних 100 хворих їх було 150 [2, Ф. 45. Оп. 1. Спр. 649. Арк. 4]. Середня щоденна кількість стаціонарних хворих протягом усього періоду перевищувала штатну [6, С. 217]. Відкриття амбулаторії та збільшення кількості ліжок допомогли не допустити колапсу, але проблеми це не вирішило. Крім того, під час воєн Олександрівську лікарню залучали до розміщення поранених, що викликало ще більше переповнення [2, Ф. 45. Оп. 1. Спр. 485/37. Арк. 1, 3], а під час канікул в університетських клініках туди також передавали вагітних [2, Ф. 45. Оп. 1. Спр. 2349. Арк. 35, 37]. Спроби скинути частину хворих на губернську земську лікарню блокувалися останньою, що не приймала жодних хворих з Олександрівської, крім психіатричних. Земська лікарня також відмовляла в допомозі сифілітикам, які мали лікарняні білети, перекидаючи їх на Олександрівську лікарню. Лише 1882 р. це визнали незаконним [2, Ф. 45. Оп. 1. Спр. 1295. Арк. 12, 17, 30]. Отож, місць в Олександрівській лікарні не вистачало, особливо це було видно під час епідемій [4, С. 7].

Проблема територіальної доступності лікарні гостро не стояла, адже вона розміщувалася на Благовіщенській вулиці в центрі міста, який не був надто віддаленим від бідних кварталів. Харків'яни обирали лікарню з-поміж інших у тому числі завдяки цьому [6, С. 222]. Віддалені Миколаївська та губернська земська лікарні в умовах відсутності пристойних шляхів сполучення були важкодоступні. Інфекційних хворих перевозили з Олександрівської до Миколаївської лікарні, яка на них спеціалізувалася, але зверталися вони до першої, яка була ближчою та до якої було простіше дістатися [7, С. 35].

Таким чином, слід зауважити, що для Олександрівської лікарні найбільш гостро стояли проблеми матеріальної доступності та переповненості, тобто недостатньої пропускну здатності, пов'язаної із стрімким зростанням населення міста. При цьому, обидві проблеми тільки загострювалися, незважаючи на спроби вжити заходів. Проблеми територіальної доступності, властивої іншим закладам Харкова, а особливо губернії, не було. Загалом можна оцінювати доступність лікарні для городян як посередню.

З ІСТОРІЇ МЕДИЦИНИ БОГОДУХІВСЬКОГО РАЙОНУ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Астапова Я. В., Волошко А. М.

Перші змістовні історичні дослідження розвитку медицини на Богодухівщині у 70-х роках ХХ століття провели головний лікар району, завідувач обласного відділу охорони здоров'я, заслужений лікар УРСР, кандидат медичних наук, Герой Соціалістичної Праці С. О. Густілін та краєзнавець, заслужений вчитель УРСР М. С. Беляєв.

У колишньому Богодухівському повіті медицина інтенсивно почала розвиватися з 1870 року. Приблизно в цей період після закінчення медичного факультету Московського університету лікарем у Богодухові працював Роман Михайлович Ейнес. За участь в російсько-турецькій війні Ейнес отримав чин дійсного статського радника та особисте дворянство. Виїжджав до Болгарії, де під керівництвом М. І. Пирогова проводив ефірну анестезію операцій. У родині Романа Михайловича було 11 дітей, більшість із яких стали видатними діячами науки та мистецтва. У Богодухові в сім'ї Ейнес народилися Анна Романівна (1874-1966), яка працювала фельдшером та Костянтин Романович (1875-1950), композитор, піаніст, педагог.

Лікарня у м. Богодухові на той час розміщувалася в трьох житлових будинках і складалася з амбулаторії і стаціонару на 20 ліжок. У 80-х роках земством був збудований корпус хірургічного відділення, а в 1914 році – інфекційне відділення. До 1917 року в усьому Богодухівському повіті нараховувалось 7 лікарень на 138 ліжок і 21 фельшерських пунктів. Забезпеченість ліжками хворих складала 7 ліжок на 10 тисяч чоловік населення. В усьому повіті працювало 7 лікарів, 20 фельшерів і 3 фельшери-акушерки. Протягом року користувалося медичними послугами лише 57 із 1000 чоловік населення. Лікарі проводили прийом хворих 2 рази на тиждень, а решту днів – приписані фельдшери.

У 1881 році Л. Є. Кенінг купує цукровий завод в Гутах і в тому ж році відкриває фельдшерську амбулаторію зі стаціонаром, утримання якої становило в 1882 р. – 1593 крб. 70 коп. Лікування отримували робітники та службовці заводу, близько 300-400 чол. на рік, а стаціонаром користувалося протягом року 20-25 чол., харчі та ліки отримували за рахунок фірми. З 1884 року для лікування хворих запрошували лікаря з Богодухова. У 1896 році фірма запросила постійного лікаря з обов'язковим проживанням у Гутах. З цього року лікарня розширюється, будується кухня, інфекційне відділення, збільшується кількість ліжок. У 1904 році тут – 26 ліжок для хворих, будується погріб для збереження ліків, каналізація та хімічна лабораторія. Вартість утримання хворого в лікарні становила 1 крб на добу. Керівництво заводу дозволяло безкоштовний прийом жителів з навколишніх сіл – 55 % від загальної кількості всіх хворих.

Прийом пацієнтів проводив лікар з 8 до 14 години, а потім відвідував хворих вдома та в економії. Середнє перебування хворого в лікарні становило 16,5 днів.

Лікар кожні 2 роки отримував відрядження до наукових центрів Росії та за кордон на 2 місяці з виплатою субсидії в 1000 крб.

Також відкриваються фельдшерські пункти в Шарівці та Кленовому зі стаціонаром для хворих, яких немає можливості доправити до Гутянської лікарні. Утримання цих пунктів становило від 3 до 3,5 тис. крб. на рік.

На час сезонних робіт на фірмі працювало до 10 тис. чоловік. І тому в обов'язки лікарів входило стеження за дотриманням санітарно-гігієнічних норм. При прийомі на роботу обов'язково обстежували робітників, трималися в чистоті спальні бараки, кухня та туалети.

В червні 1920 року в Богодухівській лікарні працювало 2 лікаря, 6 фельдшерів, 11 акушерок та медсестер, в 1922 році відкривається поліклініка, пізніше створюється фізіотерапевтичне відділення при лікарні, шкіро-венерологічний диспансер. Найбільшого розвитку набула районна медична мережа в передвоєнні роки. У 1936 році розширюється інфекційне та хірургічне відділення, а в 1937 –

пологове та гінекологічне. У 1939 році Богодухівський райком Червоного Хреста відкрив школу медсестер запасу, у 1941 році відбувся її перший випуск.

У 1940 році в Богодухівській лікарні нараховувалося 115 ліжок. У цьому ж році відкриваються лікарні в Сінному, Вертіївці, відновлює роботу Гутянська лікарня. Крім цього починають працювати 10 колгоспних пологових будинків, 20 фельдшерських пунктів. Забезпеченість ліжками становила 28 ліжок на 10 тисяч чоловік населення. У довоєнний період одними з кращих лікарів були Ревковський, Банковський, Осіпов.

Війна... Фашистські загарбники нанесли великі збитки мережі медичних закладів району. Більшість медичних працівників перебували на фронті або в евакуації. На базі Богодухівської центральної лікарні було сформовано військовий шпиталь № 1722. Працювало шість відділень, розміщалися не лише в лікарні, а й приміщеннях міських шкіл, клубі. У вересні шпиталь було евакуйовано в Новосибірську та Архангельську області, пізніше в Карелію. Медичні працівники мили, чистили, перев'язували, заготовляли дрова, а в ночі приймали ешелони з пораненими.

На фронтах були лікар-терапевт К. Д. Неонета, медичні сестри Г. Д. Ходкова, Т. Т. Омеляненко, В. С. Шалімова, Г. А. Кравченко, В. М. Шевченко, З. М. Брусенко, К. Л. Чепурна, Н. В. Бабенко, М. Г. Кука, Н. П. Матвійчук, К. О. Пилипенко та багато інших дівчат, які провели свою юність на війні.

Неабиякий героїзм виявляли медичні працівники і в тилу ворога. У березні 1943 року, коли війна вдруге прийшла у місто, в районній лікарні, де було розміщено евакогоспіталь, лишилось 34 хворих на тиф радянських солдат і офіцерів. Перед маленьким колективом медперсоналу інфекційного відділення постало питання їх порятунку. Лікар М. О. Козловський згуртував і очолив самовіддану групу медсестер і санітарок. І коли до відділення зайшли гітлерівці на питання: «Рус солдатен?», медсестра О. І. Бур'янова відповіла, що це не солдати, а селяни, що хворіють на тиф. Проте, довго так діяти не можна було, тим більше, що німці захопили в канцелярії лікарні списки хворих радянських воїнів і оголосили своїми полоненими. Тому, коли п'ять офіцерів – лейтенанти Губин, Комісаров, Мельниченко, Круглов, Плева і 14 солдат трохи одужали, лікар доручив медсестрам Дугнос, Підгулько і Нечитайло організувати їх втечу. При допомозі санітарки М. Болотної вони дістали цивільний одяг. Згодом лікар виписав «як цивільних» ще 6 солдат. Про зникнення 25 військовополонених фашистам доповіли. Вони схопили і посадили до камери санітарку Болотну з її маленькою донькою. Доставленого під конвоєм у комендатуру лікаря Козловського піддали допиту. Лікар довів, що солдати самі втекли, так як у нього не було зброї, щоб їх охороняти. Лише через рік ці відважні люди в білих халатах дізналися, що їх втікачі вдало дісталися фронту. Інфекційне відділення перетворилось на час окупації в схованку для молоді, яка рятувалася від відправки на каторжні роботи до Німеччини, а хто не міг знаходитися у лікарні отримував довідку про хворобу на туберкульоз чи малярію.

Після звільнення території району від ворога мережу охорони здоров'я довелось повністю відбудувати. Вже в перші післявоєнні роки була відновлена робота Богодухівської, Гутянської, Сіннянської, Вертіївської лікарень, відкрилися амбулаторії в Хрущовій Микитівці, Крисиному, Кленовому, Братенниці, а також 20 фельдшерсько-акушерських пунктів. У районі працювали 12 лікарів. Згодом повернулися із фронту і почали працювати лікарі Ф. І. Саєнко, В. А. Крилов,

Є. А. Шаповалова, М. Я. Гарбузова, К. Д. Неонета, Е. Я. Турова, В. А. Жилко. Прибули у район фельдшери І. Д. Ранюк, М. М. Борисенко, А. І. Макаренко, Т. М. Запашний, Н. Ф. Глущенко, В. Д. Скороход, М. П. Ружинська, У. Г. Шкарлат.

У 1959 році введено в дію новий корпус центральної лікарні на 250 ліжок, у 1961 році розширилися інфекційне відділення, поліклініка, створено лабораторний корпус, сільські лікарні, були збудовані нові фельдшерсько-акушерські пункти, введені в дію приміщення шкіро-венерологічного відділення, протитуберкульозного диспансера в сільській лікарні с. Кленового.

У 1967 році населення Богодухівщини обслуговувало 83 лікарів, 500 середніх медичних працівників і 730 працівників молодшого обслуговуючого персоналу. До послуг населення – 645 ліжок, 44 фельдшерсько-акушерських пунктів. Почало працювати Богодухівське медичне училище.

У 80-ті роки ХХ століття в районі населення було 96 лікарів, 401 медсестер та фельдшерів, працювало 44 ФАПів, 6 фельдшерських здравпунктів, 13 колгоспних профілакторіїв, 4 дільничних лікарень. У 1985 році відкрилося нове приміщення районної поліклініки.

Значною подією в житті району стало введення в грудні 2005 року в дію нового семиповерхового корпусу лікарні. Для покращення кадрового забезпечення в 2008 році було побудовано та здано в експлуатацію 30-ти квартирний будинок для медичних працівників поряд з новозбудованою лікарнею.

Медичні працівники завжди займали активну життєву позицію, брали активну участь у житті міста та району. І сьогодні також тримають такі позиції.

ИСТОРИК МЕДИЦИНЫ И СОЦИАЛЬНЫЙ ГИГИЕНИСТ ЛЮДМИЛА ИОСИФОВНА ГРАБОВСКАЯ (1916–1990)

Васильев К. К.

До сих пор не освещена жизнь и деятельность историка медицины и социального гигиениста из Одесского медицинского института (ОМИ; ныне Одесский национальный медицинский университет – ОНМедУ) Людмилы Иосифовны Грабовской и данная публикация имеет целью восполнить существующий пробел. Источником для сообщения является личное дело Л. И. Грабовской, хранящееся в архиве ОНМедУ.

Она родилась 23 мая 1916 г. в г. Каменец-Подольске Подольской губернии Российской империи. Из её личного дела не ясно по какому стилю – юлианскому или григорианскому – приведена дата рождения. Полька, из семьи «служащих». Отец – Иосиф Фаустианович Грабовский († 1929 г.) работал в лесничестве, а мать – Эмилия Тимофеевна Грабовская (1888–1957) до 1929 г. вела домашнее хозяйство («домашняя хозяйка»), а после смерти супруга работала начальником инкубатора Каменец-Подольской птичьей фермы. В семье были ещё две дочери: Станислава и Мария.

В 1929 г. Людмила Грабовская окончила семилетку и после этого до 1931 г. работала учителем по ликвидации безграмотности. Осенью 1931 г. она поступила в Каменец-Подольский медицинский техникум, который окончила в 1935 г. и в числе трех процентов выпускников была направлена в ОМИ, в то время носившего имя П.П. Постышева (1887–1939) – второго секретаря ЦК КП(б) Украины (1933–1937 гг.) и кандидата в члены Политбюро ЦК ВКП(б) (1934–1938 гг.). В

студенческие годы Людмила Грабовская была пропагандистом и в 1940 г. «первая получила Сталинскую стипендию» (так в автобиографии). Была членом ВЛКСМ, а с 1941 г. член КПСС.

По окончании педиатрического факультета ОМИ, решением государственной экзаменационной комиссии от 3 июля 1941 г. Людмиле Иосифовне была присвоена квалификация врача. Ей была обещана аспирантура по кафедре психиатрии, но 22 июня началась Великая Отечественная война и она поступила в ряды Красной Армии. Служба её проходила в действующей армии на фронтах Южном и Северо-Кавказском, в Приморской армии (второго формирования; Керчь) и 3-м Украинском фронте. Служила старшим врачом в/ч 10388 4-ой воздушной армии (командующий генерал К. А. Вершинин). В 1944–1945 гг. с Советской армией в Румынии и Болгарии. Последнее звание – капитан медицинской службы. Была награждена орденом «Красной Звезды» (13.02.1942 г.; выдан командованием 4-ой воздушной армии) и медалями: «За оборону Кавказа», «За победу над Германией в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.», «30 лет Советской Армии и Флота».

С начала 1945 г. Л. И. Грабовская служила в Одесском военном округе (военный аэродром г. Одессы), в 1946 по 1948 г. работала преподавателем военной кафедры Одесского государственного университета, с 1948 по 1949 г. ученый секретарь Одесского НИИ стоматологии, в 1949–1952 гг. – врач-невропатолог 12-й поликлиники Одессы. Наконец, с 5 сентября 1952 г. она – ассистент кафедры организации здравоохранения ОМИ, которую по 1963 г. возглавлял проф. И. Л. Дайлис (1888–1981) и с 1964 г. П. Н. Чернобров (1910–1996).

На этой кафедре Людмила Иосифовна подготовила кандидатскую диссертацию под руководством проф. Дайлиса. Успешная защита диссертации состоялась 27 июня 1955 г. на Ученом совете ОМИ. Заслушав диссертацию Л. И. Грабовской на тему: «Развитие научной медицинской теоретической мысли в Новороссийском университете (1865–1920 гг.)», дискуссию по поводу защиты диссертации с участием официальных оппонентов к.м.н., доцента Б. Д. Петрова (Москва) и д.м.н., проф. С. М. Минервина (зав. кафедрой микробиологии ОМИ), а так же заключительное слово диссертанта, Ученой совет тайным голосованием 28 «за», при «0» против и «1» недействительных постановил присвоить её ученую степень кандидата медицинских наук. В соответствии с этим решением Ученого совета ОМИ Высшая аттестационная комиссия Министерства высшего образования СССР выдала ей диплом кандидата наук (№ 002127 от 27 января 1956 г.). Текст диссертации изложен на 421 страницах и помечен 1953 г., а автореферат соответственно 16 страниц и 1955 г. Главы работы: 1) Роль Н. И. Пирогова в открытии Новороссийского университета; 2) Новороссийское общество естествоиспытателей при Новороссийском университете и его роль в развитии научно-медицинской теоретической мысли (1870–1922 гг.); 3) И. И. Мечников, его современники и последователи в Новороссийском университете; 4) И. М. Сеченов и его ученики в Новороссийском университете; 5) История открытия медицинского факультета при Новороссийском университете в Одессе; 6) Выдающиеся ученые медицинского факультета и значение их деятельности в области теоретической мысли [А. А. Богомолец, П. Я. Борисов, Б. Ф. Вериго, В. В. Воронин, Н. Ф. Гамалея, Н. Н. Костямин, Н. К. Лысенков, В. В. Подвысоцкий, И. Ф. Пожариский, В. К. Стефанский, Л. А. Тарасевич, Г. В. Хлопин, С. М. Щастный].

В 1961 г. Л. И. Грабовская была избрана на должность доцента кафедры организации здравоохранения, но аттестат доцента так и не получила, проработав до пенсии и.о. доцентом.

В 1949–1962 гг. в ОМИ была кафедра истории медицины, которую с момента открытия возглавлял доцент Ф. Ф. Бурлаков (1895–?). Сразу после его ухода на пенсию кафедру истории медицины объединили с кафедрой организации здравоохранения. После этого Людмила Иосифовна стала преподавать историю медицины. Я помню её лекции по истории медицины, которые она читала в Большой анатомической аудитории Морфологического корпуса. Она не имела своей семьи, занималась воспитанием племянников – детей своей сестры Станиславы Иосифовны Бабковой († 1954 г.) и её мужа Василия Степановича Бабкова († 1941 г.) – Людмилы (род. 1937 г.) и Бориса (род. 1939 г.). Жила вместе со своей двоюродной сестрой. Была подвержена известной слабости. К концу 1970/71 учебного года она достигла пенсионного возраста – ей исполнилось 55 лет, и она была уволена.

Л. И. Грабовская была членом Советского национального объединения историков естествознания и техники, возглавляла одесскую группу этого объединения. Активно принимала участие в работе Всесоюзного общества историков медицины.

Скончалась Людмила Иосифовна Грабовская в Одессе 2 мая 1990 г. и была похоронена на Втором местном христианском кладбище.

У Грабовской были публикации по проблеме профилактики профессиональных заболеваний на предприятиях: оздоровление производства графита (1959), о медико-санитарном обслуживании рабочих суперфосфатного производства (1961).

Однако в основном её научные труды посвящены вопросам истории медицины, при этом она занималась главным образом исследованием научной деятельности ученых, работавших в Одессе: П. Я. Борисов (Фармакология и токсикология, 1964, № 6), Б. Ф. Вериго (Врачебное дело, 1951, № 10), Н. Н. Костямин (Материалы к истории гигиены и санитарного дела в УССР. – Киев, 1959), В. В. Подвысоцкий (Советская медицина, 1953, № 12), И. Ф. Пожарский (Материалы научно-практической конференции, посвященной 225-летию со дня рождения эпидемиолога Данилы Самойловича. – Николаев, 1969), Л. А. Тарасевич (Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии, 1955, № 7), Г. В. Хлопин (Врачебное дело, 1955, № 2), С. М. Щастный (Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии, 1958, № 3).

Л. И. Грабовская опубликовала работы об Одесском дерматовенерологическом обществе (Вестник дерматологии и венерологии, 1959, № 6), об Одесском медицинском институте им. Н. И. Пирогова (Большая медицинская энциклопедия. 2-е издание. 1961, т. 21), об Одесской санитарной организации в дооктябрьский период (Материалы к истории гигиены и санитарии на Украине. – Киев, 1962, вып. 2), об Одесской научной ассоциации врачей (Материалы 2-й Всесоюзной научной конференции историков медицины. – Л., 1963), о санитарной организации Херсонского земства (Материалы 5-ой Украинской республиканской научной историко-медицинской конференции, посвященной 100-летию со дня рождения В. И. Ленина. – Николаев, 1970).

Из её трудов надо выделить обстоятельное монографическое исследование: «Лев Александрович Тарасевич. 1868–1927 гг. Биографический очерк». (М.: Медицина, 1970 – 110 с.).

Как видим, её публикации появились в интервале с 1951 г. по 1970 г. И историко-медицинские работы устаревают, хотя не так быстро, как в других областях науки. Появляются новые исследователи, но они всегда опираются на труды предшественников и в этом смысле работы Людмилы Иосифовны Грабовской по истории медицины в Одессе имеют непреходящее значение.

ИНДЕКСЫ СЕЗОННЫХ КОЛЕБАНИЙ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ: ХАРЬКОВ (1885–1887 ГГ., 1927 Г.) И СУМСКАЯ ОБЛАСТЬ (2008–2016 ГГ.)

Васильев Ю. К., Васильева Е. Г.

В научной литературе прошлых лет довольно хорошо были представлены исследования месячных колебаниям младенческой смертности (МС), однако в последние годы таких работ нет. Безусловно, теперь мы не наблюдаем таких выраженных сезонных колебаний МС, как это было в предшествующие годы, но насколько они существенны, в чем их отличие от предыдущих эпох, на эти вопросы в литературе нет ответов.

В связи с этим целью данного сообщения является провести сравнительный анализ индексов сезонных колебаний МС за разные исторические периоды.

Материалами для нашей работы с одной стороны были опубликованные данные – исследования МС в Харькове в 1927 г., где авторы приводят сведения и за 1885–1887 гг. [1]. Для сравнения мы взяли смертность детей до года за 2008–2016 гг. по Сумщине, которая территориально близка к Харькову и исторически частично входила в состав Харьковской губернии – данные Главного управления статистики в Сумской области [3]. Был использован способ измерения сезонных колебаний (А.М. Мерков, Л.Е. Поляков, 1974).

В 1885–1887 гг. в Харькове индексы сезонных колебаний МС были следующие: январь – 55 %; февраль – 65 %; март – 65 %; апрель – 65 %; май – 165 %; июнь – 235 %; июль – 117 %; август – 142 %; сентябрь – 99 %; октябрь – 58 %; ноябрь – 55 %; декабрь – 63 %. В ту эпоху показатель МС достигали – 360 % [2, С. 57].

В 1927 г. показатель МС в Харькове составил 110 %. При этом смертность от «желудочно-кишечных болезней» была 35 %, «врожденной слабости» – 19 %, «заразных болезней» – 19 %, «воспаление легких» – 15 %, прочие причины – 22 %.

В 1927 г. в Харькове распределение умерших детей до года по месяцам было следующее: январь – 53, февраль – 46, март – 58, апрель – 66, май – 57, июнь – 81, июль – 91, август – 100, сентябрь – 77, октябрь – 87, ноябрь – 45, декабрь – 39. Всего – 800. Исходя из этих данных индексы сезонных колебаний: январь – 78,1 %, в февраль – 75,1 %, март – 85,5 %, апрель – 100,6 %, май – 84,1 %, июнь – 123,4 %, июль – 134,2 %, август – 147,4 %, сентябрь – 117,3 %, октябрь – 128,3 %, ноябрь – 68,6 %, декабрь – 57,5 %.

В том же году в Харькове распределение умерших детей до года от болезней пищеварения: январь – 11, февраль – 4, март – 8, апрель – 9, май – 17, июнь – 39, июль – 55, август – 57, сентябрь – 40, октябрь – 41, ноябрь – 10, декабрь – 4. Всего – 295. Отсюда индексы сезонных колебаний: январь – 44,2 %, в февраль – 17,8 %, март – 32,1 %, апрель – 37,4 %, май – 68,3 %, июнь – 162,0 %, июль –

221,0 %, август – 229,0 %, сентябрь – 166,1 %, октябрь – 165,1 %, ноябрь – 41,5 %, декабрь – 16,1 %.

В 1927 г. в Харькове летние месяцы давали самую высокую МС, что было связано, как установили авторы, преимущественно с желудочно-кишечными заболеваниями, а повышенную смертность в осенние месяцы они объясняли тем, что наиболее тяжелые запущенные желудочно-кишечные заболевания часто приводили ребенка к трагическому концу в эти месяцы.

В 2008–2016 гг. в Сумской области имела тенденция снижения МС: с 10,4 ‰ до 6,2 ‰. За этот период распределение умерших детей до года по месяцам было следующее: январь – 67, февраль – 69, март – 54, апрель – 59, май – 62, июнь – 55, июль – 66, август – 60, сентябрь – 59, октябрь – 53, ноябрь – 53, декабрь – 63. Всего – 720. Индексы сезонных колебаний: январь – 109,6 %; февраль – 124,9 %; март – 88,3 %; апрель – 99,7 %; май – 101,4 %; июнь – 92,9 %; июль – 107,9 %; август – 98,1 %; сентябрь – 99,7 %; октябрь – 86,7 %; ноябрь – 89,6 %; декабрь – 103,0 %. Подъем индексов сезонных колебаний был обусловлен десятым классом МКБ-10: болезни органов дыхания.

Итак, исходя из представленных данных следует, что при высоких показателях МС, достигавших 360 ‰ наблюдался резкий подъем в смертности детей до года в летние месяцы – в Харькове в 1885–1887 гг. он составлял 235 % (июнь), то есть превышал среднегодовой уровень в два раза. Эта «свечка» была обусловлена резким подъемом смертности от желудочно-кишечных заболеваний (по терминологии старых авторов «летние детские поносы» или «детская холера – cholera infantum nostras»).

По мере снижения МС – в 1927 г. в Харькове она составляла 110 ‰ – подъемы в смертности детей до года уже не так выражены (в нашем случае максимум в августе – 147,4 %), то есть выше среднегодового уровня уже только в полтора раза, но по-прежнему этот подъем обусловлен в основном острыми желудочно-кишечными заболеваниями и по-прежнему приходится преимущественно на лето.

При показателях МС 10 ‰ и меньше (в 2008–2016 гг. в Сумской области 10,4 ‰ – 6,2 ‰) индексы сезонных колебаний смертности детей до года ещё меньше – максимум 124,9 % в феврале, но этот подъем, как видим, приходится уже на зимний сезон и обусловлен болезнями органов дыхания.

Использованная литература

1. Кольнер Р. Ю. Анализ детской смертности по гор. Харькову /Р. Ю. Кольнер, С. Я. Шаферштейн // Журнал по изучению раннего детского возраста. – 1930. – Т. 10, № 3–4. – С. 275–285.

2. Куркин П. И. Детская смертность в Московской губернии и её уездах в 1883–1897 гг. /П. И. Куркин. – М., 1902. – XLIII, 294 с.

3. Главное управление статистики в Сумской области [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://sumy.ukrstat.gov.ua/>

ЖИТТЄВИЙ ШЛЯХ С. А. ТОМІЛІНА

Демочко Г. Л.

Сергій Аркадійович Томілін народився 1877 року у Польщі у містечку Сувалки. Родина майбутнього вченого не вважалася бідною, проте й значного грошового статку вони не мали. Як згадував сам С. Томілін «иногда, голодный, в школе

по уходу товарищей я шарил по партам и выуживал оставшийся не съеденным чай-нибудь бутерброд» [1].

Після гімназійної освіти С. Томілін вступив до Петербурзької військово-медичної академії, із якої через чотири роки юнака відрахували за «участие в студенческих волнениях» і він був змушений закінчувати навчання у Москві [2]. 1905 рік змусив Томіліна виїхати на Далекий Схід у якості зауряд-лікаря і, нарешті, лише у 1906 Сергій Томілін отримує лікарський диплом. Після такого досвіду Томілін повертається до мирного життя і працює у Таврійській губернії земським лікарем. Та епідемії тифу та холери, що розгорнулися у 1910 році, змусили С. Томіліна зайнятися санітарною діяльністю. В цей рік С. Томілін познайомився с молодим студентом О. Марзеєвим, товариські стосунки з яким підтримувалися усе життя.

На початку 1920-х років С. Томілін одним з перших почав цікавитися медичної стороною соціальних потрясінь та негараздів. А в цей час прикладів для вивчення на Україні було не займати. Воєнні лихоліття, епідемії, голод – усе це цікавило вченого з точки зору демографії та соціальної гігієни.

З 1922 року С. Томілін працює в Харкові, адже місто стало столицею радянської України. За наполяганнями С. Томіліна, у Харківському медичному інституті відкривається кафедра соціальної гігієни, перші роки існування якої пройшли під значним впливом його постаті [3]. Вчений закладає основи соціальної гігієни, активно вивчає соціальні хвороби, запропонував разом з О. Марзеєвим анамнестичний метод оцінки наслідків епідемій.

Важливим внеском С. Томіліна у гігієну є його дослідження проблем гігієни села. 1924 року за ініціативою вченого проведено санітарно-демографічний перепис сільського населення, за результатами якого видана узагальнююча праця. Вона стала настільки актуальною для того часу, що отримала високу оцінку відповідної комісії Ліги Націй та була перевидана французькою мовою для європейських науковців [4].

С. Томілін завжди вважав людину центром досліджень, тому ним запропоновано термін «людська економіка» [5]. Вчений обурювався, що роль медика стала занадто вузькою, він лише лікує, а не вчить не хворіти. Саме тому профілактика для С. Томіліна стала головною ідеєю подальших досліджень. Він вважав, що більшість причин захворювань людського організму лежать у площині соціального середовища. Саме тому С. Томілін наполягав не стільки на оздоровленні людини, скільки на оздоровленні соціуму. На думку лікаря, саме соціальна гігієна повинна формувати нові підвалини людської свідомості – волю до здоров'я.

С. Томілін вважав, що людина є безцінним природним даром, проте за своє життя вона сама себе руйнує і не доживає до часу своєї найбільшої продуктивності. Професор наголошував, що таке ставлення до людини завдає шкоди не тільки їй, а й економіці держави-велетня. Тому охорона здоров'я повинна повернутися лицем в першу чергу до людини-трудівника, щоб надати йому всі можливості для збереження здоров'я.

Плідну роботу перервала Друга світова війна. С. Томілін за станом здоров'я вимушений був залишитися на окупованій території та працювати у Київському медичному інституті на кафедрі історії медицини. Цей факт не залишився не помічений радянською владою – у 1945 року його не оберуть членом-кореспондентом до Академії медичних наук СРСР. Батькові біографію «згань-

бить» і зв'язок доньки Світлани з патріотично налаштованим рухом на Західній Україні, який продовжував боротися проти радянської окупації.

Останні роки свого життя вчений продовжував займатися наукою. Він втратив зір через глаукому, та не втратив жаги до пізнання, залишивши світові свій головний заповіт – профілактику...

Використана література

1. Завещание врача – профилактика / В. Прицкер, А. Сердюк // Зеркало недели – № 23 (498) – 12-18 июня.

2. Нековаль В. С. А. Томилин – человек, врач, ученый / В. Нековаль // Демоскоп Weekly – № 99-100 – 3-16 февраля.

3. Петрова З. П. Выдающийся украинский социал-гигиенист и демограф С. А. Томилин / З. П. Петрова, В. А. Огнев // Історія медицини і охорони здоров'я – 2013. – № 4. – С. 28-37.

4. Маринжа Л. Лікар, який дивився на світ очима душі / Л. Маринжа // Здоров'я України – 2011. – № 1. – С. 50.

5. Стешенко В. С. А. Томилин как демограф / В. Стешенко // Демоскоп Weekly – № 99-100 – 3-16 февраля.

ЖІНКИ-МЕДИКИ ГАЛИЧИНИ НАПРИКІНЦІ ХІХ – НА ПОЧАТКУ ХХ СТОРІЧЧЯ: СОФІЯ ОКУНЕВСЬКА-МОРАЧЕВСЬКА, ВОЛОДИМИРА КРУШЕЛЬНИЦЬКА, СОФІЯ ПАРФАНОВИЧ

Децик О. З., Стовбан І. В., Галань Н. В.

Становлення української незалежної держави в єдності політичного, соціального і культурного розвитку є неможливим без відновлення історичної спадщини, у т. ч. стосовно виникнення медичних знань та їх втілення у функціонально-практичних межах системи охорони здоров'я.

Питання діяльності українських громадських інституцій у медичній галузі на Галичині наприкінці ХІХ – на початку ХХ ст. було предметом розгляду таких учених, як: Я. Ганіткевич, І. Даценко, Б. Савчук, Н. Федорак, І. Білавич. Однак, суспільно-просвітницька та медична діяльність жінок-лікарів в роботах науковців досліджена все ще недостатньо [1].

Найвідомішими жінками-лікарями, без внеску яких важко уявити розвиток та становлення медицини на Галичині у період кінця ХІХ – початку ХХ століття, були С. Окуневська-Морачевська, С. Парфанович, В. Крушельницька.

С. Окуневська-Морачевська (1865–1926 рр.) увійшла в історію розвитку вітчизняної медицини як перша жінка-лікар у Галичині. Вона була також першою українкою, яка 1885 році склала випускні іспити у Львівській академічній гімназії, а по закінченні Цюрихського університету (Швейцарія) у 1895 році стала, знову ж таки, першою жінкою-лікарем у Австро-Угорській імперії і єдиною жінкою в Західній Україні, яка здобула університетську освіту. С. Окуневська-Морачевська разом із Євгеном Озаркевичем стояла біля витоків створення Львівської «Народної лічниці». За її сприянням у Львові було створено школу акушерів-гінекологів, а також вперше на теренах Західної України організовано курси для сестер милосердя та акушерок. За ці заслуги вона отримала звання «Святої Софії» поміж хворих [2]. Варто відзначити і її чималий внесок у громадську та волонтерську роботу. Так, під час першої світової війни вона працювала лікарем в таборах для українських висе-

ленців у Гмінді та Сватобожіцах. Її приїзд туди став викликом австрійському уряду, сміливим вчинком, який поставив під загрозу її професійне майбутнє. Серед найвідоміших праць – «Вплив температури на осмотичне тиснене еритроцитів».

Естафету громадсько-медичної діяльності на початку ХХ ст. у Галичині підхопила інша жінка-лікар **Софія Парфанович** (1898–1968 рр.). Вона народилась в 1898 році у Львові, де закінчила гімназію і розпочала медичні студії, які завершила у Празі в 1926 році. Цього ж року вона вступила до лав Українського лікарського товариства, працювала у шпиталі, а згодом у – «Народній лічниці» та гінекологічній клініці у Львові. Особливої уваги заслуговує її діяльність щодо промоції антиалкогольного та антитютюнового руху, яка була реалізована у рамках діяльності товариства «Відродження» (1929 р.), очолюваного С. Парфанович. Серед основних пріоритетів товариства було створення закликів-відозв до громадськості з метою заснування відповідних гуртків та комітетів при місцевих осередках. Софія Парфанович – автор численних статей: «Алькоголь і туберкульоза», «Відродження і політика», «Тютюн і народна господарка», «Уміркованість чи цілковита стриманість», «Шкідливий вплив алкоголю на здоров'я дитини» та інші.

Активною діячкою в Галичині була і **Володимира Крушельницька** (1903–1937 рр.) – дочка письменника Антона Крушельницького і артистки-письменниці Марії Слободівни-Крушельницької. Здобула гімназійну та університетську освіту у Відні, спеціалізуючись у сфері дерматології. У період з 1927 року по 1932 рік жила і працювала у Львові, де відкрила приватну практику. У 1930 році стала делегатом з'їзду лікарів-абстинентів, що відбувся у Львові. Її авторству належать такі твори як «Алькоголь і травний шлях», «Вплив алкоголю на людський організм», «Значення сонця для людського здоров'я» та інші [3]. Опісля переїзду до Харкова В. Крушельницька, на жаль, не змогла уникнути долі членів більшості репресованих сімей. Спочатку вона працювала на будівництві Біломоро-Балтійського каналу, опісля була перевезена на Соловки, де віддано і жертовно працювала лікарем у лікарні. Після низки фіктивних судових процесів була заарештована та розстріляна.

Висновки. Праця вітчизняних жінок-лікарів на Галичині стала підґрунтям та передумовою для створення української національної громадської системи охорони здоров'я, водночас забезпечуючи медичне обслуговування населення наприкінці ХІХ – на початку ХХ століття.

Використана література

1. Білавич І. Жінки-медики в культурно-освітньому розвитку українства Галичини наприкінці ХХ – на початку ХХ сторіччя / І. Білавич // Гірська школа Українських Карпат. – 2016. – № 14. – С. 32–35. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/gasuk_2016_14_11.

2. Ганіткевич Я. Історія української медицини в датах та іменах. НТШ та ін. / Ярослав Ганіткевич. – Львів, 2004. – 365 с.

3. Пундій П. Українські лікарі: бібліогр. довідник / П. Пундій. – Львів; Чикаго, 1994. – Кн. 1: Естафета поколінь національного відродження. – 328 с.

РОЛЬ КПРС У РОЗВИТКУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В ПОВОЄННОМУ ХАРКОВІ (1945–1991 РР.)

Ільїн В. Г.

У зв'язку з декомунізацією постає потреба заново поглянути на діяльність КПРС. На нашу думку, аналіз участі партійних органів у вирішенні питань охорони здоров'я дозволить окреслити межі, глибину втручання партії в різні сфери життя й уточнити її статус тоді, коли він ще не був формалізований в Конституції СРСР 1977 р.

Складовими діяльності місцевих партійних органів в сфері охорони здоров'я були: керівництво галуззю та політичне виховання медпрацівників; повоєнна відбудова та санітарна очистка міста; планування розбудови медичної мережі та контроль за її здійсненням; пошук коштів для будівництва медзакладів; визначення напрямів розвитку галузі; передача партійних закладів в розпорядження МОЗ та партійна благодійність.

Вирішенням усіх важливих питань охорони здоров'я в Харкові займався адміністративний відділ обкому Компартії України. Партійне керівництво медичною сферою полегшувалося тим, що багато керівників медзакладів були членами партії чи депутатами місцевих рад. У 1945 р. членами або кандидатами у члени ВКП(б) було 14 % лікарів Харкова (230 осіб) [5, арк. 39]. На початку 70-х рр. 62 % керівників лікувальних закладів (172 особи) були членами або кандидатами у члени КПРС [9, арк. 13–14]. Джерелом партійного контролю над медичною сферою було ідеологічне виховання. Протягом 50-х рр. лікарі почергово організовували щотижневу політінформацію для своїх співробітників [6, арк. 404–405]. Політпросвіта охоплювала середній і частину молодшого медперсоналу. Проводилися партзбори, теоретичні конференції, мітинги. Ще й у 70-ті рр. медзаклади Харкова брали участь у соціалістичних змаганнях та показових оглядах, присвячених визначним подіям.

Партійні органи зіграли ключову роль в організації повоєнної відбудови та санітарної очистки Харкова. Секретарі обкому та райкомів партії безпосередньо керували відкриттям лікарень та підсобних господарств при них, приборканням спалахів інфекційних хвороб [3, арк. 1–6]. Виконкомам райрад партійні організації пропонували організувати соцзмагання між районами на кращий санітарний стан [8, арк. 28, 30]. Для підтримання належного темпу заготівлі палива для міста обком КП(б)У направляв туди комсомольців [2, арк. 39]. Проте головним засобом відбудови Харкова стали масові мобілізації міського населення. Обком КП(б)У зобов'язував виконавчі комітети райрад здійснювати очистку міста від сміття силами громадськості [там само, арк. 44 зв].

Протягом 1975–1989 рр. адміністративний відділ обкому партії очолював Владлен Гіржанов, який вивів охорону здоров'я в місті на новий рівень. Протягом тих років наймасштабнішої розбудови медичної мережі у Харкові з'явилася низка нових медкомплексів, побудовано типові районні підстанції швидкої допомоги. За спогадами завідувача харківського міськздороввідділу В. І. Реміяка, секретарі міськкому партії особисто проводили планерки на місці будівництва, приймали нові медичні об'єкти.

Важливою складовою в справі пошуку коштів для будівництва були прямі контакти партійних керівників з союзними органами. Міське партійне керівниц-

тво клопотало перед центральними відомствами СРСР з проханням виділити кошти на будівництво медичних об'єктів, мотивуючи таку необхідність потребами харків'ян-працівників профільних підприємств [4, арк. 16, 20, 40]. 1981 р. другий секретар харківського обкому КПУ В. М. Парамонов прохав начальника науково-технічного управління в Москві виділити 300 тис. руб. на будівництво підстанції швидкої медичної допомоги в П'ятихатках, де мешкали працівники Харківського фізико-технічного інституту.

Постанови партії та уряду визначали шляхи розвитку радянської системи охорони здоров'я. Зокрема, рішення XXVI з'їзду КПРС щодо вдосконалення структури мережі закладів охорони здоров'я, а також потреба вирішення проблеми відведення земельних ділянок для будівництва медзакладів у Харкові, спонукали місцеве партійне керівництво на початку 70-х рр. розпочати довготермінове планування розвитку міської медичної мережі [10, арк. 9].

Здійснення політики «перебудови» дозволило громадянам відкрито висловлювати невдоволення з приводу існування медичних пільг партійно-державної номенклатури. Під тиском громадськості, а також в контексті скорочення партійного апарату та з метою покращення медичного обслуговування, партія наприкінці 80-х рр. розпочала націоналізацію мережі закритих медичних закладів, які обслуговували членів номенклатури та їхні сім'ї [13, арк. 63, 64, 66, 70]. Націоналізація партійних медустанов під закликами їхньої передачі «афганцям», «чорнобильцям», дитячим установам охопила всю республіку. Саме тоді партійні органи, «йдучи назустріч побажанням громадськості», вперше поставили питання про використання урядової дачі в Межигір'ї «в інтересах народу» [14, арк. 11].

У Харкові об'єктом запеклої політичної боротьби між опозиційними депутатами облради та партійними органами стало питання про перетворення «обкомівської» обласної лікарні № 1 на реабілітаційний центр постраждалих від Чорнобильської катастрофи. Націоналізація лікарні позначилася такими характерними рисами часу, як: тиск на керівництво обкому партії з боку облради; популізм та невідповідність рішень тогочасної влади; маніпуляція свідомістю та надмірне загострення конкретних питань; агресивний стиль полеміки та недемократичність обох її учасників [11; 12].

Перетворившись в останні два роки існування СРСР з «керуючої сили» на одну з багатьох політичних партій, КПРС намагалася здобути прихильність виборців за допомогою благодійних акцій в сфері охорони здоров'я. Навесні 1991 р. парторганізації Київського району Харкова ініціювали проведення комуністичного суботника, гроші від якого пішли на придбання ультразвукової установки для ранньої діагностики дитячих хвороб, яку передали лікарні № 23 [1]. Інший приклад партійної благодійності – проведення міжнародного телемарафону «Чорнобиль», під час якого можна було зробити добровільні пожертви [14, арк. 19–24]. Кошти у фонд програми мали перерахувати ЦК Компартії України та Уряд УРСР, а також працівники міністерств, виконкомів місцевих рад депутатів в розмірі не менше одноденного заробітку [там само, арк. 22–23]. МОЗ УРСР, медичні установи на початку 90-х рр. неодноразово клопотали перед ЦК КПУ про виділення коштів з партійного бюджету для придбання ліків за кордоном [15, арк. 7].

Таким чином, роль КПРС у вирішенні питань охорони здоров'я була визначальною, оскільки її рішення дублювалися органами державної влади. Дублювання адміністративних та партійних посад забезпечувало партії керівництво медич-

ною сферою, свідчило про зрощення партійного та державного апаратів. Участь компартійних органів у розвитку охорони здоров'я в Харкові демонструє низку явищ, характерних для радянської системи на різних етапах її існування: мобілізаційний характер заходів повоєнної відбудови; неповороткість радянського стилю управління, за якого вирішення багатьох питань здійснювалося «в ручному режимі»; всебічний контроль партії над сферою соціального забезпечення; жорстка політична боротьба в результаті розділення державної та партійної влади на початку 90-х рр.; слабкість партії, яка наприкінці «перебудови» вдалася до нетипової для комуністів практики – благодійності.

Використана література

1. Голубничий В. Коммунисты – детям / В. Голубничий // Красное Знамя. – 1991. – 17 августа.
2. ДАХО, ф. П-2, оп. 2, спр. 58, 46 арк.
3. ДАХО, ф. П-2, оп. 2, спр. 281, 38 арк.
4. ДАХО, ф. П-2, оп. 183, спр. 157, 228 арк.
5. ДАХО, ф. Р-1962, оп. 3, спр. 14, 48 арк.
6. ДАХО, ф. Р-1962, оп. 3, спр. 249, 418 арк.
7. ДАХО, ф. Р-5125, оп. 1, спр. 65, 329 арк.
8. ДАХО, ф. Р-5125, оп. 1, спр. 101, 243 арк.
9. ДАХО, ф. Р-5125, оп. 4, спр. 766, 14 арк.
10. ДАХО, ф. Р-5125, оп. 4, спр. 797, 18 арк.
11. Корниенко Б. Партаппарат – за привилегии / Б. Корниенко // Панорама. – 1991. – 4-11 февраля.
12. Негуманное решение // Вечерний Харьков. – 1991. – 21 января.
13. ЦДАГОУ, ф. 1, оп. 32, спр. 2525, 108 арк.
14. ЦДАГОУ, ф. 1, оп. 32, спр. 2795, 103 арк.
15. ЦДАГОУ, ф. 1, оп. 32, спр. 2927, 187 арк.

ГІРКА ПРАВДА

Калініченко О. В., Хворостінко Т. Б.

13 січня 1953 року повідомлення в газеті «Правда» оголосило про розкриття в СРСР злочинної організації працівників медицини, які привели своїми цілеспрямованими діями до загибелі ряду керівників партії і держави. Серед останніх значилися головний ідеолог в ВКП (б) А. А. Жданов і перший (492) секретар Московського обкому ВКП (б) А. С. Щербаков. Зазначалося, що члени «Групи», провідні професори та академіки, вели шпигунську роботу за завданням розвідок капіталістичних країн. Єдиним доказом провини «вбивць у білих халатах» були листи про неправильне лікування Жданова, написані кремлівським лікарем Лідією Тимашук. Ідейною платформою «злочинної зграї» був оголошений єврейський буржуазний націоналізм. Причини «справи лікарів» глобальні. У 1946 р починається «холодна війна», у ході якої загострюються відносини між СРСР та Ізраїлем – головним союзником США на Близькому Сході. Симпатії радянських євреїв до Ізраїлю Сталін вважав зрадою, євреїв, які заявляли про свої національні права – «п'ятою колоною». Далі були компанія проти «безрідних космополітів», розстріл членів Єврейського антифашистського комітету, а також «справа лікарів», яка торкнулася і Харкова, третього за значенням наукового центру СРСР.

Іншою причиною антиєврейських гонінь була підготовка Сталіним чергової чистки в партії. 7 лютого 1953 року в Харкові був заарештований видатний ендокринолог, один із творців української радянської системи охорони здоров'я, професор В. М. Коган-Ясний. Завдяки зусиллям Віктора Мойсейовича в Харкові був відкритий перший у світі Інститут експериментальної ендокринології. Тут у 1923 р. В. М. Коган-Ясний отримав перший вітчизняний інсулін. Віктора Мойсейовича звинуватили відразу в трьох злочинах непов'язаних між собою: у націоналізмі, шкідництві в лікарській діяльності і в аморальній поведінці. У ході слідства В. М. Коган-Ясний переніс тяжкі моральні та фізичні знущання, але не визнав висунутих звинувачень. Його врятувала смерть Сталіна, але сили вченого були підірвані. Віктор Мойсейович так і не домігся повної реабілітації і помер в 1958 р. Ще однією жертвою «справи лікарів» став завідувач кафедри клінічної та експериментальної неврології та психіатрії Українського НДІ М. М. Зеленський. Він організував евакуацію та відновлення інституту в роки війни, М. М. Зеленський був нагороджений орденами Трудового Червоного Прапора і Червоної Зірки, медалями «За перемогу над Німеччиною» та «За доблесну працю під час Другої Світової війни». Незважаючи на досягнення, Зеленського М. М. виключили з партії і звільнили, після чого була антисемітська чистка в інституті, що завдала значної шкоди науковому центру радянського значення. Штучно створена «Справа лікарів» була продиктована зовнішньополітичними інтересами сталінського керівництва. Значення та актуальність «справи лікарів» полягає в тому, що вона яскраво ілюструє проблему простої людини в умовах тоталітарного рішення державних завдань, що відбувається за рахунок страждань ні в чому невинних людей, які стають «хлопчиками для биття» в умовах можливості вплинути на відхилення реальних цілей влади і декларованих нею мотивів, як це було в нацистській Німеччині, де винищення євреїв було не самоціллю, а лише відволікаючим ходом, здатним вирішити соціальне питання за рахунок інших націй.

Використана література

1. Історія медицини та охорона здоров'я в Україні: Наук.-допоміж. покажчик літ. / Державна наукова медична бібліотека / Р.І. Павленко (ред.)Світлана Євгенівна. Бадрук (скл.) – К. – 80 с.
2. Заблудовський П. Е. Історія медицини. / Заблудовський П. Е. Методичний посібник – М.: Медицина, 1998. – 113 с. – Бібліогр: С. 18–35.

ВНЕСОК ПРОФЕСОРА М. А. АНГАРСЬКОЇ В РОЗВИТОК ЛІКОЗНАВСТВА (ДО 110-Ї РІЧНИЦІ ВІД ДНЯ НАРОДЖЕННЯ)

Кубарєва І. В., Гавриш Н. Б.

У 2017 р. відзначається 110 річниця від дня народження професора Ангарській М. А. – видатного вченого, організатора фармацевтичної науки і практики. Метою дослідження є систематизація даних про наукову спадщину та висвітлення особистого внеску Марії Андріївни Ангарської в розвиток вітчизняної фармакології та фармації.

У роботі використано методи наукового аналізу, зокрема узагальнення, історичний, ретроспективний. У результаті дослідження встановлено, що Марія Андріївна Ангарська народилася 29 січня 1907 р. у с. Первомайське Донецької обл. Здобувши в 1930 р. на базі хіміко-фармацевтичного інституту (м. Одеса)

диплом за спеціальністю хімік-аналітик, розпочала свою наукову діяльність працюючи в провідних наукових установах – протягом року в Українському інституті патології і гігієни праці (м. Харків), а потім з 1931 р. до 1938 р. в Українському науково-дослідному санітарно-хімічному інституті (нині Інститут фармакології і токсикології АМН України, м. Київ).

Навчання в аспірантурі та захист кандидатської дисертації за фахом «Медицина» відбулися в Українському інституті експериментальної медицини (м. Харків). Подальша доля Марії Андріївни була пов'язана з діяльністю в Українському науково-дослідному хіміко-фармацевтичному інституті (м. Харків) (нині Державний науковий центр лікарських засобів (ДНЦЛЗ), на посаді директора [2]. Велику роль в її становленні як вченого відіграла науково-дослідна робота з вивчення дії серцевих глікозидів на обмінні процеси в серцевому м'язі під керівництвом видатного вітчизняного фармаколога проф. О. І. Черкеса.

Необхідно зазначити, що у довоєнні роки широкого застосування набули лікарські засоби виготовлені на основі рослинної лікарської сировини. Враховуючи цю потребу фітохіміки, технологи, фармакологи Українського науково-дослідного хіміко-фармацевтичного інституту на чолі із проф. Ангарською М. А. досліджували фармакологічну дію рослинних препаратів української флори. Результатом цих досліджень стало впровадження в медичну практику цілої низки препаратів для лікування серцево-судинної системи та органів травлення [4].

У роки Другої світової війни УНДХФІ було евакуйовано до м. Фрунзе Киргизької РСР. Завдяки зусиллям Марії Андріївни було збережено основний кадровий склад і організовано успішну роботу колективу інституту на виконання тих складних завдань, які ставили перед нею охорона здоров'я країни та воєнний час. У результаті, вітчизняна медицина отримала такі необхідні фронту знеболювальні (морфін із маку), ранозаживляючі (на основі каротину), серцево-судинні препарати першої допомоги (отримано субстанцію із насіння строфантину і ампульних розчинів сторфантину). У воєнні роки під науковим керівництвом Ангарської М. А. колектив провів фармакогностичний аналіз 240 видів рослин флори Киргизії. У цей період Марія Андріївна за сумісництвом працювала асистентом, потім доцентом кафедри фармакології Киргизького медичного інституту [4].

Після реевакуації до Харкова завдяки Ангарській М. А. в УНДХФІ відбулося перепрофілювання інституту на безпосередній зв'язок із промисловістю та розробку ЛЗ за повним циклом – від наукового пошуку до впровадження в медичну практику, що створило міцний авторитет серед працівників фармацевтичної промисловості [3].

У повоєнний період з 1944 по 1951 р. професор Ангарська М. А. за сумісництвом працювала в Харківському фармацевтичному інституті (нині НФаУ), де очолювала кафедру фармакології. Вона була не лише талановитим науковцем, але й педагогом, лекції якої охоче відвідували студенти ХФІ [2].

Наукові дослідження були спрямовані на розв'язання актуальних проблем фармакології біологічно активних речовин – пошук і вивчення фармакодинаміки серцево-судинних, коронаророзширюючих, протисклеротичних, протиопікових, фітоферментних препаратів. Під керівництвом і за участі Марії Андріївни були вивчені фармакологічні властивості понад 20 серцевих глікозидів, в тому числі низки оригінальних. Із наперстянки *Digitális lanáta* отримано та досліджено фармакологічну активність та впроваджено у виробництво глікозид дигоксин і в-

метилдигоксин, що за фармакотерапевтичними характеристиками є найбільш перспективними [4].

Досліджено, що в період з 1951 по 1970 р. під керівництвом М. А. Ангарської УНДХФІ впровадив в медичну практику більше 60 препаратів, переважна більшість яких рослинного походження («Дигітоксин», «Дигоксин», «Гитоксин», «Келин», «Раунатин», «Аймалін» «Плантаглюцид» та ін.). У 1967 р. М. А. Ангарська захистила дисертацію на здобуття наукового ступеня доктора фармацевтичних наук на тему «Порівняльна характеристика деяких серцевих глікозидів». У 1969 р. їй було присвоєно звання професора [1].

Марія Андріївна є автором понад 100 наукових праць і 10 винаходів, багато років вона була членом редакційної ради журналу «Фармакологія і токсикологія» АМН СРСР і Всесоюзного наукового товариства фармакологів. Під її керівництвом виконано 12 докторських і кандидатських дисертацій [5].

Узагальнюючи зазначимо, що науковий доробок професора М.А. Ангарської і на цей час не втратив актуальності і має велике значення для розвитку охорони здоров'я і фармації.

Використана література

1. Ангарська М. А. Сравнительная фармакологическая характеристика некоторых сердечных гликозидов: докт. дис / М.А. Ангарская. – Х., 1968
2. Архівна справа: Архів Національного фармацевтичного університету. – 1945. – № 13
3. Маслова Н. Ф. Ангарська М. А. К 75-летию ГНЦЛС / Н. Ф. Маслова // Фармаком. – 1995. – № 8/9. – С. 22-23
4. Маслова Н. Ф. Основные этапы создания лекарственных препаратов природного происхождения в ГНЦЛС // Фармаком (Спецвыпуск). – 2007. – № 1. – С. 3–11
5. Славетні імена Національного фармацевтичного університету. Ректори та професори: нариси про життя та діяльність видатних учених Національного фармацевтичного університету / НФаУ; редкол. В. П. Черних [та ін.]; за ред. В. П. Черних. – Х.: Прапор, 2005. – 200 с.

GRUBE WILHELM FEDOROVYCH: STEPS OF PROFESSOR'S CARRIER

Martynenko N. M.

This year scientific community celebrated 190-year jubilee of Wilhelm Fedorovich Grube, an outstanding surgeon, pathologist, and Professor of Operative Surgery Department of Kharkiv University.

W. F. Grube was born in poor family in Nighush village of Kurland guberniya (now it is the territory of Latvia). The elementary education he had got at home, and later entered Riga gymnasium. After that he became a student of theology faculty of Dorpat University (now it is the territory of Estonia). In two years he transferred to medical faculty and in 1850 he graduated it with honour. In a year he defended dissertation devoted to the benign tumors of nose. The next his dissertation was devoted to the sciatica hernia. It brought him the scientific degree of Doctor of Medicine and Surgery.

As a public funds' student, W. F. Grube had to work off 2 years as a navy surgeon. During this period he studied the organization of medical affair in clinics and hospitals of port cities. After the maritime service he was appointed as a staff surgeon of a big

Military Hospital in Kronstadt. His organizational abilities were mentioned and in 1855 he became the Head of Surgical Branch for 1,000 beds. W. F. Grube had classes with surgeons and used corpses for better presentation of theoretical material [1]. That time was fruitful for Professor Grube W. F., because he developed his teacher's skills, visited clinics in Berlin and Copenhagen, published some works in operative surgery.

In 1859 Scientific Council of Medical Faculty of Kharkiv University elected Professor W. F. Grube as a Head of Operative Surgery Department and Surgical Clinic. Members of Scientific Council took into account that at that time he independently made about 10 thousand operations. Young 32-year-old Professor was respected by teachers and students of medical faculty. In a short period he re-organized the pedagogical process and re-built clinic's structure. For more than 40 years Professor Grube W. F. had headed this clinic. In fact, he founded Kharkiv Surgical School and among the famous pupils of Professor W. F. Grube we can mention M.P. Trinkler. There is one interesting fact: by the end of 19th century, pupils of Professor Grube W. F. headed all 4 surgical departments of Kharkiv University.

Professor W. F. Grube initiated the foundation of Kharkiv Medical Society in 1861 [2] and had headed it for about 22 years [3]. He also was a Head of Kharkiv local Red Cross organization.

Thanks to the personal influence of Professor W. F. Grube, medical faculty started to build new surgical clinics, after the Emperor's visit of old buildings of hospital, where the victims of Borki train disaster (in 1888) got the treatment.

During Russian-Turkish war (1877) in Caucasia and Bulgaria, Professor W. F. Grube investigated firearms' wounds and had written some works in Military Field Surgery.

In 1893, during the septic operation he caught the infection and his pupils survived him, but the full convalescence was not reached. In spite of anything, Professor visited clinic, made the operations, consulted students.

He left his medical library for the Surgical faculty clinic.

Professor died in April, 28, 1898.

Among the achievements of Professor Grube W. F. we have to mention the first use of nitrous oxide during the operation. He published some works devoted to the use of chloroform and morphine for analgesia during the operations. He was the one of the first ones, who made operations for ovariectomy, strangulated hernia, hydrocele of the brain, surgery on the liver and pancreas, resection of joints in tuberculous lesions, etc. [4].

He made a lot for the introduction of antiseptic. In 1890, he set an apparatus for sterilization and organized special laboratory for investigation and improvement of aseptic method.

Professor W. F. Grube was well-experienced doctor in many fields: in ophthalmology, internal diseases, and obstetrics. He was a consultant for the whole South of Russia. In May, 1881, M.V. Sklifosovsky invited him for consultation to M. I. Pyrogov, a famous surgeon, who had last stage of cancer disease. M. I. Pyrogov wanted Professor Grube W. F. to operate him in the case of necessity [1].

Professor W.F. Grube published 53 scientific works.

References

1. Перцева Жанетта Миколаївна. Професор В.Ф. Грубе та його внесок у розвиток медицини Харківщини другої пол. XIX ст. [Електронний ресурс] // 14 Сумцовські читання: Музей і сучасність: актуальні проблеми музейної діяль-

ності. – Харків, 2008. – Режим доступу: <http://museum.kh.ua/academic/sumtsov-conference/2008/article>

2. Костюкевич Т.В., Киричок І.В. Харківське медичне товариство як осередок подвижництва і волонтерства: по сторінках рідкісних та цінних видань. [Електронний ресурс] // <http://repo.knmu.ua/123456789/11979/1/pdf>

3. Фрадкіна Н. В. Просвітницька діяльність Харківського медичного товариства / Н. Фрадкіна. // Гуманітарний часопис. – 2012. – № 2. – С. 91–95.

4. Нуштаев И. А. Вильгельм Федорович Грубе (1827–1898) / И. Нуштаев. // Ортопедия, травматология и протезирование. – 2010. – № 3. – С. 112–114.

SERGIJ ARKADIYOVYCH TOMILIN AND HIS CONTRIBUTION TO SOCIAL HYGIENE

Martynenko N. M.

S. A. Tomilin, a famous specialist in Social Hygiene, Sanitary Statistics and Demography was born in October, 7 (19), 1877, in the town Suwałki (now it is the territory of Republic of Poland).

His father was a military official. S. A. Tomilin graduated Olexandrivska gymnasium in Riga in 1895 and entered the Military Medical Academy in Petersburg. In 1899, S. Tomilin, a fourth-year student went to Germany and visited clinics of Königsberg and Heidelberg universities. When he backed to Petersburg, he found out about the expelling him from the stuff of students for political reasons, so he had to continue the education at Moscow University. In two years (1901) he had got the diploma of physician.

S. A. Tomilin had a big variety of scientific interests. Indian cultural heritage was very attractive for him like a scientist [1, P. 237]. He even tried to enter Lazarev Institute of Oriental Languages (in 1901), and Oriental Faculty of Petersburg University (in 1902), but lack of money did not give him the chance to achieve this goal.

He worked at psychaetric hospital in Riga, he was doctor's assistant in Lida (territory of modern Belarus), and epidemiologist in Lida and Vilno (now it is the territory of Lithuania). Between 1908 and 1913 he was a sanitary doctor in Olexandrivsk (now Zaporizhya), and participated in the liquidation of epidemics of scarlet and typhoid fevers.

Zemstvo sent him to Budapest, Paris, and Dresden for the professional experience improvment, and there he got acquainted with the statement of sanitary-hygienic work.

By the end of 1913 he was elected as an assistant of the Head of Sanitary Department of Katerynoslav zemstvo. He had to summarize all sanitary-statistic materials that they received from local physicians. Exactly at this period he was formed as a progressive sanitary doctor, epidemiologist and specialist in sphere of Social Hygiene. He published 15 scientific works. He even got a certificate of decoration him with the order of St. Stanislav of the 3rd degree from Russian Tsar Mykola II [2]. During World War I he served in the West and South-West fronts.

In late 1917 S. A. Tomilin was a sanitary doctor in the army. Between 1919–1920 he headed Statistics' Department of the People's Commissariate of Health Care of Ukrainian SSR and the member of a Typhiod Fever Commission. After that he had lived in Northen Caucasia with his family for a short period. From 1922 up to 1930 he again headed Statistics' Department of of the People's Commissariate of Health Care of Ukraine. In 1926–1929 he was the only one, who published reviews of the activity of health care institutions and sanitary situation of the republic. He completed the first

Sanitary Description of Ukraine, he was the person, who organized the investigation of the morbidity of the population, sanitary-demographic examinations and a big variety of statistic scientific elaborations.

His monography “Materials of Social-Hygiene Statement of Ukrainian Rural Area” (1924) was grounded on the selective investigation of some hundred of villages, got high estimation of Sanitary Department of League of Nation and was published in Geneva in French language.

Between 1925 and 1932 S.A. Tomilin headed the Social Hygiene Department at Kharkiv Medical Institute, and from 1932-1934 he headed the similar Department at the Second Kharkiv Medical University. In Public Museum of Kharkiv National Medical University there is a Protocol of department’s meeting approved him as a Head of Social Hygiene Department [2]. In a year he had got the Professor Status, and in 1936 he was awarded by Doctor of Medicine honoris causa. From 1926 up to 1936 he was the Member of Editor’d Board of Journals “Preventive Medicine” and “Medical Affair”.

S. A. Tomilin was the author of more than 100 scientific works (there were 17 monographies among them) devoted to important problems Sanitary and Preventive medicine. Two of them “The Attempt of Sanitary Description of Ukraine” (1928) and “Sexually Transmitted Diseases in the District Cities of Ukraine in 1927” (1928) were awarded by the Ukrainian Sciences’ Administration.

In a half of a century (1973) Tomilin’s scientific works of 1920–1930s’ were published in one book “Demography and Social Hygiene” as a works of high topicality [1, P. 238].

Professor Tomilin was a wonderful lecturer, with wide erudition, he was skillful in finding of nice illustrations and examples, because of that students remembered his lectures for a long period. He combined scientific and educational work.

In 1930 he Headed the Branch of Social Hygiene and Pathology in Ukrainian Institute of Maternity and Childhood Care, and between 1930 and 1934 he headed the Social and Hygiene Sector in Ukrainian Nutrition Institute.

In 1934 S.A. Tomilin moved to Kyiv and started his work in different enterprises. Between 1934 and 1936 he headed a Sector of Morbidity and a Full Member of All-Ukrainian Institute of Socialist Health Care; after that in 1934-1938 he was a Senior Researcher of the Institute of Demography and Sanitary Statistics of Ukrainian Academy of Sciences; in 1938-1940 he headed the Department of Morbidity Investigations of Ukrainian Scientific Research Bureau of Sanitary Statistics and at the same time he was the Head of Statistics Department of the Ukrainian Institute of Epidemiology and Microbiology (1936–1941) [1, P. 239].

During German-fascist occupation he stayed in Kyiv, but did not collaborated with new authorities [3]. In spite of that, later Soviet official bodies started to consider all the people, who stayed in occupation as a traitors. After the liberation of Ukraine S.A. Tomilin was appointed as a Member of Central Scientific-Methodical Sanitary-Statistic Commission of the Health Care Narcomate of the USSR. He Headed Statistics’ Department at the Ukrainian Institute of Epidemiology and Microbiology from 1945 up to 1952.

Kyivan period of activity for S.A. Tomilin was very fruitful. He started to interested in phytotherapy, had been published many articles, a reference-book for local district doctors “Phytotherapy at the rural medical district” (1945), and after his death, in 1959, his book “Medicinal Herbs in Therapeutic Practice” was edited.

He Sergii Arkadiyovych Tomilin died in Kyiv, in July, 19, 1952.

References

1. Петрова З.П. Томілін Сергій Аркадійович / З. Петрова // Вчені Харківського державного медичного університету. – Харків: видавництво "Харків", 2005. – С. 237–239.
2. Протокол № 19 від 6 жовтня 1925 року засідання комісії з розгляду наукових праць Доктора С.А. Томіліна // За матеріалами з фондів Народного Музею ХНМУ.
3. Kogan V. Strokes for Scholar's Portrait // The Ukrainian Historical and Medical Journal. – 1995–1996. – № 5–6. – С. 59–61.

АНДРІЙ ДМИТРОВИЧ АДО – ВИДАТНИЙ РАДЯНСЬКИЙ ВЧЕНИЙ, ІМУНОЛОГ, БІОЛОГ

Мирошниченко Я. М., Філіпов О. А.

Андрій Дмитрович Адо – видатний радянський патофізіолог, біолог, імунолог, заслужений діяч науки РРФСР, лауреат державної премії, доктор медичних наук, професор. Був нагороджений безліччю медалями, урядовими нагородами. А.Д. Адо всесвітньовідомий радянський вчений в галузі патологічної фізіології, імунології і алергології в Росії та країнах СНД, очолював найбільшу вітчизняну школу патофізіологів. Завдячуючи його дару бачити, розуміти та об'єднувати людей сформувались наукові школи, створено дружній педагогічний колектив.

Народився Андрій Дмитрович 12 січня 1909 року у Казані, у родині викладача гімназії. Його дід – всесвітньовідомий фізіолог М.О. Миславський. Після вступу до Казанського державного медичного інституту, з 3 курсу працював препаратом на кафедрі патологічної фізіології. Його науковим керівником був професор М.М. Сиротін. У 1930 році був назначений лаборантом на кафедру патологічної фізіології Казанського державного медичного інституту і в цьому ж році написав свою першу наукову роботу, на тему «Ретенція води при експериментальних порушеннях альбуміно-глобулі нової рівноваги». В 1931 році, після закінчення інституту, був залишений на тій же кафедрі на посаді асистента. У 1938 році його обрано на посаду завідуючого кафедрою патологічної фізіології Казанського державного медичного інституту. Він став наймолодшим завідуючим кафедрою в інституті. Автор більш ніж 800 наукових робіт, 12 монографій, підручників, наукових посібників. Багато з них були перекладені на англійську, німецьку, французьку, чеську, румунську та в'єтнамську мови. Очолював редакційну колегію багатьох наукових журналів. Член Міжнародного товариства «Інтерастма». Входив до наукового товариства ім. Я. Пуркін'є, що у Чехословачії та алергологічного товариства Франції. Вчений зробив вагомий вклад в розробку проблем запалення, алергії, реактивності та патогенезу інфекційних хвороб. А.Д. Адо встановив патофізіологічні механізми дії алергенів на нервову систему, мікробних та вірусних антигенів, відкрив новий клас антигенів, які створилися в нервовій тканині при інфікуванні нейровірусами, створив поліергічну медіаторну теорію алергії, вперше встановив значення неспецифічної тканинної гіперреактивності в алергічному процесі, показав гетерогенність алергічних антитіл, встановив форми участі нервової системи та ендокринної регуляції в інфекційному і алергологічному процесі. У роки Великої Вітчизняної війни 1941–45 рр. він був активним учасником протиепідемічної роботи. У Казанському інституті сироваток та вакцин він

розробив питання інтенсифікації виробництва сироваток проти правцю та газової гангрені, впроваджував методи неспецифічного стимулювання імунної відповіді коней-продуцентів. У 1947 році обирався депутатом Верховної Ради РРФСР. Лауреат Державної премії СРСР (1984), заслужений діяч науки РФ (1964). Помер Андрій Дмитрович 29 жовтня 1997 року, на 89-ому році життя.

Висновки. Андрій Дмитрович Адо був визначним патофізіологом, який здійснив величезну кількість відкриттів. В 2015 році його ім'ям була названа одна з вулиць Казані.

Використана література

1. «Казанський державний медичний університет (1804–2004рр.): Завідуючі кафедрами та професори: Біографічний словник/В. Ю. Альбицький, М. Е. Гурильова, Н. Х. Аміров та ін. Під ред. В. Ю. Альбицького, Н. Х. Амірова. – Казань: Магариф, 2004.– 472 стр.

МАРТИН ІЛЛІЧ ШЕЇН – ЗАСНОВНИК МЕДИЧНОЇ ТЕРМІНОЛОГІЇ

М'якина О. В.

Першим професором анатомії і творцем першого в Росії анатомічного атласу та медичної термінології був Шеїн Мартин Ілліч (1712–1762). Після закінчення навчального закладу був направлений на роботу в якості «малювального майстра» в госпітальну школу при Кронштадському Адміралтейському госпіталі.

З 1737 року Мартин Ілліч працює в Петербурзі. Одночасно, працює художником при Петербурзькому Адміралтейському госпіталі, протягом п'яти років (1739–1744) він цілком віддає себе роботі з атласом з анатомії – «Словник, або ілюстрований покажчик всіх частин людського тіла». Атлас складається на підставі анатомічних препаратів, приготованих самим професором. В 1744 році друкування цієї праці було завершено в друкарні Академії наук.

В подальшому Шеїн екстерном складає іспит на звання лікаря залишаючись художнім учителем і з 1745 року викладає в госпітальній школі при Петербурзькому Адміралтейському госпіталі анатомію і оперативну хірургію. Блискуче проявивши себе як доктор і педагог, Мартин Ілліч призначається виконуючим обов'язки головного лікаря Петербурзького Адміралтейського госпіталю і головного викладача хірургії в госпітальній школі при ньому.

Вагомий внесок вчений зробив у розвиток вищої медичної освіти як перекладач ряду підручників з анатомії і хірургії з латинської та французької мов. Так він вперше в 1757 році переклав на російську мову «Скорочену анатомію, вся справа анатомічна коротко в собі що містить» Л. Гейстера, що стала першим керівництвом.

Шеїн М. І. вважається засновником анатомічної та медичної термінології. Запропоновані Мартином Іллічем деякі терміни при перекладах, без змін збереглися і до теперішнього часу.

Вчений відходив від буквального значення латинських назв, намагаючись цілком їх передати. Наприклад, *os parietale* – тім'яна кістка, *mesenterium* – грижа, *colon* – ободова кишка, *placenta* – дитяче місце і т. д. Поряд з назвами з розмовної російської мови, ми знаходимо у Шеїна яскраві зразки і нових словотворів, багато з яких, не збереглися у вживанні. Професор класифікував судини і нерви за видами: *arteria*. «Жила б'ється», *vena* – «жила кровоповернення», *nervus* – «жила чутлива», *tendo* – «жила суха», *spinalis* – «жила станова».

Деякі з термінів у зв'язку зі змінами в самій мові втратили свою актуальність, але і в цьому випадку можна спостерігати його термінологію. Проте частина шеїновських термінів була геть забута і знову латинізована.

І все ж багато назв, запропоновані свого часу Мартином Іллічем, існують і сьогодні. Це ряд словосполучень, таких як «кровоносні судини», «грудинночеревна перегородка», «навколоухова залоза», «сечовід» і т. д.

Шеїн Мартин Ілліч удостоївся бути першопрохідцем в анатомії Академії наук і мистецтв. Прожив видатний вчений трохи більше 50 років і раптово помер у 1762 році.

На будівлі колишнього Кронштадтського військово-морського госпіталю є меморіальна плита, на якій написано: «Тут працювали видатні діячі вітчизняної медицини...». І цей почесний перелік знаменитих вчених відкриває Мартин Ілліч Шеїн.

НАУЧНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ И. Н. ОБОЛЕНСКОГО В ХАРЬКОВЕ

Мякина А. В., Кириченко М. П.

Иван Николаевич Оболенский, родился в 1841 году. Отец его, учитель духовного училища, подготовил сына к поступлению в духовную семинарию, которую юноша окончил в 1862 г. и, как лучший выпускник, мог поступить за казенный счет в духовную академию, но, его влекли медицинские науки, поэтому Иван Николаевич был зачислен в 1862 г. в императорскую медико-хирургическую академию. Будучи лучшим студентом, он написал две научные работы. Окончив академию лекарем с отличием, Оболенский продолжал заниматься в патологоанатомическом кабинете академии, пользуясь богатейшим научным материалом и руководством опытного и известного в науке профессора Руднева. В 1868 г. он был прикомандирован к сухопутному госпиталю в санитарный батальон, что дало ему возможность продолжать свои научные занятия и закончить диссертацию. В 1869 году И. Н. Оболенский читает пробные лекции в академии на звание приват-доцента по кафедре патологической анатомии. В 1870 году ученый получил командировку за границу, где пробыл до конца 1871 года, работая в течение 3-х семестров в Тюбингене у профессора Зейлера по физиологической химии, у профессора Шуппеля по патологической анатомии и общей патологии, а по клинике у профессора Нимейера. В каникулярное время Оболенский посещал лучшие в то время Гейдельбергский и Боннский университеты и изучал курорты.

До возвращения на родину, профессор посетил Лейпциг, где ознакомился подробно с постановкой преподавания предметов, с научными успехами Лейпцигской медицинской школы, наконец, завершил свою ученую командировку в Берлине, работая у таких корифеев медицины, как Вирхов и Траубе. В бытность еще за границей, в 1871 году, И. Н. Оболенский был избран советом императорского харьковского университета на должность экстраординарного профессора по кафедре общей патологии, которую занимал 14 лет. Не прошло и года после приезда в Харьков, как Иван Николаевич – первый представитель начавшей самостоятельную жизнь кафедры общей патологии. При очень тяжелых условиях приходилось работать ученому сначала в чужом помещении, затем в помещении на черном дворе. С 1877 г., на протяжении более чем 6 лет, И. Н. Оболенский, по поручению медицинского факультета, заведовал госпитальной терапевтической клиникой.

Благодаря клиническому опыту, перенятому в лучших клиниках заграницы, госпитальная клиника была поставлена им на максимально возможный при данных условиях уровень. В 1886 г. Оболенский перемещен на кафедру частной патологии и терапии; чтение лекций сопровождалось у него нередко демонстрациями профильных больных, что привлекало массу слушателей и делало лекции очень интересными и поучительными. В 1888 году И. Н. Оболенский был назначен профессором факультетской терапевтической клиники и ее директором и до 1903 г. включительно занимал эту кафедру. 15 лет клинической деятельности профессора Оболенского составляют расцвет его научной работы. Студентов профессор учил с пристрастием, научно, применяя все новейшие методы исследования, изучая больного, тщательно собирая анамнез и сознательно разбираясь в каждом отдельном случае, следя за больным все время его пребывания в клинике. Как лектор в аудитории, профессор, благодаря своей эрудиции, привлекал массу слушателей. Серьезное внимание обращал он и на работу подведомственной амбулатории, откуда в основном и пополнялись стационарные клинические больные. Нередко и сам ученый вел амбулаторный прием и быстро наполнялась комната слушателями, видевшими как проводится опрос больных и их исследование. Еще больше внимания Иван Николаевич посвящал лаборатории, где исследовались микроскопические, химические и бактериологические выделения всех клинических больных. В 1877 г., во время русско-турецкой войны, профессор заведовал терапевтическим отделением Красного Креста, а в 1889 году был избран Харьковским общественным управлением – председателем попечительного совета Александровской больницы. в 1897 году И. Н. Оболенский получил звание заслуженного профессора.

Со времени учреждения общества опытных наук при Императорском Харьковском университете (с 1874 г.), он состоял сначала секретарем медицинской секции и редактором ее трудов, а затем вице-председателем и председателем этого общества, переименованного потом в общество научной медицины и гигиены. В Харьковском медицинском обществе И. Н. Оболенский состоял почетным его членом.

ПЕРВАЯ МЕДИКО-ХИРУРГИЧЕСКАЯ ШКОЛА В УКРАИНЕ

Мякина А. В.

В интересах доминирующих классов в начале XVIII ст. царь Петр I проводит ряд крупнейших изменений приказы были заменены коллегиями, создает действующую армию и флот. В этот отрезок времени остро ощущается недостаток во врачебных должностях. Вот почему было реорганизовано медицинское дело. В начале 1707 г. торжественно открывается первый военный госпиталь и госпитальные школы при нем. Организовываются аналогичные лечебные учреждения: сухопутный и морской госпитали. Вместо пресловутого Аптекарьского приказа открывается Медицинская канцелярия. Вскоре это учреждение преобразовывается в Медицинскую коллегию с более расширенными правами. Вот почему пятой госпитальной школой становится Елисаветградская медико-хирургическая школа, открытая на Украине, взамен Екатеринославского университета и предназначенная для обеспечения медицинским персоналом регулярной армии и Черноморского флота во время русско-турецкой баталии. Она была организована на базе осно-

ванного ещё в 1770 г. крупнейшего госпиталя. Тут в процессе функционирования школы пролечивалось от 500 до 2000 раненых и больных воинов.

Откуда формировались студенты для практикующей школы – неизвестно. Теоретические чтения в училище сочетались с практическими уроками в лазаретах. Подлекарскую медицинскую практику учащиеся проходили на поле боевых действий. Желаящих стать врачами составило около 40 человек и из них 12 подлежали получить звания подлекаря. За этот срок существования учебного заведения Елисаветградская медико-хирургическая школа выпустила около 250 врачей и их помощников (подлекарей). Среди её выдающихся воспитанников был профессор медико-хирургической академии, автор первого фундаментального учебника хирургии, один из учителей Пирогова Николая Ивановича – Ефрем Мухин. Ефрем Иосифович – основоположник отечественной травматологии, хирург, анатом, физиолог, гигиенист и судебный медик, действительный статский советник. Он находился среди первого набора учащихся. В конце 1789 г. Мухин получил звание подлекаря и вскоре назначается прозектором анатомии Елисаветградского медицинского учебного заведения. Руководителем же госпиталя и школы с 1788 г. был статский советник П. Н. Шарой. Хирургическая школа являлась частным учреждением князя Потемкина.

После ухода из жизни царицы Екатерины II медико-хирургическая школа перешла во владение Медицинской коллегии. Павел Шарой упорно защищал интересы управляемого им заведения. Но все же Государственная медицинская коллегия не смогла пойти на уступки к удаленной территориально от центра и претендующей на независимость школе.

13 июня 1797 г. был подписан указ о ликвидации медицинской школы.

ДОКТОР Й. С. СИЦЯНКО: ХАРКІВСЬКИЙ МЕДИК І РЕВОЛЮЦІОНЕР-ТЕРОРИСТ

Робак І. Ю.

Приват-доцент Харківського університету, доктор медицини Йосип Семенович Сицянко (1824–1886) увійшов до історії харківської охорони здоров'я як дуже колоритна постать.

1864 р. він був затверджений приват-доцентом ІХУ з електротерапії. Тоді це був новітній і дуже модний напрям лікування хвороб, а приват-доцентура з електротерапії вперше в імперії відкрилася на медичному факультеті Харківського університету. Клінічною базою з електротерапії слугував Маньківський електролікувальний заклад. Й. С. Сицянко очолив цей заклад і тільки за перший рік роботи особисто дав хворим близько 1800 сеансів електротерапії. Усього ж він завідував Маньківським закладом протягом майже двадцяти років [1, С. 124–126; 2, С. 40–42, 58, 60, 342, 389].

Окрім професійної, Йосип Семенович займався активною громадською діяльністю. У 1870-х рр. обирався гласним Харківської міської думи та членом Харківської міської управи [3, т. 2, С. 292, 294]. Член Харківського медичного товариства з 1865 р., з 1866 р. по 1879 р. працював у складі його ревізійної комісії, а в 1871 р. – скарбничим і бібліотекарем товариства [4, С. 517].

Та колоритність його постаті визначається ще й тим, що талановитий медик Й. С. Сицянко був революціонером-народовольцем. Він проходив головним обви-

нувачим у справі харківської групи «Народної волі» про вибух царського потяга 18 листопада 1879 р. під Олександрівськом. Процес, що відбувся восени 1880 р. у Харківському військово-окружному суді, так і називався – «процес Сицянка». Окрім Й. С. Сицянка обвинувачуваними по справі проходили його син Олександр із своїми друзями. Цей процес свого часу привернув увагу радянського письменника Юрія Трифонова, коли той писав історичний роман під назвою «Нетерпение. Повесть об Андрее Желябове». В романі знаходимо, зокрема, таке: «В архиве на Пироговке находятся две толстые папки «Дела по обвинению доцента Харьковского университета И. С. Сыцянка и других», где на пожелтевших... клочках бумаги рассказана вся эта история... начавшаяся 27 ноября 1879 г., в четвертом часу пополудни обыском в недостроенном доме доктора Сыцянка. В одной из папок... имеется конверт с надписью «Вложение». В конверте лежат образцы найденных в доме Сыцянка проволоки и спирали Румкорфа, завернутые в вату» [5, С. 207].

Спіраль Румкорфа – це апарат для гальванічного лікування, який широко застосовувався за тих часів у електротерапії. Проте апарат Румкорфа виявився затребуваним не тільки медициною; його іскра добре підходила для підриву динамітних фугасів. А наявність спіралі Румкорфа в помешканні електротерапевта завжди можна було пояснити професійною необхідністю. Недоведеність багатьох епізодів по справі спричинили виправдувальний вирок особисто для Й. С. Сицянка. Його ж син Олександр був засланий до Сибіру на 17 років. Сам Йосип Семенович після звільнення повернувся до університету [2, С. 66, 342; 4, С. 517; 5].

По завершенні 1884 р. викладацької діяльності він відкрив приватний «Физико-механический лечебный институт доктора Сыцянка», на базі якого почав надавати різноманітні платні медичні послуги. Його заклад процвітав, але нетривалий час. 1886 р. Йосип Семенович Сицянка помер [1, С. 125; 4, С. 517].

Отже, Й. С. Сицянка став у Харкові піонером передового, дуже модного в середині XIX ст. напряму лікування – електротерапії. Його енергійна натура зробила Йосипа Семеновича також одним з найактивніших і різнобічних членів Харківського медичного товариства, відомим діячем міського громадського самоврядування, успішним підприємцем, а одночасно – революціонером-терористом.

Використана література

1. Биографический словарь профессоров медицинского факультета // Медицинский факультет Харьковского университета за первые 100 лет его существования (1805–1905). – Х., 1905–1906. – С. 1–314 (2-я паг.).

2. Медицинский факультет Харьковского университета за первые 100 лет его существования (1805–1905) / под ред. И. П. Скворцова и Д. И. Багалея. – Х.: тип. «Печ. дело» кн. К. Н. Гагарина, 1905–1906. – V, 471, 314, XVI с., 27 л. портр.

3. Багалея Д. И. История города Харькова за 250 лет его существования (1655–1905): ист. моногр.: в 2 т. / Д. И. Багалея, Д. П. Миллер. – Репр. изд. – Х.: [б. и.], 1993. – 2 т.

4. Харьковское медицинское общество (1861–1911): очерки его пятидесятилет. деятельности / под ред. С. Н. Игумнова. – Х.: тип. и литогр. М. Зильберберга и С-вья, 1913. – [1], V, 539, II с., 23 л. ил.

5. Трифонов Ю. В. Нетерпение / Ю. В. Трифонов // Собрание сочинений: в 4 т. – М., 1986. – Т. 3. – С. 201–207.

ХАРКІВСЬКИЙ ПЕРІОД ДІЯЛЬНОСТІ ВИДАТНОГО ХІРУРГА АКАДЕМІКА О. О. ШАЛІМОВА

Семененко О. В.

У 2018 році виповнюється 100 років з дня народження видатного українського хірурга, академіка НАН УРСР та НАМН України, професора, доктора медичних наук О. О. Шалімова.

О. О. Шалімов зробив неоціненний внесок у розвиток вітчизняної хірургії. Йому належить створення кафедри та двох науково-дослідних інститутів. Найбільш плідним періодом діяльності видатного хірурга були тринадцять років, проведених у м. Харкові [2, С. 5].

Харківський період діяльності О. О. Шалімова починається з 1957 р., коли на той час уже відомого хірурга було обрано доцентом кафедри факультетської хірургії Харківського медичного інституту. Саме у Харкові О. О. Шалімов написав та захистив докторську дисертацію «Хирургическое лечение рака головки поджелудочной железы и фатерова соска», яка стала сенсаційною у хірургічному світі, оскільки у ній були представлені якісно нові методи лікування хворих на цю патологію. Завдяки О. О. Шалімову в Харкові почали розвиватися такі напрямки хірургії, як хірургія підшлункової залози та набутих вад серця [4, С. 147].

У 1960 р. О. О. Шалімов організував та очолив кафедру торакальної хірургії та анестезіології Українського інституту удосконалення лікарів МОЗ СРСР (нині кафедра торакоабдомінальної хірургії ХМАПО). Основними напрямками наукової та лікувальної діяльності кафедри стали нові на той час теми: хірургія стравоходу, легень, шлунка, печінки [3, С. 5].

У 1965 р. О. О. Шалімова було призначено директором, створеного ним Харківського НДІ переливання крові та невідкладної хірургії (нині Інститут загальної та невідкладної хірургії АМН України). В інституті були організовані відділення хірургії шлунково-кишкового тракту, хірургії печінки, поза печінкових жовчних проток та підшлункової залози, хірургії серця та судин, хірургії легенів. Одним з перших досягнень О. О. Шалімова на посаді директора інституту, стала організація у ньому сучасного анестезіологічного відділення. За ініціативи О. О. Шалімова на базі інституту були створені лабораторія функціональної діагностики (1965), лабораторія водно-сольового обміну (1967). В інституті було встановлено перший в Україні ангиограф, що значно розширило можливості діагностики [1, С. 27].

Основними науковими напрямками в Харківському НДІ переливання крові та невідкладної хірургії були: політравма та шок, опікова хвороба, панкреонекроз, патологія міліарної системи, гострий перитоніт, шлунково-кишкова кровотеча, ранова інфекція, хірургічне лікування гострих серцево-судинних хвороб, індивідуалізоване хірургічне лікування виразкової хвороби (зокрема, О. О. Шалімовим було змінено методику накладення швів при виразковій хворобі шлунка та дванадцятипалої кишки, що значно знизило смертність в Україні від цієї хвороби) [1, С. 28].

В даний період своєї діяльності О. О. Шалімов приділяв багато уваги дослідженню проблем шоку. З цим пов'язана організація на базі 28-ї лікарні першого у Харкові відділення з надання допомоги постраждалим від опіків. У 1967 р. проводиться перша конференція українських хірургів з цієї проблеми [2, С. 6].

Одним з наукових напрямів роботи О. О. Шалімова було дослідження питань хірургічної інфекції [3, С. 5].

В Інституті уперше в Харкові почали виконуватися операції на серці, чому сприяло створення у 1963 р. О. О. Шалімовим та О. В. Бутенко апарату штучного кровообігу. Це згодом дало змогу для проведення першої в Україні операції з пересадки серця. З появою апарату штучного кровообігу О. О. Шалімов почав оперувати дітей, які страждали уродженими вадами серця. О. О. Шалімов уперше в Україні провів пластичні операції на судинах [1, С. 224].

Серед досягнень О. О. Шалімова цього періоду розробка нової методики операції на печінці та жовчних протоках; розробка нових операцій на шлунку з ваготомією; введення у практику рН-метрії, видання перших методичних вказівок з шлунково-кишкових кровотеч [3, С. 5].

Саме у Харкові вийшли перші монографії вченого «Хирургия поджелудочной железы» (1964), «Атлас хирургических операций на органах брюшной полости» (1965), «Клиническое применение маннита» (1969) [1, С. 224].

У харківський період, у 1961 р., О. О. Шалімов був нагороджений орденом Трудового Червоного Знамені, у 1966 р. – орденом Леніна. У 1967 р. йому було присвоєно звання «Заслуженный діяч науки УРСР», цього ж року О. О. Шалімова було обрано членом-кореспондентом АН України [1, 225].

Роки перебування О. О. Шалімова у Харкові були періодом становлення його як талановитого вченого, блискучого організатора хірургічної допомоги, творця школи хірургів в Україні.

Використана література

1. Академик Александр Шалимов в Харькове / под. ред. Н. Л. Битчук, В. И. Трояна, Н. К. Голобородько. – Харьков: НТМТ, 2013. – 384 с.
2. Бойко В. В. Александр Алексеевич Шалимов в Харькове. Первый «шалимовский» институт / В. В. Бойко, М. П. Брусницына, В. И. Лупальцов // Клиническая хирургия. – 2007. – № 2–3. – С. 5–7.
3. Велигоцкий Н. Н. К 50-летию кафедры торакоабдоминальной хирургии ХМАПО, основанной академиком А. А. Шалимовым. / Н. Н. Велигоцкий // Медицинская газета. – 2009. – № 16. – С. 5–6.
4. Памяти академика Александра Алексеевича Шалимова / Харьковская медицинская академия последипломного образования, Институт общей и неотложной хирургии АМН Украины, Харьковский государственный медицинский университет и др. // Международный медицинский журнал. – 2006. – № 1. – С. 147–148.

БЕРЕСНЕВ АЛЕКСАНДР ВАСИЛЬЕВИЧ (1929–2011)

Сипливий В. А., Гузь А. Г., Петренко Г. Д.

Основа харьковской хирургической школы была заложена при открытии Харьковского университета 17 января 1805 года, когда одной из шести кафедр университета согласно статусу создана кафедра теоретической хирургии она же умозрительной и хирургической патологии возглавленная профессором Павлом Михайловичем Шумлянским. По заключению историков уже на этапах становления «хирургия находится в Харьковском университете на той степени, на кой и стоит в лучших отечественных заведениях». В последующем, успехи в научно – преподавательской и практической деятельности плеяды хирургов Слобожанщи-

ны были высоко оценены современниками, в том числе и западных стран. Многие из хирургов вошли в историю как новаторы с многогранными мировыми взглядами, блестящими учеными широкого диапазона.

И сегодня на кафедре общей хирургии № 2 Харьковского национального медицинского университета, являющейся последователем первой хирургической кафедры, сохраняются принципы в научно – исследовательской, лечебной и преподавательской работах, таких предшественников как профессор Николай Петрович Тринклер, профессор Александр Васильевич Мельников, профессор Юрий Максимович Орленко и профессор Александр Васильевич Береснев.

А. В. Береснев окончил Куйбышевский медицинский институт в 1953 году. Родился 29 августа 1929 года, в селе Пинигино, Тюменской области. В 1953–1956 г. служил в рядах Советской армии врачом полка. С 1956 г. по 1970 г. работал ассистентом кафедры хирургии Харьковского медицинского института.

В 1969 г. защитил докторскую диссертацию «Влияние некоторых оперативных вмешательств на функцию и регенерацию нормальной и патологически измененной печени». В ней впервые были изучены вопросы регенерации печени в ответ на спленэктомию, резекцию печени, периартериальную неврэктомии общей печеночной артерии, портокавальный анастомоз. Работа вызвала широкий международный отклик.

С 1970 г. по 1976 г. проф. А. В. Береснев работал заместителем директора по науке Харьковского научно-исследовательского института общей и неотложной хирургии, где под его руководством впервые в Харькове открыто отделение острых желудочно-кишечных кровотечений.

С 1976 г. по 1996 г. А.В. Береснев заведовал кафедрой общей хирургии № 2 Харьковского государственного медицинского университета. Одновременно был проректором по лечебной работе Харьковского медицинского института. В этот период под его руководством было открыто отделение хирургии портальной гипертензии. Им разработана клиническая классификация циррозов печени, которой пользуются гепатологи Украины и стран СНГ, установлены критерии эффективности, определены оптимальные методики хирургического лечения хронических гепатитов и циррозов печени, предложены новые способы операций, защищенные авторскими свидетельствами и патентами.

Занимаясь одним из сложнейшей разделов хирургической гепатологии – хирургией портальной гипертензии – проф. А. В. Береснев разработал свою технику операций наложения дистального спленоренального шунта. В 1982 г. была открыта научная лаборатория «Гемосорбция». Были предложены оригинальные способы лечения диффузных заболеваний печени посредством воздействия лазерного излучения.

Как хирург-новатор, он с 1987 г. первым в Украине начал заниматься вопросами метаболической хирургии сахарного диабета I типа. Одним из первых в Советском Союзе применил метод экстракорпорального ультрафиолетового облучения аутокрови в лечении хирургических больных, разрабатывал вопросы эфферентных методов детоксикации организма больного – гемосорбции, плазмофереза, трансплантации донорских органов – криоконсервированных клеток печени, селезенки.

Проф. А. В. Береснев представлял Украинскую хирургию на многих международных и отечественных конгрессах, конференциях, съездах. Он – автор более 400 научных трудов, в том числе 5 монографий, 19 авторских свидетельств и па-

тентов. Учений створив свою наукову школу, підготував 22 кандидата і 2-х докторів наук. Він був членом Всесоюзного товариства сорбційних методів детоксикації. В 2008 г. А. В. Береснев був удостоєний звання Лауреата Державної премії України.

Александр Васильевич Береснев помер в Харківі 1 травня 2011 г., залишивши в пам'яті як висококваліфікований лікар – хірург, талановитий учений, прекрасний організатор наукової і лікувальної роботи, викладач і лектор.

Использованная литература

1. Вчені Харківського державного медичного університету. За ред. А.Я. Циганенко – 2002 р. – С. 294–295.

2. Харківський державний медичний університет. 200 років – Харків, ВПЦ «Контраст» – 2005 р. – С. 513–518.

ВИДАТНІ ВЧЕНІ-МЕДИКИ В. Я. ДАНИЛЕВСЬКИЙ, В. М. КОГАН-ЯСНИЙ ТА С. Г. ГЕНЕС

Сирова Г. О., Петюніна В. М., Водолаженко М. О.

Удосконалення медичних знань, медичної діяльності різних народів світу відбувалося протягом усієї історії людства завдяки зусиллям вчених багатьох країн світу. Ця робота присвячена діяльності видатних вчених нашого рідного міста Харкова: В. Я. Данилевського, В. М. Коган-Ясного та С. Г. Генеса.

Василь Яковлевич Данилевський свою творчість присвятив за його словами «одній із основних наук медичного курсу – фізіології» [1, С. 124]. Він є автором багатьох підручників, науково-популярних статей та брошур; біля 220 наукових робіт, присвячених фізіології нервової системи. Працював протягом двох років (із січня 1876 року) у Німеччині та Франції. Піонер електроенцефалографії. У 1877 р. успішно захистив докторську дисертацію на тему «Дослідження по фізіології головного мозку» [2, С. 256]. У 1883–1884 рр. працював у Женеві у лабораторії професора С. Фогта. Після повернення організував лабораторію порівняльної фізіології на природничому відділенні фізико-математичного факультету у Харківському університеті. Вчений має роботи в області паразитології. У 1889 г. був нагороджений премією Паризької академії наук. Був ініціатором відкриття Жіночого медичного інституту, де він був директором та завідувачем кафедри фізіології до 1926 року. З 1926 р. був академіком Академії наук та заслуженим діячем науки України. Був членом німецької Академії наук, членом морфологічної та фізіологічної спільноти при Віденському університеті, почесним членом Спільноти патологів при Інституті Пастера в Парижі, Спільноти тропічної медицини в Лондоні. У 1927 р. він організував та до кінця життя очолював Український НДІ ендокринології та органотерапії, на базі якого відкрилася ендокринологічна лікарня, в цьому ж році була створена біохімічна лабораторія, на базі якої в подальшому зародився гормонохімічний відділ, що розробляє методи отримання гормонів. У 1923 р. під його керівництвом були виготовлені перші зразки вітчизняного інсуліну. Вивчав нейрофізіологію, вплив інсуліну на нервову систему, науково обґрунтував можливості та шляхи промислового виробництва різних гормональних препаратів. У 1928–1932 роках були відкриті фармакотерапевтична, гематомікроскопічна та патоморфологічна лабораторії; біохімічна лабораторія розділилася на біохімічний відділ та гормонохімічну лабораторію, було організовано також патофізіологічний відділ. В.Я. Дани-

левський цікавився походженням гіпнотизму людини та тварин, законами діяльності вищих відділів головного мозку, порівнював людську психіку зі складноорганізованою нервовою діяльністю тварин. [1, С. 124; 2, С. 256–259]

Віктор Моїсеєвич Коган-Ясний є одним із видатних вітчизняних терапевтів, його науково-клінічні дослідження були присвячені проблемам серцево-судинних і ендокринологічних захворювань, особливо діабетології. У 1914–1918 роках він був полковим лікарем у діючій армії. У 1918–1955 рр. працював в Харківському медичному інституті, у 1930 році був обраний професором кафедри загальної терапії, в подальшому завідував кафедрами факультетської та госпітальної терапії Харківського медичного інституту. Також він завідував клініко-експериментальним відділом Харківського інституту проблем ендокринної патології. Спільно з В. Я. Данилевським у 1919 році В. М. Коган-Ясний заснував органотерапевтичний інститут (Український інститут ендокринології).

У 1922–1925 роках у фізіологічній лабораторії академіка В. Я. Данилевського та біохімічній лабораторії академіка А. В. Паладіна він працював над виготовленням інсуліну, придатного для ін'єкцій людині. У 1923 році в лабораторії В. Я. Данилевського вчений отримав інсулін та застосував його в клінічній практиці (1924 рік). У 1924 р. захистив докторську дисертацію за цією темою. Виявив роль спадкових факторів при захворюванні діабетом. Йому належить ініціатива та великий труд по створенню в Харкові ендокринологічної клініки, відділення лікувального харчування. У 1930 р. організував першу в СРСР ендокринологічну клініку, якою керував багато років. Заслужений діяч науки УРСР (1941 р.). Під його редакцією вийшло біля 40 посібників, підручників і довідників. Опублікував біля 175 наукових робіт, присвячених питанням вивчення ендокринологічних захворювань, особливо діабету та базедової хвороби, порушення обміну речовин при різних захворюваннях, а також етіології, патогенезу, клініки та лікуванню гіпертонічної, виразкової хвороб та пневмонії [1, С. 124].

Професор-патофізіолог Семен Григорович Генес був заслуженим діячем науки, більшу частину життя працював у Харкові, завідував кафедрами патологічної фізіології Донецького та Харківського медичних інститутів, а потім Харківського інституту удосконалення лікарів, був керівником відділу патологічної фізіології та заступником директора Харківського НДІ ендокринології та хімії гормонів. Зробив значний внесок у діабетологію. Його наукові праці широко застосовувались у вдосконаленні лікування та вторинної профілактики цукрового діабету. Відомі його праці по механізмі дії сульфаніламідних цукрознижуючих препаратів, патогенезу інсулінового шоку, гіпоглікемічній комі, порушенням жирового обміну при цукровому діабеті та ряд інших. Створив наукову школу по вивченню патогенезу та фармакологічній корекції цукрового діабету, заклав фундамент для пошуку перспективних шляхів розробки антидіабетичних препаратів нового покоління [1, С. 124–125].

Використана література

1. Никберг И. И. «Вклад отечественных ученых-медиков в теоретическую и клиническую диабетологию». Международный эндокринологический журнал, № 5 (53), 2013.
2. Шойфет М. И. «Сто великих врачей»: Вече; 2005, 870 с.

СЕРГІЙ ІВАНОВИЧ ГЕОРГІЇВСЬКИЙ – ВИДАТНИЙ ОРГАНІЗАТОР, ВЧЕНИЙ, ПЕДАГОГ

Усенко С. Г., Хабаль О. В.

Одним із видатних вчених плеяди Кримської медичної школи, за допомогою якого медична наука вийшла на світовий рівень, є Сергій Іванович Георгіївський. Завдяки його особливому дару бачити, розуміти і об'єднувати людей були організовані наукові школи, створений відмінний педагогічний колектив, відновлені будівлі інституту.

Сергій Іванович народився 8 жовтня 1898 року в селі Прішне Крапивенського району Тульської області в сім'ї священика. Закінчив духовну семінарію, потім в 1928 році медичний факультет Московського державного університету. З травня 1936 року – кандидат медичних наук, його дисертація була присвячена впливу нефролізатів на функцію нирок. Під час Другої світової війни працював військовим лікарем на Кримському фронті. За період бойових дій під керівництвом С. І. Георгіївського евакуйовано 3500 поранених [1, С. 6].

Після закінчення війни повернувся до наукової діяльності і продовжив вивчення внутрішньосекреторної функції нирок, в 1950 році захистив докторську дисертацію на цю тему. У 1951 році Сергій Іванович очолив Кримський медичний інститут. Під його керівництвом відновлені з руїн будівлі інституту, створена матеріально-технічна база, запрошені великі діячі із закордону та інших міст України. Всесвітню популярність придбала Кримська біохімічна школа заслуженого діяча науки і техніки України Г. В. Троїцького. Сформувалися школи кримських анатомів (проф. В. В. Бобін), мікробіологів (проф. К. Б. Пяткіна), педіатрів (проф. М. І. Корольов). А школу кримських патофізіологів очолив сам Сергій Іванович. На кафедрі патофізіології основні дослідження проводилися з фізіології і патології травлення. У навчальному процесі використовувалися модельні досліди, експерименти на тваринах. Лекції Сергія Івановича були викладені просто і були зрозумілі кожному, хто їх слухав. Колишні студенти згадують його як мудру та усміхнену людину, яка розмовляла з ними в перерві між лекціями, при відвідуванні гуртожитків, на суботниках. Доступний для всіх, в будь-який час доби, він завжди був в курсі всіх подій, що відбуваються в інституті. [1, С. 10];

Прийнявши інститут в стані післявоєнної розрухи, він зробив його кращим в той час. У 1995 р Кримському медичному інституту було присвоєно його ім'я.

Таким чином, життя і діяльність славетного наставника, борця за ідею науково обґрунтованого підходу до кожної нозології, внесли вагомий вклад в розвиток вітчизняної медичної науки.

Використана література

1. В. А. Проценко, Б. В. Троценко. Картини життя С. І. Георгіївського // Серія «КМІ»: Збірник. – Сімферополь: видавничий центр КДМУ, 2008. – Т. 1. – С. 6–10.

ВИЩА МЕДИЧНА ОСВІТА У ЛЬВОВІ В ЧАСИ ДРУГОЇ СВІТОВОЇ ВІЙНИ

Федущак А. Л., Зіменковський А. Б.

У грудні 1939 р. з розформованого Львівського університету Яна Казимира на базі від'єданого медичного факультету було відкрито Львівський державний медичний інститут (ЛДМІ) з 2-ма факультетами (лікувальний та фармацевтич-

ний), про що повідомила 12.12.1939 р. львівська газета «Вільна Україна». Очевидно, основною проблемою була кадрова: контингент викладачів та студентів університетського медичного факультету складався, переважно, з поляків, які або не володіли українською, або вважали нижчим власної гідності викладати нею. Окремі професори відмовлялися співпрацювати з новою владою. Було оголошено вільний набір на навчання і на I-й курс зголосилися, переважно, українці, яким «за Польщі» доступ до університетської освіти був дуже обмежений, а також місцеві та прибулі з окупованих німцями територій – євреї, поляки, українці. Викладання велося українською та російською мовами. Отож, у ЛДМІ одразу було введено обов'язковий курс російської для студентів та курси української та російської для професорсько-викладацького складу [3, С. 59].

За даними р. Осінчук [3, С. 58–59] у 1939–41 рр. із 46 осіб професорсько-викладацького складу теоретичних кафедр, 28 були поляками, 13 із них завідували кафедрами. Українською могли читати лекції, очевидно, лише поодинокі. Аналогічно й на клінічних кафедрах: із 74 викладачів 48 % були поляками. Щонайменше 49 професорів і доцентів мали досвід викладання на кафедрах і у клініках університету Яна Казимира [3, С. 8–59]. Враховуючи, що більшість професорсько-викладацького складу та студентів старших курсів були переведеними з університету, то й університетські дух та традиції не могли не переміститися в новостворений заклад, незважаючи на зміну навчальних програм, мови викладання, діловодства та офіційного спілкування.

З відкриттям ЛДМІ на I-й курс було зараховано 344 особи; на початок 1940 р. навчалися 933 студенти; за 2 довоєнні роки дипломи отримали 495 лікарів і близько 100 провізорів [5, С. 27]. На нашу думку ці цифри є не зовсім коректними і потребують уточнення. Вже з 2-го навчального року розпочався масовий призов студентів до радянської армії, репресії. Першим був заарештований керівник кафедри внутрішніх хвороб проф. р. Ренцкі (загинув від рук гестапо разом з іншими професорами 4 липня 1941 р.). У справі т.з. «процесу 59-ти» разом із іншими студентами до смертної кари засуджено 42 львівських студентів, 19 одразу й розстріляно. Серед них – 6 студентів медінституту [2, С. 123].

Особливо трагічним для ЛДМІ став початок німецько-радянської війни: 25 червня засуджено до розстрілу заступника декана фармфакультету П. Мельничука, 26 червня зарештовані, відтак – розстріляні, помічник директора інституту Є. Струк, головний бухгалтер Г. Кухар, голова студентського профкому І. Савка, дехто із студентів. Встигли евакуюватися світової величини професор Я. Парнас (загинув у Луб'янці у 1949 р.), адміністрація та прибулі в 1939–40 рр. зі східних регіонів викладачі [2, С. 113]. Невдовзі, 4 липня, вже за німецької влади, серед понад 40 розстріляних гестапо професорів та відомих викладачів без сліdstва і суду знищено 13 представників ЛДМІ [5, С. 26].

Окремою сторінкою з «воєнної історії» інституту є відкриття і функціонування у Львові закладу вищої медичної освіти – Державних медично-природничих фахових курсів (ДМПФК) з медичним та фармацевтичним відділеннями. За зібраними нами пофамільним списком ідентифіковано 176 осіб професорсько-викладацького складу, 92 з яких – з числа викладачів довоєнного ЛДМІ. Серед них – 14 професорів теоретичних кафедр та 7 – клінічних. Дехто із польської професури відмовився від викладання в нових умовах. Серед новопризначених – місцеві лікарі та прибулі з окупованих німцями територій СРСР викладачі з

Дніпропетровська, Києва, Харкова, П'ятигорська, Білорусі. Серед них – 8 професорів. Зрозуміло, що адміністрування було доручено німцям. За два роки функціонування ДМПФК трагічно загинули проф. Б. Ластовецький, проф. Б. Ялови, доц. О. Подолинський; помер проф. М. Панчишин [4, С. 94–98, 102]. На 1-й академічний рік на всі 5 курсів було зараховано близько 700 студентів медицини та 130 – на фармацію. Станом на 1943 р. на обох відділеннях ДМПФК навчалось понад 1800 студентів, завершили навчання та отримали дипломи 83 студенти [4, С. 105; 6, С. 45–46]. Через політичні обставини лише незначна частина студентів продовжили навчання в повоєнному ЛДМІ.

З відновленням ЛДМІ з початку серпня 1944 р. і до кінця II-го академічного року до штату інституту було зараховано 293 викладачів і понад 250 осіб допоміжного персоналу (лаборанти, препаратори, шпитальні ординатори). Лише 48 із 176 викладачів ДМПФК опинилися у штаті інституту [1]. Решта, остерігаючись репресій, емігрували на Захід, а 8-х, з уже призначених, незважаючи на «кадровий голод», ще у вересні-жовтні мобілізували до війська. Враховуючи, що з початку I-го академічного року розпочалась репатріація поляків, проблема комплектування кафедр повоєнного ЛДМІ була чи не найгострішою. Вакансії заповнялися за рахунок, спочатку, місцевих лікарів та прибулих з евакуації викладачів інших ВНЗів, пізніше – демобілізованих лікарів. Нами встановлено [1], що у штаті ЛДМІ впродовж перших 2-ох академічних років числилось не менше 172 викладачів теоретичних та 121 – клінічних кафедр. З цього переліку виїхали в Польщу 46 викладачів, 29 були звільнені з формулюваннями: «анулювати наказ про призначення», «не з'явився до праці», «зчеркнути зі списку працівників з причини хвороби», 2 – «з причини смерті», «за власним бажанням», «як такого, що не виправдав себе на роботі», «за спричинення шкоди» тощо. При цьому більшість професорів та зав. кафедрами – поляків, прогнозуючи їх еміграцію, було переведено на посади доцентів і асистентів, замінюючи новопризначеними викладачами. На кінець 2-го академічного року із майже 300 осіб професорсько-викладацького складу залишилося 210 (72 %), а із 249 працівників допоміжного складу 79 звільнилися з причини виїзду до Польщі, 12 – мобілізовані до війська, ще 30 – з інших причин [1]. Складною була ситуація й зі студентами. На перший академічний рік було зараховано 1317 студентів медичного та 397 – фармацевтичного факультетів. У впродовж I-го академічного року на старші курси зараховували без перескладання іспитів. В наступному ж, для збереження колишні студенти ДМПФК (32 із зарахованих на лікувальний факультет та 11 – на фармацію) мусили перескласти семестрові іспити. Встановлено, що впродовж перших 4-х семестрів відновленого ЛДМІ з різних причин було відраховано 38,3 % студентів медичного та 17,2 % – фармацевтичного факультетів. Основними мотивами були: на медфакультеті – виїзд в Польщу (188), невідвідування занять (125), академічне неуспішність (107); 19 студентів були покликані до війська (з них 16 – колишніх студентів 2–3-го курсів ДМПФК). На фармфакультеті «втрати» студентів були значно меншими [1]. Значна кількість відрахованих за академічну неуспішність і пропуски занять, особливо серед першокурсників медфакультету, свідчить, на нашу думку, про певну безвідповідальність при зарахуванні студентів, а з іншого боку – про високу вимогливість і принциповість «професури старого університетського гарту».

Висновки:

1. Вперше в науковий обіг введено дані архівних матеріалів щодо персонального складу викладачів та студентів ЛДМІ періоду 1944–1946 навчальних років.
2. Історія вищої медичної освіти у Львові періоду Другої світової війни, кількарічної зміни державної приналежності, навчальних програм, викладацького складу була складною, але зберегла свою безперервність і наступність, університетські традиції, що дозволило ЛДМІ в короткому повоєнному відрізку часу стати одним із провідних медичних ВНЗів СРСР.
3. Встановлено, що основними проблемами впродовж 6-ти років вищої медичної освіти у Львові періоду Другої світової війни були кадрові, мовні, організація навчального процесу.

Використана література

1. Архів ЛНМУ імені Данила Галицького. Архів К–6. 1944–1946 р. Ф Р–203. Том I, Накази № № 1–1000, 1001–1500, Том II. Накази № № 1501–2000, Том III. Накази № № 2001–2500, Том IV. Накази № № 2501–3000, Том V. Накази № № 3001–3500, Том VI. Накази № № 3501–4000. Архів К–6. Прикази по медінституту Том 1 ФР–203 Прикази № № 3501–4000, Том II. Прикази № № 4001–4609.
2. Ганіткевич Я. Історичні етапи найстаршого в Україні Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького / Ярослав Ганіткевич // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2012. – № 3. – С. 106–116.
3. Осінчук р. Вибух Другої світової війни та перша большевицька окупація Західної України (1939–1941 рр.) / р. Осінчук // Лікарський збірник. Нова серія. Т.IV. Львів – Нью-Йорк, 1996. – С. 44–74.
4. Осінчук р. Німецька окупація Західної України (1941–1944) / р. Осінчук // Лікарський збірник. Нова серія. Т.IV. Львів – Нью-Йорк, 1996. – С.79–106.
5. Шапиро И.Я. Развитие высшего медицинского образования и медицинсой науки в Западных областях Украины, на Буковине и Закарпатье в XVI–XX вв. (1595–1965 гг.) / И.Я. Шапиро. – Автореф. дис. д.мед.н., Киев, 1965. – 37 с.
6. Albert Z. Lwowski wydział lekarski w czasie okupacji Hitlerowskiej 1941–1944 [Електронний ресурс] /Zygmund Albert// Режим доступу: <http://www.lwow.home.pl/lek/albert.html>

ХАРКІВСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ГОСПИТАЛЬ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ: ВІД ПОЧАТКУ ДО СУЧАСНОСТІ

Черненко І. І.

В період Великої Вітчизняної війни 1941–1945 рр. на території СРСР проводилось формування широкої мережі евакуаційних шпиталей, в яких проходили лікування евакуйовані з фронту хворі та поранені солдати, офіцери і генерали. На початку війни перед медичними працівниками стояла проблема створення системи, при якій лікування та евакуація складали б єдиний і безперервний процес. Основна робота з відновлення здоров'я бійців та командирів Червоної Армії була покладена на тиліві евакогоспіталі. На початку 1942г. були створені спеціалізовані евакогоспіталі – нейрохірургічні, щелепно-лицьові, для лікування органів грудної і черевної порожнини, очні, лор. Пізніше з'явилися сортувальні госпіталі.

Керівництво мережею сформованих евакогоспіталей в 1941р. здійснювали евакопункти – місцеві органи Головного військово-санітарного управління Червоної Армії. Вони забезпечували роботу військово-санітарного транспорту, розподіл контингенту поранених по госпітальним гарнізонам, збір відомостей про ліжкову мережу, господарське положення, забезпечення медичними кадрами та лікувальною, відновлювальною та науковою діяльністю евакогоспіталей, надання їм методичної допомоги, санітарний контроль, забезпечення нарядами на продовольче та речове забезпечення евакогоспіталей та приписаних військово-санітарних поїздів в відомчому санітарному районі.

Успіх роботи військових медиків під час війни був досягнутий завдяки розробленій в подальшому системі етапного лікування поранених і хворих з евакуацією їх за призначенням.

З цією метою, Наркомздравом СРСР, 23 липня 1941 року в м. Краснограді Харківської області сформувався евакогоспіталь № 3294. 16 вересня 1941 року евакогоспіталь виїхав у м. Горький до місця нової дислокації, а потім, 21 жовтня 1941 року Наркомздравом СРСР, переведений в м. Алма-Ата Казахської СРСР і далі в м. Чемкент Узбекської СРСР.

Після трирічного перебування в м. Чемкент, 19 лютого 1944 року наказом Наркомздрави СРСР евакогоспіталь був переміщений в м. Харків Української СРСР, будинок сільськогосподарського інституту по вул. Пушкінській, потім переведений на вул. Анрі Барбюса в приміщення школи.

На цьому історія госпіталю не скінчилась, і 1 вересня 1946 року госпіталь № 3294 був реорганізований в II республіканський щелепно-лицьовий з трьома відділеннями: стоматологічне, очне і лор. В листопаді 1946 року госпіталь став хірургічним. Були відкриті грудне, хірургічне, урологічне відділення.

В 1950 році госпіталь знову переведений в приміщення, що було майже для цього не пристосоване, на вул. Червоноармійській, а потім, в 1966 році знайшов нове місце, будівля – типовий проект гуртожитку по вул. Луначарського, 42-А. Це останнє переміщення госпіталю, де він знаходиться по теперішній час і має назву КЗОЗ Обласний госпіталь ветеранів війни.

На теперішній час в госпіталі розміщено 250 ліжок, в тому числі 120 ліжок терапевтичного профілю, 20 ліжок неврологічного профілю, 60 ліжок хірургічного профілю, із яких 20 урологічних ліжок, і 50 ліжок для реабілітації хворих ортопедо-травматологічного профілю.

Сьогодні в обласному госпіталі ветеранів війни функціонує рентген- і флюорографічний кабінети, кабінети лікувальної фізкультури, функціональної діагностики (електороенцефалографія, реовазографія, визначення функції зовнішнього дихання, електрокардіографія, холтеровське моніторування), кабінети надання консультативної допомоги вузького профілю: лор, стоматологічний, урологічний, офтальмологічний, неврологічний, кабінети ультразвукового дослідження, фізіотерапевтичне відділення з бальнеологією, клініко-діагностична лабораторія та центральне-стерилізаційне відділення.

Госпітальну роботу забезпечує штат висококваліфікованих співробітників. Кожен співробітник госпіталю з особливою увагою і індивідуальним підходом відноситься до хворих, що знаходяться на лікуванні. Увага і турбота персоналу не проходить непоміченою, на адресу госпіталю приходять численні листи з подяками.

Харківський обласний госпіталь ветеранів війни надає стаціонарну медичну допомогу ветеранам Великої Вітчизняної війни, дітям війни що мають групу інвалідності, воїнам-інтернаціоналістам згідно Закону України “Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту”, учасникам бойових дій на Сході України згідно Указу Президента України від 18.03.2016р. № 150/2015 «Про додаткові заходи щодо соціального захисту учасників антитерористичної операції» та наказу Департаменту охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації від 26.03.2015р. № 194 «Про медичне забезпечення демобілізованих військовослужбовців». Для надання лікування в госпітальних відділеннях, в поліклініки центральних районних лікарень та поліклініки м. Харкова, надсилають талони. За рік в госпіталі лікується більше ніж 5 тисяч осіб статусного контингенту.

ДЕЯКІ ЧИННИКИ ПЕРЕБУДОВИ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Яценко А. Ю., Калініченко О. В.

У ХХ столітті в Україні відбувалися складні соціально-економічні, політичні та демографічні процеси в результаті яких відбулися відповідні зміни. Зміни, що позначились на функціонуванні всієї системи охорони здоров'я, зокрема вони стосувалися роботи Кабінету Міністрів України, Міністерства охорони здоров'я України, управлінь охорони здоров'я обласних державних адміністрацій та відділів охорони здоров'я районних державних адміністрацій. Пріоритетним для державної політики України є життя та здоров'я громадян, що є соціальною цінністю. Але позиція, що характеризується погіршенням стану медицини в країні, стає бар'єром на шляху втілення задекларованих прав людини на отримання медичної допомоги. Нині державний бюджет надає медичній галузі тільки половину необхідного мінімуму, іншу частину пацієнти вимушені компенсувати з власної кишені, придбаючи необхідні медичні препарати, віддаючи гроші за обстеження, аналізи та інші види медичного обслуговування. Система охорони здоров'я. В Україні все ще працює за принципом перерозподілу фінансів, що був успадкований ще з радянських часів. Прогресивна модель системи охорони здоров'я, що була дійсною в часи Радянського союзу. Мала спрямування на тогочасний розвиток економіки та централізований характер. Але стара система, після переходу до ринкової економіки, не виправдала себе в сучасності. Подібне становище не задовольняє лікарів і пацієнтів. Таким чином, медична галузь у нашій країні потребує негайних змін. За підрахунками експертів, Україна посідає останнє місце в Європі за кількістю грошей, що витрачаються державою на одного пацієнта в рік. За статистичними даними ця сума складає приблизно 149 доларів. У той час коли в таких країнах як Німеччина, Франція і Велика Британія розмір цих витрат в 4–7 разів вищий ніж в Україні. На сьогодні основними недоліками нововведень у медицині є:

- відсутність чітко позначеної мети;
- перегляд стратегій перебудови в медицині;
- недотримання чіткої політики
- нехтування науковими та підтвердженими методами перетворень;
- вплив на прийняття рішень лобістських груп;
- низькі темпи втілення реформ;
- невпорядкованість та суперечливість дій.

На сьогодні існує багато державних проектів щодо перебудови системи охорони здоров'я. Але кожен з них діє на окремі важелі впливу, а змін потребує сама система. Метою реформування є покращення стану здоров'я, зниження захворюваності та смертності, підвищення якості медичних послуг. Тому для досягнення мети перебудова має проводитися за такими напрямками:

- забезпечення медичних послуг;
- матеріальна підтримка галузі;
- управління;
- трудові ресурси;
- інформативність галузі;
- залучення нанотехнологій;
- забезпечення необхідними товарами та ліками.

На думку експертів лише об'єднавши одночасно всі ці фактори проект може бути дійсно корисним, і лише тоді система охорони здоров'я буде працювати для покращення життя громадян держави.

Використана література

1. Field M. G. The Health System and Policy: a Contemporary American Dialectic // *Social Science and Medicine*. – 1980. – V. 14a, № 5. – Н. 401.

2. Ковжарова Е. Міжнародний досвід вирішення проблеми фінансування системи охорони здоров'я: практичні висновки для України // *Формування демократичного та ефективного державного управління в Україні: Матеріали наук.-практ. Семінару 11-12 берез. 2002 р. / За заг. ред.. В.І. Лугового, В.М. Князева. – К.: Вид-во УАДУ, 2002. – С. 65-77.*

**ДЕЯКІ АСПЕКТИ ЩОДО ОРГАНІЗАЦІЙНИХ ЗАСАД СИСТЕМИ
ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ**

Заярський М. І., Кий-Кокарева В. Г., Грищенко Л. О.

За останні декілька років існуюча в Україні СОГЗ перетерпіла не тільки суттєві організаційно-правові зміни але й стратегічний перехід від її адміністративно-командної сутності до міжнародних принципів створення державної системи зміцнення здоров'я нації. Детермінантами цих змін є негативні соціально-економічні та соціоекологічні проблеми в країні, багатолітня неререформованість охорони здоров'я, нездоровий спосіб життя населення суттєво погіршили здоров'я громади, регіонів і країни в цілому.

Прийнятий у 2012 року на 62-сесії Європейського регіонального комітету Всесвітньої організації охорони здоров'я Європейський план дій зі зміцнення потенціалу та покращення послуг СОГЗ було в подальшому підписано державою Україна із зобов'язанням побудувати нову СОГЗ [1]. Глава 22 «Громадське здоров'я» «Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами - членами, з іншої», ратифікованої Законом України № 1678-VI від 16.09.2014 р. розпочала практично реалізовуватися з 01.01.2016 року за напрямками міжнародного співробітництва з питань глибинного реформування системі первинної медико-санітарної допомоги на принципах сімейної медицини, попередження і контролю над інфекційними та неінфекційними хворобами, безпеки і якості роботи служб крові, трансплантації органів, тканин і клітин, а також питань тютюну [2].

До 2011 року основною відповідальною структурою в Україні за охорону здоров'я населення і моніторинг його стану була Державна санітарно-епідеміологічна служба (ДержСЕСл). Постанова Кабінету міністрів України від 10.10.2014 р. № 442 «Про оптимізацію системи центральних органів виконавчої влади» припинила діяльність ДержСЕСл та передала її фахівців за напрямками профілактичної роботи до цілого ряду інших Державних служб та інспекцій (ветеринарної, фітосанітарної, з питань захисту прав споживачів та інших). Шляхом такого об'єднання створено Державну Службу з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів. Ряд функцій ДержСЕСл як медичного, освітнього і дорадчого центру з аналізу стану здоров'я населення та підготовка пропозицій до Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України щодо методологій діагностики та профілактики інфекційних і неінфекційних хвороб передано державному закладу «Український центр контролю та моніторингу захворювань МОЗ України». Окрім того, до функцій цього центру віднесено організаційні засади формування СГЗ, розпорядженням Кабінету Міністрів України від 02.09.2015 р. № 909-р та наказом МОЗ України від 18.09.2015 р. № 604 утворено нову державну установу «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України», який сформовано шляхом реорганізації 9 державних підприємств і установ системи МОЗ України та реорганізації та приєднання 33 підприємств та установ ДержСЕСл України[3].

Ключовими документами для подальших дій з питань повноцінного створення Системи охорони громадського здоров'я є прийняті Кабінетом Міністрів України «Концепція розвитку системи громадського здоров'я» (від 30.11.2016 р. № 1002-р) і План заходів щодо реалізації цієї Концепції (від 18.08.2017 р. № 560-р) [4]. Передбачене ними законодавче забезпечення громадського здоров'я має слугувати суттєвому оновленню базового закону «Основи законодавства України про охорону здоров'я», який в подальшому реалізується і через інтегроване законодавство з окремих законів прямої дії щодо санітарно-епідеміологічного благополуччя, санітарно-гігієнічних і екологічних чинників і детермінант, інфекційної захворюваності, ВІЛ/СНІДУ, туберкульозу, охорони праці, профілактики травматизму і серцево-судинної захворюваності, реклами тютюну і алкоголю, репродуктивного здоров'я, охорони здоров'я дітей і підлітків, біобезпеки, медико-гігієнічної поінформованості, формування здорового способу життя тощо.

Висновки:

1. Без радикальної зміни «Основ законодавства України про охорону здоров'я» неможливо створення «Системи охорони громадського здоров'я» для досягнення вищої мети діяльності держави по забезпеченню здоров'я українського народу. Системного перегляду потребує весь блок діючих та нових законодавчих актів і державних програм з окремих найактуальніших проблем громадського здоров'я.

2. Для пошуку власного варіанта побудови «Системи охорони громадського здоров'я» українські науковці повинні вивчати не лише досвід найрозвиненіших країн Європи, але й країн з аналогічним економічним станом, аналогічною та гіршою ситуацією зі здоров'ям.

3. Для якісної трансформації системи охорони здоров'я у напрямку підготовка фахівців громадського здоров'я необхідна відповідна мультидисциплінарна плідна співпраця кафедр соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я, гігієни та екології, епідеміології та інфекційних захворювань, медичної психології та клінічних кафедр з переорієнтацією на політику попередження захворювань і збереження здоров'я нації.

Використана література

1. Слабкий Г. Десять «заповідей» громадського здоров'я: чи вдасться їх виконати в Україні? / Г.Слабкий [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.vz.kiev.ua/desyat-zapovidej-gromadskogo-zdorov-ya-chv-vdastsya-yih-vykonaty-v-ukraini>.

2. Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/984_011

3. Про утворення державної установи «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України: Наказ МОЗ України від 18.09.2015 № 604 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20150918_0604.html

4. Концепція розвитку системи громадського здоров'я: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 № 1002-р [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.kmu.gov.ua/control/uk/cardnpd?docid=249618799>

ПРОБЛЕМИ ЕКОЛОГІЧНОЇ БЕЗПЕКИ ТА ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я В СУЧАСНОМУ СВІТІ

Крюков О. І., Омаров А. Е.

На щорічній зустрічі нобелівських лауреатів, яка за традицією проводиться в Німеччині, журналісти одного з авторитетних європейських видань попросили п'ятдесят запрошених нобелівських лауреатів назвати найбільшу загрозу людству. Топ-трійку антирейтингу очолили перенаселення, ядерна війна і поширення нових інфекцій.

Тобто, практично йдеться про те, що на думку кращих учених планети найважливішими проблемами двадцять першого століття є проблеми атомного знищення (по суті проблеми знищення усього живого, природи) і проблеми інфекцій, а значить здоров'я.

Сучасній підхід до здоров'я, на наш погляд, має бути побудованим на гармонійних відносинах між природним і суспільним оточенням людини, що, в свою чергу, стане сутністю процесу створення сприятливих середовищ.

На наш погляд, взаємозв'язок між екологічною безпекою держави та громадським здоров'ям має декілька аспектів взаємодії суспільства і природи:

Насамперед це географічні та біологічні чинники. Не менш важливими є медичні, технологічні та економічні аспекти взаємодії суспільства і природи.

В сучасних умовах можна констатувати, що сучасні підходи до здоров'я повинні вирішувати наступні питання сьогодення, а саме: захист природного і штучного середовища та збереження ресурсів.

Характерною особливістю початку двадцять першого століття є твердження про те, що екологія сформувалась як фундаментальну галузь знань, що займається вивченням природних взаємозв'язків між живими організмами та навколишнім середовищем.

На наш погляд, сучасній екологічній розвиток держав характеризується різноманітним впливом людини на природні системи нашої планети. В цьому контексті екологія, як фактор впливу на громадське здоров'я, повинна, на наш погляд, бути аналізована з точки зору двох основних принципів: по-перше, з точки зору комплексного підходу; по-друге, як напрямок, що вивчає взаємовідносини між функціонуванням різних екосистем.

В цьому контексті перед Україною стоять важливі завдання з подолання наслідків чорнобильської екологічної катастрофи, досягнення результатів з точки зору стану екології та управління природними ресурсами, та забезпечення громадського здоров'я в країні.

Важливими для реалізації державної екологічної політики є завдання пов'язані з формуванням таких наукових напрямків як «екологія людини», та «екологічне управління»

Окремим важливим завданням для України є подолання екологічних та суспільних наслідків війни на сході України.

Чинниками ефективності державної політики щодо проблем екологічної безпеки та громадського здоров'я повинні стати проведення екологічного аудиту для визначення масштабів завданих збитків навколишньому середовищу; формування дієвого механізму правового регулювання використання природних ресурсів; об'єднання зусиль громадськості, науковців, екологів, державних установ, міжна-

родних організацій задля запобігання екологічній катастрофі; організація реальних кроків на шляху забезпечення громадського здоров'я України.

СУЧАСНІ НАПРЯМКИ РОЗВИТКУ СОЦІАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ

Мищенко М. М., Мищенко О. М., Веретельник О. А.

Людське здоров'я є предметом пильного вивчення і дослідження багатьох сучасних наук: біології, медицини, соціології та ін.

Згідно з даними сучасних вчених здоров'я людини більш ніж на 50 % залежить від його способу життя і соціуму, які його оточує; що цілком і повністю підтверджується експертами ВООЗ: на їхню думку, стан здоров'я населення всього лише на 10 % визначається рівнем розвитку медицини та медичної допомоги, на 20 % залежить від різних спадкових чинників і стану навколишнього середовища (в обох випадках), і в 50 % залежить від способу життя індивіда.

Згідно з численними соціальними опитуваннями, проведеними в останні роки, більшість населення пріоритетним вважають стан власного (індивідуального) здоров'я; хоча, на думку фахівців, здоров'я є і суспільною цінністю. Науковий підхід до організації охорони здоров'я як окремих індивідів, так і їх груп або населення (популяції) в цілому ґрунтується на розробці цілого комплексу медико-соціальних заходів щодо захисту і зміцненню захисно-приспосувальних механізмів організму; на попередженні можливості контакту індивіда з несприятливими факторами; на зниженні негативного впливу шкідливих і небезпечних факторів, і т.п. Цілком і повністю все це забезпечується заходами з охорони навколишнього середовища та охорони праці, дотриманням техніки безпеки, виконанням комплексу протиепідемічних заходів та підвищенню санітарної культури населення та в кінцевому рахунку – підтриманням здорового способу життя.

Здійснення цих заходів в повній мірі пов'язано з соціальною медициною, яка в останні роки інтенсивно розвивається, виділяючи у своїй структурі такі нові напрямки, як: публічна, громадська, соціологічна, пенітенціарна та військова соціальна медицина.

Публічна медицина тісно контактує з юридичними особами та займається питаннями збереження і зміцнення здоров'я трудових колективів, прогнозуванням і соціометрикою будь-яких змін психосоматичних статусів і функціонування всіх членів трудових колективів. Крім цього, дана наука вирішує проблеми захисту і збереження громадського здоров'я при різних робочих ситуаціях і при будь-яких змінах статусу трудового колективу.

Багато фахівців вказує, що публічна медицина вивчає механізми запобігання та нівелювання сучасних психічних епідемій; вирішує проблеми профілактики професійної деформації характерологічних рис співробітників трудових колективів з метою забезпечення їх здорової моральної атмосфери і запобігання його деструкції; займається викриттям прихованих форм пропаганди перверсних взаємин, насильства, терору, містичних «цінностей» і псевдознань.

Громадська медицина контактує з окремими фізичними особами і вирішує питання, що виникають у індивіда після якого-небудь захворювання, особистої трагедії, насильства, терору; а також профілактики виникнення проблем, з якими може зіткнутися людина в разі неминучих негативних змін соціальних умов, в результаті сімейних колізій, власної вікової кризи або особистісної психодрами. Да-

ний напрямок в науці також допомагає вирішувати будь-які проблеми, які здатні викликати захворювання у особи або її родичів, або знизити її якість життя (проблеми шлюбу, сім'ї, здоров'я і виховання дітей, здоров'я людей похилого віку членів сім'ї, ставлення з рідними, питання зміни способу або стилю життя, професії або власного психосоматичного іміджу і т.д.).

Соціологічна медицина займається вивченням науково-практичних досягнень в області медицини і медичних технологій, які здатні докорінно змінити структурну організацію сучасного суспільства і фундаментальні уявлення індивіда про питання життя і смерті, культурних і релігійних цінностей та ін.: клонування, трансплантацію і імплантацію, криогенізацію, штучне запліднення, втручання в генетичні програми людини.

Пенітенціарна медицина, в свою чергу, займається проблемами закритих товариств: вивчає питання психічного стану і поведінки злочинців, які перебувають в місцях позбавлення волі; взаємини соціальних факторів з одного боку і психосоматичної схильності до вчинення протиправних дій з іншого; закономірності і механізми особистісних взаємин і взаємозв'язків злочинців, питання об'єднання їх в організовані групи; взаємини між особами, які перебувають у «відкритому» і «закритому» суспільстві; психологічні особливості злочинців, соціопатів і тих особистостей, діяльність яких виходить за рамки прийнятних норм поведінки і моралі.

Військова соціальна медицина в даний момент часу знаходиться на етапі формування і становлення; займається розробкою методів вивчення і надання допомоги особам, які з позиції клінічної медицини є абсолютно здоровими, але мають значно виражене зниження якості життя і адаптаційних можливостей, що проявляється фізичними і психічними стигмами (синдром «бурі в пустелі», «балканський синдром»), синдром «чорнобильців» і т.д.).

Таким чином, наука соціальна медицина в даний час в сучасних умовах є засновницею нових наукових «соціальних» напрямків, які формуються під впливом сучасних тенденцій соціуму.

РОЛЬ ПАМ'ЯТІ В АНАТОМІЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ НЕСТАБІЛЬНОСТІ

Нестеренко А. К., Тимошенко Д. В.

Психоемоційний стан людини може різнитися під впливом обставин. Часто ми відчуваємо негативний вплив напруги. Але в житті трапляються ситуації, коли можливості індивідуума нижчі за мету, що висувається перед ним. У цьому разі виникає ситуація психологічної нестабільності, так званий нервовий розлад, «зрив». Розуміння механізмів його виникнення здатне не лише скоротити кількість стресових ситуацій, але й повною мірою реалізувати здібності людини. Тому наша мета – дослідити особливості нервового розладу як психологічного процесу.

Проблеми психологічної нестабільності вивчалися різноаспектно як вітчизняними, так і зарубіжними науковцями (див. роботи таких учених, як р. Аткинсон, Д. Дубравська, П. Зінченко та ін.). Як свідчать результати досліджень [1, 2, 4], в основі будь-якої нашої дії покладено складну взаємодію трьох факторів: фізичної збудливості; мисленої активності й поведінкової мотивації. Ці фактори діють як єдина система, і кожен з них впливає на інші.

Важливо, на нашу думку, розуміти анатомічні механізми виникнення й перебігу «зриву». Психологічна напруга заважає діям і думкам, тому що стає на пере-

шкоді роботи нашого організму. У хвилини напруги різко зростає частота серцебиття, мислення стає спотвореним, інстинкт виживання спричиняє страх, що робить цей момент більш загрозливим. Як наслідок, ми втрачаємо контроль над своїм фізичним збудженням, когнітивними здібностями та можливістю діяти максимально ефективно.

Однією з найпоширеніших причин психологічного розладу можна назвати збої у функціонуванні пам'яті. Вони або змушують забути інформацію, необхідну в певний момент, або заважають виконувати дії, які ви до сих пір успішно і багато разів виконували [2, С. 58].

В останні роки нейрофізіологи та спеціалісти в галузі когнітивної психології висунули кілька гіпотез щодо психологічних розбіжностей, виходячи з того факту, що в людини є два типи пам'яті (робоча й процедурна).

Робоча пам'ять допомагає аналізувати інформацію, формувати судження, відновлювати раніше отримані відомості та приймати рішення. Цей тип пам'яті зберігає потрібну інформацію завжди, у тому числі і в напружені моменти.

Процедурна пам'ять відповідає за вже відпрацьовані дії: рухи під час одягання, гри в теніс, парковки, приготування їжі тощо. У моменти психологічного напруження цей вид пам'яті допомагає діяти автоматично, без очевидних зусиль.

Часто названі типи пам'яті взаємодіють між собою, наприклад під час гри на музичних інструментах, коли запам'ятовування виконуваних дій проходить тривалу еволюцію від зберігання в робочій пам'яті з метою подальшого повторення до повного (підсвідомого) автоматизму.

Обидві системи пам'яті можуть впливати на виникнення психологічних розладів. Часто це спричинено «витісненням» інформації з робочої пам'яті новим фактом дійсності. Механізм цього явища відносно простий: якщо ви відволікаєтеся на щось «нове», воно займає місце в т. зв. «ментальному блокноті» (ділянці робочої пам'яті, яка допомагає працювати з інформацією, що зберігається в нашій свідомості), де вже було вміщено важливу інформацію. Конкуруючи між собою, думки витісняють одна одну й очищують певну ділянку нашої пам'яті, а разом з нею – інформацію. Як наслідок, людина не може відновити в пам'яті те, що напередодні знала напам'ять. Дискомфорт, спричинений такою ситуацією, призводить до психологічного розладу, даючи змогу незначним подіям і думкам зайняти простір у робочій пам'яті, витіснивши важливі відомості.

Розлади в процедурній пам'яті мають свої особливості. У цьому разі причиною «зриву» є те, що завдання було «вбудовано» в процедурну пам'ять, відпрацьовано до автоматизму. Адже якщо людина свідомо концентрується на автоматизмі відпрацьованих навичок, її дії розсинхронізуються. Надлишковий контроль дій або рухів при добре відпрацьованих навичках може призвести до поганих результатів, тоді як уповільнення дій при вирішенні складних завдань, навпаки, допомагає.

З метою запобігання таким розладам пропонуємо дотримуватися двох порад: 1) не давати хвилюванням, породженим страхами, проникнути на «територію» вашої робочої пам'яті і 2) не дозволяти собі втручатися в роботу процедурної пам'яті. Обидві ці навички будуть розвиватися в міру того, як людина навчиться контролювати психологічне напруження.

Отже, при вирішенні «розумових завдань» можливі розлади, за яких знервованість і хвилювання зменшують розміри робочої пам'яті, тобто простір, необхідний для зберігання інформації, потрібної нам саме в моменти «зриву». Розлади

можуть мати місце в обох типах пам'яті (у робочій та процедурній). Щоб ефективно діяти в умовах психологічної напруги, людина має вміти використовувати ці фактори, зокрема контролювати своє фізичне збудження, зберігати ясність думки й не виходити у своїх діях за межі власних можливостей.

Використана література

1. Аткинсон р. Человеческая память и процесс обучения / р. Аткинсон; пер. с англ. – Москва: Прогресс, 1980. – 220 с.
2. Дубравська Д. М. Основи психології: навч. посіб. / Д. М. Дубравська. – Львів: Світ, 2001. – 280 с.
3. Зінченко П. Пам'ять і її розвиток / П. Зінченко, Г. Рєпкіна. – Київ: Знання, 1965. – 182 с.
4. М'ясоїд П. А. Загальна психологія: навч. посіб. / П. А. М'ясоїд. – Київ: Вища школа, 2001. – 487 с.

MAIN ASPECTS OF QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WHO HAVE ADULT MYOCARDIAL INFARCTION

Podryadova A. A.

Cardiovascular diseases, especially myocardial infarction, are the major causes of morbidity, disability and mortality among men and women. According to the American Heart Association, in the United States, cardiovascular diseases affect 32 million women and 30 million men; is the cause of death in 21 % of men and 23 % women [1].

The most important risk factors of heart disease are age, physical inactivity, tobacco use and harmful use of alcohol, unhealthy diet, raised blood lipids, raised blood pressure, raised blood glucose, overweight and obesity, stress and genetic [2].

Myocardial infarction is a serious illness that leads to a significant decrease of the quality of life in 2–2.5 times compared with healthy people. Even in the case of positive dynamics in the treatment of the patient's heart remains a traumatic disorder that turns to permanent disability of the person and changes of his life quality [3].

According to the WHO, quality of life is the perception by a person of his position in life, depending on his cultural values, goals, expectations, standards and interests [4]. The quality of life consists of physiological, psychological, emotional and social indicators of human life. This concept is integral and allows to carry out a deep analysis of the problems of all indicators of human life, it's purpose to achieve a more efficient life of patients along with maintaining efficiency and a satisfactory of health state. The assessment of the quality of life of patients with cardiovascular pathology has its own peculiarities, since in such patients there is an increased fear of sudden death, their suffering is associated primarily with pain, shortness of breath, weakness, and stable periods in the state of patients are replaced by periods of exacerbation [5].

The main tool for assessing the quality of life of patients with myocardial infarction is questionnaire. These questionnaires consist of such blocks as: physical functioning, emotional well-being, social indicators. The patient is asked to answer the question. Then the data is processed and the results are evaluated in percentage. To assess the results, there are threshold values for quality of life indicators, namely: 71–100 % – the optimal level of quality of life; 51–70 % – the average quality of life; 50 % and less – low quality of life [6].

The social significance of myocardial infarction is associated with high mortality, affliction of persons of working age, the need for life-long treatment, which requires high financial costs, as well as a decrease in the quality of life of these patients. Thus, the prevention of myocardial infarction should be considered as a matter of paramount importance, and in cases of development of this disease it is necessary to influence the quality of life of such patients.

References

1. Westin L., Nilstun T., Carlsson R., Erhardt L.: Patients with ischemic heart disease: quality of life predicts long-term mortality. *Scand Cardiovasc J. Apr*; 39 (1–2): 50–4, 2005.
2. Conti C.R. – *Amer. Heart. J.*, 2004, 193 p.
3. World Health Organization (2009) Global health risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva.
4. Guidelines for assessment and management of cardiovascular risk. Geneva, WHO, 2007.
5. Finucane MM, Stevens GA, Cowan MJ, Danaei G, Lin JK, et al. (2011) National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: Systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9.1 million participants. *Lancet* 337: 557–567.
6. Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Vander Hoorn S, Murray CJ; Comparative Risk Assessment Collaborating Group (2002) Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet* 360: 1347–1360.

ПЕРШІ КРОКИ ФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОГО СВІТОГЛЯДУ

Сирова Г. О., Макаров В. О., Ланшин В. В.

Вища освіта – цілісний комплекс навчально-методичної підготовки майбутнього спеціаліста, майбутнього сучасного фахівця. Стрімкий розвиток сучасних педагогічних технологій вплинув на впровадження різноманітних методів та форм організації навчальної діяльності студентів.

Розглядається багато різноманітних технологій для якісної організації процесу надання та засвоєння знань. Впровадження інтерактивних технологій в навчальний процес є актуальним, сучасним та перспективним. Проникнення мультимедійних технологій в галузь освіти є закономірним і невідворотним: комп'ютерна техніка, цифрові технології активно входять в життя людей, а електронні засоби зв'язку стали невід'ємною часткою нашого життя [1, С. 76]. Педагогічна майстерність викладача – досконале володіння технологією навчання, яка представляє собою цілісну дидактичну систему, що дозволяє найбільш ефективно, з гарантованою якістю вирішувати педагогічні завдання [2, С. 67]. Педагогічна майстерність – вищий рівень володіння технологіями: педагогічною, освітньою, виховання та розвитку. Технологічність саме сьогодні стає домінуючою характеристикою діяльності людини, вона означає перехід на якісно нову сходинку освітнього процесу, що вміщує оптимальність, ефективність, наукоємність, вдосконалення, результативність [1, С. 75]. При цьому справжній викладач повинен бути цікавим для студентів. Наші студенти, приходячи на перший курс вищого медичного навчального закладу, вже мріють про навчання медицині. Тому ми, викладачі фундаментальних дисциплін, на заняттях з медичної та біоорганічної хімії з першої лек-

ції, з першого лабораторно-практичного заняття сприяємо формуванню у першокурсників медичного світогляду [3, С. 72]. Програма створена саме так, щоб з першого курсу студенти відчували, що вони – майбутні лікарі. Так, розбираючи тему «Комплексні сполуки», ми розповідаємо їм про гем, хлорофіл, вітамін В12, алкогольдегідрогеназу, карбоангідразу, пероксидазу, каталазу та інші комплексні сполуки, про основи хелатотерапії; в темі «Колігативні властивості біологічних рідин» – про ізотонічні, гіпотонічні, гіпертонічні розчини, плазмоліз, гемоліз, кесонну та гірську хвороби; при вивченні «Кислотно-основної рівноваги в біосистемах» – про ацидоз та алкалоз. При вивченні електрохімії особливу увагу звертаємо на роль електрохімічних явищ у біологічних процесах та наводимо цікаві приклади особливостей металевих електродів, які використовуються в медичній практиці (в кардіохірургії – металевий електрод з золота, в травматології, нейрохірургії, пластичній хірургії – металеві пластини з танталу, які мають біологічну сумісність з організмом людини). Медичні аспекти розглядаються при вивченні тем, як з «Медичної хімії», так і з «Біоорганічної хімії». Розповідаючи про гетероциклічні сполуки при вивченні «Біоорганічної хімії» ми вважаємо за необхідне проводити профілактичні бесіди медичного характеру, спрямовані на попередження розповсюдження наркоманії (при обговоренні будови нітрогеновмісних сполук алкалоїдів – морфіну); при вивченні похідних піримідину розповідаємо про небезпечне зловживання снодійними (барбітурати), при обговоренні будови алкалоїдів групи хіноліну (хінін) – про малярію, особливу увагу приділяємо небезпеці туберкульозу – при вивченні будови протитуберкульозних засобів похідних ізонікотинової кислоти, звертаємо увагу на шкідливі наслідки тютюнопаління – при вивченні будови нікотину та ін.

Висновки. Отже, все це приклади інтеграції хімічних дисциплін, що вивчають студенти на 1 курсі медичного університету, з профільними, клінічними дисциплінами [4, С. 113-116]. Вже з перших сходинок наші студенти розуміють, що інформація, яку вони отримали на початку свого шляху – багаж, який буде допомагати їм адаптуватись до навчання далі, та буде сприяти формуванню медичного світогляду майбутнього лікаря вже з першого року навчання в вищому навчальному медичному закладі.

Використана література

1. Проблеми та перспективи розвитку української науки на початку третього тисячоліття: матеріали III Всеукраїнського науково-практичної інтернет-конференції, 14–16 грудня, 2011. Збірник наукових праць. Переяслав-Хмельницький, 2011. 193 с.

2. Professional formation of the future teacher: materials of the international scientific conference on May 22–23, 2017. Prague: Vědecko vydavatelské centrum «Sociosféra-CZ». 2017. 192 p.

3. Формування сучасної концепції викладання природничих дисциплін у медичних освітніх закладах (педагогіка і психологія, біологічні науки, хімічні науки, фізика та інформаційні технології, нанотехнології для медицини): матеріали міжрегіональної науково-методичної інтернет-конференції, 22–23 травня, 2014. Харків. 2014. 166 с.

4. Роль хімічних дисциплін у становленні майбутнього лікаря: історичні аспекти, матеріали IV міжнародної наукової інтернет-конференції «Історичні, еко-

ПРОБЛЕМА ДЕФЦИТУ ТА НАДЛИШКОВОЇ ВАГИ – ПРОБЛЕМА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ХХІ СТОЛІТТЯ

Сокол К. М., Сидоренко М. О., Завгородній І. В.

Проблема лишньої ваги та дефіциту маси тіла є актуальною для людей різної статті і віку, незалежно від соціальної і професійної належності. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) ситуацію з ожирінням характеризує як епідемію. Кількість людей з ожирінням невинно зростає. В період з 1980 р. в багатьох країнах Європи поширеність ожиріння виросло в 3 рази. Особливо високими темпами збільшується ожиріння серед дітей. За прогнозами вчених чисельність людей з ожирінням буде зростати щороку на 4 млн. В багатьох країнах більше половини дорослого населення мають надлишкову вагу, при цьому до 30 % дорослих відносяться до категорії осіб з клінічним ожирінням.

Однією із самих важливих проблем громадського здоров'я є зростання кількості дітей з надлишковою вагою. Досягнувши зрілого віку, можливо вони будуть страждати від ожиріння. Ожиріння призводить до зростання захворювань сахарним діабетом, раком і хворобами серця. Проблема ожиріння призводить до економічних наслідків у зв'язку зі зниженням продуктивності праці і рівня доходів.

В Україні надлишкову вагу тіла мали 25 % дітей шкільного віку та 15 % мали її дефіцит. Вважається, що значною мірою відхилення від нормальної ваги тіла пов'язано з неповноцінним харчуванням населення [1, С. 235].

Надлишкова вага тіла та ожиріння відмічається майже у всіх країнах Європейського регіону, чисельність людей з надлишковою масою тіла за показниками ІМТ в Європейському регіоні є одним з найвищих серед інших регіонів ВООЗ і становить 26,5.

Для діагностики ожиріння і визначення його ступеня використовують індекс маси тіла (ІМТ) який вираховується діленням ваги тіла в кілограмах на квадрат росту в метрах. За визначенням ВООЗ індекс маси тіла (кг/м²) для осіб 18–65 років можна класифікувати:

16 і менше	– виражений дефіцит маси тіла
16–18,49	– дефіцит маси тіла
18,5–24,99	– норма
25–29,99	– надлишкова маса тіла (передожиріння)
30–34,99	– ожиріння I ступеню
35–39,99	– ожиріння II ступеню
40 і більше	– ожиріння III ступеню (морбідне)

За результатами досліджень особи, у яких показники ІМТ доходить до 30 помирають на 9 років раніше ніж їхні однолітки, при ІМТ більше 40 тривалість життя скорочується на 13 років.

Перше місце в рейтингу по ожирінню займають США, на другому місці стоять Європейські країни. Серед країн з надлишковою вагою і ожирінням рахуються Великобританія, Венгрія, Румунія, Греція, Албанія. В таких країнах як Чехія, Фінляндія, Германія і Словенія більше 4 % населення страждає ожирінням [2].

В Україні від ожиріння страждає більше 15 % населення. В середньому серед осіб працездатного населення 30 % осіб страждає від ожиріння і біля 25 % мають надлишкову вагу. Більше худих реєструється серед молоді 18–19 років, а ожиріння зустрічається у віці 50–59 років. Серед дітей шкільного віку половина обстежених мали дефіцит і 15–25 % – надлишкову вагу тіла [2, 5].

За період 2000–2013 років розповсюдженість ожиріння серед дорослого населення виросла в 1,9 рази, а по 8 областях цей показник був набагато вищим. Найбільш високим він зареєстрований в Харківській – в 6,3 рази (із 234,0 до 1697,0 на 100 тис. населення) [4].

Серед факторів, що сприяють ожирінню виділяють гіподинамію, значне вживання легко засвоюючих вуглеводів (солодкі напої, багаті сахарами дієти), генетичні, психогенне переїдання, схильність до стресів, недосипання [2].

Дефіцит ваги є такою ж проблемою для організму як надлишкова вага. Дефіцитом ваги виражається в зниженні маси тіла людини нижче критичної відмітки ІМТ. Дефіцит ваги пояснюється: захворюваннями шлунково-кишкового тракту; ендокринної системи в якій спостерігаються гормональні збої; способом життя – недостатнє та незбалансоване харчування із малою кількістю жирів і вуглеводів; стреси; недосипання; куріння. У дітей дефіцит ваги може спостерігатися в ранньому віці із-за недокорму. На внутрішньоутробній стадії, на стадії плоду недостатня вага визивається неправильним і недостатнім харчуванням матері, шкідливими звичками.

Дефіцит ваги може мати значні негативні наслідки: втрата жирової і м'язової тканини; пониження імунітету та опірності організму, вразливість різних систем організму; часті хвороби, нервові зриви та депресія, швидка втома, пониження розумової активності. Сучасні вчені виділяють декілька ступенів дефіциту маси тіла: 1-й ступінь передбачає відхилення від норми на 10–15 %, 2-й на 15–30 %, 3-й більш ніж на 30 %. У дорослих дефіцит ваги вважається, коли індекс маси тіла (ІМТ) знижується менше 18,5 кг/м². Симптоми нестачі ваги часто бувають візуальними: втрата жирового прошарку на грудях, животі, кінцівках, на обличчі [3].

Рекомендації по профілактиці дефіциту ваги і ожиріння загальновідомі, це здоровий спосіб життя; збалансоване раціональне харчування; фізична активність. У дітей необхідно витримувати правила вигодовування дитини та регулярний контроль фізичного розвитку.

Висновок. Значний ріст кількості хворих з ожирінням в Харківській області, набагато перевищуючи показники всіх інших областей України зумовлює необхідність розробки регіональної програми. Як часиною цієї програми можна вважати Договір, укладений між ХНМУ та продовольчою та сільськогосподарською організацією ООН по імплементації проекту «Оцінка стану харчування дітей шкільного віку в Україні».

Використана література

1. Охорона здоров'я України: результати діяльності (щорічна доповідь, 1999 рік), – К.2000. – 520 с., (С. 235).
2. Каминский А.В. Ожирение: Эпидемиология, риски для здоровья, классификация и формы распределения жировой ткани // Ліки України. – 2005. – № 2.
3. Боднар Г.П. Михальчишин, А.О. Пешко// Сімейна медицина. – 2008. – № 1. – С. 82–85.

4. Шутова В.И., Данилова Л.И. Ожирение, или синдром избыточной массы тела // Медицинские новости. – 2004. – № 4. – С. 41–47.

5. Е.В. Мисюра, А.В. Казаков, Н.А. Кравчун. Эпидемиологические аспекты ожирения в Украине. – ISS № 1680–1466, Endocrinologia, 2014, Volume 19, № 4., – С. 325.

ЕКОЛОГІЧНІ ТЕХНОГЕННІ КАТАСТРОФИ ТА НАДЗВИЧАЙНІ СИТУАЦІЇ НА ТЕРИТОРІЇ УКРАЇНИ ТА ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Сокол К. М., Сокол В. К.

Кінець ХХ і початок ХХІ сторіччя поставило людство перед рядом глобальних загроз, одна з яких – бурхливий ріст природних і техногенних катастроф і надзвичайних станів. Вони супроводжуються людськими жертвами, люди лишаються житла, наносяться збитки економіці держави, але найбільша проблема – це погіршення стану навколишнього середовища, яке стає все менш придатним для проживання людства.

За даними літератури [1] кількість лише природних катастроф за останні 100 років виросла в 20 разів. Кількість загиблих у ХХ сторіччі від стихійних лих була більше 8 млн. чоловік, при цьому половина з них загинула від повеней, 22 % – засух, 18 % – землетрусів і вивержень вулканів, 7 % – ураганів. Економічні втрати від шести небезпечних природних процесів щорічно складають 150 млрд. доларів, а до 2050 р. досягнуть 300 млрд. доларів (це половина річного валового продукту).

Не менш вражаючими є і наслідки від техногенних катастроф. Значні аварії, які зареєстровані в 80-ті роки ХХ сторіччя на хімічному заводі в Бхонеле (Індія), на АЕС «Три-Майл-Айленд» (США), на Чорнобильській АЕС (СРСР), пожежа на хімічному складі фірми «Сандаз» в Базелі (Швейцарія), залізнична катастрофа з руйнуванням вагонів, у яких були ядовиті та вибухові речовини в м. Місісога (Канада) – призвели до значних людських жертв, економічних і екологічних наслідків.

В Україні щорічно виникає від 110 до 140 надзвичайних ситуацій. За даними Національної доповіді про стан навколишнього природного середовища в Україні у 2007 р. [2] Східний регіон України є зоною найбільш напруженою щодо можливого виникнення надзвичайних станів. За техногенним навантаженням він не має аналогів у Європі. Із 14562 екологічно небезпечних об'єктів України 4966 (34,1 %) припадає на Донецьку, Луганську, Харківську, Дніпропетровську, Запорізьку області. Із них лише в Харківській області таких об'єктів нараховувалось 1264. За видами небезпеки найбільшу кількість склали пожежонебезпечні, вибухонебезпечні та хімічно небезпечні об'єкти. Періодично на них, та інших об'єктах виникають надзвичайні стани.

Надзвичайні стани в Харківській області відбувалися на радіаційно-небезпечних, вибухонебезпечних об'єктах (склади боєприпасів), на об'єктах комунального господарства: на Дергачівському полігоні твердих побутових відходів, на каналізаційних спорудах м. Харкова, Балаклійського, Ізюмського, Чугуївського районів.

Результатами надзвичайних станів було радіоактивне забруднення навколишнього середовища, підземних водоносних горизонтів, хімічне і біологічне забруднення ґрунту, підземних і поверхневих вод, атмосферного повітря.

Однією з причин виникнення негативних наслідків була невідповідність і необізнаність персоналу об'єктів надзвичайних станів, відсутність планів заходів на випадок виникнення катастроф і надзвичайних станів.

Висновок. Рівень техногенних навантажень на біосферу наблизився до критичного і загрожує незворотними наслідками для всієї світової цивілізації. В цих умовах необхідно значно повисити рівень і ефективність заходів, які зменшують безпеку, розміри та наслідки надзвичайних станів.

Використана література

1. В.И. Осипов. Природные опасности и стратегические риски в мире и в России //Экология и жизнь. – 11-12, – 2009. – С.6.

2. Національна доповідь про стан навколишнього природного середовища у 2007 р. /<http://www.mener.gov.ua/dopovidi/nacdopovidi/>

ОСНОВНІ АСПЕКТИ ОРГАНІЗАЦІЇ МОНІТОРИНГУ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

Сокол К. М., Сокол В. К.

Стійкі негативні тенденції в стані здоров'я населення роблять проблему соціально-гігієнічного моніторингу (СГМ) надзвичайно актуальною. Оцінка комплексної дії факторів ризику, визначення реальних навантажень на різні групи населення з урахуванням регіональних особливостей є досить складним завданням, вирішення якого потребує постійного спостереження і контролю за здоров'ям.

Проведення СГМ потребує застосування певного алгоритму, тобто послідовної реалізації низки етапів. Змістом першого етапу є збирання інформації про здоров'я та стан навколишнього середовища. Проведення СГМ потребує використання інформації із різних джерел. Основними з них є звітні статистичні відомості та результати досліджень (епідеміологічних, натурних тощо).

Аналіз державної статистичної звітності і медичної документації дозволяє отримати медичні та демографічні відомості про регіон спостереження (чисельність і вікова структура, загальна захворюваність та патологічна враженість, інвалідність, смертність, фізичний розвиток, розподіл по групах здоров'я, результати диспансеризації осіб, які мають хронічну патологію). Необхідно проводити ранжирування рівнів захворюваності, виділяючи середній, вище (нижче) середнього, високий та низький рівні.

На підставі отриманих даних проводиться медичне картографування територій, що дає змогу оцінити розповсюдженість маркерної хронічної патології у дітей, як індикаторної групи населення. Основні труднощі цього етапу пов'язані із недосконалістю методів профілактичних оглядів, що використовуються, і існуючих форм первинної статистичної звітності, що ускладнює виявлення причинно-наслідкових зв'язків між станом здоров'я і факторами навколишнього середовища. Тому відомості статистичної звітності повинні доповнюватись результатами відповідних епідеміологічних досліджень, в межах яких проводяться анкетування населення, застосовуються скринінг – методи.

Паралельно збираються дані щодо стану навколишнього середовища, що включають кількісний аналіз характеру і ступеню впливу шкідливих речовин, які містяться у довкіллі. З усіх чинників навколишнього середовища пріоритет залишається за хімічними забруднювачами повітря, води, ґрунту, а в останні роки все більшу актуа-

льність набуває такий фактор як продукти харчування. Атмосферне повітря повинно бути визнано найбільш некерованим середовищем з усіх, з якими контактує людина на протязі життя. Зовнішнє повітряне середовище визначає якісний склад повітря закритих приміщень і формує аерогенне навантаження на населення.

Окрім екологічних умов на цьому етапі повинні бути отримані відомості про соціальні умови мешкання населення, а також дані щодо санітарно-епідеміологічного благополуччя, яке оцінюють працівники державної санітарно-епідеміологічної служби. Кінцевим результатом цього етапу є створення банку даних, проведення ретроспективного аналізу з урахуванням територіального розподілу і виділення по комплексу показників території медико-екологічного неблагополуччя. Бажано виділення такої території в межах обслуговування однієї санітарно-епідеміологічної станції.

На другому етапі моніторингу проводиться статистична обробка і аналіз отриманої інформації. Незалежно від використаної моделі, цей етап є важливим і особливо складним в організації моніторингу. Такий аналіз дозволяє виділити екологічні особливості території та епідеміологічні особливості населення. До них відносяться нозологічні форми, захворюваність якими підвищена, донозологічні стани здоров'я, що мають підвищену розповсюдженість, а також чинники довкілля, що дозволяють відрізнити цю територію від інших.

При цьому обчислюється індивідуальний ризик та ідентифікуються території, проживання на яких наносить максимальний збиток здоров'ю за рахунок забруднення довкілля, так звані території «ризикую». На цьому етапі доцільно використовувати показники смертності, інвалідизації та захворюваності, показники очікуваної тривалості життя при народженні. Медико-санітарна і санітарно-гігієнічна інформація є основою для виявлення зв'язків між захворюваністю і конкретними умовами довкілля.

Третій та четвертий етапи моніторингу досить тісно пов'язані між собою. Їх змістом є виділення критичних змін з боку здоров'я та навколишнього середовища. На підставі проведеної обробки і аналізу отриманої інформації, обґрунтовується гіпотеза про причинно-наслідкові зв'язки між станом здоров'я населення і факторами ризику (ФР) з урахуванням стану санітарно-епідемічного благополуччя.

Змістом наступного, п'ятого етапу моніторингу є пошук і обґрунтування ФР, що призводять до порушень стану здоров'я.

Визначені ФР дають змогу розробити цільову профілактичну програму, що складає зміст шостого етапу СГМ. Комплексна медико-екологічна програма (МЕП) – це комплекс дій, спрямованих на зменшення негативного впливу на здоров'я дитячого населення екологічних, соціально-економічних, санітарно-гігієнічних і медичних ФР. До складу МЕП входить система лікувально-профілактичних заходів і медико-екологічної реабілітації.

Ефективність роботи системи СГМ оцінюється за швидкістю переходу території із розряду «ризикую», де якість життя оцінюється за показниками смертності, до розряду «придатної для життя», де якість здоров'я оцінюється за показниками фізичного розвитку, після впровадження заходів по покращенню якості здоров'я.

Проведення СГМ згідно алгоритму, що пропонується, та впровадження його в практику буде сприяти покращанню стану здоров'я населення України.

ПРОБЛЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ ХІМІОПРОФІЛАКТИКИ У ВОГНИЩАХ ТУБЕРКУЛЬОЗНОЇ ІНФЕКЦІЇ

Шевченко О. С., Погорєлова О. О.

Вступ. В умовах епідемії туберкульозу в Україні важливим завданням перед лікарями-фтизіатрами та лікарями загальної лікарської мережі постає проведення профілактичних заходів в осередках туберкульозної інфекції. Одним з основних напрямів цієї роботи є проведення хіміопрофілактики серед контактних осіб, що попереджує подальше розповсюдження туберкульозу.

Мета. Оцінити динаміку охоплення контактних осіб у вогнищах туберкульозної інфекції хіміопрофілактикою та динаміку захворюваності на туберкульоз серед цього контингенту за 2014–2016 рр. в Харківській області та Україні.

Матеріали і методи. В рамках даної роботи нами були проаналізовані матеріали аналітично-статистичних довідників «Туберкульоз в Україні» за 2014–2016 рр. [1–3]. Статистична обробка даних була проведена в редакторі Microsoft Office Excel 2007.

Результати. Оцінюючи охоплення хіміопрофілактикою осіб з вогнищ туберкульозної інфекції в Україні, ми відмітили зниження відсотку охоплених з 92,8 % у 2014 р. до 90,9 % у 2015 р. та до 84,9 % у 2016 р. До аналізу були включені лише особи, які мали контакт з хворими-бактеріовиділювачами зі збереженою чутливістю до протитуберкульозних препаратів, та які не мали ознак активного захворювання на момент призначення хіміопрофілактики, адже лише ці особи підлягають призначенню хіміопрофілактики відповідно до Наказу МОЗУ № 620 від 04.09.2014. Натомість аналізуючи захворюваність на туберкульоз в осередках туберкульозної інфекції ми бачимо її ріст з 6,7 на 1000 контактних осіб у 2014 р. до 7,6 – у 2015 р. та до 9,3 у 2016 р. Крім того різке зниження охоплення хіміопрофілактикою контактних осіб у 2016 р. дозволяє прогнозувати різке збільшення захворюваності серед них.

При аналізі ситуації в Харківській області ми відмітили більш позитивну динаміку між 2014 та 2015 рр. – збільшення охоплення хіміопрофілактикою з 96,2 % до 98,0 %, але різко негативну динаміку до 2016 р. – зменшення охоплення хіміопрофілактикою до 78,9 %. Наразі ми маємо позитивні результати достатнього охоплення хіміопрофілактикою у 2014–2015 рр. – зменшення захворюваності в осередках туберкульозної інфекції з 8,8 до 8,0 на 1000 контактних осіб. Але низький відсоток осіб, які отримали хіміопрофілактику у 2016 р., дозволяє прогнозувати погіршення даних показників.

Висновки. У ході аналізу динаміки охоплення контактних осіб у вогнищах туберкульозної інфекції хіміопрофілактикою та динаміки захворюваності на туберкульоз серед цього контингенту за 2014–2016 рр. в Харківській області та Україні ми встановили зворотній кореляційний зв'язок між цими показниками. Щодо захворюваності серед цього контингенту, ми відмітили її збільшення в Україні та зменшення в Харківській області. Окремо звернув на себе увагу той факт, що у 2016 р. охоплення хіміопрофілактикою було виражено недостатнім, що дозволяє прогнозувати подальше збільшення захворюваності серед контактних хворих. Отримані результати підкреслюють важливість профілактичної роботи взагалі та хіміопрофілактики туберкульозу зокрема, як в роботі лікарів-фтизіатрів, так і в роботі лікарів загальної лікарської мережі.

Використана література

1. Туберкульоз в Україні (аналітично-статистичний довідник) / Н.М. Нізова, О.В. Павлова, А.М. Щербінська та ін. – Київ. – 2014. – 117 с.
2. Туберкульоз в Україні (аналітично-статистичний довідник) / Н.М. Нізова, О.В. Павлова, А.М. Щербінська та ін. – Київ. – 2015. – 115 с.
3. Туберкульоз в Україні (аналітично-статистичний довідник) / Н.М. Нізова, О.В. Павлова, А.М. Щербінська та ін. – Київ. – 2016. – 115 с.

**ВИЗНАЧЕННЯ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ХВОРИХ
НА ІШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ ТА МЕТОДИ ЇЇ КОРЕКЦІЇ**

Григорова І. А., Григоров М. М., Тесленко О. О.

Досьогодні рівень хворих на гострі порушення мозкового кровообігу (ГПМК) зростає у всьому світі. Найбільш важкою її формою є церебральний інсульт, який становить 120 випадків на 100000 населення за рік. При цьому виявлена значна перевага частоти ішемічного інсульту (ІІ) над геморагічним (65–70 % хворих мають порушення мозкового кровообігу за ішемічним типом) [1, С. 43; 2, р. 1278].

Саме тому має велике значення використання нових методів діагностики і лікування хворих на ІІ на тлі їх патогенетичного підґрунтя.

Метою даної роботи є оптимізація методів, щодо діагностики ендотеліальної дисфункції (ЕД) у хворих на ІІ та корекція лікування даної категорії хворих.

Методи та результати. Нами проведене обстеження 180 хворих на ІІ у відновному його періоді (через 3–6 місяців), віком від 55–75 років, що знаходились на лікуванні в неврологічному відділенні обласної клінічної лікарні і поліклініці. Окрім стандартного обстеження хворих, згідно Українського протоколу, нами застосовувався додатковий метод, що більш досконало виявляє дисфункцію ендотелію судин. Ендотеліальна дисфункція є вагомим патогенетичним чинником розвитку атеросклерозу, що ускладнюється тромбозами судин мозку, серця, нирок, нижніх кінцівок, тощо. Як один з самих великих за масою органів людини, вона відіграє велику роль в перебігу і наслідках ІІ [3, С. 60–61]. Нами був удосконалений метод J.Hladovec, який дозволяє визначити циркулюючі десквамовані ендотеліоци (ЦДЕ) [4, С. 1–3]. Згідно удосконаленій методиці, ми підраховували кількість ЦДЕ, та визначили їхню морфологічну характеристику (плащу, максимальний розмір) у хворих на ІІ та в контрольній групі, до якої увійшли особи відповідного віку без порушень мозкового кровообігу. Нами виявлено значне підвищення кількості і площі ЦДЕ у хворих на ІІ, особливо у тих, хто займався тютюнопалінням, не приймав статини та засоби, що позитивно впливають на відновлення ендотелію судин (тівортін, тівомакс, капікор, вазопро, тощо).

Висновки. 1. Ендотеліальна дисфункція – є вагомим фактором патогенезу ІІ. 2. Нами виявлені порушення ендотеліальної функції у всіх хворих у відновному періоді ІІ. 3. Більш глибокі зміни ендотелію мали місце у хворих на ІІ, які тривалий час займалися тютюнопалінням та не приймали статини і інші засоби, що сприяють поліпшенню ендотелію судин (тівортин, тівомакс, капікор, вазопро тощо). 4. Вважаємо за доцільне для виявлення діагностики ендотеліальної дисфункції і оптимізації терапії хворим на ІІ застосовували удосконалений спосіб визначення кількості, площі і розміру ЦДЕ венозної крові.

Використана література:

1. Григорова І. А., Гелетка А. А. Сравнительная оценка клинико-инструментальных показателей у больных в восстановительном периоде полусферного ишемического инсульта, получавший курс базовой терапии в сочетании с церебрализином / И. А. Григорова, А. А. Гелетка // Международный неврологический журнал. – № 4(82) – 2016. – С. 43–48.

2. Wityk R. J., Stern B. J. Jshemik Stroke, today and tomorrow // Clinical care Medicine. – 2014. – vol. 22,8. – P. 1278–1293.

3. Григорова И. А. Сосудистые когнитивные нарушения и эндотелиальная дисфункция: современные подходы к терапии /И. А. Григорова // «Здоров'я України». – № 2(41), червень 2017р. – С. 60–61.

4. Патент № 66974, Україна, МПК G-01N 33/00. Спосіб визначення циркулюючих ендотеліоцитів в крові. Патент на корисну модель / И. А. Григорова, А. А. Гелетка, А. Ю. Степаненко. – заявник та патентовласник. – Харківський націон. Мед. ун-т. – № 66974, заявл. 25.01.2012, опубл. 25.01.2012.

СУЧАСНЕ ЛІКУВАННЯ КОГНІТИВНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА ЧЕРЕПНО-МОЗКОВУ ТРАВМУ (ЧМТ)

Григорова І. А., Григоров М. М., Тихонова Л. В.

Однією із найважливіших медико-соціальних проблем є гідна реабілітація хворих з наслідками ЧМТ. Сьогодні відомо, що завдяки великій пластичності мозку триває відновлення мозкових структур певний час після ЧМТ, навіть у віддаленому періоді, однак відновні нейропластичні процеси знаходяться у кожного конкретного пацієнта в різних співвідношеннях між репаративними і деструктивними процесами [1, С. 124; 2, С. 5–6].

Найбільшими чинниками, що призводять до погіршення якості життя хворих на ЧМТ, є когнитивні та психоемоційні порушення, що виникають на тлі вегетативних та ліквородинамічних розладів [3, С. 396–397; 4, С. 88–90].

Метою нашої роботи було вивчення клініко-неврологічного, когнитивного, емоційно-вольового статусу у хворих на ЧМТ та вплив на дані розлади комбінованого препарату, що містить фенібут і іпідакрин (когніфен).

Матеріали, методи та результати. Нами було обстежено 105 пацієнтів працездатного віку, які перенесли закриту ЧМТ середнього ступеня тяжкості працездатного віку. 60 хворих приймали на тлі базової терапії когніфен (по 1 капсулі в 2 прийоми), 45 хворих – пірацетам (1000 мг на добу) протягом 90 діб.

Дослідження проводилося у динаміці на 1, 30, 90 добу після прийому препаратів.

Окрім стандартного обстеження хворих на ЧМТ (згідно вітчизняних протоколів), було проведено психодіагностичне обстеження: когнитивна сфера оцінювалась за Монреальською шкалою (MoCa), тривожність – за шкалою Ч. Д. Спілберга, Ю. Л. Ханіна, депресія – за шкалою Бека.

Вже на 30 день прийому препаратів краща динаміка регресу неврологічних, когнитивних і психо-емоційних розладів, а також ліквородинамічних і вегетативних порушень спостерігалася у пацієнтів, що приймали когніфен. На 90 добу прийому когніфену у подальшому зменшувався когнитивний дефіцит та психо-емоційні розлади (в більшій мірі, ніж у групі контролю).

Висновки. 1. У хворих на ЧМТ середнього ступеня важкості у віддаленому періоді застосування комбінованого препарату когніфен (фенібут+іпідакрин) виявило його високу ефективність (до 92 %) і безпечність. 2. При прийомі когніфену більш значно зменшувався когнитивний дефіцит. 3. Перевага застосування когніфену над пірацетамом у хворих на ЧМТ була у тих пацієнтів, які мали тривожно-депресивний синдром [5, С.56–57].

Використана література:

1. Рахова р. К., Раковлев Н. А. Клинико-психовегетативные и метаболические нарушения у больных с последствиями легкой черепно-мозговой травмы / р. К. Рахова, Н. А. Раковлев // Нейроиммунология. – 2003. – Т.1, № 2. – С. 124–125.
2. Бойко А. В. Костенко Е. В., Батышева Т. Т., Зайцев К. А. Черепно-мозговая травма // Consillium Medicum. – 2007. – Т.9, № 8. – С. 5–10.
3. Pullela R. Raver J., Pfankuch T. et al. Irganatic injury to the immature brain results in progressive neuronal loss, hyperactivity and delayed cognitive impairments // Dev. Neurosci. – 2006. – vol.28. – P. 396–409.
4. Захаров В. В., Дроздова Е. А. Когнитивные нарушения у больных с черепно-мозговой травмой / В. В. Захаров, Е. А. Дроздова // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2013. – Т.(4). – С.88–93.
5. Григорова І. А., Тесленко О. О., Григоров М. М. Ефективність застосування препарату когніфен у хворих із черепно-мозковою травмою / І. А. Григорова, О. О. Тесленко, М. М. Григоров // “ Innovative technology in medicine: experience of Poland and Ukraine”. – Lublin, Republic of Poland. – April 28–29, 2017. P. 53–57.

ДОКАЗОВО-ОБГРУНТОВАНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ПСОРИАЗУ

Ривак Т. Б., Зіменковський А. Б.

Актуальність. В Україні у 2014 р. розповсюдженість псоріазу (Пс) склала 222,5 випадків на 100 тис. населення [2, С. 10]. Псоріаз вражає приблизно 2 % населення, у 30–40 % із них, діагностують псоріатичний артрит (ПсА), при якому в 11–19 % випадків розвивається інвалідність [4, С. 12]. Хворі на Пс і ПсА потребують ретельного контролю та індивідуалізованої фармакотерапії (ФТ), заснованої на даних доказової медицини (ДМ), що обумовило актуальність і мету нашого дослідження.

Мета дослідження. Оцінити раціональність ФТ пацієнтів із розповсюдженою формою Пс та ПсА у реальній клінічній практиці за листками лікарських призначень (ЛЛП).

Матеріали та методи. ЛЛП (n=15), адаптована методика оцінки ФТ щодо виявлення ліко-пов'язаних проблем (drug-related problems, DRPs) [3, С. 12]; інструкції для медичного застосування лікарських засобів (ЛЗ) [1]; дані ДМ, медико-технологічні документи [2, С. 100]. Застосовано методи: сучасного доказового пошуку, порівняльно-аналітичний, клініко-фармацевтичний.

Результати. Проведено дослідження із оцінки раціональності ФТ 15 хворих із розповсюдженою формою Пс та ПсА. Виявлено 505 DRPs, серед яких найбільшу частку склали проблеми сучасної вітчизняної клінічної практики щодо належного призначення ЛЗ – 28,9 %, проблеми лікових взаємодій – 20,6 %, проблеми вибору ЛЗ – 20,0 %, проблеми побічних реакцій – 16,0 % та проблеми дозування ЛЗ – 10,1 %. Нами ідентифіковано 20 потенційних лікових взаємодій, які повторювалися на 15 ЛЛП 104 рази. Більшість із них стосувалися сумісного застосування: 1) системних нестероїдних протизапальних засобів (НПЗЗ) із місцевими, що могло призвести до збільшення ризику кровотеч та гіперкаліємії; 2) поєднання топічних глюкокортикостероїдів (ТГКС) із системними НПЗЗ, що значно підвищувало ризик розвитку системних та місцевих побічних реакцій; 3) а також застосування 2-х або більше топічних ЛЗ сумісно, що загрожувало зростанням концен-

трації діючих речовин у місці нанесення та токсичних реакцій. Встановлено, що у більшості із призначених ЛЗ (n=17) відсутня доказова база щодо ефективності їх застосування при Пс та ПсА. У той же час, 3 пацієнтам призначався ЛЗ (піроксикам), у якого наявні докази щодо шкідливості застосування при Пс та ПсА через фототоксичність. Разом із тим, у 15 ЛЛП не були призначені певні ЛЗ, попри наявні показання, рекомендовані згідно чинних клінічних протоколів надання медичної допомоги пацієнтам із Пс та ПсА, зокрема: 1) для тривалої місцевої ФТ Пс ефективні аналоги вітаміну D (кальципотріол, такальцитол і кальцитріол) (рівень А); 2) У хворих із важкою формою або резистентним Пс необхідно розглянути проведення системної ФТ (після обговорення переваг і ризиків) із застосуванням циклоспорину, метотрексату або ацитретину (рівень В); 3) Монотерапія ТГКС малоефективна, слід поєднувати ТГКС із засобами базисної ФТ, топічними ретиноїдами, похідними вітаміну D₃ або дитранолом; 4) метотрексат рекомендується (рівень В) для тривалого використання у пацієнтів із супутнім ПсА (60 % аналізованих нами хворих); 5) НПЗЗ рекомендується призначати на короткий термін для полегшення симптомів у пацієнтів із ПсА, за відсутності протипоказань (рівень С); 6) при тривалому застосуванні НПЗЗ зростає ризик шлунково-кишкових ускладнень, слід призначити гастропротективні ЛЗ (рівень А).

Висновки. Таким чином, для досягнення ефективного і безпечного контролю активності Пс та ПсА при виборі методів лікування слід дотримуватись доказових рекомендацій та індивідуалізованої фармакотерапевтичної тактики, узгодженої між усіма учасниками медикаментозного процесу.

Використана література

1. Державний реєстр лікарських засобів України. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.drlz.com.ua/>
2. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при псоріазі, включаючи псоріатичні артропатії: Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Псоріаз, включаючи псоріатичні артропатії» Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Псоріаз, включаючи псоріатичні артропатії» – Наказ МОЗ України від 20.11.2015 № 762 – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://mtd.dec.gov.ua/index.php/uk/reiestr-mtd/item/52-psoriaz>
3. Ривак Т.Б. Клініко-фармацевтична складова концептуальної моделі раціональної фармакотерапії в охороні здоров'я України: автореф. дис. на здобуття ступеня канд. фарм. наук: спец. 15.00.01 «Технологія ліків, організація фармацевтичної справи та судова фармація» / Т.Б. Ривак. – Л., 10.05.2012. – 22 с.
4. Сизон О.О. Особливості лікування хворих на артропатичний псоріаз на тлі змін компонентів імунно-ендокринної системи / О.О. Сизон // Журнал дерматовенерології та косметології ім. М.О.Торсуєва. – 2015. – № 1–2. – С. 12–21 – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/jdkit_2015_1-2_4

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ДИТЯЧИХ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ

В'юн В. В., Міщенко М. М., Міщенко О. М.

Результати останніх наукових досліджень переконливо доводять, що переживання будь-якою особою життєвонебезпечних подій призводить до різних негативних медичних та соціально-психологічних наслідків.

Останні історичні моменти, що відбуваються в нашій державі, насичені значними доленосними, драматичними та екстремальними подіями. Стрімко змінюються соціально-економічні формації, руйнуються ідеологічні системи, відбуваються техногенні та природні катастрофи, проводяться воєнні дії, тощо. На тлі усього цього спостерігається значне зростання медико-соціальних негараздів серед населення країни. На перші місця серед цих проблем постають питання психологічного адаптування та реагування людської особистості на значні психоемоційні та психофізичні впливи. Особливо до цих впливів схильний дитячий організм, який знаходиться в стадії свого розвитку. Найбільш частими наслідками негативного психофізіологічного впливу постають так звані посттравматичні стресові розлади (ПТСР), які є складним психологічним процесом, що виникає у відповідь на будь-який значний одно- або багаторазовий психотравмуючий вплив на організм (приниження, сексуальне або фізичне насильство, наслідки катастрофи і т.д.). Особливим чином дія психотравмуючого чинника посилюється у осіб дитячого та молодшого шкільного віку, зважаючи на недостатність розвитку їх психологічних захисних механізмів і адаптивності особистісної сфери, здатних «знівелювати» вплив психотравмуючого фактору.

За даними багатьох досліджень, поширеність ПТСР сягає 100,0 % серед осіб, які перенесли наслідки важкої психотравмуючої ситуації насильства над особистістю (замах на вбивство, важкі тілесні пошкодження, зґвалтування, тощо). Згідно з іншими проведеними дослідженнями поширеність ПТСР серед усього населення сягає 9,0 % – 12,0 %; а поширеність ПТСР у осіб, які не досягли 18-річного віку становить близько 6,0 %; а у 40,0 % – виявляються окремі симптоми даної патології. Для дитячого організму в більшості випадків пусковим фактором розвитку ПТСР є випадки побиття, знущання, приниження, сексуального насильства, втрати дружніх і любовних відносин, почуття прихильності і почуття власної гідності. Дитячий організм на психотравмуючий вплив реагує емоційними порушеннями (відсутність інтересу до подій, зниження життєвої активності, незадоволеність і т.д.).

Для уточнення діагнозу ПТСР необхідна наявність трьох груп (кластерів) симптомів: циклічне повторне переживання психотравмуючого фактору (нав'язливі болісні спогади і переживання, нічні кошмари, постійне «програвання» травмуючої ситуації в дитячих іграх); уникнення будь-яких ситуацій, здатних нагадати про психотравмуючі події зі зниженням емоційної відповіді на пережитий стресовий фактор (ізоляція, амнезія, уникнення) і гіперзбудження (порушення концентрації уваги дитини, посилення його старт-реакції і емоційне збудження).

Виходячи з вищесказаного, першочерговим медико-терапевтичним впливом на ПТСР має бути спрямованість на усунення психотравмуючих переживань. В першу чергу необхідно забезпечити відчуття психосоціальної безпеки дитини, провести психостабілізацію та психорегуляцію. Окрім цього, необхідно нівелювати симптомокомплекс страху, тривоги, депресії шляхом проведення психотерапевтичного впливу, спрямованого на нормалізацію взаємин з іншими дітьми і дорослими в соціумі.

При цьому необхідно враховувати, що ми маємо справу з несформованою особистістю, і що наше втручання не повинно перешкоджати в будь-якій мірі подальшому особистісному розвитку дитини чи підлітка (навчання, засвоєння нової інформації, освоєнні нових навичок і т.д.).

ДИНАМІКА ЗАХВОРЮВАНOSTІ І СМЕРТНОСТІ НАСЕЛЕННЯ ВНАСЛІДОК РАКУ ГУБИ І РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ В УКРАЇНІ

Децик О. З., Золотарьова Ж. М., Рудко І. В.

Важливими індикаторами ефективності профілактичних заходів та діяльності системи охорони здоров'я є рівні та тенденції захворюваності і смертності, у т. ч. раннього виявлення та виживання онкохворих із візуальними формами злоякісних новоутворень (ЗН) [1]. В цьому плані особливе місце належить раку губи та порожнини рота. Їх питома вага сягає 2–10 % всіх злоякісних пухлин людини. Однак, рак слизової оболонки порожнини рота до 80 %, виявляють на стадії занедбаних форм, що вказує на недоліки профілактики захворювання [1, 2].

Мета: вивчити десятирічні тренди захворюваності і смертності внаслідок злоякісних новоутворень губи і ротової порожнини в Україні.

Матеріали і методи: Проаналізували базу даних Національного канцер-реєстру України за 2007–2016 рр.

Результати. Встановлено, що в Україні впродовж періоду спостереження була реалізована Загальнодержавна програма боротьби із онкологічними захворюваннями, прийнято наказ МОЗ України від 01.10.2013 № 845 «Про систему онкологічної допомоги населенню України». Крім цього, завдяки приєднанню України до Рамкової Конвенції ВООЗ із боротьби проти тютюну та реалізації ряду відповідних профілактичних заходів на державному рівні вдалось досягнути зменшення поширеності серед населення куріння, яке, як відомо, є провідним чинником ризику раку губи. Як наслідок, в динаміці за останнє десятиріччя (2007–2016 рр.) первинна захворюваність на рак губи демонструвала тенденцію до зниження з 2,6 на 100 тис. населення у 2007 р. до 1,6 аналогічних випадків у 2016 р., що становить – 38,5 % у показниках наочності.

Проте, стосовно захворюваності на злоякісні новоутворення (ЗН) ротової порожнини за цей же період часу навпаки виявлено тенденцію до зростання (з 5,1 до 5,5 випадків на 100 тисяч населення, тобто на 7,8 %). В результаті, рак ротової порожнини діагностується на сьогодні у 3,5 рази частіше, ніж рак губи.

Подібно до коефіцієнтів захворюваності рівні смертності при ЗН губи також суттєво нижчі (у 7–13 разів) від аналогічних показників при ЗН ротової порожнини і характеризуються приблизно такими ж, як при первинній захворюваності, тенденціями. Так, смертність від раку губи знизилась незначно (з 0,5 до 0,3 на

100 тисяч населення впродовж 2007–2016 рр.), а від раку ротової порожнини – зросла (з 3,2 до 3,9 на 100 тисяч населення відповідно).

На відміну від попередньо аналізованих показників, поширеність раку губи є вищою, ніж раку порожнини рота, що швидше усього є наслідком уже показаних на порядок нижчих рівнів смертності при ЗН губи. Однак, поширеність ЗН губи за досліджуваний період часу демонструє чітку тенденцію до зниження: на 35,3 % (з 53,2 до 34,4 на 100 тисяч населення), що очевидно є наслідком зменшення захворюваності на цю патологію. І навпаки, стрімке зростання захворюваності на ЗН ротової порожнини на тлі менш вираженого зростання смертності, призвело до зростання контингентів хворих на ЗН ротової порожнини – на 23,5 % (з 19,6 до 24,2 на 100 тисяч населення).

Слід зазначити, що від раку як губи, так і ротової порожнини чоловіки потерпають у декілька разів частіше, ніж жінки.

Більше половини первинних випадків раку губи виявлялись при профілактичних оглядах (56,6 % і 52,5 % за 2007 і 2016 р. відповідно). Однак, цього все ще недостатньо, оскільки показники занедбаності, хоч і були невисокими, але й не демонстрували позитивної динаміки як за пізнім на III–IV стадії виявленням (9,9 % та 12,1 %), так і за летальністю до року (6,6 % та 8,5 %).

Відсоток виявлених первинних випадків ЗН ротової порожнини при профілактичних оглядах, хоча й зріс (з 22,8 до 25,4 % впродовж 2007–2016 рр.), проте рівні його залишалися низькими. Як наслідок, утримувались високими та демонстрували негативну динаміку показники занедбаності: половину випадків ЗН цієї локалізації (40,7 % у 2007 р. і 53,7 % в 2016 р.) виявляли на пізніх стадіях; близько 40 % з числа вперше виявлених хворих (47,0 % і 39,9 %) не доживали і одного року після діагностики патології.

Доведено, що між розглянутими показниками існують кореляційні зв'язки: чим вище охоплення профілактичними оглядами, тим нижчою є частота пізніх стадій раку ($r_{xy} = -0,97$, $p < 0,05$) і летальності до року ($-0,99$).

Висновки.

1. За даними аналізу динаміки і рівнів показників захворюваності та смертності від раку губи в Україні доведена ефективність та доцільність профілактичних заходів на державному рівні.

2. Показана потреба розробки та впровадження національної цільової програми профілактики раку ротової порожнини.

Використана література

1. Рак в Україні // Бюлетень Національного канцер-реєстру України. – № 9–18. – Режим доступу: <http://www.ncru.inf.ua/publications/index.htm>. – Назва з екрана.
2. Global Cancer Facts & Figures. 2nd Edition WHO. – American Cancer Society, 2011. – 60 р.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ФЕНИЛКЕТОНУРИЕЙ

Ефремова О. А., Хмель О. Б., Михайлова А. В.

Вступление. Одним из наиболее важных показателей благополучия населения и качества оказания медицинской помощи является состояние здоровья населения и, в первую очередь – подрастающего поколения. На данный момент во всем мире и, в Украине в том числе, остро стоит проблема социальной адаптации

людей с редкими (орфанными) заболеваниями их лечение и реабилитация. Для социума очень важна такая работа, которая позволяет стать людям с орфанными заболеваниями полноценными членами общества.

Пример важности адаптации, лечения и реабилитации людей с редкими болезнями можно рассмотреть на таком заболевании как фенилкетонурия (ФКУ).

Учитывая значительный опыт ведения пациентов с ФКУ – в нашем Центре с 1986 г. проводится неонатальный скрининг, в настоящее время сформировано поколение взрослых пациентов с ФКУ, которые с рождения находились на специализированной диете и получали лечебное питание.

Материалы и методы: в ХМСМЦ-ЦР(О)З на диспансерном учете находится 103 пациентов с диагнозом ФКУ, 38 из них – старше 18 лет.

Цель: В связи с достижением пациентами с ФКУ взрослого возраста возник вопрос о предупреждении развития сердечно-сосудистых заболеваний у данной группы пациентов. Было проведено определение наличия гипергомоцистеинемии, как фактора риска сосудистой патологии у пациентов с ФКУ, учитывая их диетические особенности.

Результаты и обсуждение. Всем пациентам было проведено молекулярно-генетическое исследование мутации R408W гена PAH. Данная мутация выявлена у 29-ти больных. Что составило 85 %, у 13-ти, что составило – 38 % в гомозиготном состоянии. При исследовании полиморфных вариантов генов системы фолатного цикла обнаружены следующие варианты мутаций: гетерозиготный компаунд MTHFR C677T / MTRR A66G, гетерозиготный компаунд MTHFR C677T / MTR A2756G. Гомозигота MTHFR C677T; гетерозигота MTR A2756G; гетерозигота MTHFR C677T выявлены у 15 %. У 43 % (16 больных) обнаружено повышение уровня гомоцистеина (ГЦ) крови более 12 мкмоль/л (у 2-х более 50 мкмоль/л). Полученные данные позволили заподозрить, что в этих случаях мы имели дело с сочетанным нарушением обмена аминокислот – ФА и метионина (Мет).

Выводы. Повышение уровня ГЦ в крови у пациентов с ФКУ указывает на повышенный риск развития тромбоза, атеросклероза и инсульта. Вероятно, данное повышение обусловлено особенностями диеты пациентов с ФКУ – низким потреблением продуктов, содержащих витамины группы В: фолиевую кислоту, В6, В12, которые являются кофакторами ферментов фолатного цикла. Кроме того, наличие полиморфизмов генов фолатного цикла у пациентов с ФКУ также способствует повышению уровня ГЦ. Таким образом, данная синтропия – ФКУ и гипергомоцистеинемия, может свидетельствовать о необходимости более специфического подхода к диетотерапии – элиминации из рациона не только ФА, но и Мет, возможно, путем создания нового специального лечебного питания – смеси без содержания данных аминокислот.

СТРАТЕГІЯ «ЗУПІНИМО ТУБЕРКУЛЬОЗ»

Матвеева С. Л., Галаніна Ю. В., Омельченко О. О.

Актуальність: У резолюції Всесвітньої Асамблеї охорони здоров'я, яка була прийнята у 1991 р. захворювання туберкульоз було названо найголовнішою проблемою охорони здоров'я та визначено чіткі завдання із закликом до всіх країн боротися з цією хворобою шляхом впровадження результативної стратегії контролю. Проголошена у 1995 році епідемія туберкульозу в Україні ще й дотепер за-

лишається однією із перших причин летальних випадків та інвалідності серед інфекційних хвороб.

Мета: Описати стратегію «Зупинимо туберкульоз», яку впровадили у 2006 році. Її метою стоїть суттєве зменшення глобальної проблеми цього захворювання і забезпечення проведення подальших досліджень для розробки інноваційних методів та заходів для елімінації мікобактерій туберкульозу до 2050 року, а саме менше одного випадку на 1 мільйон населення.

Матеріали та методи: Застосовано бібліографічний, статистичний методи. Проаналізовано статистичні дані МОЗ, джерела вітчизняної та зарубіжної літератури, результати досліджень.

Результати: Після оголошення у 1994 році захворювання на туберкульоз проблемою, яка гостро стоїть в українському суспільстві, ВООЗ розробила «Структуру для ефективного контролю за туберкульозом» і почала застосовувати стратегію, яку назвали «DOTS». Вона складалася з п'яти елементів: отримання підтримки програми на державному рівні, мікробіологічної діагностики, лікування під постійним наглядом, безперервного забезпечення етіотропних препаратів та контролю програми. Впровадження «DOTS» дало змогу зменшити летальність майже у всіх країнах, крім країн Африки та Східної Європи. Це пов'язано з причинами низького рівню медичного обслуговування, хибної епідемічної ситуації, соціальні негаразди та збільшення інфікування вірусом імунодефіциту людини. Для визначення перелічених проблем ВООЗ розгорнуло в 2006 році комплексну Стратегію «Зупинимо туберкульоз», яка мала у собі заходи, метою яких є досягнення Цілей розвитку тисячоліття і цілей Партнерства «Зупинимо туберкульоз» та фундаментальні цілі ВАОЗ від 1991 року. До них належить:

- 1) продовжувати розповсюдження та зміцнення попередньої «DOTS»;
- 2) з'ясувати проблеми поєднання патології захворювання на туберкульоз та інфікування ВІЛ, мультирезистентних форм туберкульозу. Втамувати потреби малозабезпечених і сприйнятливих груп населення щодо подолання цієї хвороби;
- 3) завдяки первинній медико-санітарній допомозі сприяти зміцненню системи охорони здоров'я;
- 4) залучити робітників всіх медичних закладів;
- 5) завдяки суспільній праці піддержувати хворих на туберкульоз та суспільство;
- 6) дати змогу подальшого розвитку науково-дослідницької праці та сприяти її функціонуванню та розвитку;

Основна відмінність стратегії «DOTS» та стратегії «Зупинимо туберкульоз» є особлива увага на концепції медичної допомоги, центром якої є пацієнт, хворий на туберкульоз. Першочерговим завданням є абсолютний доступ до найефективніших та найсучасніших методів лікування, скринінгу та моніторингу туберкульозу, не зважаючи на вік, статі, ВІЛ-статус, локалізацію процесу, ознак медикаментозної стійкості, матеріальний статус та становище у суспільстві. Впровадження програми показало, що швидкість реалізації кожного її компонента буде змінюватись залежно від характеру медичного обслуговування, епідеміології туберкульозу, соціально-економічної ситуації та обґрунтованості використання «DOTS» нині.

Висновки: Стратегія «Зупинимо туберкульоз» відповідає баченню світу без туберкульозу. За існуючим масштабом епідемії, туберкульоз є найперша соціальна проблема. Мається на увазі не лише про кошти на лікування великої кількості людей та зменшення кількості працездатних осіб, а й ще витрати для сімей хворих

та додаткові кошти, призначені на соціальну допомогу (непрацездатність чи інвалідність хворого), які вилучаються з державного бюджету. Проблема туберкульозу в нашій країні є випробуванням для системи охорони здоров'я. Крім того є загрозою, з якою боротися необхідно пліч-о-пліч. Частиною цієї проблеми є неефективність медичної допомоги в Україні. Для того, щоб подолати епідеміологічну ситуацію, необхідна спільна праця усіх – медичних працівників, центральної та місцевої влади, СМІ, громадських організацій та підприємств.

Використана література

1. Петренко В. І. Фтизіатрія: Підручник. К.: Медицина, 2008. – 488 с.
2. Перельман М. І., Корякин В. А., Богадельникова І. В. Фтизіатрія: Підручник. – 3-е вид., перероб. та доп. – М.: Медицина, 2004. – 520 с.
3. Закон України «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз» Ст. 3, 9, 10 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2586-14>.

ЗДОРОВ'Я ЯК ОДНА З НАЙВАЖЛИВІШИХ ПОТРЕБ НАСЕЛЕННЯ

Мельниченко О. А.

«Розвиток суспільства супроводжується збільшенням кількості благ, здатних задовольнити усе зростаючі потреби населення» [4, С. 198], які є «своєрідною рушійною силою, що спонукає індивіда до використання наявних і створення нових можливостей задля покращання власного життя» [3, С. 35]. І хоча загальновідомими є існуючі відмінності окремих верств населення у потребах і можливостях їх задоволення, але подальшого наукового обґрунтування потребують розмаїття потреб населення, їхні класифікації та значущість, що, зрештою, й обумовлює актуальність даного дослідження.

Передусім слід віддати шану тим науковцям, які збагатили світову науку власними оригінальними підходами до класифікації потреб населення. Звісно, найвідомішим є А. Маслоу, проте варті уваги й напрацювання таких знаних учених, як М. Альберт, О. Дейнека, Є. Дмитрієва, Є. Кремльов, С. Лисенко, Г. Ложкін, В. Мандибура, М. Мескон, В. Спасенніков, Н. Харченко, Ф. Хедоурі, О. Черниш та ін. Так, зокрема, варті уваги пропозиція Н. Харченко відносити до основних потреб таке: «мінімальні умови приватного споживання сім'ї; умови, охорону та оплату праці; здорові умови проживання; доступ до соціальних благ і послуг; особиста безпека; можливість брати участь у політичному й культурному житті суспільства, підтримувати соціальні зв'язки» [5, С. 92].

Водночас, додаткових пояснень потребують окремі твердження, згідно з якими до потреб населення належать: «потреби економії» [1], «гігієнічні і мотиваційні чинники, психологічні фактори, прояви життєдіяльності» [2], що, радше за все, є умовами підтримання прийнятного рівня життя особами з низькими доходами; «життєві потреби» [1], оскільки усі ці потреби тією чи іншою мірою забезпечують життєдіяльність людини, тим самим нівелюючи специфічні ознаки таких потреб; «потреби зростання» [1], тобто, ймовірно, прагнення населення підвищити рівень і покращити якість власного життя (у т.ч. за рахунок збільшення доходів, професійного розвитку...).

Проведені узагальнення напрацювань вищенаведених науковців і результати власних досліджень дозволили:

1. Вдосконалити класифікацію потреб населення:

- за рівнем: класи, групи, конкретизовані;
- за масштабом: суспільні, колективні, особисті;
- за статусом: первинні, вторинні;
- за сферою задоволення: комунально-побутові, соціально-культурні;
- за способом задоволення: природно-фізіологічні, соціально-економічні;
- за специфікою: абсолютні, базові, дійсні, задоволені, ідеальні, нагальні, платоспроможні, реальні, ситуативні; насичуванні, ненасичуванні; розумні, ірраціональні;
- за видом: безпеки (захищеності), взаємовідносин, виживання, визнання, влади, гордощів, інтелектуальні, комфорту, кохання, новизни, поваги, прихильності, причетності, різноманітності, розвитку, самовираження, самореалізація, уваги, успіху;
- за формою вираження: духовні, матеріальні.

2. Запропонувати авторську ієрархію потреб населення (рис. 1):

– «тіло» – передбачає дотримання хоча б мінімально прийняттого рівня задоволення тих потреб (чисте повітря, питна вода, харчі, одяг, взуття, житло, безпека, відпочинок), без яких практично неможливо забезпечити життєдіяльність людського організму (тобто збереження індивідом статусу живої істоти); недостатнє задоволення потреб цього рівня фактично мінімізує користь від задоволення потреб вищих рівнів;

– «дохід» – обов'язкове джерело задоволення усе зростаючих потреб індивіда, з одного боку, а з іншого – монетизоване відображення його суспільної значущості (фактично – здатності заробляти гроші); чим більшим є дохід індивіда, тим вищим є рівень його «комфорту», тобто умов проживання, відпочинку..., а також з'являються нові потреби та можливості їх задоволення; саме тому населення потребує усе більших доходів, без яких неможливо не лише втілити в життя прагнення дедалі комфортнішого життя, а й забезпечити збереження (тим паче, в умовах галопуючої інфляції) звичного його рівня;

– «душа» – людина, як істота соціальна, має перебувати у гармонії як із самим собою, так і з оточуючими; при цьому важливо не лише отримувати особисте задоволення від досягнених результатів, а і схвальні оцінки оточуючих; до таких потреб належать довгострокові цінності, які пов'язані не лише з людиною особисто (довге життя та міцне здоров'я), а й з її родиною (продовження роду, міцна родина, достаток) і суспільством (приналежність, повага, релігія, самовираження).

3. Конкретизувати роль і місце здоров'я в ієрархії потреб населення, виходячи з того, що кожна зі її складових (рис. 1) є взаємопов'язаними. Так, зокрема, задоволення щонайменше фізіологічних потреб індивіда є важливою запорукою прийняттого стану його організму (фізичного здоров'я); водночас, достатні моральні мотивація та стимулювання індивіда сприяють підтриманню на належному рівні його психологічного здоров'я.

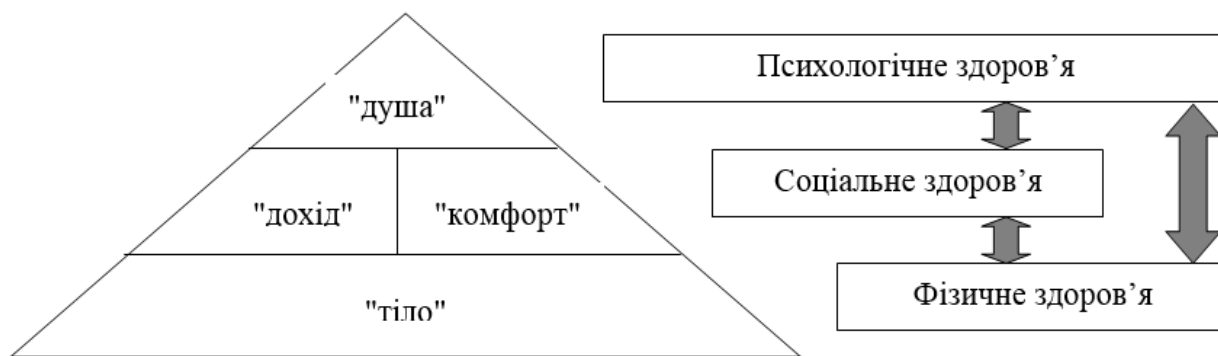


Рис. 1 – Ієрархія потреб населення (авторська розробка)

З іншого боку, стан здоров'я істотним чином обумовлює як перелік потреб (зокрема, зростає залежність від доступності відповідних медичних препаратів, медичних і соціальних послуг...), так і ставлення до міри їх задоволення (індивід тішиться, коли "не болить", якщо вдалось зробити раніше неможливі рухи чи скуштувати до цього часу заборонену страву...). Стан здоров'я (зокрема, фізична слабкість, надмірна вага, хронічні захворювання, інвалідність...) також обмежує доступ осіб з такими характеристиками до обіймання певних посад і/чи здійснення окремих видів діяльності, а з тим – зменшує можливості формування власних доходів; при порівняно нижчих доходах, такі особи значно більшу їх частку витрачають на підтримання прийнятнього стану власного здоров'я, тим самим позбавляючи себе можливості задовольняти інші потреби. Особи з вадами здоров'я є більш чутливими до умов проживання (клімат, екологія...), а ті з них, котрі мають особливі потреби – до належного догляду за ними (як у родинах, так і у закладах для інвалідів, геріатричних будинках, хоспісах...) та розвитку соціальної інфраструктури (облаштування будівель пандусами, а громадського транспорту – місцями для таких осіб; доступності індивідуальних засобів пересування...). На цьому тлі викликає занепокоєння ситуація, коли більшість співвітчизників не лише зневажливо ставляться до лікування виявлених хвороб (виправдовуючи, почасти, небезпідставно, таку свою поведінку браком коштів) і нехтують профілактичними оглядами, а і не дотримуються здорового способу життя (і це на тлі того, що значно корисніше та приємніше інвестувати у профілактику захворювань, аніж на їхнє лікування).

З урахуванням вищевикладеного матеріалу можна зробити такі **висновки**. Вдосконалена класифікація потреб населення та авторська розробка їх ієрархії є теоретичним підґрунтям для кращого розуміння соціальних і економічних процесів у суспільстві, а відтак – прийняття більш виважених управлінських рішень. Конкретизація ролі та місця здоров'я в ієрархії потреб населення є додатковою аргументацією не лише для пропаганди здорового способу життя та подальшого розвитку системи охорони здоров'я, а і створення робочих місць і розбудови інфраструктурних об'єктів для осіб з обмеженими можливостями. Продовження наукових розвідок за даною проблематикою сприятиме подальшому підвищенню міри задоволеності потреб населення як запоруки покращання якості його здоров'я.

Використана література

1. Дейнека О.С. Экономическая психология. Санкт Петербург: Изд-во СПбГУ, 2000. 160 с.
2. Ложкін Г.В., Спасенніков В.В. Економічна психологія: навчальний посібник. – 2-ге вид., переробл. і доповн. Київ: Професіонал, 2006. 400 с.

3. Мельниченко О.А. Вплив структурних зрушень в національній економіці на споживчі настрої населення. Актуальні проблеми державного управління: зб. наук. пр. Харків: Вид-во ХарПІ НАДУ "Магістр", 2015. № 2. С. 31–37.

4. Мельниченко О.А. Державна політика щодо підвищення рівня та якості життя населення: дис. ... д.держ.упр.: спец. 25.00.02. Запоріжжя, 2010. 448 с.

5. Харченко Н. Сравнение методических подходов к измерению уровня бедности. Социология: теория, методы, маркетинг. 2000. № 3. С. 86–99.

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ПІДЛІТКОВОЇ НАРКОТИЗАЦІЇ СУСПІЛЬСТВА

Мищенко М. М., Мищенко О. М.

Однією зі значних медико-соціальних проблем нашого суспільства є велика розповсюдженість психоактивних речовин серед дітей та підлітків.

Наркотичні речовини, як і їх негативний вплив на особистість відомі для світового співтовариства вже значний проміжок часу. Не зважаючи на це, тільки в другій половині двадцятого сторіччя наркотичні та інші, близькі до них за дією речовини почали значно хвилювати світове суспільство через те, що вони через свою поширеність і негативну дію спроможні призвести до повної загибелі людської цивілізації.

Медико-соціальна значимість здоров'я дітей та підлітків зумовлена тим, що вони є так званім «резервом» нашого суспільства. Дитяча та підліткова наркоманія вперше виникла в США та інших західних країнах наприкінці 50-х – початку 60-х років, а серед населення нашої країни почала зароджуватися наприкінці 60-х років.

Світові науковці, досліджуючи дитячу та підліткову наркоманію констатували деякі відмінності від дорослої: періодичні зловживання наркотичними засобами без виникнення залежності переважають над дійсною наркоманією; дитяча та підліткова наркоманія має невинну тенденцію до постійного омолодження (до 10–12 років); помічається тенденція до швидкої зміни та невинного зростання різноманіття наркотичних речовин (від тяжких опійних до легких – спайси, суміші для куріння та ін.); досить значне поширення має так звана «аптечна наркоманія», що характеризує собою синтезування з аптечних препаратів наркотичних засобів високої токсичності і смертності; високу схильність підлітків до експериментування та зміни вживаних наркотичних речовин; вплив на поширеність дитячої та підліткової наркоманії соціально-психологічних чинників, в особливості сімейних.

Медико-соціальне значення має й невинний зріст даної проблеми серед населення, так, кількість підлітків, які кожного року визнаються хворими на нарко- або токсикоманію, за останні 10 років виросло в 15 разів. Досвід вживання таких речовин за даними багатьох дослідників в різних вікових групах мають від 13,0 % (у 12 років) до 62,0 % (в 18 років) дітей і підлітків. При цьому, середній вік залучення до вживання речовин такого типу знизився до 10–11 років, та навіть менше.

На невинне зростання дитячої та підліткової наркоманії впливає й не сформованість дитячої особистість, її емоційна слабкість та надмірна цікавість, прагнення швидше подорослішати, виділитися від однолітків, тощо. Але, на жаль, дитина в повній мірі не розуміє, що шкідлива пристрасть до нарко- та токсико- речовин призводить до досить серйозних проблем в подальшому.

Так звану «першу» дозу наркотичної речовини дитина чи підліток майже завжди приймає у компанії однолітків (на дискотеці, або навіть у школі). Це зазвичай відбувається виключно з цікавості або за «рекомендацією» друзів. Але, при цьому дитина не розуміє, що отриманий «кайф», ейфорія швидкоплинна, і надалі хворі наркомани вживають наркотичні засоби заради «зняття» негативних наслідків цієї хвороби – «психічної» або «фізичної» залежності. Результатом повторних систематичних прийомів наркотичних речовин є поява залежності, причому, не тільки фізичної «ломки» через відсутність чергової дози, а й психічної – залежність від задоволення при вживанні.

Слід наголосити й на те, що наркоманія серед дітей та підлітків досить тяжко піддається лікуванню. Найбільш ефективним механізмом втручання при дитячій та підлітковій наркоманії є проведення адекватної психотерапії, та й то за умови добровільного бажання вилікуватися від цієї хвороби. Але, більшість підлітків та дітей-наркоманів не вважають себе хворими, вони гадають, що завжди в будь-який проміжок часу зможуть кинути цю «шкідливу звичку».

ДОСТУПНІСТЬ ЯКІСНИХ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ДЛЯ РІЗНИХ ВЕРСТВ НАСЕЛЕННЯ ЗАЛЕЖНО ВІД РІВНЯ ЇХНЬОГО ЖИТТЯ

Огнєв В. А., Мельниченко О. А.

Загальновідомо, що незалежно від своїх статків, кожний індивід, з одного боку, прагне бути здоровим, а з іншого – є не застрахованим від хвороб. Але для багатьох осіб більшість їхніх прагнень (у т. ч. здорового і тривалого життя) так і залишаються нереалізованими повною мірою, що обумовлено впливом сукупності внутрішніх і зовнішніх чинників, серед яких чільне місце належить якісним медичним послугам. Водночас, попри конституційне право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування (ст. 49), ці блага не у однаковій мірі доступні різним верствам населення. Серед причин цієї невтішної ситуації можна назвати такі: недоліки чинного законодавства (зокрема, обмеження на трансплантацію внутрішніх органів від осіб, які не є близькими родичами пацієнта); несприятлива економічна ситуація в країні (недостатнє бюджетне фінансування медичних установ державної та комунальної форм власності); низький рівень життя пацієнта та його родини (неспроможність виділити необхідну кількість коштів на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію); особливості місця проживання пацієнта (відсутність у населеному пункті медичних установ або ж недостатнє їхнє матеріальне та кадрове забезпечення; значна відстань до вузькоспеціалізованих лікарень і клінік). Кожна із вищенаведених причин є, по-своєму, важливою, але (у контексті даного дослідження) хотілось би зосередитись на доступності якісних медичних послуг залежно від рівня життя населення – «ступеню задоволення матеріальних, соціальних і культурних потреб залежно від рівня розвитку виробництва та від суспільного устрою» [1, С. 23]. Означене й обумовлює актуальність даного дослідження.

Передусім слід згадати відомий вислів: «за гроші можна купити усе, окрім здоров'я». Водночас, як не парадоксально, без цільового витрачання певної (почасти, значної) суми коштів не лише неможливо лікуватись (тобто, вирішувати проблеми, пов'язані з погіршенням стану здоров'я), а і вести здоровий спосіб життя (вживати безпечні для організму та збалансовані за поживними характеристиками

харчі, займатися фізичною культурою та/чи спортом). І хоча профілактичні заходи, зазвичай, неспроможні повною мірою убезпечити індивіда від хвороб, але все ж здатні знизити їхню імовірність і пом'якшити форми прояву, тим самим обумовлюючи щонайменше економічну доцільність таких заходів.

З іншого боку, погіршення здоров'я індивіда може обумовити зменшення його доходів, а з тим – скоротити можливості для лікування й спричинити зміну структури витрат домогосподарств (зокрема, змусити замість товарів тривалого використання і розваг витратити кошти на придбання медичних послуг і ліків).

Загальновідомо, що для переважної більшості людей лікування не є одним із «найбажаніших занять» (щонайменше, навряд чи когось тішитиме факт того, що у нього є проблеми з його здоров'ям, для вирішення яких слід вийти зі «зони комфорту»). Водночас, якщо люди, все ж, усвідомлюють ймовірні ризики (передусім, ті, що будуть наслідком подальшого погіршення стану власного здоров'я), вони порівнюють вірогідні витрати (зокрема, на діагностування, лікування та реабілітацію) та власні фінансові можливості.

Як не прикро констатувати, але (передусім, через катастрофічні масштаби бідності) переважна більшість населення України ні морально, ні матеріально не готова до такого тиску на сімейні бюджети, а тому відтермінують лікування чи узагалі відмовляються від нього. Через таке ставлення до існуючої проблеми ситуація лише погіршується: хвороба прогресує, можливість локалізації її проявів знижується, вартість лікування зростає... (тобто запускається «механізм стагнації організму»). Більше того, після проходження "точки неповернення" практично будь-які заходи та капіталовкладення будуть марними, а з тим – людина втратить не лише своє здоров'я, а і життя...

Але чи для усіх верств населення хвороба є вироком? Щиро сподіваємося, що ні. Проте можливості у всіх людей різні: і це залежить не лише від спроможності конкретного організму протидіяти певній хворобі, а і від ресурсного забезпечення цього процесу. Так, слід визнати, що через вимушену комерціалізацію сфери охорони здоров'я, доступність якісних медичних послуг дедалі більшою мірою визначається кількістю коштів, які пацієнт може витратити заради їх отримання (рис. 1). Зрештою, ніхто не відміняв закони ринкової економіки.

За таких умов (рис. 1) проблема доступності медичних послуг для малозабезпечених верств населення лише зростає. Але її можна частково вирішити завдяки, щонайменше, подальшій реалізації численних соціальних проєктів (на кшталт, «Біржа благодійності»), а також перерозподілу на ці цілі коштів, отриманих від надання медичних послуг представникам заможних верств населення. Так, зокрема, держава має посприяти створенню умов, за яких не лише заможні співвітчизники, а й іноземці лікувались в медичних закладах на теренах України. Інакше, на тлі макроекономічної стагнації, фінансування вітчизняної системи охорони здоров'я буде лише скорочуватись (принаймні про це свідчить зміст Проєкту Державного бюджету України на 2018 р. [2], згідно з яким на надання медичних послуг передбачено майже у півтора рази менше коштів, порівняно з 2017 р., і це у номінальних величинах). Наслідки цього будуть украй невтішні: актуалізується питання надання медичної допомоги не лише малозабезпеченим, а і заможним верствам населення; більше того, загостриться питання існування (не кажучи уже про її розвиток) власне вітчизняної системи охорони здоров'я. Додатковою загрозою може стати як зростання масштабів і глибини бідності, так і скорочення чисельно-

сті осіб з середніми статками (до речі, останні є основними споживачами платних медичних послуг).

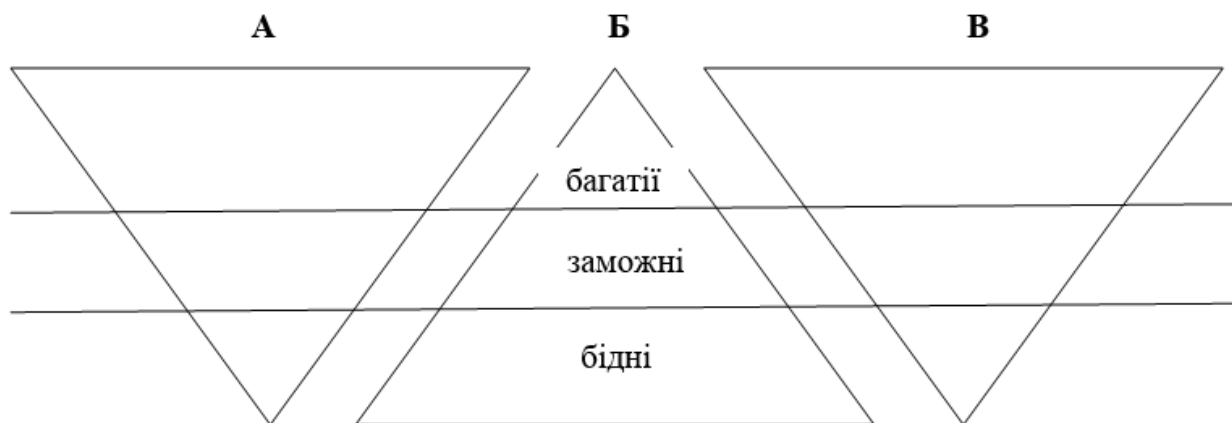


Рис. 1 – Доступність медичних послуг для різних верств населення залежно від рівня їхнього життя (А – розподіл ресурсів між різними верствами населення; Б – розподіл населення на верстви залежно від рівня його життя; В – розподіл населення за мірою задоволеності його потреб у медичних послугах)

З урахуванням вищевикладеного матеріалу можна зробити такі **висновки**. Від хвороб не застраховані представники усіх верств населення, але можливості доступу до якісних медичних послуг безпосередньо залежать від рівня їхнього життя. На тлі скорочення можливостей держави виконувати свої конституційні гарантії у цій царині, дедалі актуальнішим є питання подальшого не лише реформування вітчизняної системи охорони здоров'я та покращання її ресурсного забезпечення, а і підвищення рівня життя населення як платоспроможного покупця якісних медичних послуг. Без реалізації комплексу дієвих заходів за цими пріоритетними напрямками неможливо призупинити деградацію цієї конче важливої сфери національної економіки, а з тим – погіршення якості життя населення та його депопуляцію.

Використана література

1. Мельниченко О.А. Управління структурними зрушеннями та інноваційно-інвестиційними процесами в економіці України: опорний конспект лекцій. Харків: Вид-во ХарПІ НАДУ «Магістр», 2006. 92 с.

2. Проект Закону про Державний бюджет України на 2018 рік. URL: w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webpro4_1?pf3511=62551

USE OF THE METHOD OF ASSESSING THE LIFE QUALITY FOR A COMPREHENSIVE ASSESSMENT OF THE OBESE CHILDREN HEALTH STATUS

Ромогайбо Е. Г.

The relevance and social significance of life quality studying of obese children is constantly increasing due to the growing prevalence of excess weight and its effect on life expectancy and on the development of other chronic diseases. Currently in developed countries of the world up to 15 % of adolescents are obese. Evaluation of the life quality, in comparison with traditional medical methods, allows a complete and objective assessment of the patient's health and to develop an integrated and rational ap-

proach for treatment. The multidimensionality, reliability, simplicity, efficiency and profitability of this method determined its use in our study [1, P. 219–229], [2, P. 122–130], [3, P. 282–304], [4, P. 387–400].

We conducted a survey of 237 obese children and adolescents aged 9 to 17. Complicated forms were observed in 13.5 % of children. It was found that life quality of the largest number of children and adolescents, namely 79.3 % corresponded to the average level. The optimal level of life quality was established only for 6.3 % of the studied and 14.3 % of children had a low level. It was revealed that the quality of life of children and adolescents with complicated forms is much lower than in children with uncomplicated obesity, $62.62\% \pm 0.43$ and $48.26\% \pm 1.04$, respectively. There was no significant difference in gender-specific indicators. Thus, in boys the average life quality was $60.62\% \pm 0.84$, and in girls – $60.78\% \pm 0.85$. The average index in the age group from 13 to 17 years was lower than in the age group from 8 to 12 years, respectively – $58.31\% \pm 1.2$ and $61.47\% \pm 0.53$. When analyzing individual spheres of life of children and adolescents with this pathology, it was noted that the index of life quality was most influenced by physical and psychoemotional functioning.

Conclusion: The study of the life quality is one of the most effective methods for assessing the health status of obese children, because alongside with somatic disorders, it allows us to identify the patient's psychosocial problems. Thus, the obtained results can be used for the development of complex prevention measures.

References

1. Kolotkin R. L. Quality of life and obesity / R. L. Kolotkin, K. Meter, G. R. Williams // *Obes. Rev.* – 2001. – Vol. 2 (4). – P. 219–229.
2. Zeller M. H. Predictors of health-related quality of life in obese youth / M. H. Zeller, A. C. Modi // *Obesity (Silver Spring)*. – 2006. – Vol. 14 (1). – P. 122–130.
3. Griffiths L. J. Self-esteem and quality of life in obese children and adolescents: a systematic review / L. J. Griffiths, T. J. Parsons, A. J. Hill // *Int. J. Pediatr. Obes.* – 2010. – Vol. 5 (4). – P. 282–304.
4. Health-related quality of life in obese children and adolescents / M. D. Tsiros, T. Olds, J. D. Buckley [et al.] // *Int. J. Obes. (Lond.)*. – 2009. – Vol. 33 (4). – P. 387–400.

SOCIO-PSYCHOLOGICAL DYSFUNCTIONS IN OBESE CHILDREN AND THE MAIN METHODS OF THEIR CORRECTION

Pomogaybo E. G.

Obesity in children remains one of the main problems in modern medicine, since, in fact, a specific scheme for treating overweight in pediatrics remains the subject of numerous discussions. This, in turn, forms the basis for the development of chronic non-epidemic diseases and disability of the adult population. It should be noted that unresolved issues are the psychological state of children, their motivation for treatment, the relationship of parents to the disease of children. According to many authors, it was revealed that, regardless of the fact that genetic and endocrine diseases are the main determinants of obesity development, they account for no more than 2–3 % of cases. Very often, the features of the psychological status lead to eating disorders and the social factors of the family and population types to the emergence of psychological disadaptation and the formation of a way of life with reduced energy consumption in comparison with energy expenditure. Socio-psychological dysfunctions in obese children are manifested

in the form of chronic depression, anxiety, social isolation, which causes eating disorders. It should also be noted that children with excessive body weight are victims of psychological and physical violence only because of their physique, which promotes to reduce self-esteem. During the research it was established that girls with excessive body weight more often become the main object of negative verbal and physical social influence [1, P. 49–65], [2, P. 136–141], [3, P. 1393–1401], [4, P. 277–284].

The family plays a significant role in the development of such violations. A number of studies have observed similar anxiety disorders or eating disorders in the form of compulsive overeating in mothers of obese children [5, P. 129–136].

Conclusion Thus, along with diet and exercise, psychotherapy and behavioral interventions is also considered a pathogenetic therapy of childhood obesity. So, motivational interviews in children and adolescents or integrative psychotherapy can be used [5, P. 667–674]. Family-oriented approach to the treatment of childhood obesity is based on the idea of carrying out conceptual changes in the psychology of the whole family, which in turn increases the effectiveness of treating obesity of the child.

References

1. Hebebrand J. Psychological and psychiatric aspects of pediatric obesity / J. Hebebrand, B. Herpertz-Dahlmann // *Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.* – 2009. – Vol. 18 (1). – P. 49–65.
2. Cornette R. The emotional impact of over-weight/obesity on children / R. Cornette // *Worldviews Evid. Based Nursing.* – 2008. – Vol. 5 (3). – P. 136–141.
3. Vander Wal J. S. Psychological complications of pediatric obesity / J. S. Vander Wal, E. R. Mitchell // *Pediatr. Clin. N. Am.* – 2011. – Vol. 58 (6). – P. 1393–1401.
4. Phillips B. A. Psychosocial Functioning in Children and Adolescents with Extreme Obesity / B. A. Phillips, S. Gaudette, A. McCracken [et al.] // *J. Clin. Psychol. Med. Settings.* – 2012. – Vol. 19 (3). – P. 277–284.
5. Roth B. The association between mothers' psychopathology, children's' competences and psychological well-being in obese children / B. Roth, S. Munsch, A. Meyer [et al.] // *Eat Weight Disord.* – 2008. – Vol. 13 (3). – P. 129–136.
6. Bean M. K. A values-based Motivational Interviewing (MI) intervention for pediatric obesity: study design and methods for MI Values / M. K. Bean, S. E. Mazzeo, M. Stern [et al.] // *Contemp. Clin. Trials.* – 2011. – Vol. 32 (5). – P. 667–674.

THE OPTIMAL STRATEGY FOR SCREENING FOR PROSTATE CANCER: HOW CAN CANCER BE OVERTREATED?

Tregub Y. S., Zinchuk A. M.

The European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer demonstrated a 29 % reduction in prostate cancer mortality among men screened for the definition of prostate-specific antigen (PSA). Obviously, screening is useful and necessary, it allows to identify patients with early stages of the disease and to conduct more radical interventions, which indeed reduces mortality and increases the life expectancy of the population. However, strangely enough, the quality of life of the population does not increase as much as one would expect. In the simulated screening model, the Quality-adjusted life years (QALYs) value was 23 % behind the value of the life-years gained [1]. The fact is that prostate cancer is very complicated object as for the screen-

ing and requires a special strategy that minimizes overdiagnosis – such an unusual concept in the context of oncological screening.

The frequency of overdiagnosis of prostate cancer, according to various studies, reaches 67 %, but it differs significantly in publications, because of the fact, that researched populations, methods of evaluation and the criteria for overdiagnosis differ significantly from one study to another. Studies based on the histological evaluation of resected specimens after radical prostatectomy, show the frequency of overdiagnosis 2 – 47 %, since different criteria for a "clinically insignificant disease" are implied [2]. Either way, overdiagnosis is present and leads to obvious negative consequences.

Early started and frequent screening of prostate cancer leads to the identification of both clinically significant, dangerous tumors, and those that would not manifest themselves clinically during the remaining years of life. Such patients undergo surgical treatment and radiotherapy, which is associated with risks and worsens the quality of life of these patients. For example, the quality of life of a patient who undergoes radical prostatectomy due to tumor detection during screening is estimated at an average of 0.67 (1 – complete health, 0 – death or worst imaginable health) within 2 months after surgery, and 0.77 in the next 10 months during the adjuvant radiotherapy [3, 4].

Microsimulation screening analysis (MISCAN), conducted by E. A. M. Heijnsdijk and co-authors, showed that in a population of 1000 men in the absence of screening, prostate cancer would be diagnosed in 120,32 would die from this disease. With a one-time screening at the age of 55,124 cases would be diagnosed, of which 12 would be diagnosed during screening. The number of deaths would be 31 (3 % decrease). If screening is conducted from 55 to 75 years annually, 207 cases would be diagnosed, 180 detected during screening, but 48 % of them would be considered as overdiagnosis. The number of deaths would decrease to 20 (38 % decrease) per 1000 men. The number of life-years gained with a one-time screening at 55 years would be about 10, with an annual screening from 55 to 75 – about 42 years per 1000 men (with 3,5 % discount). However, quality adjusted life-years gained (QALYs) would not differ significantly – 5.5 and 6 years, respectively (with 3,5 % discount). Thus, an "iatrogenic" decrease in the life quality for a given population negates the absolute benefit for survival from screening. In addition, the costs required for screening and treatment increases 10-fold (from \$ 0,2 to 2 million per 1000 men). At the same time, if screening is started at 55 conducted till 63 years with intervals of 2 years, QALYs would be 12 per 1000 men, and costs – \$ 0,8 million.

After analyzing the different screening strategies, the authors concluded that the most optimal one would if conducted from 55 to 59 years with an interval of 2 years (55, 57, 59 years). In this model QALYs is about 10 years, the total life-years gained is 19 and the cost of the screening and treatment is under \$ 0,5 million.

Among other ways to optimize screening and reduce overdiagnosis and subsequent overtreatment, active surveillance with a repeat biopsy is proposed. This simulated strategy by T. M. de Carvalho and co-authors reduced the amount of overtreatment by 30 % and 23 % among men with prostate tumors of low and medium risk, respectively [5]. Also the sophisticated models of multi-stage screening including PSA study, sequential kallikrein test, then – MRI scan, followed by a biopsy, in which a negative result at any stage returns the man to the general stage of screening. However, such strategies require exceptional organization and diagnostic capabilities, but are potentially extremely effective [6].

Reference

1. Heijnsdijk E, de Carvalho T, Auvinen A et al. Cost-effectiveness of Prostate Cancer Screening: A Simulation Study Based on ERSPC Data. JNCI: Journal of the National Cancer Institute. 2014;107(1). doi:10.1093/jnci/dju366.
2. Loeb S, Bjurlin M, Nicholson J et al. Overdiagnosis and Overtreatment of Prostate Cancer. European Urology. 2014;65(6):1046-1055. doi:10.1016/j.eururo.2013.12.062.
3. Heijnsdijk E, Wever E, Auvinen A et al. Quality-of-Life Effects of Prostate-Specific Antigen Screening. New England Journal of Medicine. 2012;367(7):595-605. doi:10.1056/nejmoa1201637.
4. Heijnsdijk E, der Kinderen A, Wever E, Draisma G, Roobol M, de Koning H. Overdetection, overtreatment and costs in prostate-specific antigen screening for prostate cancer. British Journal of Cancer. 2009;101(11):1833-1838. doi:10.1038/sj.bjc.6605422.
5. de Carvalho T, Heijnsdijk E, de Koning H. Estimating the risks and benefits of active surveillance protocols for prostate cancer: a microsimulation study. BJU International. 2016;119(4):560-566. doi:10.1111/bju.13542.
6. Auvinen A, Rannikko A, Taari K et al. A randomized trial of early detection of clinically significant prostate cancer (ProScreen): study design and rationale. European Journal of Epidemiology. 2017;32(6):521-527. doi:10.1007/s10654-017-0292-5.

ОСНОВНІ ФАКТОРИ РОЗВИТКУ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ

Трегуб П. О., Трегуб В. Л.

В Україні захворювання шлунково-кишкового тракту в структурі загальної захворюваності – це актуальне питання серед дорослого населення. За останні 10 років кількість первинних звернень у 3–4 рази збільшилась з приводу цих хвороб [1, С. 36]. Серед захворювань підшлункової залози панкреатити займають провідні місця. За даними дослідників у світі за останні 30 років в 2 рази число хворих на хронічний панкреатит [2, С. 46]. Отже, хронічний панкреатит – це важлива соціально-економічна проблема [3, С. 16].

В статистичному дослідженні прийняли участь 500 респондентів, всі були проанкетовані та надали письмову інформаційну згоду на участь в дослідженні (300 основної групи та 200 контрольної групи). З допомогою методів дисперсійного аналізу була проведена обробка отриманих даних.

Оскільки хронічний панкреатит є поліетіологічним захворюванням, на його виникнення впливають ряд факторів. Ряд авторів ділять фактори, що впливають на виникнення та прогресування хронічного панкреатиту на дві групи: на екзогенні та ендогенні фактори [4, С. 9]. Ендогенні фактори ризику представлені такими факторами, як: генетичні і спадкові фактори, гормональні та метаболічні порушення, та інші. Хронічне вживання алкоголю, вживання жирної, гострої, жареної їжі, паління, вплив стресових факторів та інші були віднесені до групи екзогенних факторів ризику розвитку хронічного панкреатиту серед населення. В своєму дослідженні ми виявили, що основними факторами ризику виникнення хронічного панкреатиту серед населення є: на першому місці соціальні фактори, на другому місці біологічні фактори та на третьому – психологічні фактори ризику.

Використана література

1. Русин В.І. Динаміка показників якості життя та психосоматичних змін у хворих на хронічний панкреатит після холецистектомії на фоні патогенетично обґрунтованої комплексної терапії / В. І. Русин, Є. С. Сірчак, Н. Ю. Курчак та ін. // Науковий вісник Ужгородського університету: Серія: Медицина / відп. ред. В.І. Русин. – Ужгород: Спектраль, 2014. – Вип. 1(49). – С. 36–40.
2. Степанов Ю. М. Хронічний панкреатит: біліарний механізм, чинники та перебіг / Ю. М. Степанов, Н. Г. Заїченко // Запорожский медицинский журнал. – 2012. – № 1. – С. 46–50.
3. Циммерман Я. С. Хронический панкреатит: современное состояние проблемы. Часть 1. Дефиниция, распространенность, вопросы этиологии и патогенеза / Я. С. Циммерман // Клин. мед. – 2007. – № 1. – С. 16–20.
4. Решина И. В. Факторы риска, влияющие на прогрессирование хронического панкреатита / И. В. Решина, А. Н. Калягин // Сибирский медицинский журнал. – 2007. – № 1. – С. 9–12.

ДИНАМІКА СТАНУ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ В УКРАЇНІ ЗА 2000–2010 РР.

Усенко С. Г., Митрофанюк В. А.

Кінець ХХ та початок ХХІ століть відзначились політичними та соціально-економічними змінами, що безумовно мали вплив на здоров'я дітей, адже саме дитяче населення найбільш чутливо віддзеркалює зміни в суспільстві. Рівень здоров'я дітей не тільки ілюструє вплив екологічних, медичних та соціальних проблем, а також опосередковано вказує на рівень здоров'я батьків.

Метою даного дослідження є аналіз динаміки стану здоров'я дітей в Україні за 2000–2010 рр.

Матеріали та методи: показники захворюваності дітей за 2000–2010 рр. (загальної та за окремими нозологіями).

У порівнянні 2000 та 2010 рр. відзначається зниження показників захворюваності дітей віком до 1 року (з 2004,5 до 1604,82 на 1 000 дітей), структура захворюваності залишається сталою – перше місце посідають хвороби органів дихання (52,6 %), далі йдуть патологічні стани перинатального періоду та гематологічні хвороби [1, 2].

Вікова група від 0 до 17 років характеризується підвищенням рівнів захворюваності від 1175,46 до 1393,9 на 1 000 дітей, найбільший внесок в збільшення показників внесли онкологічні та ендокринологічні захворювання. Структура істотно не змінилася, перше місце займають хвороби органів дихання (64 %), на другому – хвороби шкіри та підшкірної клітковини (5,59 %), зберігаються високі рівні інфекційних та паразитарних хвороб (4,2 %) [1, 2].

Найвищі рівні захворюваності спостерігають у віковій групі 0–6 років, друге місце займає вікова категорія 7–14 років.

Стосовно окремих нозологій, а саме туберкульозу, то виявляється позитивна динаміка: зниження та стабілізація показників захворюваності серед підлітків (з 575 у 2000 р. до 534 в 2009 р.), а показники захворюваності інфекціями, що передаються статевим шляхом тримаються на високих рівнях за рахунок трихомоніазу (31,1 і 22,85 на 100 000 дітей від 0 до 17 років за 2003–2009 рр. відповідно) та уrogenітального мікоплазмозу (з 5,95 до 7,01 на 100 000 дітей за 2005–2009 рр.) [3].

Нині відзначається тенденція до підвищення частоти виявлення вроджених аномалій, хромосомних порушень у молодшому віці, а не у 15–17 років, як було раніше, що можна пов'язати з покращенням якості діагностики цих хвороб [3].

Сповільнюються рівні дитячого травматизму, найвищі показники за 2009 рік у Києві – 1133 на 10 000 дітей.

Отже, на теперішній час виявлено підвищення рівнів захворюваності дітей, домінує вікова категорія від 0 до 6 років. Структура захворюваності істотно не змінилася за 2000–2010 рр. Знизилися показники захворюваності на туберкульоз та водночас змінилася структура інфекцій, що передаються статевим шляхом з підвищення частоти виявлення уrogenітального мікоплазмозу. Відмічена позитивна динаміка рівнів дитячого травматизму.

Використана література

1. Основні показники здоров'я населення та діяльності закладів охорони здоров'я Харківської області за 2000–2001 рр. КЗОЗ «Харківський обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики». Департаменту охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації.

2. Основні показники здоров'я населення та діяльності закладів охорони здоров'я Харківської області за 2010–2011 рр. КЗОЗ «Харківський обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики» Департаменту охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації.

3. Інтернет-ресурс Міністерства охорони здоров'я України. Режим електронного доступу: <http://www.moz.gov.ua>

ТРАНСЛЯЦІЙНА МЕДИЦИНА: ПЕРЕХРЕСТЯ МІЖ ТЕОРІЄЮ ТА ПРАКТИКОЮ

Чернобай Л. В., Ісаєва І. М., Кармазіна І. С., Глоба Н. С.

Збільшення дистанції між фундаментальною наукою і клінічної медициною може привести до ризику зниження ефективності медико-біологічних досліджень. Трансляційні дослідження відносно нова концепція, що припускає використання фундаментальних розробок безпосередньо на практиці із застосуванням певної комбінації етапів дослідження (Колбин А. С., Гапешин Р.А., Малышев С.М., 2014). При цьому, метою трансляційних досліджень є налагодження продуктивного діалогу між представниками різних медичних напрямків, що є запорукою впровадження в практику (Шляхто Е. В., 2014).

Проведення даного роду досліджень передбачає використання єдиної загальноприйнятої термінології, яка поліпшить обмін інформації між дослідниками різних країн та організацій. Проте, на теперішній час структура трансляційних досліджень залишається суперечливим питанням. Однак, концепція трьох «Т» є найбільш популярною серед вчених всього світу, яка включає наступне: перший (Т1) – перехід від даних фундаментального дослідження до клінічної дієвості; другий (Т2) – перехід від дієвості до клінічної ефективності; третій період (Т3) – перехід від ефективності до реалізації на рівні організації охорони здоров'я.

В той же час, в підтримці та збереженні здоров'я важливу роль грають медичні технології, які направлені на профілактику захворювань та реабілітацію. Натеперішній час превентивна медицина є основою системи охорони здоров'я найрозвиненіших країн світу, при цьому інвестування в цей напрям визнано

найефективнішими вкладеннями в індустрію здоров'я (Гульчій О.П., 2013). При цьому під профілактикою розуміють не тільки стратегія недопущення захворювань, але й підтримання і зміцнення здоров'я або рання донозологічна діагностика його стану.

Згідно з міжнародною класифікацією функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ) функціонування та обмеження життєдіяльності розглядаються як комплексна взаємодія між станом здоров'я індивідуума та контекстними факторами навколишнього середовища, так і персональними факторами. Необхідно зазначити, що МКФ застосовується для всіх людей, незалежно від їхнього стану здоров'я, а також у різних вікових групах та статі, що робить її придатною для гетерогенного населення. Головною метою такого роду аналізу є інтеграція фізичних, ментальних та соціальних аспектів стану їх здоров'я (WHO, Geneva, 2002). В основі цієї класифікації покладено підхід, що дозволяє розглядати функціонування як інтегративний показник здоров'я людини на рівні організму, його адаптивного поведінки в соціальних ситуаціях при врахуванні впливу факторів зовнішнього середовища (Мишина І.Е. и др., 2015; Lollar, Donald J.; Simeonsson, Rune J., 2005).

На теперішній час не існує ідеальної моделі профілактики в жодній країні світу, яка дає можливість проаналізувати не один якийсь напрямок, а бачити повну картину здоров'я, потенційних ризиків і давати рекомендації виваженої протидії цим ризикам. З другого боку, також важливо мати модель уніфікованого прицільного профілактичного скринінгу на конкретні захворювання з урахуванням статі, віку і факторів ризику.

Висновки. Реалії сьогодення вимагають нової стратегії профілактичного напрямку, який передбачає не тільки застереження формування захворювання у здорової людини, але й застереження розвитку хвороби. Враховуючи те, що трансляційні дослідження дозволяють пов'язувати наукові данні з застосуванням їх результатів у клінічній практиці, тому, на нашу думку, використання трансляційних досліджень з метою розробки уніфікованого алгоритму профілактики розвитку порушень та донозологічної діагностики стану адаптаційних механізмів на теперішній час є дуже актуальним питанням.

Використана література

1. Колбин А.С. Современные подходы к организации трансляционных исследований / А.С. Колбин, Р.А. Гапешин, С.М. Малышев // Педиатрическая фармакология. – 2014. – № 3 (т. 11). – С. 15–19.
2. Шляхто Е.В. Трансляционная медицина: вчера, сегодня, завтра / Е.В. Шляхто, А.О. Конради, М.М. Галагудза // Вестник Росздравнадзора. – 2016. – № 1. – С. 74–51.
3. Гульчій О. П. Комплексний аналіз критеріїв оцінки якості медичних послуг: міжнародний досвід та імплементація / О.П. Гульчій, С.М. Туряниця // Актуальні проблеми клінічної та профілактичної медицини. – 2013. – № 1. – С. 39–44.
4. Trochim. Evaluating Translational Research: A Process Marker Model / Trochim, William et al. // Clinical and Translational Science. – 2011. – № (4) 3. – p. 153–162.

HIV PREVALENCE IN NIGERIA

Chumak L. I., Ndiok N. E., Isaac A. P.

Introduction: Nigeria is an enormous country found in the western part of Africa, with population of about 185,989,640 people as at 2016, density of 210/km². Nigeria has many landmarks and wildlife reserves, bounded by the Republic of Benin in the west, Chad and Cameroon in the east and Niger in the south.

HIV infection has spread over the last 30 years and has been a devastating impact in the health welfare and employment sector affecting all social and ethnic groups in Nigeria. The first 2 cases of HIV/AIDS in Nigeria was identified in 1985 and were reported at an international HIV/AIDS conference in 1986. In 1987 the Nigerian health sector established the national AIDS advisory committee which was shortly followed by the establishment of the national expert advisory committee on AIDS (NEACA) [1, P. 15; 4, P. 9].

At first the Nigerian government was slow to respond to the increasing rate of HIV transmission, not until many incidences occurred such as when a Nigerian man abandoned his wife and only son with no maintenance because he discovered they were both HIV positive and due to lack of maintenance this led to their death and many other people died in the same manner, while others died because there was no awareness to educate them and this gradually decreased the population of the country.

And subsequent surveillance report revealed that during this early periods HIV prevalence grows from 3.8 % in 1993 to 4.5 % in 1998 and this made HIV prevention treatment and care become one of the government's primary concern. [2, P. 26]. And in 2000 the president's committee on AIDS and national action committee of AIDS (NACA) were created and from when the committee were created in 2000 with population of about 122,877,000, people living with HIV were 7,126,866 to 2014 with population of about 176,500,000 and people living with HIV were 5,595,050 we can see that the prevalence rate reduced from 5.8 % in 2000 to 3.2 % in 2014.

Data source: Using the report of the UNAIDS we know the total number of people living with HIV and new incidence in Nigeria. Using excel we calculated the prevalence and the dynamic between 2000 to 2016 [3, P. 105]. And it was observed that in 2000 the prevalence rate was 58 ‰, and decreased in 2006 with prevalence rate of 39 ‰, in 2010 prevalence rate increased to 41 ‰ and in 2016 the prevalence rate reduced to 17 ‰. The incidence rate was also observed during this period with 0.9 ‰ in 2000, 1.5 ‰ in 2006, 1.2 ‰ in 2010, and 1.2 ‰ in 2016.

It can be seen that the prevalence rate reduced in a favorable rate because of the availability of programs that the government brought about, such as:

Provision of welfare to those that could not afford good lifestyle;

Provision of job opportunities, which reduced prostitution and illegal activities such as women trafficking, drug abuse etc.;

Creation of awareness in form of monthly educational programs to educate especially the illiterate people about HIV transmission, its prevention and treatment, and condoms were also distributed to these people to encourage them on safe sex, practices of sex with multiple partners was also discouraged as well, as this may be a factor to spread the infection.

And then again for the actualization of these rate, the United States Of America contributed to this by giving financially to the Nigerian government, which helped them build more projects and programs to reach their goal.

And this project went further in making sure that free medical testing was conducted in all states in Nigeria, ensuring that people know their HIV statuses and these testing centers are made for free so that even the low class citizens will not be left out. According to the national HIV and AIDS and Reproductive Health Survey of 2012–2016 70 % of people that were tested received their results.

If Antiretroviral drugs are provided for all people, it will not only benefit those living with the infection, but will benefit the future generation as well. More funding should be given so as to enable the people carrying out these projects to reach their goal and HIV testing should be encouraged among the Nigerian population to ensure everyone to know their status.

Conclusion: Since HIV is a wide spread infection affecting the entire globe, if every organization in form of social, medical, political, religion etc. comes together to fight this, it will be easy to control the spread of HIV infection.

References

1. National agency for control of AIDS(NACA) Global AIDS response country progress report Nigeria (GARPR)2015.
2. Oluwole Odotolu, John Idoko, Phyllis j. Kanki, “Harvard series on population and development studies: AIDS in Nigeria on the threshold”.
3. UNAIDS report “Nigeria” 2000 – 2014.
4. Olusegun Emmanuel Ogundele, Awoyemi Abayomi, “HIV epidemiology in Nigeria”.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ХІМІОРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ В ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Швець О. М.

Актуальність теми. Хіміорезистентний туберкульоз (ХР ТБ) є важливим завданням на шляху подолання епідемії туберкульозу в Україні. За результатами загальнонаціонального епідеміологічного дослідження щодо ХР ТБ (2013–2014 рр.) поширеність мультирезистентності в нашій державі серед нових та раніше пролікованих випадків ТБ склала 24,1 % і 58,1 % відповідно.

Мета роботи: вивчити стан епідемічної ситуації з ХР ТБ в Харківській області.

Матеріали і методи: проведено аналіз інформації стосовно ХРТБ наведеної в аналітично-статистичних довідниках «Туберкульоз в Україні» за 2012–2016 роки.

Результати: В період з 2012 по 2016 роки в Харківській області спостерігалася незначна позитивна динаміка у вигляді зменшення кількості хворих на вперше діагностований ХР ТБ. Так, якщо в 2012 році кількість вперше зареєстрованих випадків мультирезистентного туберкульозу (МР ТБ) або туберкульозу з розширеною резистентністю (РР ТБ) становила 459 (16,8 на 100 тис. населення), то у 2016 році їх число зменшилося до 374 випадків (13,8 на 100 тис. населення). При цьому, майже у 21 % хворих з вперше встановленим діагнозом МР ТБ, була виявлена розширена резистентність. Із 328 випадків МР ТБ, зареєстрованих в 2014 році, з позитивним результатом завершили лікування у 2016 році 56,7 % хворих, з них «Виліковано» – 138 хворих (42,1 %), «Лікування завершено» – 48 хворих (14,6 %). Значно нижчою була ефективність лікування хворих з РР ТБ. З 52 зареєстрованих випадків 11 хворих (21,2 %) закінчили лікування з результатом «Вилікований» та 2 хворих (3,8 %) – «Лікування завершено». Серед хворих з РР ТБ у

2,5 рази частіше діагностували невдачу лікування за мазком і/або клініко-рентгенологічною динамікою (28,8 % проти 11,6 % у хворих з МР ТБ). Також, хворі на РР ТБ майже в півтора рази частіше переривали лікування, ніж хворі на МР ТБ (23,1 % проти 15,5 %).

Висновок. Таким чином, ситуація по захворюваності на ХР ТБ в Харківській області є напруженою через низьку ефективність лікування, яка обумовлена відсутністю ефективних ліків для лікування хворих з МР ТБ та РР ТБ та частим перериванням лікування самими хворими.

Використана література

1. Туберкульоз в Україні (Аналітично-статистичний довідник), Київ, 2016
2. Туберкульоз в Україні (Аналітично-статистичний довідник за 2011-2015 роки), Київ, 2015

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ

ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ДОГЛЯДУ ЗА ДІТЬМИ В СИСТЕМІ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ

Децик О. З., Мельник р. М., Золотарьова Ж. М.

Важкохворі діти – це особливий контингент паліативної допомоги (ПД). Наявність в сім'ї невиліковно хворої дитини спричиняє появу цілого ряду не тільки медичних, а споріднених проблем: соціальних, психологічних, духовних тощо. Це вимагає особливих підходів до надання допомоги як самій дитині, так і її найближчому оточенню, організованій на засадах мультидисциплінарного підходу [1, 2].

Мета: проаналізувати недоліки в організації догляду за дітьми, які потребують паліативної допомоги.

Матеріали і методи: за спеціальною програмою провели опитування 372 родичів дітей, які потребують паліативної допомоги.

Результати. Встановлено, що у структурі захворювань, на які страждали діти респондентів, пріоритетними були: дитячий церебральний параліч (46,3 %) та інші хвороби нервової системи (9,9 %), вроджені вади розвитку (25,2 %). Досить часто зустрічалися: розлади психіки та поведінки (7,1 %), новоутворення (3,6 %), інші хронічні захворювання (7,9 %). При цьому, абсолютна більшість цих дітей (81,4±2,0 %) за станом здоров'я вимагали стороннього догляду.

Хоча більшість дітей респондентів були шкільного віку (69,1 %), проте їх діагноз переважно встановлено ще при народженні чи впродовж першого року життя (65,6 %).

Саме тому майже всі опитані (98,1±0,8 %) вказали, що мають кількарічний стаж піклування за хворою дитиною, а відповідно уже сформоване розуміння її і своїх потреб. Попри тривалий досвід, половина анкетованих (48,0±2,6 %) визнали дефіцит власних знань та вмій і хотіли б пройти спеціальні тренінги із догляду.

Виявлено, що за важкохворими дітьми догляд здійснюють переважно жінки (92,2±1,4 %) працездатного віку (97,3±0,8 %). Однак, дві третини родичів важкохворих дітей (72,9±2,3 %) не працювали, основною причиною чого була необхідність догляду за дитиною (86,9 %).

При цьому, більшість із них відчували себе самотніми (75,5±2,2 %) і соціально ізольованими (58,3±2,7 %) у ситуації, що склалася. На комплексність проблеми вказують результати відповідей респондентів щодо їх потреби у допомозі при організації опіки над хворою дитиною. Логічно, що найбільш очікуваною була підтримка з боку інших членів родини (88,7±1,7 %). Але, більшість опитаних визнали, що їм вкрай потрібні консультації та допомога медичних (88,0±1,7 %) і соціальних (74,4±2,3 %) працівників, психологів (72,6±2,4 %) або священнослужителів (75,0±2,3 %), педагогів (72,4±2,4 %), дещо рідше – волонтерів (60,5±2,7 %). Це в черговий раз підкреслює важливість мультидисциплінарного підходу до організації паліативної допомоги.

Попри визнану батьками значну потребу у медичній допомозі, встановлено суттєві недоліки в організації її надання. Так, значна частка батьків визнали, що взагалі не відвідують із своїми хворими дітьми сімейного лікаря (35,1 %) чи ліка-

ря-педіатра (27,1 %), менше ігноруючи лікарів-спеціалістів (12,5 %), а також практично не користуються послугами медичних сестер (43,5 %), реабілітологів (51,1 %) та психотерапевтів (60,2 %). Можливою причиною цього може бути важкий стан і мала мобільність дитини. З іншого боку, респонденти скаржились на те, що медичні працівники не відвідують їх удома: сімейні у 44,2 % випадків, педіатр – у 37,7 %, спеціаліст – у 68,8 %, медсестра – у 39,6 %, реабілітолог – у 86,9 % і психотерапевт – у 90,2 %.

Натомість, встановлено, що практично всі респонденти (94,3±1,2 %) надають перевагу стаціонарному лікуванню хворих дітей.

Результати дослідження показали також значні недоліки та потребу дітей у забезпеченні медикаментами (62,1 %) і засобами спеціального догляду: памперсами (78,2 %), милицями (71,8 %), візочками (47,6 %), протипролежневими матрацами (68,0 %), засобами для полегшення годування (69,7 %) і туалету (66,2 %), для навчання (65,5 %).

Висновок. Система педіатричної паліативної допомоги вимагає суттєвого удосконалення, оскільки не задовольняє потреби батьків, які мають важкохворих дітей, в медобслуговуванні і соціальному захисті, не відповідає принципам мультидисциплінарного підходу.

Використана література

1. Організація паліативної допомоги дітям в Україні – вимога часу / Ю. В. Вороненко, р. О. Моїсеєнко, В. М. Князевич, В. Ю. Мартинюк [та ін.] // Современная педиатрия. – 2016. – № 3 (75). – С. 10–14.

2. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 [Електронний ресурс] / Режим доступу: [http://www.uiph.kiev.ua/download/Vidavnictvo/Shchorichna %20dopovid/ %D0 %A9 %D0 %BE %D1 %80 %D1 %96 %D1 %87 %D0 %BD %D0 %B0 %20 %D0 %B4 %D0 %BE %D0 %BF %D0 %BE %D0 %B2 %D1 %96 %D0 %B4 %D1 %8C.2016.pdf](http://www.uiph.kiev.ua/download/Vidavnictvo/Shchorichna%20dopovid/%D0%A9%D0%BE%D1%80%D1%96%D1%87%D0%BD%D0%B0%20%D0%B4%D0%BE%D0%BF%D0%BE%D0%B2%D1%96%D0%B4%D1%8C.2016.pdf)

TYPICAL ETHICAL ISSUES OF DOCTORS IN DEVELOPING COUNTRIES (NIGERIA)

Onuchukwu C. V., Zinchuk A. M.

The issue of medical ethics is becoming a very important discussion in the medical society and beyond due to advancement in technology and modern approaches in treatment. In advanced countries, changes in technology still involves preserving core ethical principles, but the main concern is how it affects developing countries due to limited resources. First we should have a brief understanding of the concepts and principles of medical ethics. Medical ethics in a nutshell represents a set of rules or guiding principles that inculcates values to medical practice as a whole to achieve utmost quality in healthcare, it is based on four key principle which includes: Autonomy, Non-maleficence, Beneficence and Justice, this is the basis of Hippocratic Oath for Medical Doctors. The need for patients to have benefits of these also coincides with basis of Human rights (freedom right), but in developing countries due to lack of adequate education on ethical principles from both sides (doctors and Patients) result in violation of these principles which leads to various conflicts and menace in the society today (ethical dilemma). The main aim of this study is to analyze the knowledge base and attitudes

of different categories of Nigerian medical doctors (interns, residents, and consultants) toward medical ethics and the ethical dilemmas encountered in their daily clinical practice by myself in my 2015 clinical rotation in a Government hospital in South-south region of Nigeria [1, 2].

This was based on observational studies of 12 doctors (4 from department of internal medicine, 3 for department of pediatrics, 3 from department of surgery and 2 from obstetrics and gynecology department in their daily activities for a period of four weeks, this cross-sectional studies abided in the main principles of medical ethics (Autonomy, Non-maleficence, Beneficence and Justice), I tried to observe daily doctor-patient relationship and took notes. Also taking notes for the reason of various violations during the period of study [2, 3].

The result of this study is as follows which shows doctors following core ethical principles in a period of four weeks. In internal medicine department, only 2 doctors observed autonomy principle, 3 for justice and non-maleficence and 4 for beneficence, In obstetrics department, only 2 observed autonomy, 1 for justice, non for non-maleficence and 2 for beneficence, In Pediatrics department, non observed autonomy, 3 for justice and non-maleficence and non for beneficence. In surgery department non for autonomy and justice, but only 2 for both beneficence and justice [3].

Conclusion. This result on daily basis for period of four weeks showed that the ethical principles were not observed, informed consent and confidentiality isn't well observed in Nigerian medical system, this shows lack of proper education on medical ethics in Nigeria, also influenced by traditional and religious practices, decision making capacities are limited to the doctors, patients have little or no say in this, hence it is an indirect abuse of human rights, a proper solution will involve proper education of ethics among doctors both at undergraduate and postgraduate level and government should encourage this by enacting laws promoting rights of patient.

References

1. Joseph O. Fadare, Olufemi O. Desalu, Abiodun C. Jemilohun, Oluwole A. Babatunde. Knowledge of medical ethics among Nigerian medical doctors. Nigerian Medical Journal. 2012 Oct-Dec; 53(4): 226–230. doi: 10.4103/0300-1652.107600.
2. Physicians' Top 20 Ethical Dilemmas – Survey Results. Electronic access mode: <http://www.medscape.com/features/slideshow/public/ethical-dilemmas>.
3. Medical ethics. Electronic access mode: <https://www.slideshare.net/doctorrao/medical-ethics-11825381>.

THE MAIN ACTIVITIES OF GENERAL PRACTITIONER IN THE TREATMENT OF OBESE PATIENTS

Pomogaybo E. G.

To date, public consciousness is still far from the idea that thick people are sick and the cause of their illness, not in unrestrained predilection for food, but in complex metabolic disorders that lead to excessive accumulation of fat.

This, apparently, is one of the reasons that many medical workers do not consider obesity a serious disease and do not include in their tasks the implementation of measures aimed at the prevention and treatment of this disease. In addition, quite often, doctors are not aware of the causal relationship existing between obesity and hypertension, IHD and type 2 diabetes. By treating these diseases, they do not insist on correct-

ing excess body weight, although this is known to be an essential component of treatment. Doctors not fully aware that the leading method of treating obesity is a combination of diet and exercise that require an accurate, well-thought-out and strictly individual dosing. Very often, when the doctor evinces a desire to lose weight, he does not give specific recommendations. Not fully recognized that the treatment of obesity, like any other chronic disease, should be continuous. That is, a set of measures aimed at actively reducing excess body weight in no case should result in the patient returning to a previous diet and lifestyle for him and his family. Since in that case if patient does not develop any low-fat nutrition skills, the end of dieting immediately leads to weight gain up to the initial or even higher level. Practical doctors are not fluent enough with such concepts as nutrient composition of food products, the body's need for energy depending on sex, age, type of human activity and other factors and so on. Very often doctors overestimate the role in the treatment of excess body weight of various types of medicines and, that is completely unreasonable, biologically active additives to food. It should be noted that with obesity, as can be, with no other disease, the diet is the only self-sufficient method of treatment. There are no medicines that without adequate nutrition correction would reliably restrain weight gain in persons prone to fatness or reduce the probability of a relapse of obesity after its successful treatment. Very often, doctors judge the effectiveness of one or another method of treatment only by the number of kilos dropped over a certain period of time. However, it makes sense to say this only if the treatment maximizes the life quality, is adequately tolerated and is safe for most patients. Awareness that obesity, like no other disease, has a clearly family character opens up new opportunities for medicine in the field of prevention and treatment. Accordingly, measures aimed at treating obesity in some family members at the same time will be measures to prevent the growth of excess body weight in other members of the family [1], [2], [3, P. 3–12], [4, P. 118].

Conclusion: Thus, in working with obese patients and their families, the general practitioner must take into account the following points: the main methods of treating obesity are a carefully planned combination of diet and exercise, drugs can only increase efficiency. In this case, doctors need more in-depth knowledge about the nutrient composition of foods and their body needs. The treatment of obesity is an essential component of the treatment of diseases, causally associated with it (arterial hypertension, insulin-independent diabetes mellitus, etc.). The activities aimed at both treating obesity and its prevention in one form or another must concern all members and be continuous.

References

1. Flodgren, G. Deane, K. Dickinson, H. Kirk, S. Alberti, H. Beyer, F. Brown, J. Penney, T. Summerbell, C. and Eccles, M. 2010. "Interventions to change the behaviour of health professionals and the organisation of care to promote weight reduction in overweight and obese people". The Cochrane Library, 2010, Issue 4
2. Aronne LJ, Wadden T, Isoldi KK, Woodworth KA. When prevention fails: obesity treatment strategies. *Am J Med* 2009;122: S24-S32.
3. Abid O, Galuska D, Khal KL, et al. Are health care professionals advising obese patients to lose weight? A trend analysis. *Medscape Gen Med* 2005; 7: 3–12.
4. Waite C. Obesity and weight management in primary care / C. Waite. – Blackwell Scens, 2002. 118 p.

СУЧАСНА СИСТЕМА ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ ЯК ПРІОРИТЕТ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Пучкова Г. В., Лінніков С. В.

Всесвітня організація охорони здоров'я головною метою паліативної допомоги визначає підтримку та покращення якості життя людини в термінальному періоді життя, полегшення фізичних та моральних страждань пацієнта, його близьких, збереження людської гідності пацієнта. Фінальний документ Комітету Міністрів Ради Європи та держави – учасники Наради по організації паліативної допомоги (2003) визначають, що паліативна допомога охоплює період від моменту встановлення невиліковного діагнозу до кінця періоду важкої втрати. Тривалість цього періоду може становити від декількох тижнів (або рідше – діб) до декількох років.

Діюче законодавство України передбачає, що кожен громадянин має право на безоплатне отримання у державних закладах охорони здоров'я медичної допомоги, до якої належить і паліативна допомога. [1, С. 2]

Однією з причин зростання актуальності паліативної допомоги є старіння населення. Ця проблема стосується як країн Західної Європи, так й України. Удосконалення системи охорони громадського здоров'я, включаючи профілактику і лікування інфекційних хвороб, призвели до зниження частки смертей, що припадають на дітей і осіб працездатного віку. Згідно даним відділу демографії і трудових ресурсів Інституту економіки НАН України доля населення пенсійного віку збільшиться з існуючих зараз 16,9 % до 24,7 % до 2026 р., а кількість дітей – зменшиться до 15 %. Такі тенденції підвищують навантаження на медичну систему загалом. Цей демографічний тренд також означає зміну епідеміології причин смертності. За прогнозами експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВОЗ) до 2020 року загалом у світі число вперше виявлених пацієнтів із злоякісними новоутвореннями сягне 16 млн. людей.

Крім збільшення абсолютного числа пацієнтів з перше в житті встановленим діагнозом злоякісного новоутворення, в останні роки відзначається збільшення кількості пацієнтів з іншими хронічними прогресуючими захворюваннями в кінцевій стадії розвитку [5, С. 4].

Зміна демографічної ситуації і епідеміології хвороб вимагає реформування підходів в роботі медичної системи загалом. Все більша частка пацієнтів окрім лікування буде вимагати довготривалої паліативної опіки.

На сьогоднішній день в Україні діє низка паліативних та хоспісних стаціонарів і відділень. Але існуюча мережа установ для надання паліативної допомоги вельми обмежена і не в змозі повністю забезпечити наявні потреби в паліативній допомозі та соціальній підтримки невиліковних хворих і членів їх сімей. А тенденція до збільшення числа таких хворих, які страждають різними нозологічними формами хронічних прогресуючих захворювань в термінальній стадії, визначає необхідність створення сучасної розгалуженої мережі надання паліативної допомоги яка зможе вирішувати потреби невиліковних хворих по всій країні, а не тільки у великих містах, як це відбувається зараз [3, С. 1].

Першою проблемою є відсутність в Україні дієвої системи отримання даних про осіб, які потребують паліативної допомоги та на законодавчому рівні не регламентовані процедури збору та узагальнення даних як про потреби в паліативній

допомозі. Тому першим етапом має бути розробка системного підходу аналізу документів – нормативно-правових, наявних форм статистичної звітності, з використанням кращого міжнародного досвіду щодо збору та управління даними.

Сучасна медична статистика потребує водночас, як впровадження нових показників, так і реформування методів збору статистичної інформації.

Перспективним є створення бази даних пацієнтів, що буде охоплювати усіх паліативних пацієнтів. В таку базу важливо включити індикатори, необхідні для оцінки потреби і вже наявних ресурсів, і також якість надання допомоги невиліковним хворим [4, С. 3].

Друге питання, яке постає на шляху створення сучасної системи паліативної допомоги, є невідповідність нормативно-правової бази сучасним потребам. Наразі немає чіткого юридичного визначення паліативної допомоги як цілої системи заходів щодо покращення якості життя пацієнтів. Аналіз статті 35⁴ Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» дає підстави стверджувати, що визначення поняття «паліативна допомога» не враховує пацієнтів з хронічним болем, обмежуючись останніми стадіями перебігу невиліковних захворювань [3, С. 12].

Підзаконні нормативні акти регламентують надання паліативної допомоги як в цілому, так і за окремими нозологічними напрямками, а саме:

– Наказ МОЗ України від 27.12.2007 р. № 866 «Про затвердження примірних положень про хоспіс та відділення паліативної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію та СНІД»;

– Наказ МОЗ України від 21.01.2013 р. № 41 «Про організацію паліативної допомоги в Україні», яким затверджено «Порядок надання паліативної допомоги» (далі – Порядок) та «Перелік медичних показань для надання паліативної допомоги» передбачає надання паліативної допомоги вдома та в закладах охорони здоров'я первинного рівня (п. 3.8. Порядку), спеціалізована паліативна допомога може надаватися вдома, також цей вид паліативної допомоги надають заклади міської, районні, обласні та республіканські заклади охорони здоров'я (п. 3.10 Порядку), паліативна допомога пацієнту, хворому на туберкульоз та на ВІЛ-інфекцію/СНІД, надається у спеціалізованих лікувально-профілактичних закладах. (п. 3.12. Порядку).

В зазначених нормативно-правових актах не існує чіткого алгоритму розрахунку кількості необхідних стаціонарних хоспісних місць, а також не врегульовані системи збору даних щодо осіб, які потребують паліативної допомоги. [2, С. 1]

Пункт 3.11 Порядку лише окреслює порядок створення ліжкового фонду: ліжковий фонд закладів охорони здоров'я, які надають паліативну допомогу, та адміністративно-територіальна одиниця, що обслуговується цими закладами, визначається згідно потреб в паліативній допомозі, медико-соціальних, демографічних, географічних та інших особливостей регіону, але детального опису індикаторів не визначено.

Важливою умовою функціонування якісної паліативної допомоги є вирішення питання обігу наркотичних знеболювальних. Зараз пацієнти, що страждають від хронічного болю, стикаються з великою кількістю проблем під час пошуку знеболювання. Частина з них вимушена шукати допомоги поза лікарнями та в нелегальний спосіб. [3, С. 7]

Відсутність бази даних пацієнтів, які потребують тривалого знеболення робить неможливим розрахувати дійсні потреби в наркотичних засобах. Уся інформація щодо обігу наркотичних знеболювальних зберігається у паперовій формі, і нікуди не надходить. Також полегшити лікування хронічного болю дозволить реєстрація в Україні нових форм наркотичних анальгетики (сиropи, пластири, таблетки), особливо для допомоги у педіатричній практиці. [4, С. 12]

Розвиток паліативної допомоги є пріоритетом світової медицини, бо все більше і більше людей стикається з необхідністю тривалої медичної опіки. Зараз більшість пацієнтів з невиліковним захворюваннями не отримує необхідної психологічної, медичної і соціальної опіки. Реформування національної системи охорони здоров'я, впровадження міжнародних клінічних протоколів надання медичної допомоги, сучасний підхід у медичній статистиці, дозволить підняти якість допомоги пацієнтам до міжнародного рівня.

Використана література

1. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992р. № 2801-ХІІ URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2801-12> (Дата звернення: 12.04.2017).

2. Про затвердження Індикаторів якості медичної допомоги: Наказ МОЗ від 02.11.2011 № 743.

3. Никонович С.Д., Эккерт Н.В., Забелина В.Т. и соавт. Городской паллиативный центр – инновационная форма организации медико-социальной помощи инкурабельным больным // Проблемы управления здравоохранением. – 2010. – № 2(51).

4. Ferrell B, Connor SR, Cordes A, et al. (June 2007). "The national agenda for quality palliative care: the National Consensus Project and the National Quality Forum". J Pain Symptom Manage. **33**: 737–44.

5. Губський Ю. І., Сердюк В. Г., Царенко А. В., Якименко О. І., Скрипник О. О., Солоп Л. Л., Коноваленко О. А., Винницька М. О. Правове регулювання надання медичної допомоги в Україні. – В кн.: Медичне право в Україні: проблеми становлення та розвитку. Матер. І Всеукраїнської науково-практ. конф. – м. Львів, 19 – 20.04.2007 р. – С.105 – 112.

АНАЛІЗ ЕКОНОМІЧНОЇ ДОСТУПНОСТІ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ СИСТЕМНОЇ ПРОТИМІКРОБНОЇ ХІМІОТЕРАПІЇ СТРЕПТОКОКОВОГО ТОНЗИЛОФАРИНГІТУ ДЛЯ МАЛОЗАБЕЗПЕЧЕНИХ ВЕРСТВ НАСЕЛЕННЯ

Машейко А. М., Макаренко О. В.

Для організації ефективного лікарського забезпечення хворих на стрептококовий тонзилофарингіт є важливим знання ступеня задоволеності потреби населення в лікарських засобах.

За даними загальнонаціонального соціологічного дослідження «Індекс здоров'я. Україна – 2016» відомо, що витрати на ліки у випадку амбулаторного лікування дитини становлять 44 % сукупного місячного доходу сім'ї на одного дорослого. Для малозабезпечених сімей із сумарним сімейним доходом менше 1000 грн. на одного дорослого витрати на ліки для дітей складають 111 % місячного доходу [1, С. 128].

Системні протимікробні препарати належать до Національного переліку основних лікарських засобів України [2], а отже вважаються соціально орієнтованими препаратами, економічна доступність яких має бути гарантована державою для всіх верств населення, у тому числі з мінімальним рівнем доходу.

Тому метою нашого дослідження став аналіз економічної доступності препаратів для системної протимікробної хіміотерапії стрептококового тонзилофарингіту для малозабезпечених верств населення шляхом обчислення значення показника можливості придбання товару (M_m).

Цей показник відображає купівельну спроможність мінімального грошового доходу споживачів та означає відсоткову частку від суми вільних грошових коштів, яка необхідна для придбання однієї упаковки лікарського засобу [3, С. 213]. Вільні грошові кошти визначаються як різниця між мінімальною заробітною платою і прожитковим мінімумом на душу населення.

Для розрахунку значення показника можливості придбання товару для малозабезпечених верств населення було модифіковано формулу Б. П. Громовика [3, С. 213]:

$$M_m = \frac{\bar{P}_i}{Z_{min} - V_k}$$

де: M_m – показник можливості придбання товару для малозабезпечених верств населення;

\bar{P}_i – середньозважена роздрібна ціна 1 упаковки i -препарату у червні 2017 року, грн.;

Z_{min} – мінімальна заробітна плата, грн.;

V_k – прожитковий мінімум працездатної особи, грн.

Показник можливості придбання товару обчислювався виходячи з даних Закону України «Про Державний бюджет України на 2017 рік», відповідно до якого станом на червень 2017 року розмір мінімальної заробітної плати дорівнює 3200 грн., а розмір прожиткового мінімуму для працездатної особи – 1684 грн. на місяць [4].

Спираючись на вітчизняні стандарти лікування [5, 6], об'єктом для дослідження було обрано препарати амоксициліну ($J01CA04$), амоксициліну/клавуланату ($J01CR02$), цефалексину ($J01DB01$), цефуроксиму ($J01DC02$), цефіксиму ($J01DD08$), цефподоксиму ($J01DD13$), кларитроміцину ($J01FA09$) та азитроміцину ($J01FA10$).

За рівнем фінансової доступності аналізовані препарати розділили на чотири категорії:

1 – «Доступні ліки» з показником можливості придбання товару менше 5 % ($M_m < 5\%$);

2 – «Відносно доступні ліки», на придбання яких витрачається від 5 до 10 % вільних коштів ($5\% \leq M_m < 10\%$);

3 – «Майже недоступні ліки» з показником можливості придбання товару від 10 до 15 % ($10\% \leq M_m < 15\%$);

4 – «Недоступні ліки», вартість яких складає більше 15 % від суми мінімального грошового доходу працездатних громадян ($M_m \geq 15\%$).

Більшість системних протимікробних препаратів (40 %) із досліджуваної сукупності належить до цінової категорії «відносно доступні ліки», наступними за кількістю йдуть «доступні ліки» (26 %) та «майже недоступні ліки» (23 %), най-

меншу частку (11 %) складають «недоступні ліки». На рис. 1 показано розподіл наявних на ринку системних протимікробних препаратів за показником можливості їх придбання.

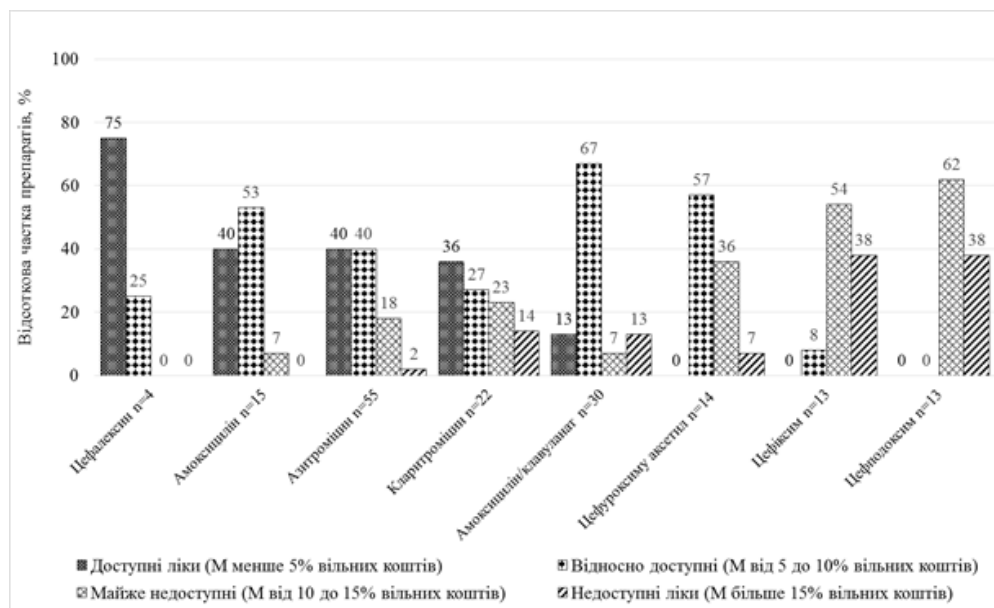


Рис. 1. Показник можливості придбання системних протимікробних препаратів (M_m) для лікування бактеріального тонзилофарингіту у відносних показниках

Фінансово доступні ліки для малозабезпечених верств населення зустрічаються серед груп цефалексину ($n=3$), амоксициліну ($n=6$), азитроміцину ($n=22$), кларитроміцину ($n=8$) та амоксициліну/клавуланату ($n=4$). Відносно доступними є ліки з груп цефуроксиму ($n=8$) та цефіксиму ($n=1$). Мінімальна вартість препаратів цефподоксиму починається з 171 грн., що складає 11 % від мінімального доходу малозабезпеченого споживача та робить зазначену групу препаратів майже для них недоступною.

Висновки. За результатами проведеного маркетингового дослідження було встановлено, що більшість препаратів (40 %) для системної протимікробної хіміотерапії стрептококового тонзилофарингіту за рівнем купівельної спроможності для малозабезпечених верств населення належать до категорії «відносно доступні». Це означає, що сума витрат на їх придбання складає від 5 до 10 % вільних грошових коштів після вирахування прожиткового мінімуму працездатної особи.

Аналіз економічної доступності препаратів для споживача з середнім рівнем заробітної плати опублікований у наших попередніх роботах [7].

Використана література

1. Індекс здоров'я. Україна – 2016: звіт загальнонаціонального соціологічного дослідження / за ред. В. Тимошевської, В. Захожі, Т. Степурко [та ін.]. Київ, 2016, 168 с.
2. Національний перелік основних лікарських засобів: Постанова КМУ від 25.03.2009 № 333 // База даних «Законодавство України»/ВР України. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/333-2009-%D0%BF/page>
3. Громовик Б. П., Гасюк Г. Д., Левицька О. р. Фармацевтичний маркетинг: теоретичні та прикладні засади: навч. посіб. Вінниця: НОВА КНИГА, 2004. 454 с.
4. Про Державний бюджет України на 2017 рік: Закон України від 21.12.2016 № 1801-VIII // База даних «Законодавство України»/ВР України. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1801-19>

5. Протокол надання медичної допомоги хворим з катаральною, фолікулярною та лакунарною ангінами: Наказ від 24.03.2009 № 181 // Веб-портал МОЗ України. URL: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20090324_181.html

6. Державний формуляр лікарських засобів (випуск дев'ятий): Наказ МОЗ України від 03.04.2017 № 363 // Веб-портал МОЗ України. URL: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20170403_363.html

7. Машейко А. М., Макаренко О. В., Чергінець А. В. Маркетингове дослідження засобів етіотропної терапії стрептококового тонзилофарингіту у дітей // Управління, економіка та забезпечення якості в фармації. 2016. № 1 (45). С. 67–71.

ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Мирошниченко Я. Н., Огнев В. А.

Острые сосудистые заболевания головного мозга являются одной из важнейших медико-социальных проблем современной медицины. Это обусловлено высоким уровнем удельного веса инсультов, зачастую, приводящих пациентов к смерти или тяжелой инвалидности.

По данным статистики Украины ежегодно выявляется более 120 тысяч инсультов, из них около 80–85 % являются ишемические, которые приводят к тяжёлым необратимым изменениям [1, С. 42–49]. Из всех выживших после острого нарушения кровообращения инвалидами становятся до 70–80 % больных, при этом, как правило, 20–30 % из них нуждаются в постоянном постороннем уходе [2, С. 187], что и определяет социально-экономическую значимость этих заболеваний [3, С. 736].

Проблема острого нарушения мозгового кровообращения заключается не только в тяжести заболевания, но также в его последствиях. Заболеваемость с каждым годом молодеет, риск острого нарушения мозгового кровообращения становится чаще не только у людей пожилого возраста, но и, что важно с экономической точки зрения, у лиц молодого трудоспособного возраста. В совокупности все это приводит к затратам на лечение и восстановление, а также к утрате трудовых ресурсов.

Известно, что на степень восстановления функций у пациентов, перенесших инсульт, влияют следующие факторы: сроки поступления в стационар, уровень организации лечения, обеспечение необходимыми медикаментами и т.д. в связи с чем важна роль специализированных неврологических отделений. В условиях поликлиники реабилитационному лечению подлежат больные, которые после острого нарушения мозгового кровообращения имеют двигательные, чувствительные или речевые нарушения, сохранившие, однако способность к самообслуживанию и самостоятельному передвижению и не имеют противопоказаний [4, С. 148–150].

В наблюдении за данными пациентами необходимо достичь положительной динамики реабилитации после инсульта, а также предотвращению возможных осложнений. Восстановление функций у пациента будет наблюдаться при условии строгого, динамичном выполнении рекомендованных мероприятий на всех этапах оказания медицинской помощи. В первые часы заболевания необходима ранняя госпитализация бригадами интенсивной терапии, что реализуется с помощью машин экстренной медицинской помощи, раннего самообращения или после

обращения за консультацией в поликлинику. Для проведения интенсивного лечения пациенты госпитализируются в отделение интенсивной терапии, нейрохирургии или неврологии. После стационарного лечения лица, перенесшие острое нарушение мозгового кровообращения, должны пройти реабилитационные мероприятия в условиях специализированного санатория.

Важную роль в лечении данного заболевания играет квалифицированная диагностика. Исследованиями установлены две группы факторов, обуславливающих ошибки в диагностике и ведении пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения:

– экономические факторы (недостаточное оснащение лечебно-профилактических учреждений необходимой аппаратурой, высокая стоимость лекарственных препаратов, поздняя обращаемость больных в связи с низкой материальной обеспеченностью);

– медицинские факторы: (госпитализация в стационар лишь каждого пятого больного с цереброваскулярной патологией, на догоспитальном этапе неоказание ургентной помощи, отсутствие экстренного нейрохирургического вмешательства больным с геморрагическим инсультом и кровоизлияниями, оказание не в полном объеме помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения, ошибки диагностирования, использование лекарственных средств без доказанной эффективности и др.) [5, С. 20].

Вывод: больным с острым нарушением мозгового кровообращения необходимо предоставить комплекс лечебно-профилактических мероприятий на всех этапах оказания медицинской помощи. А именно, должна проводиться опережающая профилактика осложнений, внедрение современных технологий диагностики, лечение на более ранних стадиях их проявления, оказание высококвалифицированной стационарной помощи в остром периоде, индивидуальный подход к выбору восстановительного лечения. Данные мероприятия позволят предотвратить рост смертности, ухудшение качества жизни, утрату трудоспособности, а также необратимые морфологические и функциональные изменения.

Использованная литература

1. Самосюк І. З. Застосування магнітолазеротерапії в комплексному лікуванні хворих в гострому періоді ішемічного інсульту / І. З. Самосюк, Ю. І. Головченко, Н. І. Самосюк // Судинні захворювання головного мозку. – 2006. – № 3. – С. 42–49.

2. Кузнецова С. М. Атеротромботический и кардиоэмболический инсульт (восстановительный период) / С. М. Кузнецова. – Макаров: София, 2011. – 187 с.

3. Белова А. Н. Нейрореабилитация: Руководство для врачей – 2 е изд, перераб, и доп. – М.:Антидор 2001. – 736 с.

4. [Электронный ресурс] – 2017. – С. 148–150. – Режим доступа: [www. research-journal.org](http://www.research-journal.org).

5. Подлипалин А. Ю. Медико-социальные аспекты организации помощи больным с инсультами в г. Астрахани: автор. дисс. для получения степени кандидата медицинских наук: спец. 14.00.33 «Общественное здоровье и здравоохранение» / А. Ю. Подлипалин. – К., 2007. – С. 20.

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ МОДЕЛІ ПРОФІЛАКТИКИ ТА НАДАННЯ ІНТЕНСИВНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ІНФАРКТ МІОКАРДА

Теренда Н. О., Сатурська Г. С., Панчишин Н. Я.

В основу моделі профілактики та надання інтенсивної медичної допомоги хворим на інфаркт міокарда (ІМ) з урахуванням прогностичних тенденцій поширеності та захворюваності хвороб системи кровообігу (ХСК), ішемічної хвороби серця та ІМ покладена взаємодія об'єднаних зусиль центральних органів влади, керівництва місцевих громад, лікарів різних рівнів надання медичної допомоги та самих громадян.

Так як розвиток ХСК стає наслідком низького рівня інформованості та медичної грамотності населення про фактори ризику (ФР), то одними із завдань сімейного лікаря/лікаря загальної практики (СЛ/ЛЗП) є виявлення у пацієнтів ФР розвитку ІМ, систематичне інформування їх про виявлені ФР та постійний терапевтичний контроль за досягненням цільових значень артеріального тиску, показників ліпідограми, індексу маси тіла, покращення освітніх можливостей пацієнтів [1; 2, С. 163].

Для покращення ефективності профілактичної роботи лікарями доцільно виділити певні групи населення з метою диференційованого підходу до корекції певних ФР розвитку ІМ.

Так, на основі проведених досліджень, ми виділили вікову групу до 44 років, серед яких доцільно проводити корекцію поведінкових факторів (відмова від паління, алкоголю, раціональне харчування), здійснювати контроль ліпідограми. З метою припинення паління доцільно використовувати короткі бесіди, тривалістю 5–10 хв., які включають поради, що допоможуть правильно оцінити необхідність відмови від паління, надання інформації стосовно фармакотерапевтичних/поведінкових шляхів відмови від паління. Особливо це стосується пацієнтів з обтяженим сімейним анамнезом.

Проведені дослідження доводять, що у пацієнтів старшої вікової групи більше уваги необхідно спрямувати на диспансерне спостереження за:

– жінками з наявністю цукрового діабету 2 типу, стенокардії напруги, гіпертонічної хвороби (ГХ) з довготривалим перебігом;

– чоловіками з порушенням ритму серця по типу фібриляції передсердь, палінням.

У пацієнтів похилого віку з ГХ, на відміну від хворих молодого й середнього віку, спостерігається зростання частоти ускладнень ГХ в тому числі і розвиток ІМ.

У чоловіків віком 45–59 років з наявністю ГХ необхідно особливу увагу звернути на дотримання рекомендацій по прийому антигіпертензивної терапії.

Важливо доносити до пацієнта інформацію про необхідність дотримання режиму праці та відпочинку, раціонального харчування, усунення або уникнення значних психоемоційних навантажень, регулярного медикаментозного лікування, корекції поведінкових ФР.

Проте ця робота не повинна стосуватися лише медичних працівників. Враховуючи важливість особистісного фактору у розвитку серцево-судинної патології та, зокрема, ІМ необхідно виробити у самих пацієнтів відповідальне ставлення до стану свого здоров'я.

Враховуючи зарубіжний досвід з мінімізації ФР неінфекційних захворювань нами запропоновано адаптовану модель 5А щодо інтенсивного втручання на рівні первинної медичної допомоги для зміни поведінки пацієнтів з таким ФР розвитку ІМ як ГХ в межах пацієнт-центрованого підходу в Україні, що складає один із елементів моделі надання допомоги хворим на ІМ.

Першим кроком цієї моделі є обговорення (Ask) відомих факторів ризику виникнення ІМ з конкретним пацієнтом без будь-яких оціночних висловлювань та з'ясувати його готовність до змін. В подальшому СЛ/ЛЗП повинен оцінити (Assess) стан конкретного пацієнта з точки зору ймовірності розвитку у нього ІМ залежно від статево-вікових особливостей, наявності ГХ та тривалості її перебігу. Наступним кроком стане порада (Advise) СЛ/ЛЗП щодо доцільності самоконтролю здоров'я пацієнта з метою раннього виявлення симптомів ІМ та уникнення ризиків, пов'язаних з пізньою госпіталізацією у лікувально-профілактичні заклади. Після цього необхідно досягти домовленості (Agree) між лікарем і пацієнтом стосовно очікуваних результатів і цільових орієнтирів: при перших проявах хвороби пацієнти повинні знати коли і куди повідомити про симптоми захворювання, найефективніші шляхи госпіталізації у лікувально-профілактичні заклади, сучасні високоефективні методи лікування ІМ. СЛ/ЛЗП повинен допомогти (Assist) пацієнтам із ГХ, як ФР розвитку ІМ, спланувати та розробити поетапне досягнення цільових орієнтирів у боротьбі із підвищеним артеріальним тиском (регулярність контролю артеріального тиску та прийому антигіпертензивних препаратів, дотримання режиму праці та відпочинку, усунення або уникнення значних психоемоційних навантажень, раціональне харчування). Ці етапи можуть супроводжуватися як регулярним контролем сімейного лікаря та медичної сестри, так і інших фахівців (медичного психолога, дієтолога, фахівця з лікувальної фізкультури тощо).

При виникненні симптомів гострого коронарного синдрому пацієнти повинні негайно звернутися за медичною допомогою у службу екстреної медичної допомоги або до СЛ/ЛЗП. Медичні працівники повинні знати, в яку клініку необхідно транспортувати пацієнта, користуватися послугами дистанційної ЕКГ-діагностики кардіологічних центрів.

В кожній області повинні бути створені відділення серцево-судинної та рентгеноендоваскулярної хірургії для надання невідкладної допомоги пацієнтам з ІМ (проведення стентування коронарних артерій з балонною ангіопластиком) з урахуванням потреб населення щодо захворюваності ІМ. Ці відділення повинні функціонувати у складі лікарень інтенсивного лікування другого рівня (багатопрофільних лікарень) і забезпечувати реперфузійні процедури в найкоротші терміни від поступлення пацієнтів 24 год на добу, 7 днів на тиждень, 365 днів на рік. В їх організацію та матеріальне забезпечення необхідними ресурсами повинні докласти свої зусилля територіальні та місцеві органи влади.

Після проведеного стаціонарного лікування пацієнт повинен знову опинитися під диспансерним наглядом не лише кардіолога, а й сімейного лікаря та медичного психолога. Залучення сімейних лікарів у систему реабілітації та подальшого лікування пацієнтів із постінфарктним кардіосклерозом необхідне для забезпечення контролю за пацієнтами після ревазуляризаційних процедур. Таким чином відбудеться адекватна інтеграція сімейної медицини у спеціалізовану систему ведення пацієнтів після реперфузійної терапії.

В умовах проведення децентралізації влади зростає роль місцевих громад, які повинні активно долучитися до пропаганди ЗСЖ: проведення інтерактивних заходів з залученням медичних працівників та медичних психологів, створення місць для активного відпочинку (паркові зони, велосипедні доріжки, спортивні майданчики, фітнес-клуби). Також велике значення надається місцевим органам влади у створенні нових робочих місць, які дозволять зменшити рівень безробіття, особливо для осіб віком 45-59 років. Саме у них відсутність зайнятості є одним із визначальних ФР розвитку ІМ.

Висновок. Диференційований та пацієнт-центрований підхід до пацієнтів з ГХ дозволить забезпечити ранню госпіталізацію хворих на інфаркт міокарда з коморбідною патологією в Україні.

Використана література

1. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в частині профілактики серцево-судинних захворювань: проект наказу МОЗ України [Електронний документ]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20151222_2.html. – Назва з екрана.

2. Порівняльний аналіз підходів до профілактики в Європі та Україні / В. М. Лехан, Л. В. Крячкова, О. П. Максименко та ін. // Україна. Здоров'я нації. – 2017. – № 3 (44). – С. 159-165.

ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ВПРОВАДЖЕННЯ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

ОСОБЛИВОСТІ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ЗАГАЛЬНООБОВ'ЯЗКОВОГО ДЕРЖАВНОГО СОЦІАЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Василевська Н. С.

Сучасний стан страхування у галузі медицини характеризується як зародковий. Існуюча нормативна база у сфері обов'язкового медичного страхування дає змогу констатувати достатню захищеність у цій сфері. Натомість, на практиці медичні працівники не мають можливості у повній мірі користуватися своїми законними правами, оскільки відсутні самі механізми їх реалізації.

Право на обов'язкове страхування медичних працівників закріплено у центральному нормативному акті у галузі охорони здоров'я. Зокрема, відповідно до ст. 77 Основ законодавства України про охорону здоров'я, медичні і фармацевтичні працівники мають право на обов'язкове страхування за рахунок власника закладу охорони здоров'я у разі заподіяння шкоди їх життю і здоров'ю у зв'язку з виконанням професійних обов'язків у випадках, передбачених законодавством [1, ст. 77, п. е)]. Такий вид страхування за положеннями закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування» належить до іншого виду соціального страхування – страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності [2, абз. 2 п. 1 ч. 1] (далі – страхування від професійного захворювання), а тому має свою специфіку у правовому регулюванні.

Професійне захворювання - захворювання, яке виникло внаслідок професійної діяльності застрахованого та зумовлено виключно або переважно тривалим впливом шкідливих речовин, певних видів робіт та інших факторів, пов'язаних з роботою [3]. Постановою Кабінету Міністрів України від 08.11.2000 р. № 1662 [4] встановлено Перелік професійних захворювань медичних працівників. Слід зазначити, що у судовій практиці вказаний перелік може трактуватися розширено, а саме «як виняток, страховим випадком може бути визнано захворювання, не внесене до зазначеного переліку, якщо на момент прийняття рішення медична наука має нові відомості, які дають підстави вважати це захворювання професійним» [5, п. 14].

До того ж професійне захворювання слід розглядати у якості страхового випадку також у разі його встановлення чи виявлення в період, коли потерпілий не перебував у трудових відносинах із підприємством, під час роботи на якому він захворів [5, п. 14].

Медичні працівники, які є суб'єктами підприємницької діяльності, можуть застрахуватися добровільно від нещасного випадку [2, п. 2 ч. 3 ст. 35].

У кожній галузі охорони здоров'я нормативно встановлено гарантії та певні механізми реалізації права на обов'язкове державне соціальне страхування медичних працівників.

Стаття 23 закону України «Про протидію захворюванню на туберкульоз» [6] передбачає, що захворювання на туберкульоз будь-якої локалізації працівників протитуберкульозних закладів, зазначених у частині першій статті 22 цього Зако-

ну, визнається професійним, і заподіяна їм здоров'ю шкода компенсується у встановленому законом порядку. Норми закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб» встановлюють, що захворювання на інфекційні хвороби медичних та інших працівників, що пов'язані з виконанням професійних обов'язків в умовах підвищеного ризику зараження збудниками інфекційних хвороб (надання медичної допомоги хворим на інфекційні хвороби, роботи з живими збудниками та в осередках інфекційних хвороб, дезінфекційні заходи тощо), належать до професійних захворювань. Зазначені працівники державних і комунальних закладів охорони здоров'я та державних наукових установ підлягають обов'язковому державному страхуванню на випадок захворювання на інфекційну хворобу в порядку та на умовах, установлених Кабінетом Міністрів України [7, ст. 39].

Закон України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» передбачає, що працівники державної санітарно-епідеміологічної служби підлягають загальнообов'язковому державному соціальному страхуванню відповідно до законодавства про загальнообов'язкове державне соціальне страхування [8, ст. 38].

Норми ст. 28 закону України «Про психіатричну допомогу» встановлюють, що працівники, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, в тому числі здійснюють догляд за особами, які страждають на психічні розлади, на випадок заподіяння шкоди їм здоров'ю або смерті, пов'язаних з виконанням ними службових обов'язків, підлягають державному обов'язковому страхуванню. Перелік цих працівників та порядок їх страхування встановлюються Кабінетом Міністрів України [9, ст. 28].

У статті 22 закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» йдеться проте, що ВІЛ-інфекція, якою заразилася особа внаслідок виконання професійних обов'язків, належить до професійних захворювань [10, ст. 17]. 16 жовтня 1998 року Кабінет міністрів України затвердив Порядок та умови обов'язкового страхування медичних працівників та інших осіб на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини під час виконання ними професійних обов'язків, а також на випадок настання у зв'язку з цим інвалідності або смерті від захворювань, зумовлених розвитком ВІЛ-інфекції, і переліку категорій медичних працівників та інших осіб, які підлягають обов'язковому страхуванню на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини під час виконання ними професійних обов'язків, а також на випадок настання у зв'язку з цим інвалідності або смерті від захворювань, зумовлених розвитком ВІЛ-інфекції. При цьому слід пам'ятати, що медичним працівникам «...із усіма пацієнтами необхідно поводитися так, начебто вони заражені інфекціями, що передаються з кров'ю» [11].

Зазначимо, що на відміну від усіх вищевказаних видів обов'язкового державного соціального страхування, передбачених чинними нормативними актами, де страховиком виступає Фонд соціального страхування України, «страховиками з обов'язкового страхування медичних працівників та інших осіб на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини під час виконання ними професійних обов'язків, а також на випадок настання у зв'язку з цим інвалідності або смерті від захворювань, зумовлених розвитком ВІЛ-інфекції, є юридичні особи, які здійснюють страхову діяльність на підставі ліцензії, одержаної в Нацкомфінпослуг» [12, п. 5]. Як бачимо, в останньому випадку має місце обов'язкове страху-

вання життя та здоров'я спеціалістів відповідної галузі медицини, яке, окрім зазначених, регулюється також цивільно-правовими нормами щодо страхування.

Страхові виплати медичним працівникам за загальнообов'язковим державним соціальним страхуванням здійснюються відповідно до положень Порядку призначення перерахування та проведення страхових виплат, затвердженого постановою Правління Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань в Україні від 27.04.2007 р. № 24 [13]. Зокрема, допомога у зв'язку з тимчасовою непрацездатністю призначається та виплачується страхувальником за місцем роботи потерпілого, де стався страховий випадок, у розмірі 100 відсотків середньої заробітної плати. Виплата допомоги у зв'язку з тимчасовою непрацездатністю за перші п'ять днів тимчасової непрацездатності потерпілого проводиться за рахунок коштів страхувальника, а починаючи з шостого дня непрацездатності – за рахунок коштів Фонду [13, п. 2.3].

Дослідження нормативного забезпечення різних видів обов'язкового страхування медичних працівників, передбачених у ст. 7 закону України «Про страхування», дає змогу зробити наступні висновки. Розглянуті види регулюються спеціальними нормами щодо загальнообов'язкового державного соціального страхування (нормами права соціального забезпечення), відтак чинність актів цивільного законодавства на них не поширюється. Система законодавства у цій сфері є досить ґрунтовною та може у повній мірі гарантувати право медичного працівника на відшкодування йому шкоди, завданої у результаті професійного захворювання, у різних галузях охорони здоров'я. Виключення становлять випадки страхування медичних працівників від професійного захворювання на ВІЛ-інфекцію, на які розповсюджуються норми цивільного права.

Використана література

1. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992р. №2801-ХІІ URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2801-12> (Дата звернення: 12.04.2017).

2. Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування : Закон України від 23.09.1999 р. № 1105-ХІV URL: zakon.rada.gov.ua/laws/show/1105-14 (Дата звернення: 12.04.2017).

3. Про затвердження Інструкції про встановлення причинного зв'язку смерті з професійним захворюванням (отруєнням) або трудовим каліцтвом : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 15.11.2005 р. N 606 URL: zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1455-05 (Дата звернення: 12.04.2017).

4. Про затвердження переліку професійних захворювань : Постанова Кабінету Міністрів України від 08.11.2000 р. № 1662 URL: zakon.rada.gov.ua/laws/show/1662-2000-п (Дата звернення: 12.04.2017).

5. Про практику розгляду судами цивільних справ за позовами про відшкодування шкоди : Постанова Пленуму Верховного Суду України від 27.03.1992 р. № 6 URL: zakon.rada.gov.ua/laws/show/ru/v0006700-92 (Дата звернення: 12.04.2017).

6. Про протидію захворюванню на туберкульоз : Закон України від 05.07.2001 р. № 2586-ІІІ URL: zakon.rada.gov.ua/laws/show/2586-14 (Дата звернення: 14.04.2017).

7. Про захист населення від інфекційних хвороб : Закон України від 06.04.2000 р. № 1645-ІІІ URL: zakon.rada.gov.ua/laws/show/1645-14 (Дата звернення: 14.04.2017).

8. Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення : Закон України від 24.02.1994 р. № 4004-ХІІ URL: zakon.rada.gov.ua/laws/show/4004-12 (Дата звернення: 14.04.2017).

9. Про психіатричну допомогу : Закон України від 22.02.2000 р. № 1489-ІІІ URL: zakon.rada.gov.ua/laws/show/1489-14 (Дата звернення: 14.04.2017).

10. Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ : Закон України від 12.12.1991 р. № 1972-ХІІ URL: zakon.rada.gov.ua/laws/show/1972-12 (Дата звернення: 14.04.2017).

11. Про удосконалення лікування хворих на ВІЛ-інфекцію та СНІД : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 12.12.2003 р. № 580 URL: http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20031212_580.html (Дата звернення: 14.04.2017).

12. Про затвердження Порядку та умов обов'язкового страхування медичних працівників та інших осіб на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини під час виконання ними професійних обов'язків, а також на випадок настання у зв'язку з цим інвалідності або смерті від захворювань, зумовлених розвитком ВІЛ-інфекції, і переліку категорій медичних працівників та інших осіб, які підлягають обов'язковому страхуванню на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини під час виконання ними професійних обов'язків, а також на випадок настання у зв'язку з цим інвалідності або смерті від захворювань, зумовлених розвитком ВІЛ-інфекції : Постанова Кабінету Міністрів України від 16.10.1998 р. N 1642 URL: zakon.rada.gov.ua/laws/show/1642-98-п (Дата звернення: 10.04.2017).

13. Про затвердження Порядку призначення, перерахування та проведення страхових виплат : Постанова Правління Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України від 27.04.2007 р. № 24 URL: zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0715-07 (Дата звернення: 14.04.2017).

К ВОПРОСУ О МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ В УСЛОВИЯХ РЕФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УКРАИНЕ

Громов А. А.

Действенное реформирования здравоохранения в Украине предполагает реализацию основных задач по нескольким направлениям. Прежде всего реформа должна реализовать конечную цель – повысить уровень экономической, социальной и медицинской эффективности отрасли на основе достижения оптимального соотношения интересов государства и пациента.

Реформа должна, во-первых, начинаться со структурной перестройки отрасли и, прежде всего, с повышения роли и масштабов первичного звена медицины по сравнению со вторичным и третичным звеньями. Это необходимо для сокращения издержек медицинского обслуживания, так как стоимость стационарных услуг значительно выше. Кроме того, бессмысленно внедрение страхования в затратную медицину. Первичный сектор важен профилактикой заболеваний, что повышает социальную эффективность здравоохранения.

Во-вторых, необходимость создания рыночных механизмов регулирования рынка медицинских услуг, а именно, конкуренции семейных врачей (терапевтов и педиатров) и реального свободного их выбора для потенциального пациента. В

этом случае реально снижается уровень неформальных платежей медработникам от пациента и находит свое конкретное воплощение принцип «деньги следуют за пациентом».

В-третьих, реформирование отрасли предполагает внедрение многоканальной системы финансирования здравоохранения. Это предполагает развитие обязательного медицинского страхования (ОМС), но не только. Источником дополнительных средств для медицины, как показывает мировой опыт является добровольное медицинское страхование (ДМС). На конкурентном рынке первичных медицинских услуг ДМС обеспечивает наряду с дополнительным притоком средств и стимулирующий эффект. С одной стороны, реализуется общественный интерес в улучшении здоровья граждан, с другой стороны, находит свое воплощение интерес конкретного индивида-пациента в получении гарантированного пакета медицинских услуг, и, с третьей стороны, повышается заинтересованность страховых компаний в поддержке лучших врачей (тех, кого выбирают пациенты). В свою очередь, врачи проявляют интерес к тем страховщикам, которые готовы к улучшению своей тарифной политики в пользу страхователя-пациента. Тем самым, врач первичного звена фактически становится партнером страховых компаний, которые всегда найдут возможность для его стимулирования.

Таким образом, выстраиваются новые экономические отношения между тремя субъектами рынка медицинских услуг, которые основаны на доверии и сотрудничестве. Это очень важно для ослабления асимметрии информации о качестве лечения, наиболее ярко характеризующей рынок медицинских услуг по сравнению с другими видами рынков.

Следует отметить, формируемое в условиях реформированного здравоохранения доверие, как институциональный фактор, имеет не только экономическое, но и медицинское измерение так как, в конечном итоге, улучшается здоровье пациента, повышается качество и продолжительность его жизни.

ДМС так же, как и ОМС закрепляет чувство доверия пациента адресностью финансирования медицины. В конечном итоге все направления реформирования медицины в Украине должны быть сбалансированы и способствовать повышению экономической, социальной и медицинской эффективности.

Таким образом, итогом проведения реформы здравоохранения в Украине может явиться:

1) наполнение отрасли адресными финансовыми ресурсами на уровне первичного звена позволяет оптимизировать затраты и согласовать различные группы интересов (государства, страховых компаний и пациента);

2) свобода выбора в системе ДМС априори означает преодоление консерватизма и бюрократизма в управлении звена; в перспективе возможно развитие настоящего современного менеджмента в отрасли;

3) появляется реальная возможность одновременно улучшить качество лечения и материально поддержать медработника на легальной основе, сократить теневую составляющую в медицине.

КОНТЕНТ-АНАЛІЗ СХВАЛЬНИХ ВІДГУКІВ ПАЦІЄНТІВ ПРО РОБОТУ ПОЛІКЛІНІК ПРИ ОПИТУВАННІ ЕЛЕКТРОННОЮ ПОШТОЮ

Богомаз В. М., Чир М. І.

Актуальним науково-практичним завданням залишається визначення можливостей сучасних комунікаційних ресурсів в управлінні якістю медичної допомоги. Аналіз оцінок пацієнтів є звичним інструментом контролю якості стаціонарної медичної допомоги, проте через технічні складності збору інформації недостатньо використовується у амбулаторній ланці вітчизняної системи охорони здоров'я. При цьому найчастіше аналізується частота та характер негативних відгуків та письмових звернень стосовно якості медичної допомоги. Що саме і наскільки часто пацієнти схвалюють після отримання амбулаторних медичних послуг – вивчено недостатньо.

Мета дослідження: вивчення можливостей електронного анкетування пацієнтів багатопрофільних закладів охорони здоров'я для моніторингу якості амбулаторної медичної допомоги.

Об'єктом дослідження, виконаного протягом дванадцяти місяців 2016–2017 років, була мережа приватних закладів охорони здоров'я вищого рівня акредитації у місті Києві. Всі амбулаторні установи працювали сім днів на тиждень та надавали медичну допомогу дітям та дорослим за 47 лікарськими спеціальностями. Інформаційно-аналітична система закладів дозволяла в он-лайн режимі планувати запис на консультацію фахівців і формувати базу даних для зворотного зв'язку з пацієнтами. У всіх пацієнтів була отримана згода на спілкування електронною поштою, що було використане для проведення електронного анкетування за спеціально розробленою нами анкетною. Анкета включала оцінку в балах низки аспектів консультативної допомоги та містила відкриті запитання з проханням окремо зазначити, що саме сподобалось або не сподобалось протягом візиту у поліклініку. Всього за період дослідження було розіслано 41730 персональних електронних листів. Згодилися заповнити анкету 13,8 % респондентів. Всього отримано 5766 заповнених анкет, з них – 1012 (17 %) містили схвальні коментарі пацієнтів, що стали предметом контент-аналізу.

Результати та обговорення. Хоча розповсюдженою є суспільна думка про брак професіоналізму серед сучасних лікарів, згідно з результатами анкетування найчастіше пацієнти були вдячні саме за компетентність лікарів, часто вказуючи і прізвище лікаря, який їх консультував. У 326 відгуках (32 % серед всіх позитивних коментарів, 6 % – від загальної кількості отриманих анкет), містяться слова подяки лікарям: «була зроблена комплексна оцінка стану хворої», «отримали рекомендації, зважаючи на вік, та попередження про можливі алергічні реакції», «конкретний діагноз і призначення», «відсутність нав'язування непотрібних аналізів», тощо. Анкети, у яких були вказані прізвища лікарів, були проаналізовані за структурою лікарських спеціальностей. Найчастіше респонденти дякували педіатрам, неврологам, гінекологам та терапевтам.

Дуже часто пацієнти були вдячні за хорошу організацію консультативного прийому та якість роботи персоналу загалом – такі коментарі містили 44 % анкет. Відвідувачі поліклініки схвально коментували швидкість роботи персоналу у 102 записах («швидка відправка результатів аналізів на електронну пошту», «швидке реагування на будь-яку проблему», «швидка та якісна консультація лікарів» тощо). Досить часто (у 9 % дописів) зазначалась чітка організація запису на прийом та відсутність черг біля кабінетів – 100 коментарів («Організація роботи персоналу: ніяких черг, можливість підібрати час так, щоб максимально пройти всі процедури за один візит», «Рациональний розпорядок прийому», «Кожен прийом за часом запису, зручно коли приходиш з дітьми» тощо). Неодноразово вказувалось на ввічливість, чуйність, уважність, доброзичливе ставлення і готовність прийти на допомогу при вирішенні будь-якого питання.

За результатами досліджень було встановлено, що висока частка позитивних відгуків (244 коментарі, 24 % від усіх схвальних записів) припала на чистоту та комфорт у поліклініках, і особливо на зручності у дитячих поліклініках («презентабельні приміщення»; «затишно, дуже гарно та чисто»; «кімната для годування з усіма зручностями», «велика кількість іграшок в кабінетах лікарів» тощо). Пацієнти були вдячні за вирішення нагальних медичних проблем, наприклад, щеплення дітей в умовах обмеженого постачання імунобіологічних препаратів та контроверсійних суспільних оцінок імунізації («зробили щеплення так, що ні тато, ні дитина не помітили», «після щеплень телефонують та запитують про самопочуття дитини», «добре, що є вакцини в клініці»).

Згідно з вітчизняними дослідженнями, досить звичними є зауваження до роботи реєстратур та контакт-центрів, що підтверджують і наші результати. Вдячність за високу якість роботи співробітників цих підрозділів («дівчата на рецепції дуже швидкі, уважні, зібрані») при анкетуванні була встановлена досить рідко – лише у 20 випадках.

Висновки. Активне електронне опитування дозволяє зібрати значний обсяг інформації про різні аспекти якості амбулаторної медичної допомоги.

Основними групами схвальних відгуків були: вдячність конкретним лікарям та всій професійній групі лікарів, високі оцінки організації прийому та якість роботи персоналу загалом, що разом склали 76 % схвальних дописів респондентів.

CURRENT TRENDS OF MEDICAL CARE IN EU COUNTRIES

Vashev O. Ye., Vasheva A. O., Ivanova L. A.

Primary care and community health are increasingly seen as a viable and effective alternative to existing hospital care systems, but Europe's population is traditionally focused on healthcare in hospitals. Hospitals are increasingly engaged in the treatment of cardiovascular, cancer and certain surgical problems, and not infectious diseases and urgent surgical cases. The emergence of new medical technologies and techniques has led to significant expansion of opportunities and, at the same time, reduced the average duration of active treatment. Hospital beds are used more intensively and hospitals serve more patients, using expensive technologies, equipment, devices and medications.

On average, about 30–40 % of all surgical operations in Western Europe are based on “one day” model. It means that the patient is hospitalized, operated and discharged from the hospital for one day. Comprehensive medical and surgical care of the highest

level requires the concentration of resources and skilled specialists in larger organizations, since ordinary hospitals can not do all kinds of medical care.

As before, in EU countries, more than half of all health care expenditures go from hospital to hospital: from 50 to 75 %. The basis for determining the nature, functions and structure of medical services are different rules and it makes it difficult to understand the true meaning of the differences between them. All this leads to the need to reduce the number of “expensive” beds for urgent patients and to use alternatives such as communal health care and primary care facilities where patients undergo long course of treatment. Thus, many small hospitals where emergency medical care is provided was communicated to communal services, and some of them were even closed.

Regarding public hospitals previously run by central or local authorities, there is a tendency for these hospitals to be transferred to regional authorities such as medical foundations, federations of hospitals or district councils. The role of the state, which now provides the most part of medical services (80 %), is decreasing, and private hospitals are trying to improve their economic situation by consolidation and merger.

The development of healthcare in Europe is based on the widespread use of information technology and new advances in biomedical and clinical research. The main objective is to enable all citizens of European countries to have an electronic patient card that would provide reliable access to confidential health information posted on the computer network. The aim of the Yinsha is to “link all healthcare professionals and managers with a telemetry system to improve prevention, diagnosis and treatment of diseases”. Thus, information networks, multimedia, artificial intelligence, sensors, telemetry medicine and robotics combined with new discoveries in the field of medicine will create a new foundation for the development of health care. A computerized data link with computerized diagnostics will be of great benefit to patients, professionals working in medicine, and governments who are interested in saving money, improving the quality of health care, and achieving better health outcomes. Currently, in severe medical cases, general practitioners from small hospitals or clinics often receive real-time consultations from specialists working at university research centers. Ordinary are also “virtual” operations conducted by surgeons at a distance using computer images and robotics.

Primary health services will continue to be provided locally, and most patients will be able to receive medical care and treatment along with their homes or even at home. This serves as a confirmation of the actual separation of the three essential stages of the provision of medical care for diagnosis, treatment, and care of the patient. These stages will be carried out separately in different places, but with the coordination of doctors acting as representatives of the patient. Small clinical laboratories are likely to disappear, and laboratory diagnosis will be done in large, highly automated regional and national centers.

Hospital management is organized in accordance with the types of medical services (matrix organization) when the medical care of the patient is considered as a separate project. Work in the team and production units are the most important factors in the provision of medical care. The most important elements of the health care system are the skills and knowledge of professionals, as well as the achievement of maximum efficiency in their use.

References

1. Developing the new European Health Policy: Health 2020: First meeting of the European Health Policy Forum for senior government officials (Andorra la Vella, An-

dorra, 9–11 March 2011) [Electronic resource] – Access mode: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0007/134467/Andorra_07_Health2020.pdf

2. Health Targets in Europe. [Electronic resource] – Access mode: www.euro.who.int/document/e91867.pdf

3. Decentralization in Healthcare Analyses and Experiences in Central and Eastern Europe. – Budapest, 2005. – 543 p.

ПРОБЛЕМИ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ

Лехан В. М., Крячкова Л. В., Борвінко Е. В.

Втрата Україною контролю над частиною території в результаті подій у Криму та збройного конфлікту на сході, призвела до того, що тисячі людей залишили постійні місця свого проживання і переселилися на інші території, отримавши статус внутрішньо переміщених осіб (ВПО).

Дніпропетровська область займає провідне місце серед пунктів транзиту та місць переселення внутрішніх мігрантів. За даними Міністерства соціальної політики, у Дніпропетровській області офіційно зареєстровано близько 74 500 ВПО, серед них 48 % – це літні люди та особи з інвалідністю, 18 % – діти [1, С. 1]. Внутрішньо переміщені особи мають законодавчо затверджене право [2] на отримання необхідної медичної допомоги в державних та комунальних закладах охорони здоров'я. Однак, серед низки викликів, з якими, в першу чергу стикаються переселенці, провідне місце займають проблеми медичного обслуговування [1, С. 3].

Мета – визначення проблем медичного обслуговування внутрішньо переміщених осіб за оцінками організаторів охорони здоров'я для удосконалення надання медичної допомоги ВПО.

Матеріали і методи. За самостійно розробленою анкетною, було проведено соціологічне опитування серед 34 керівників закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) м. Дніпра. Результати опитування оцінювалися за допомогою стандартних біостатистичних методів, довірчі інтервали для відносних величин розраховувалися за методом Клоппера-Пірсона.

Результати та обговорення. Майже усі опитані керівники ЗОЗ (97,06 %) вказали на те, що їх заклад надає медичну допомогу внутрішньо переміщеним особам. Кількість їх коливається від одиничних випадків (32,35 %) до тисяч осіб, складаючи в середньому 2,56 % (95,0 % ДІ 1,23 – 3,88) від кількості обслуговуваного населення.

Лише у третини (35,29 %) опитаних керівників ЗОЗ не виникало жодних проблем при обслуговуванні внутрішньо переміщених осіб, решта управлінців вказали на наявність певних труднощів. Найчастіше відзначали наявність психологічних проблем – 35,29 % (95 % ДІ 19,75 % – 53,51 %) та утруднень фінансового характеру – 29,41 % (95 % ДІ 15,10 % – 47,48 %). Серед інших проблем, з якими стикаються керівники лікувальних закладів при наданні медичної допомоги ВПО: труднощі правового характеру – 20,59 % (95 % ДІ 8,70 % – 37,90 %); медичні – 14,71 % (95 % ДІ 4,95 % – 31,06 %) та організаційні проблеми – 11,76 % (95 % ДІ 3,30 % – 27,45 %).

Серед проблем правового характеру, опитані керівники найчастіше вказували на звернення ВПО без документів про реєстрацію внутрішньо переміщеної осо-

би – 26,47 % (95 % ДІ 12,88 % – 44,36 %) та без посвідчень особи – 17,65 % (95 % ДІ 4,83 % – 30,46 %).

Серед медичних викликів перше місце, на думку керівників ЗОЗ (17,65 % (95 % ДІ 4,83 % – 30,46 %)), займає превалювання серед ВПО вразливих демографічних груп – жінок, дітей та людей похилого віку. З однаковою частотою у 8,82 % (95 % ДІ 1,86 % – 23,68 %) вказували на такі аспекти медичного обслуговування, як більш часті, порівняно з місцевим населенням, випадки важкого, ускладненого перебігу захворювань; порушення регламентованих термінів надання профілактичних послуг (вакцинації тощо) та безперервності лікування наявних хронічних захворювань.

Серед організаційних проблем вказували на відсутність інформованості ВПО про місце отримання ними медичної допомоги (8,82 % (95 % ДІ 1,86 % – 23,68 %)) та ігнорування необхідності прикріплення до лікаря первинної ланки для отримання допомоги не ургентного характеру – 20,59 % (95 % ДІ 8,70 % – 37,90 %). Більше третини опитаних керівників (35,29 % (95 % ДІ 19,75 % – 53,51 %)) скаржилися на те, що фінансування їх закладу здійснюється без урахування необхідності надання медичної допомоги істотно більшому числу людей включно з ВПО та на недостатнє фінансування цільових програм, що ускладнює включення до них внутрішніх мігрантів – 20,59 % (95 % ДІ 8,70 % – 37,90 %).

Найчастіше серед усіх труднощів з медичним обслуговуванням ВПО взагалі та серед психологічних проблем зокрема, визначали підвищену емоційну лабільність внутрішньо переміщених осіб – 50,0 % опитаних (95,0 % ДІ 32,43 % – 67,57 %). Третина респондентів (35,29 % (95,0 % ДІ 19,75 % – 53,51 %)) вказали на їх підвищену конфліктність, і як слідство, збільшення числа конфліктів між персоналом і пацієнтами та між керівниками і медичним персоналом (для обох позицій: 2,94 % (95,0 % ДІ 0,07 % – 15,33 %)).

Висновки. Медичне обслуговування внутрішньо переміщених осіб не спирається на достатнє фінансування та соціальне правове урегулювання, що призводить до низки викликів, серед яких найчастіше згадуються проблеми фінансового та психологічного характеру. На думку опитаних керівників ЗОЗ, заходами щодо усунення (зниження) визначених проблем повинні стати: додаткове фінансування для медичного обслуговування ВПО; створення реєстрів пацієнтів і передусім інтеграція з волонтерами, соціальними працівниками, юристами та психологами щодо медичного обслуговування даного контингенту.

Використана література

1. Інформаційний бюлетень філії УВКБ ООН у Дніпрі / Представництво Управління Верховного комісара у справах біженців (UNHCR) в Україні. – липень 2016. – 4 с.

2. Про забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщених осіб: Закон України [від 20 жовт. 2014 р. № 1706-VII] // Відомості Верховної Ради (ВВР). – 2015. – № 1. – С. 1.

ІНСТИТУЦІЙНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ МЕДИЧНОГО ТУРИЗМУ В УКРАЇНІ

Удовиченко Н. М.

На тлі старіння та збідніння населення України, особливо гостро стоїть проблема підвищення загального рівня його захворюваності (у т.ч. поширення патологій та хронічних хвороб). Але далеко не усім це вдається: одним – унаслідок територіальних диспропорцій доступу населення до необхідних медичних послуг (у т.ч. як результат відсутності та/чи закриття медичних закладів у невеликих населених пунктах); інші – через банальний брак коштів на діагностику, лікування і реабілітацію (і це попри конституційну гарантію на безоплатну медицину). Завдяки цьому зростає інтерес (передусім, у осіб зі значними та середніми статками) до розвитку медичного туризму – «виду туризму, який передбачає виїзд індивіда за межі населеного пункту, де той постійно проживає, задля отримання медичних послуг лікувального, діагностичного, реабілітаційного та профілактичного характеру» [6, С. 186].

Ураховуючи економічну та соціальну значущість медичного туризму, а також недостатнє використання його потенціалу в Україні, зростає необхідність створення сприятливих умов для розвитку цієї сфери національної економіки. Однією з важливих запорок розвитку медичного туризму є належне публічне управління – «відкритий (у межах власних і делегованих повноважень) вплив наділених владою інституцій на взаємовідносини між державою, місцевим самоврядуванням, бізнесом і населенням задля узгодження їхніх інтересів і максимізації вигод» [3, С. 13]. Цей процес потребує належного не лише «економічного, методичного, правового та організаційного» [2, С. 57], а й інституційного забезпечення – «системи державних і недержавних організаційних структур, які створені на різних управлінських рівнях й реалізують свої рішення за допомогою методів, що належать до їхніх повноважень» [1, С. 8–9]. Останнє, зрештою, й обумовлює актуальність даного дослідження.

На національному рівні загальне публічне управління розвитком туризму (у т.ч. медичного) здійснює Кабінет Міністрів України, який розробляє та забезпечує реалізацію державної політики у цій царині. Уряду безпосередньо підпорядкована вертикаль виконавчої влади, яка у 2014 р. зазнала певних змін, як-от: «реорганізація Міністерства культури і туризму України та ліквідація Державного агентства з туризму та курортів, покладання їхніх функцій на Департамент туризму та курортів Міністерства економічного розвитку і торгівлі України» [5], що є наочним свідченням невиправданого зниження уваги з боку Уряду до досліджуваної проблематики. Основними завданнями цього Департаменту є: «визначення та реалізація основних напрямів державної політики у сфері туризму, пріоритетних напрямів розвитку туризму; визначення основ безпеки туризму; забезпечення розвитку в'їзного та внутрішнього туризму як високорентабельного сегменту національної економіки» [4].

На регіональному рівні таке управління здійснює Управління культури і туризму Харківської обласної державної адміністрації, яке має забезпечити виконання таких завдань: «реалізація державної політики щодо розвитку туризму; захист працівників підприємств, установ та організацій у сфері туризму, а також споживачів туристичного продукту; вдосконалення туристичної інфраструктури;

створення умов для розвитку внутрішнього та іноземного туризму, туристичної і рекреаційної індустрії, провадження екскурсійної діяльності; проводить аналіз ринку туристичних послуг» [8]. Цьому Управлінню підпорядковано Обласний комунальний заклад «Харківський організаційно-методичний центр туризму», чия діяльність передбачає «сприяння розвитку туристичної сфери області, а також забезпечення методичної підтримки суб'єктів туристичної діяльності, інформаційного супроводження туристичних ресурсів регіону та просування Харківської області як туристичного центру Слобожанщини в Україні» [9]. Слід відзначити, що в Положенні про Управління культури і туризму [8] не передбачено його взаємодію з іншими структурними підрозділами Харківської обласної державної адміністрації, облдержадміністраціями з інших регіонів країни, а також з органами місцевого самоврядування та представниками бізнесу, чия діяльність прямо чи опосередковано пов'язана з розвитком медичного туризму. Так, зокрема, Управління охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації виконує такі завдання: «управління підзвітними та підконтрольними закладами, установами, підприємствами охорони здоров'я, які утримуються за рахунок коштів обласного бюджету; сприяє санаторно-курортному лікуванню пільгових категорій населення» [8]. Тобто відсутня навіть згадка про його участь у розвитку медичного туризму, хоча саме завдяки цьому заклади системи охорони здоров'я регіону зможуть отримати додатковий фінансовий ресурс для власного розвитку.

Управління розвитком туризму на місцевому рівні здійснює Департамент міжнародного співробітництва Харківської міської ради, який виконує такі завдання: «сприяння розвитку міжнародного співробітництва у сфері туризму, а також туристичної інфраструктури» [7]. На рівні міськради також необхідна конкретизація взаємовідносин, щонайменше, між її структурними підрозділами. Передусім мова йде про Департамент охорони здоров'я Харківської міської ради, чия діяльність передбачає «сприяння матеріально-технічному забезпеченню підприємств, закладів комунальної форми власності територіальної громади міста Харків у сфері охорони здоров'я» [7], тим самим створюючи інституційне підґрунтя для розвитку медичного туризму в Харкові.

З урахуванням вищевикладеного матеріалу можна зробити такі **висновки**. Публічне управління розвитком медичного туризму в Україні здійснюється відповідними (уповноваженими) інституціями на національному, регіональному та місцевому рівнях. Продовження наукових розвідок за даною проблематикою сприятиме подальшому розвитку медичного туризму як запоруки покращання соціально-економічної ситуації в Україні.

Використана література

1. Біль М.М. Механізм державного управління туристичною галуззю (регіональний аспект): автореф. дис. ... к.держ.упр.: спец. 25.00.02 "Механізми державного управління". Львів, 2010. 23 с.

2. Мельниченко О.А. Управління структурними зрушеннями: підручник. Харків: Оберіг, 2013. 300 с.

3. Мельниченко О.А. Якість публічного управління як запорука добробуту населення країни. Актуальні проблеми державного управління: зб. наук. пр. Харків: Вид-во ХарPI НАДУ "Магістр", 2017. № 1. С. 8–14.

4. Про затвердження Положення про департамент туризму та курортів, наказ Міністерства економічного розвитку і торгівлі України від 22 липня 2016 р. № 1202. URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show>

5. Про оптимізацію системи центральних органів виконавчої влади, Постанова Кабінету Міністрів України від 10 вересня 2014 р. № 442. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/442-2014-%D0%BF>

6. Удовиченко Н.М., Мельниченко О.А. Медичний туризм: сутність і види. Соціально-економічний і гуманітарний виміри розвитку торгівлі, готельно-ресторанного та туристичного бізнесу: зб. тез доп. міжнар. наук.-практ. конф., 23–24 березня 2017 р. Харків: Вид-во ХТЕІ КНТЕУ, 2017. С. 185–186.

7. Харківська міська рада. Офіційний сайт. URL: <http://www.city.kharkov.ua/uk/gorodskaya-vlast/ispolnitelnyie-organyi...>

8. Харківська обласна державна адміністрація. Офіційний сайт. URL: <http://kharkivoda.gov.ua/oblasna-derzhavna-administratsiya...>

9. Харківський організаційно-методичний центр туризму. Офіційний сайт. URL: <http://www.omctur.kh.ua/uk/content/harkivskyyu-organizaciyno-metodychnyyu-centr-turyzmu>

**ЦІНОУТВОРЕННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ТА КОМПЕНСАТОРНІ
ЗАХОДИ ЩОДО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СОЦІАЛЬНОЇ ТА ЕКОНОМІЧНОЇ
ЕФЕКТИВНОСТІ РОБОТИ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Кравченко В. І.

Однією з надважливих умов входження Української системи охорони здоров'я в ринок медичних послуг є проблема ціноутворення. На цей час використовуються ряд методів ціноутворення та видів цін на медичні послуги, які забезпечують медичним закладам, що працюють в ринкових умовах, певний прибуток. Але існуюча практика застосування цих цін не вирішує найважливішу умову соціально ефективної роботи медицини – доступності та всеохоплюваності населення країни медичними послугами значної його частини, яка потребує цих послуг та не в змоззі їх оплатити. І провина тут не медиків, які встановлюють високі ціни. Головна причина такої соціальної нерівності, на наш погляд, полягає у тому, що державою не розроблено і поки що не розробляється дієвий механізм компенсації пацієнтам витрат на необхідні лікувальні заходи медичних закладів.

Медицина, як і всі інші галузі народного господарства, виробляє об'єктивно необхідний продукт забезпечення життєдіяльності суспільства – медичні послуги. Адже не даремно цей продукт у формі одного з основних показників якості життя – його тривалості – включно до визначення індексу розвитку людського потенціалу суспільства. Та чи може така галузь працювати на збиток, не отримувати від суспільства необхідні кошти на власне відтворення та розвиток, а медичні працівники отримувати одну з найнижчих у країні заробітну платню? Очевидно, що ні. То може населення має компенсувати всі витрати галузі та забезпечити і гідну оплату праці медикам, і її прогресивний розвиток? Але ж заробітна платня абсолютної більшості частини населення України не включає у вартість робочої сили необхідної витрати на охорону здоров'я. То ж висновок напрашується сам собою: компенсувати необхідну частину витрат на охорону здоров'я, яку не може покрити населення за рахунок своїх доходів – держава, як головний утримувач суспільних коштів, великий та середній бізнес за рахунок своїх прибутків, благодійні фонди та інші громадські організації, що мають достойні доходи від своєї діяльності. На жаль, законів, які регулювали б ці дуже важливі відносини у країні немає.

Тому на разі проблемою підвищення рівня і якості життя в Україні є те: як в умовах зубожіння населення гарантувати максимально можливий доступ його до необхідних медичних послуг та забезпечити рівноправне з іншими галузями функціонування охорони здоров'я у ринковому середовищі.

Одним із шляхів вирішення її є ціноутворення медичних послуг. За інформацією МОЗ України розроблено тарифи на послуги по наданню первинної медичної допомоги, які складаються з двох частин: ставки на оплату медичної послуги і ставки на оплату діагностичних послуг. Для амбулаторної спеціалізованої допомоги будуть враховувати дані про витрати закладів за попередні роки та доплати за якість роботи. Для стаціонарної спеціалізованої допомоги тарифи будуть розраховуватись по так званим діагностично-спорідненим групам. Вони повинні бу-

дуть враховувати ускладнення, супутні послуги і т. ін. Розробляється коефіцієнти, які дозволять все це враховувати. Заробітна платня медичних працівників як складова тарифу повинна бути не менше 250 % від середньої по Україні за липень попереднього року, у якому будуть застосовуватись тарифи.

Сказати, що ця методика відкрита і зрозуміла, навряд чи хтось наважиться. Ціни, встановлені за цією методикою, не враховують головного компоненту ринкових цін – прибутку, – то ж про кошти для розвитку медичних закладів, стимулювання праці, соціальний пакет для працівників мова не йдеться.

Це свідчить про те, що у міністерстві не існує навіть уяви про те, як об'єднати соціальну та економічну складові роботи галузі.

Якщо немає свого бачення, треба звернутись до досвіту інших країн. Медична реформа в Україні зорієнтована на досвіт Великобританії. Але ж там з початку впровадження моделі Беверіджа всі кошти на охорону здоров'я зосереджувались на загальнодержавному рахунку і тільки зараз частково передаються місцевим органам самоврядування. Щодо комерційних структур (платних послуг, страхових компаній) їх діяльність контролюється державою.

У ФРН, Франції лікарняні каси контролюють ціни як у системі ОМС, так і в системі ДМС. У країнах Євросоюзу, Японії, навіть США чітко прослідковується збільшення ролі держави у фінансуванні охорони здоров'я.

Можна у ціноутворенні піти шляхом сегментації ринку. При цьому у сегменті малозабезпеченої частини пацієнтів встановлюються ціни на рівні собівартості і навіть, якщо є можливість і потреба, нижче собівартості, а для забезпеченої частини пацієнтів – ціни з часткою прибутку вище середнього. Тобто проводиться перерозподіл прибутку з тим, щоб забезпечити доступність до послуг якомога більшій частині пацієнтів. Цей метод встановлення цін прийнятний, якщо частка малозабезпеченого населення складає 10–20 %, а не більше ніж 50 % як в Україні.

Багато авторів вважають, що ціноутворення медичних послуг повинно орієнтуватись на попит та пропозицію. Безумовно, і попит, і пропозиція є дієвими важелями динаміки цін, і їх варто враховувати у маркетинговому управлінні медичним закладом. Але чи може цей метод бути базовим? Так, на такі послуги як косметичні, трансплантаційні і інші, що не пов'язані із збереженням здоров'я, невідкладними станами і іншими життєво необхідними послугами, ніяк не припустимо. Від нього відмовляються навіть у таких країнах як наша.

У країнах з уставними ринковими відносинами, з багатим досвідом функціонування системи охорони здоров'я у цих умовах держава, її громадські інститути все більше приділяють уваги соціально значимим товарам, надто ж охороні здоров'я. Взяти хоча б «Комплексний план дій по охороні здоров'я» у країнах Євросоюзу, який було започатковано ще у 1993 р., а потім він доповнювався, удосконалювався і зараз діє третя програма, розрахована до 2021 р. Пріоритети у ній зосереджені на зміцненні здоров'я, його профілактиці, пропаганді здорового образу життя, захисту громадян від трансграничних загроз життю, інвестуванню інноваційних, ефективних і установлених систем охорони здоров'я; доступності до більш якісного медичного обслуговування. Головне ж, що не рішення цих проблем спрямовуються. У першу чергу, зусилля держав, крім того страхових, благодійних і інших фондів.

Те ж, що пропонує і впроваджує зараз МОЗ України – шлях скоріше до руйнації системи охорони здоров'я, а не її розвитку. Підтримуючи у цілому ідею ре-

формування галузі, не можна погодитись із стратегією і тактикою реалізації цієї ідеї. Намагання держави відійти від вирішення проблем доступності, якості та розширення об'єму медичної відповідальності за стан здоров'я населення являється неприпустимим.

Реформування охорони здоров'я повинно забезпечити, з одного боку безбитковість роботи системи, можливість заробляти кошти і спрямовувати їх на розвиток медицини, проведення дієвих профілактичних заходів та поліпшення рівня життя медпрацівників, а з другого – забезпечити доступність і високу якість медичних послуг для населення. У цьому і полягає єдність ціноутворення та розробка і впровадження компенсаторних заходів про реформування охорони здоров'я.

НАЛЕЖНА ЕКОНОМІЧНА УМОТИВОВАНІСТЬ ПРАЦІВНИКІВ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЯК ФАКТОР ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

Мельниченко О. А., Чухно І. А.

Однією з важливих умов ефективного функціонування будь-якого суб'єкта господарювання є використання дієвої системи мотивації його персоналу. Лише добре знаючи (що спонукає ту чи іншу особу до відповідних дій чи бездіяльності, які мотиви лежать в основі її поведінки) можна сформулювати найкращу з можливих систем взаємодії у ланцюгу «роботодавець – найманий працівник – споживач», здатну не лише раціонально використовувати наявні ресурси, а і забезпечувати високу якість виробництва продукції та/чи надання послуг. Не є виключенням і заклади сфери охорони здоров'я. Оскільки більшість з них за формою власності є державними чи комунальними, тому в їхній діяльності соціальна функція (надання якісних медичних послуг населенню) домінує над економічною (максимізація прибутку). Проте це жодним чином не повинно применшувати значущість належної умотивованості персоналу. Більше того, ураховуючи високу суспільну значущість медичних послуг, особи, що її надають (тим паче, на високому рівні) мають отримувати гідну оплату праці. Без ефективної системи економічної мотивації праці медичних працівників сфери охорони здоров'я в цілому й окремі її заклади втрачають вкрай важливий і дієвий важіль для підвищення якості медичних послуг і розвитку цієї важливої сфери національної економіки.

Однак, на відміну від більшості розвинених країн світу, де праця лікаря є однією з найбільш оплачуваних, «працівники сфери охорони здоров'я України (станом на червень 2017 р.) мають середньомісячну заробітну плату розмірі у € 4877» [1], що майже на 40 % менше за відповідний показник загалом по національній економіці. До того ж, попри передбачене Проектом Закону про Державний бюджет України на 2018 рік [4] підвищення розміру мінімальної заробітної плати, розраховувати на істотне покращання ситуації не має сенсу, оскільки його щонайменше повністю знецінить очікувана інфляція. А якщо до цього додати скорочення майже у півтора рази бюджетного фінансування системи охорони здоров'я, то ситуація з економічною мотивацією працівників цієї сфери виглядає вкрай несприятливо, що й обумовлює актуальність даного дослідження.

Передусім слід нагадати про існуючі відмінності між мотивацією (внутрішніми переконаннями особи щодо її ставлення до власної трудової діяльності, пов'язаними з трудовими успіхами, задоволенням від виконання роботи,

реагуванням на наявні стимули, мікроклімат в колективі тощо) і стимулюванням (зовнішнім спонукання працівника до кращого виконання його посадових обов'язків за рахунок активнішого використання роботодавцями зовнішніх винагород (грошей, подарунків, просування по службі і т.ін.) і адміністративно-економічних санкцій (штрафи, позбавлення премій, пониження у посаді, звільнення тощо)). Таким чином, економічна умотивованість працівників істотною мірою залежить передусім від їхнього суб'єктивного ставлення до реальних доходів. При цьому, тим паче зважаючи на українські реалії, переважна більшість наших співвітчизників (у т.ч. працівників сфери охорони здоров'я) намагаються «компенсувати» вади існуючої системи оплати праці (низькі офіційні трудові доходи) завдяки роботі за сумісництвом, неофіційній зайнятості та отриманню інших «тіньових» доходів. Але далеко не усім це вдається, що, окрім іншого, негативно впливає на якість надання медичних послуг.

І саме тому, частіше за усе, мають місце такі негативні прояви: дефіцит висококваліфікованих кадрів через їх відтік (міграцію), а також втрату престижності професії лікаря; проблемність надання якісних медичних послуг унаслідок недостатнього матеріального забезпечення медичних закладів; накопичення втоми та зростання розсіяності унаслідок одночасного обіймання посад у декількох медичних закладах, на додаткових робочих місцях; відсутність мотивації для подальшого професійного розвитку та належного виконання власних посадових обов'язків через низьку заробітну плату; напруженість взаємовідносин між лікарем і пацієнтом унаслідок існування «тонкої межі» між «хабарем» і «вдячністю»...

Проведені узагальнення публікацій провідних науковців і результати власних досліджень за даною проблематикою дозволили виокремити такі засоби, які спрямовані на покращання економічної умотивованості працівників сфери охорони здоров'я:

– «урахування об'єктивних чинників розміру й структури заробітної плати працівників: кон'юнктури ринку праці, складності, відповідальності, умов праці, цінності посади, рівня кваліфікації, індивідуальних характеристик працівників, результатів праці, результатів діяльності закладу...» [5];

– «надання гарантій своєчасної й повної виплати заробітної плати; відшкодування заборгованості з відсотками, які будуть нараховані за прогресивною шкалою залежно від терміну нарахування; у разі тривалої (більше трьох місяців) невивплати заробітної плати притягнення керівників підприємства до адміністративної відповідальності» [2];

– «накладання санкцій за порушення професійного та дисциплінарного штибу;

– детінізація доходів медичних працівників» [3], з одночасним створенням умов для отримання ними легальних доходів;

– відшкодування витрат/втрат медичних працівників, пов'язаних зі специфікою їхньої професійної діяльності (захворювання населення);

– «виважене та обґрунтоване застосування премій» [6], джерелом для виплати яких є, по-перше, економія фонду оплати праці як результат неукомплектованості штатних посад медичних закладів; по-друге, частина коштів, отриманих від надання медичних послуг на платній основі;

– оплата підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації медичних працівників;

– надання можливості на пільгових умовах харчуватись у столовій медичного закладу, а також купувати ліки та медичні послуги;

– безоплатне чи на пільгових умовах надання медичних послуг цього ж медичного закладу;

– створення робочих місць, які передбачають надання медичних послуг як особи-суб'єкти підприємницької діяльності, котрі орендують у державних і комунальних медичних закладів частину їхніх приміщень і необхідне обладнання;

– підвищення фінансової автономії закладів охорони здоров'я шляхом реформування системи фінансового забезпечення у цій сфері або на засадах страхової медицини, або шляхом запровадження глобальних бюджетів, що реалізуватиме впровадження принципів децентралізації та, серед іншого, дозволить керівництву закладів використовувати сучасні та ефективні методи економічного стимулювання працівників.

З урахуванням вищевикладеного матеріалу можна зробити такі **висновки**. Без належного стимулювання працівників сфери охорони здоров'я неможливо розраховувати на належну їхню умотивованість, а з тим – на високу якість медичних послуг. Продовження наукових розвідок за даною проблематикою сприятиме подальшому розвитку вітчизняної сфери охорони здоров'я.

Використана література

1. Державна служба статистики України. URL: http://ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2017/gdn/Zarp_ek_p/zed_17_u.htm

2. Костишина Т. Стратегічні пріоритети формування конкурентоспроможної оплати праці. *Україна: аспекти праці*. 2010. № 7. С. 21–26.

3. Мельниченко О.А. Управління структурними зрушеннями: підручник. Харків: Оберіг, 2013. 300 с.

4. Проект Закону про Державний бюджет України на 2018 рік. URL: w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webpro4_1?pf3511=62551

5. Цимбалюк С. Диференціація заробітної плати: види, чинники, сучасний стан в Україні. *Україна: аспекти праці*. 2009. № 4. С. 16–22.

6. Чухно І.А., Мартовицький Д.В. Сучасні світові тенденції в мотивації медичного персоналу як засіб поліпшення якості медичного обслуговування. *Актуальні питання соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я в Україні: матеріали наук- практ. конф., м. Харків, 16 березня 2016 р.* Харків, 2016. С. 143–145.

ХАРАКТЕРИСТИКА СПЕЦІАЛЬНИХ ПРИНЦИПІВ ГРОМАДСЬКОГО КОНТРОЛЮ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Крут К. О.

Під принципами громадського контролю у сфері охорони здоров'я слід розуміти науково-обґрунтовані та законодавчо закріплені відправні начала (ідеї) які лежать в основі здійснення такого контролю. Вони (принципи) найбільш повно та змістовно відображають усі аспекти здійснення громадського контролю у вказаній сфері. Зазначимо, що в юридичній літературі не існує єдиного підходу щодо визначення конкретних принципів громадського контролю. А тому, аналізуючи наукові погляди вчених та норми чинного законодавства України, нами було виділено дві великі групи принципів: 1) загальні принципи – основоположні, ключові засади і ідеї які лежить в основі контрольної діяльності контролюючих суб'єктів (як державних так і громадських) у будь-якій сфері суспільних відносин, в тому числі і сфері охорони здоров'я; та 2) та спеціальні, під якими слід розуміти такі засади, які є основою безпосередньої організації здійснення громадського контролю у сфері охорони здоров'я. В рамках нашого дослідження ми приділимо детально увагу саме другій групі принципів, до яких, на нашу думку можна віднести:

– принцип пріоритетності прав та свобод людини і громадянина. Зміст вказаного принципу при здійсненні громадського контролю у сфері охорони здоров'я полягає у тому, що під час здійснення контролю не можуть бути порушені жодні права людини, які гарантуються не лише Конституцією України, а й іншими нормативно-правовими актами різною юридичної сили. Так, наприклад, відповідно до Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 року під час здійснення контрольної діяльності не може бути розголошена інформація про стан здоров'я особи, факт її звернення за медичною допомогою, діагноз, а також про відомості, одержані при його медичному обстеженні. Крім того, під час здійснення контролю забороняється вимагати та надавати інформацію про діагноз та методи лікування пацієнта.

– принцип взаємної відповідальності. Слід зазначити, що принцип відповідальності в контексті здійснення громадського контролю у сфері охорони здоров'я має декілька аспектів, зокрема: по-перше: передбачає відповідальність об'єктів контролю перед: 1) суб'єктами за правдивість інформації, яка їм надається задля проведення контролю; 2) перед громадянами, адже нормами чинного законодавства визначена інформація, яку об'єкти контролю не мають права розголошувати, а відтак її розголошення тягне за собою відповідальність; по-друге: передбачає відповідальність суб'єктів громадського контролю перед: 1) об'єктами контролю у разі розголошення інформації яка не може бути доступною для громадськості, а також у випадку розголошення неправдивої інформації про реальний стан справ в закладах охорони здоров'я (наприклад, свідоме заниження якихось показників, тощо), що в свою чергу може зашкодити їх репутації; 2) перед громадянами, адже від того, наскільки буде правдивою інформація суб'єктів громадського контролю залежить репутація держави взагалі, та закладів охорони здоров'я зокрема. Така відповідальність носить здебільшого моральний аспект, аніж юридичний, адже

реальних інструментів притягнення до відповідальності суб'єктів контролю у цьому випадку не існує.

– принцип системності. У загальнотеоретичному контексті поняття системності можна охарактеризувати з одного боку як спосіб або форму існування матерії, що виникає в наслідок появи певних зв'язків між елементами об'єктивної дійсності. Саме ці зв'язки, на переконання вченого, і обумовлюють порядок розташування, розміщення зазначених елементів. Тобто системність – це перш за все порядок, впорядкованість, що протистоїть хаосу і безладу [1]. Отже, принцип системності громадського контролю у сфері охорони здоров'я полягає у тому, що контрольна діяльність має здійснюватись у відповідному порядку, тобто за чітко визначеною процедурою.

– принцип незалежності. У загальному розумінні незалежність – це можливість приймати самостійні рішення, які підкорюються власним бажанням та інтересам і не потребують зовнішніх вказівок та наказів [2]. В рамках нашого дослідження зміст принципу незалежності полягає у тому, що на суб'єкти громадського контролю не можуть здійснювати вплив жодні органи державною влади, чи будь-які інші державні чи недержавні організації. Дотримання зазначеного принципу дозволяє зробити контроль більш об'єктивним та прозорим.

– принцип адаптивності. Адаптивність – це властивість системи, що визначає її здатність успішно пристосовуватися до умов зовнішнього середовища, що змінюється [3]. Таким чином, адаптивність громадського контролю у сфері охорони здоров'я передбачає, що суб'єкти контролю мають оперативно пристосовуватись до змін у чинному законодавстві України, а також до змін у соціально-економічному та політичному середовищі держави.

– принцип всебічності контролю. Сутність зазначеного принципу полягає у тому, що контроль має бути всебічним, повним, він має охоплювати всі аспекти діяльності закладів охорони здоров'я та інших державних органів, що здійснюють свою діяльність у зазначеній сфері. Зібрана інформація, слушно зазначає Т.О. Коломоєць, повинна бути повною і об'єктивною, реагування за результатами контролю теж має бути щодо всіх виявлених недоліків, прогалин, навіть, якщо їх виявлення не передбачалося під час контрольних заходів (виявлення цих порушень відбулося під час перевірки інших ділянок роботи). Контроль, продовжує науковець, не повинен бути тотальним, тим більш, якщо мова йде про сферу охорони здоров'я, однак і не звуженим, окремо спеціалізованим, повинен мати ознаки всебічності, із так званим об'єднуючим фактором [4, с.39].

– принцип превентивності. Зміст даного принципу полягає у тому, що громадський контроль має здійснюватись задля того, щоб попередити здійснення протиправних діянь органами державної влади а також закладами охорони здоров'я України під час здійснення їх діяльності. Тобто превентивність передбачає, що краще запобігти виникненню правопорушень у досліджуваній сфері, аніж боротися із наслідками таких правопорушень. Принцип превентивності має декілька аспектів: по-перше, соціальний, який полягає у тому, що здійснення контролю у цій сфері дозволяє покращити якість надання медичних послуг, а відтак підвищити рівень здоров'я населення; по-друге, психологічний, полягає у тому, що об'єкти контролю усвідомлюють можливість настання для них негативних наслідків у разі здійснення контролю; по-третє, правовий аспект, полягає в охороні і захисті законних прав та інтересів людини і громадянина.

Таким чином, узагальнюючи все наведене зазначимо, що наведений нами перелік спеціальних принципів громадського контролю у сфері охорони здоров'я не претендує на вичерпність, однак на нашу думку, саме зазначені засади найбільш повно та змістовно відображають сутність зазначеної діяльності. Одним із суттєвих недоліків, є те, що зазначені принципи не знайшли свого законодавчого закріплення, вони лише опосередковано визначені у чисельних нормативно-правових актах, норми яких спрямовано на регулювання громадського контролю у сфері охорони здоров'я. Зазначена прогалина, на нашу думку, потребує негайного вирішення.

Список використаної літератури

1. Могілевський Л. В. Система трудового права України [Текст]: дис.... д-ра юрид. наук: 12.00.05 / Могілевський Леонід Володимирович; Київ. нац. ун-т ім. Тараса Шевченка. – Київ, 2016. – 442 с.
2. Великий тлумачний словник сучасної української мови / Укладач та гол. редактор В.Бусел – К.; Ірпінь: ВТФ «Перун», 2006. – 1728 с.
3. Ластаев Т.Т. Механизм агропромышленной интеграции / Т.Т. Ластаев, А.А. Кайгородцев // Вестник КАССУ – 2006 – № 4 – С. 10–12.
4. Коломоець Т. О. Принципи як елемент механізму контролю за діяльністю органів місцевою самоврядування як суб'єктів адміністративного права України / Коломоець Т. О., Матвієнко П. Д. // Адміністративне право і процес. -2012.- № 2. [Електронний ресурс] Режим доступу: <http://applaw.knu.ua/index.php/arkhiv-pomeriv/2-2-2012/item/45-pryntsypu-yak-element-mekhanizmu-kontrolyu-zadiyalnistyu-orhaniv-mistsevoho-samovryaduvannya-yak-sub-yektiv-admiinstratyvnoho-prava-ukrayiny-kolomoiets-t-o-matviienko-p-d>

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

Усенко С. Г., Гаркавенко К. О.

В настоящее время вопрос грудного вскармливания является особенно актуальным. В нашей стране естественное вскармливание всегда считалось приоритетным при выборе питания детей 1-го года жизни. Грудное молоко – это единственная и самая лучшая пища для ребёнка до 6 месяцев, которую только может дать ему мама. Несмотря на введение прикорма, после 6 месяцев, очень важно продолжать кормить ребёнка грудью, чтобы обеспечить его здоровьем. Это позиция Всемирной организации здравоохранения и Министерства здравоохранения Украины

Целью данного исследования является установление соответствия нормативно-правовых актов отечественного законодательства требованиям современного внедрения поддержки грудного вскармливания.

Методическим обеспечением работы стали: Контент-анализ.

Результаты исследования и их обсуждение. Эффективность государственного регулирования по поддержке грудного вскармливания в значительной степени зависит от формирования действенной национальной законодательной базы, которая бы отвечала требованиям времени и динамичным общественным процессам, происходящим в Украине.

Правовая база, которая обеспечивает систему руководства поддержкой грудного вскармливания, состоит из следующих уровней. Первый: нормативная база общеобязательная и создана в рамках системы здравоохранения (Конституция Украины, законы и постановления Верховной Рады Украины, указы и распоряжения Президи-

дента Украины, постановления и распоряжения Кабинета Министров Украины) [1-5,7]. Второй: утверждение отраслевой программы «Поддержка грудного вскармливания детей в Украине на 2006 - 2010 годы» с целью улучшения состояния здоровья детей, а также снижение уровня смертности детей в возрасте до одного года совместным приказом Министерства здравоохранения и АМН Украины от 31.07.2006 № 529 [6]. Для реализации Закона Украины «Об Общегосударственной программе» Национальный план действий по реализации Конвенции ООН о правах ребенка «на период до 2016 года», постановления Кабинета Министров Украины от 27.12.2006 № 1849 «Об утверждении государственной программы» Репродуктивное здоровье нации на период до 2015 года «и в соответствии со ст. 24 Конвенции ООН о правах ребенка», Глобальной стратегии ВОЗ / ЮНИСЕФ по вскармливанию младенцев и детей раннего возраста, Европейской стратегии ВОЗ «Здоровье и развитие детей и подростков «и с целью улучшения состояния здоровья женщин и детей МЗ Украины издает приказ «О дальнейшем внедрении расширенной инициативы «Больница, доброжелательная к ребенку» в Украине № 715 от 28.10.2011 года» [7,8,9,10].

Действующий приказ «О дальнейшем внедрении расширенной инициативы «Больница, доброжелательная к ребенку» в Украине от 28.10.2011 г. № 715 предусматривает организационные меры по дальнейшему внедрению 12 принципов, способствующих распространению грудного вскармливания среди населения.

Таким образом, нормативно-правовое обеспечение поддержки грудного вскармливания представляет собой сложный и многослойный процесс, который имеет целью распространить грудное вскармливание среди женского населения, тем самым улучшить состояние здоровья подрастающего поколения.

Використана література

1. Конституция Украины (принятая Верховной Радой Украины 26 июня 1986 года);
2. Закон Украины «Об охране детства», утвержденный Президентом Украины № 2402-III от 26 апреля 2001 года;
3. Основы законодательства Украины о здравоохранении (принятые Верховной Радой Украины № 2801-XII 19 ноября 1992 года);
4. Положение о перинатальном центре, утвержденное Приказом МЗ Украины от 29.12.2003 года № 620 «Об организации предоставления стационарной акушерско-гинекологической и неонатальной помощи»
5. Постановление Кабинета министров Украины от 11.03.2011 г. № 331 «Об утверждении Порядка использования средств, предусмотренных в государственном бюджете, на создание сети региональных перинатальных центров, обеспеченных инновационными технологиями и современным оборудованием»
6. Приказ Министерства здравоохранения и АМН Украины от 31.07.2006 № 529/29 «Об утверждении отраслевой программы «Поддержка грудного вскармливания детей в Украине на 2006–2010 годы»
7. Конвенция о правах ребенка (ООН, 20 ноября 1989 год);
8. Постановление Кабинета Министров Украины от 27.12.2006 № 1849 «Об утверждении государственной программы» Репродуктивное здоровье нации на период до 2015 года»
9. Европейская стратегия ВОЗ «Здоровье и развитие детей и подростков» принятая Региональным комитетом ВОЗ в сентябре 2005 года;
10. Приказ МЗ Украины «О дальнейшем внедрении расширенной инициативы «Больница, доброжелательная к ребенку» в Украине» № 715 от 28.10. 2011 года.

**ПРОФЕСІЙНА ВЗАЄМОДІЯ: ІНТЕРАКТИВНІ МЕТОДИ НАВЧАННЯ
МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ**

Астапова Я. В., Чухно І. А.

Сьогодні модель підготовки медичних кадрів за Концепцією розвитку вищої медичної освіти орієнтована на створення необхідних умов для збереження і відновлення здоров'я населення шляхом надання гарантованого рівня медичної допомоги. Розвиток новітніх технологій актуалізує необхідність модернізації вітчизняної системи медичної освіти, переосмислення підходів до підготовки у вищих медичних навчальних закладах конкурентоздатних лікарів, спроможних швидко адаптуватися до змін у галузі охорони здоров'я. Кінцевий результат у системі медичної освіти – підготовка лікарів, які володіють різнобічними навичками й мають широкий світогляд, здатні інтегрувати свою роботу у діяльність усіх працівників охорони здоров'я та інших професійних напрямків, можуть самостійно приймати професійні рішення [5, С. 168]. Зважаючи на комунікативний характер, питання професійної взаємодії та дослідження особливостей такої інтеграції є актуальним.

Серед морально-етичних, вольових та організаційних якостей важко виокремити ті, що є провідними у становленні професійної взаємодії, бо сформоване прагнення особистості до успіху, самовдосконалення майстерності, володіння повною мірою здобутими знаннями визначає сформовану сукупність умінь та особистісних якостей [3, С. 73].

Підготовка майбутніх лікарів до професійної взаємодії засобами інтерактивних методів навчання на кафедрі громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету орієнтована на завоювання студентами знань, необхідних для виконання професійних обов'язків, основу яких становить формування відповідних умінь, забезпечення включення студентів у професійну взаємодію завдяки використанню інтерактивних методів навчання: діалогічно-дискусійних, ігрових, тренінгових, методу ситуативного моделювання. На кафедрі розроблено комплекс навчально-методичних матеріалів щодо підготовки студентів до професійної взаємодії засобами інтерактивних методів навчання: тренінгові програми, ділові та рольові ігри, навчальні проекти, ситуаційні вправи, завдання для самостійної роботи.

Серед рефлексивно-діагностичних інтерактивних методів навчання, насамперед, використовуються такі, що забезпечують саморозуміння та саморозкриття учасників як суб'єктів взаємодії, а також дозволяють виявити готовність до попередження конфліктів. Крім того, велика увага приділяється інтерактивним вправам, під час моделювання ситуацій напруженої професійної взаємодії іноземних студентів у процесі лікування. Це дозволяє наблизити навчання до реальних професійних ситуацій, що можуть виникнути у майбутній діяльності лікаря, забезпечує можливість відстежувати особливості поведінки під час міжособистісної взаємодії у процесі виконання ролі майбутнього лікаря, знаходити переваги та недоліки своєї поведінки, навчитися аналізувати їх у процесі подальшого обговорення, контролювати свої емоції тощо.

На практичних заняттях суттєву ефективність мають наступні інтерактивні методи навчання: діалоги («Головна дійова особа в діалозі «лікар – пацієнт»), дискусії («Професійна взаємодія лікаря та пацієнта в працях М. Пирогова»), дебати («Різні культури – різні культури лікування»), ділові ігри («Формування позитивного іміджу медичної установи і конкретного працівника з точки зору пацієнта», «Соціальна медицина. Культура. Реформи») та ін. Студенти залучаються до участі у дискусіях («Як досягти психологічного контакту з пацієнтом?»), моделюваннях проблемних ситуацій («Черга в поліклініці», «На прийомі у лікаря», «Мені погано, лікарю!»), виконанні проектів («Слово лікаря як зцілювальна сила»), проведенні ділових ігор і тренінгів («Взаємодія лікаря і пацієнта», «Пролонгований контакт з рідними пацієнта» та ін.). Завдяки таким інтерактивним методам навчання майбутні лікарі збагачують власний досвід взаємодії у конкретних професійно спрямованих ситуаціях.

Узагальнені результати вивчення прогресивних ідей професійної взаємодії вбачаються в актуалізації медичної освіти завдяки впровадженню особистісно та пацієнтоорієнтованого підходу (patient centered approach); збільшення обсягу навчального часу для практичної взаємодії; створенні та застосуванні електронних освітніх ресурсів для удосконалення навичок міжособистісної взаємодії професійно орієнтованої та комунікативної підготовки майбутніх лікарів; поетапної організації комунікативної підготовки студентів-медиків упродовж усіх років навчання та практикування навичок фахової комунікації (communication training); визначення змісту й критеріїв перевірки комунікативних умінь студентів-медиків під час навчання [1, С. 198]. Упровадження інтерактивних методів навчання спрямоване на відпрацювання навичок самоаналізу, самооцінки, самоконтролю, здійснення моніторингу щодо діагностики рівня сформованості готовності майбутніх лікарів до професійної взаємодії.

Використана література

1. Голік О. В. Формування у майбутніх лікарів предметних компетентностей з медичної деонтології засобами корпоративного навчання: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.02. – К., 2015. – 302 с.
2. Зайченко І. В. Теорія і методика професійного навчання: навч. посібник. – К.: Вид-во Ліра-К, 2016. – 580 с.
3. Москаленко В. Ф. Принципи побудови оптимальної системи охорони здоров'я: український контекст. Монографія. – К.: „Книга плюс”, 2008. – 320 с.
4. Пометун О. І. Інтерактивні технології навчання: Теорія, досвід: метод. посіб. / авт.-уклад.: О. Пометун, Л. Пироженко. – К.: АПН, 2002. – 136 с.
5. Устименко Ю. С. Проблема професійної взаємодії у поглядах психологів // Практична психологія у сучасному вимірі: матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. молодих учених та студентів (Дніпропетровськ, 24 бер. 2016 р.). – Дніпропетровськ: Університет імені Альфреда Нобеля, 2016. – С. 165–169.

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТІВ СПЕЦІАЛЬНОСТІ «ТЕХНОЛОГІЇ МЕДИЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ»

Завада О. О., Лук'янова Л. В., Савельєва О. В.

Вдосконалення та реформування медичного сектору України пов'язано з пошуком нових та вдосконаленням існуючих підходів щодо управління якістю ме-

дичної допомоги. Принципи менеджменту якості, які впроваджуються в останні роки в медицину нашої держави не є принципово новими, вони є наслідком багаторічної праці науковців різних країн, що працюють цій галузі, та втіленні в концепції TQM (Загального менеджменту якості). Філософія TQM передбачає безперервну роботу організацій спрямовану на поліпшення якості.

Однією з основних міжнародних організацій, що регулює питання щодо розробки стандартів в усіх галузях народного господарства, зокрема у сфері менеджменту та управління є Міжнародна організація зі стандартизації ISO.

Основні принципи менеджменту якості регламентуються стандартом ISO 9000:2000, який має орієнтацію на споживача. Орієнтація перш за все на індивідуальні потреби кожного пацієнта як парадигма якості медичної допомоги сьогодні, також була сформовано в 2001 році в інституті медицини при національній академії наук США.

Якість медичної допомоги охоплює такі аспекти як: якість медичних матеріалів (включаючи імпланти), якість фармацевтичних препаратів, що використовуються при лікуванні, якість медичного сервісу (своєчасність реагування швидко), інфраструктура лікарні, якість роботи самого лікаря (його професіоналізм), якість медичного обладнання, якість діагностування [1, С. 100].

Як відомо, від якості діагностування, вимоги до якої регламентує стандарт ISO 15189, а саме від якості лабораторного дослідження залежить прийняття рішень стосовно лікування та профілактики захворювань [2, С. 48]. Виходячи з цього важливим є ознайомлення студентів з основами СУЯ, метрології та підходами до стандартизації [3, С. 37]. Так на кафедрі медичної та біоорганічної хімії ХНМУ студенти, що навчаються за спеціальністю «Технології медичної діагностики та лікування» вивчають не лише дисципліну «Медична хімія», але й також дисципліну «Аналітична хімія». Аналітична хімія – це дисципліна, яка розробляє, оптимізує та впроваджує процеси вимірювання, що необхідні для вирішення проблем, стосовно якісного та кількісного аналізу. На заняттях з аналітичної хімії у студентів формуються саме ті практичні навички та компетенції, які необхідні в роботі працівникам клінічних медико-діагностичних лабораторій. В рамках викладання дисципліни особлива увага приділяється метрології, адже доцільно наголосити студентам на особливість вимірювань в кількісному аналізі, методи і засоби забезпечення їх єдності та способи досягнення необхідної точності. Майбутні спеціалісти повинні розуміти, що однією з основних метрологічних характеристик результатів вимірювань є похибка, а провадження СУЯ в КЛД допомагає зменшити ризик виникнення систематичних, інструментальних та інших похибок. На практичних заняттях з дисципліни «Аналітична хімія» увагу студентів звернено на метрологічні характеристики приладів, на необхідність проведення обов'язкових метрологічних повірок обладнання, на необхідність валідації обладнання.

Взагалі сучасні вимоги до якості лабораторних досліджень передбачають необхідність валідації та верифікації методик, які використовуються в роботі, тому актуальним є включення в навчальний процес обговорення загальних підходів стосовно валідації як аналітичних методик, так і обладнання.

Висновки. Таким чином, якість медичної послуги, якість досліджень, що проводяться в медичних лабораторіях безсумнівно залежить від виконавців досліджень, тому при підготовці майбутнього лікаря-лаборанта необхідно враховувати сучасні вимоги щодо кваліфікації працівників КДЛ.

Використана література

1. Рамазанова-Стьопкіна О. А. Питання впровадження стандарту ISO 15189:2012 у медичних лабораторіях. Український метрологічний журнал, 2015, № 3. С. 48–50.
2. Фломін Ю. В. Управління якістю медичної допомоги як важливий аспект менеджменту в охороні здоров'я. Україна. Здоров'я нації. 2012. № 4 (24). С. 100–106.
3. Суліма Л. О. Вимоги до керівництва медичних лабораторій згідно міжнародного стандарту ISO 15189:2003. Збірник наукових праць ОДАТРЯ. № 1(2) 2013. С. 37–40.

НАВЧАННЯ БІОСТАТИСТИЦІ: СУЧАСНІ КОМПОНЕНТИ ЗМІСТОВНО-СТРУКТУРНОЇ МОДЕЛІ

Ишаківа Г. В., Грузева Т. С.

Навчальна дисципліна «біостатистика» є невід'ємною частиною цілісної системи знань при підготовці сучасного лікаря. Для засвоєння цього предмету з використанням методу моделювання розроблено змістовно-структурну модель навчання студентів-медиків ВМНЗ основам біостатистики. Окремі елементи цієї моделі взаємопов'язані між собою і орієнтовані на отримання високого рівня знань, умінь та практичних навичок майбутніх лікарів з застосування математичного апарату у професійній діяльності. Модель містить в собі наступні складові: цільову, змістовну, методологічну, методично-організаційну та оціночно-результативну.

Мету та завдання процесу формування професійної компетентності студентів ВМНЗ визначає цільова компонента. Метою є формування загальних, предметних, професійних компетенцій майбутніх лікарів у процесі навчання біостатистиці. Відповідно до мети передбачено завдання, тобто підвищення якості навчання цьому предмету, через покращення рівня засвоєння майбутніми лікарями знань з основ біостатистики та їх застосування для вирішення завдань охорони здоров'я, формування мотивації до підвищення медико-біологічних знань та саморозвитку, забезпечення сукупності знань, умінь та навичок для досягнення якості навчання і їх використання в майбутній професійній діяльності. Цільова складова змістовно-структурної моделі дає можливість спрогнозувати рівень сформованості знань майбутніх лікарів з біостатистики, який повинен відповідати нормативним вимогам до підготовки фахівців.

Змістовна компонента складається з системи медико-біологічних завдань, що спрямовані на засвоєння математичної інформації та статистичних методів. Вирішення таких завдань дозволить застосовувати біостатистику в майбутній професійній діяльності та за її допомогою вирішувати завдання в системі охорони здоров'я.

Підходи і принципи, що використовуються при формуванні математичної компетентності майбутніх лікарів, наведено в методологічній складовій моделі. Для формування знань з біостатистики запропоновано системний, професійно та особистісно орієнтований, компетентнісний, діяльнісний, інтегративний підходи. Реалізація таких підходів у процесі навчання біостатистиці повинна здійснюватися на основі таких дидактичних принципів як науковість, доступність, систематичність, послідовність, наочність, активність, індивідуалізація, неперервність.

Методично-організаційна складова моделі представляє комплекс взаємопов'язаних форм, засобів, технологій і методів навчання. Форми навчання включають в себе як традиційні, так і новаторські форми. Вони представлені лекціями, практичними заняттями, самостійною індивідуальною роботою студента, написанням та захистом реферату, консультаціями. Також викладачами кафедри соціальної медицини та громадського здоров'я НМУ імені О.О. Богомольця для кращого опанування студентами знань з біостатистики та розширення спектру навчальної тематики за межами навчальної програми підготовлено та впроваджено в позааудиторний час спеціальний навчальний курс «Наукове дослідження: від А до Я». Засоби та технології навчання включають інформаційні, технічні, друковані матеріали, роботу в мережі Інтернет з базами даних (БД). Крім базового підручника з біостатистики, друковані засоби навчання ще представлено методичними рекомендаціями для практичних занять студентів, робочим зошитом для СРС, також створено комплект завдань для різних видів контролю. Методи навчання представлено у вигляді пояснювально-ілюстративного, практичного, проблемного викладу та дослідницького.

Процес формування професійної компетентності фахівця з біостатистики та його результат представлено необхідними педагогічними умовами, а саме: створенням необхідного навчально-методичного забезпечення з біостатистики, мотивацією студентів-медиків до засвоєння знань з біостатистики, посиленням практичного напрямку навчання, запровадженням інформативно-комунікативних технологій, наскрізним навчанням, проведенням педагогічного моніторингу та самомоніторингу.

Оцінка і контроль рівня знань студентів з основ біостатистики, можливість студентів реалізувати теоретичні знання в практичну діяльність відбувається за допомогою оціночно-результативної складової. Водночас ця компонента є підґрунтям для визначення основних напрямів удосконалення навчання біостатистиці. Оціночно-результативна компонента містить в собі критерії, показники, рівні сформованості професійної компетентності студентів-медиків з основ біостатистики, а також діагностичний інструментарій процесу навчання біостатистиці. Оцінка математичної компетентності студентів-медиків здійснюється за допомогою мотиваційного, когнітивного та діяльнісного критеріїв. Рівні оцінки знань студентів з біостатистики визначено як низький, середній і високий. Усне опитування, тестові завдання, індивідуальні завдання, самостійну роботу, підсумковий модульний контроль, само- та взаємоконтроль є елементами діагностичного інструментарію навчального процесу з біостатистики, який визначає відхилення у знаннях, вміннях та навичках.

Створення стійкого високого рівня сформованості професійної компетентності майбутніх лікарів з питань біостатистики відбувається завдяки взаємодії всіх компонент змістовно-структурної моделі.

Висновки. Отже, запропонована змістовно-структурна модель формування професійної компетентності майбутніх лікарів з основ біостатистики має цілісний характер і складається з пов'язаних між собою компонент: цільової, змістовної, методологічної, методично-організаційної та оціночно-результативної. Всі компоненти спрямовані для досягнення кінцевого результату – високого рівня знань студентів-медиків з основ біостатистики.

ДОСЛІДЖЕННЯ ІСТОРИЧНИХ ПЕРІОДІВ СТАНОВЛЕННЯ ТА РОЗВИТКУ НАВЧАЛЬНО-ВИРОБНИЧИХ ПРАКТИК У ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ ВИЩОМУ НАВЧАЛЬНОМУ ЗАКЛАДІ

Котвіцька А. А., Барковська О. Я., Гавриш Н. Б.

Практика студентів як одна із форм навчання, є невід'ємною складовою частиною процесу підготовки спеціалістів для фармацевтичного сектору системи охорони здоров'я.

Мета – дослідження історичних періодів та систематизація даних про становлення та розвиток навчально-виробничих практик, зумовлена необхідністю поглибленого дослідження вітчизняного досвіду її організації в Національному фармацевтичному університеті (НФаУ) протягом минулих років.

У роботі використано історичний та ретроспективний наукові методи аналізу.

Під час дослідження здійснено аналіз навчальних планів підготовки фахівців за спеціальністю «Фармація» за період з 1921–2017 рр., річних звітів відділу практики та сприяння працевлаштуванню НФаУ та нормативно-правових актів, що регламентують питання організації та проведення навчально-виробничої практики.

Результати дослідження дають підстави стверджувати, що за весь період існування в НФаУ існували різноманітні підходи до назв та змісту практик, їх форм організації і тривалості.

У результаті ретроспективного аналізу нами визначено 5 основних періодів становлення та розвитку навчально-виробничих практик у НФаУ, а саме:

Період організаційно-методичного становлення 1921–1970 рр. характеризується залученням баз практики інших областей (30-і роки), визначенням структури практики (50-і роки), створенням першого Положення про практику (1968 р.). У цей період введено паспортизацію галузевих підприємств як баз практики (з 1969 р.), визначено Порядок закріплення баз практики за ВНЗ терміном на 5 років (з 1969 р.); сформовано багаторівневу ефективну систему організації практики (ВНЗ-ОблАПТУ-ГАПТУ-МОЗ УРСР), залучено до керівництва практикою широке коло практичних працівників.

Період активного розвитку 1970–1991 рр. визначений проведенням першої підсумкової конференції з практики (1971 р.), проведенням на базі ХФІ першої республіканської навчально-методичної конференції з практики (1982 р.), Всесоюзної наради з подальшого покращення практичної підготовки студентів медичних і фармацевтичних ВНЗ країни у м. Запоріжжі (1983 р.), введенням посади завідуючого виробничою практикою (1969 р.). Також фахівцями ХФІ розроблено першу Наскрізну програму практики (1984 р.).

Період адаптації до ринкової економіки 1991–2003 рр. характеризується зменшенням загального терміну практики; ускладненням відносин з базами практики, заснуванням ботанічного саду як бази практики (1992 р.), створенням навчально-науково-виробничого центру (1994 р.). У цей період здійснено підготовку Положення про практику (1993 р.), Інструкції про практику (1995 р.).

Період удосконалення системи організації 2003–2011 р. розроблено і впроваджено програми практики за кредитно-модульною системою організації навчального процесу (2005 р.), розпочато процес формування нових відносин з базами практики на засадах соціального партнерства, збільшено загальний термін практики (2009 р.), активізовано процес проходження практики за кордоном.

Сучасний період розвитку практики нами визначено як період партнерських зв'язків з базами практики 2011–2017 рр. характеризується розширенням участі роботодавців у підготовці кадрів (2011 р.), проведено першу науково-практичну конференцію з практики (2014 р.), розроблено НПА за вимогами СУЯ: документована процедура «Зв'язки з базами практики», Положення про практику (2015 р.), створено підрозділ сприяння працевлаштуванню, Раду роботодавців (2016 р.).

Таким чином, узагальнюючи зазначимо, що аналіз історичних передумов становлення та розвитку навчально-виробничих практик в НФаУ має суттєве значення для удосконалення їх змісту та форм організації.

Використана література

1. Инструкция об организации и проведении учебной и производственной практики студентов медицинских (фармацевтических) институтов и медицинских факультетов университетов СССР / МЗ СССР. – М., 1977. – 18 с.

2. Історія Національного фармацевтичного університету: люди, події, факти / за заг. ред. В. П. Черниха. – Х.: Вид-во НФаУ: Золоті сторінки, 2005. – 624 с.

3. Національний фармацевтичний університет: новітня історія: монографія / НФаУ; уклад.: В. П. Черних та ін.; за ред. В. П. Черних. – Х.: Золоті сторінки, 2016. – 568 с.

4. Практична підготовка в Національній фармацевтичній академії України. / В. П. Черних, І. А. Зупанець, В. А. Георгіянц та ін.; за ред. чл.-кор. НАН України, проф. В. П. Черниха. – Х.: Вид-во НФаУ, 2000. – 142 с.

5. Учебный план института по квалификации «провизор», утвержденный 22 июля 1944 года / ХГФИ; Министерство здравоохранения УССР г. Харьков.

6. Учебный план по специальности 1905 – фармация от 30 апреля 1955 г. № 87/м / Министерство здравоохранения СССР. – Харьков.

АЛЕКСАНДРІЙСЬКИЙ МУСЕЙОН – ЦЕНТР МЕДИЧНОЇ Й ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ОСВІТИ ТА НАУКИ ЕПОХИ ЕЛЛІНІЗМУ

Котвіцька А. А., Горбаньов В. В.

Вступ. Розвиток сучасної медичної та фармацевтичної освіти й науки неможливо уявити без внеску видатних представників Александрійського мусейону. Дослідження наукової спадщини Мусейону є важливим з огляду на відтворення історичної достовірності та має безпосередній вплив на сучасний стан охорони здоров'я й фармації.

Метою дослідження є висвітлення наукової спадщини, аналіз поглядів та особистого внеску вчених Александрійського мусейону в розвиток медичної й фармацевтичної освіти та науки епохи еллінізму.

Основний матеріал дослідження. Одним з найбільш видатних центрів античної освіти та науки був Александрійський мусейон (*від грец. храм муз, пізніше музей*), який поєднував у собі дослідницьку академію та вищу школу. З давніх часів грецькі правителі мали звичай збирати при своєму дворі видатних вчених і поетів. Ці вчені не тільки безпосередньо обслуговували потреби держави (лікарі, інженери, поети, музиканти, організатори свят та ін.), але й примножували її міжнародне значення та сприяли формуванню потужного іміджу. З іншого боку, поети та музиканти з найдавніших часів утворювали особливі релігійні союзи зі змаганнями у співі та музиці. Такі союзи звичайно мали своїми верховними заступника-

ми богів-покровителів мистецтв – Аполлона, Муз, Харит. Подібні релігійні союзи лікарів існували при храмах бога медицини Асклепія.

Мусейон було організовано Птолемеєм I Сотером (сатрап, а потім і цар Єгипту, правив у 323–283/282 рр. до н.е. засновник династії Птолемеїв) в Александрії. З юридичної точки зору це була релігійна спільнота при храмі Муз, але на його структуру мала величезний вплив платонівська Академія, всі основні галузі науки і мистецтва, в тому числі медицина і фармація були представлені в усьому різноманітті [2, С. 42–45].

Ідею, яку покладено в основу організації Мусею, була досить гуманною: зібрати в Александрії великих науковців, які проявили себе в різноманітних сферах науки і освіти, звільнити їх від життєвих та побутових турбот, надавати їм максимальне дозвілля й дати їм можливість займатися виключно науковою та освітньою діяльністю. Знамениті вчені, представники філософії, астрономії, математики, ботаніки, зоології, філології, медицини та фармації, зібрані з різних частин світу, жили при храмі Музи за умов повного утримуванні царя. Так у III ст. до н.е. в Александрії працювали математик Евклід, механік та математик Архімед, астрономи Аристарх та Птолемеї, географ Ератосфен, фізик Герон, графік Зенотот, який першим очолив сховище рукописів, лікарі Герофіл та Ерасистрат [4, С. 145–146].

У мусейоні було виділено окремі приміщення для читання лекцій та наукових занять, спальні та їдальні, кімнати для відпочинку та прогулянок. Вчені обідали разом, і ці обіди супроводжувалися науковими дискусіями на найрізноманітніші теми. Серйозні наукові дослідження вимагали великих витрат: лікарі, астрономи, фізики, натуралісти і географи мали потребу – у складних інструментах, препаратах та коштовних експедиціях; історики та літератори – в гарній бібліотеці. На всі потреби систематично спрямовувалися кошти із царської казни.

При Александрійському мусейоні функціонували ботанічний та зоологічний сади, астрономічна обсерваторія та анатомічна школа, але найціннішою частиною мусейону була бібліотека, частина якої була сформована шляхом купівлі, частина шляхом переписування, тут були зібрані майже всі грецькі наукові та художні твори, починаючи з Гомера. Низка учених займалися виправленням текстів книг та їх коментуванням, так, наприклад, у мусейоні з літературою з медицини та фармації працював відомий лікар Герофіл. Зберігач бібліотеки був головою всього мусейону та був вихователем спадкоємця престолу. На початку I ст. до н. е. в бібліотеці нараховувалося біля 700 тис. папірусних свитків в тому числі особисті бібліотеки видатних учених Аристотеля та Феофраста, на жаль у 47 р. до н.е. під час пожежі бібліотека була знищена [4, С. 146].

Лікар Ерасистрат (300–240 рр. до н.е.) проводив анатомічні дослідження трупів злочинців, вивчав будову серця, мозок, таким чином він зробив перші кроки із зародження паталогічної анатомії. Послідовників Ерасистрата називали еразистраторами, їх учнями були видатні лікарі Давнього Риму – Асклепід, Діоскорид, Соран, Гален.

Лікар Герофіл (335–288 рр. до н.е.) відомий тим, що широко застосовував різноманітні ліки для лікування хвороб. Він стверджував, що нема хвороби проти якої неможливо знайти ліки. Він мріяв про специфічні ліки для кожної хвороби. Герофіл почав використовувати рецепти з великою кількістю інгредієнтів, тим самим поклав початок застосуванню складних лікарських засобів в практичній терапії, таким чином він став засновником поліфармації [3, С. 52–53].

Учення про ліки розробляли й інші олександрійські лікарі, зокрема Гіказій, Андрій з Кариста та ін. Є відомості про те, що в Александрії та інших елліністичних державах функціонували аптеки, в яких працювали лікарі.

Висновки. В епоху еллінізму потреба у більш глибоких та точних знаннях призвели до спеціалізації вчених та виокремленню з філософії окремих галузей науки, однією з перших була медицина. Лікознавство епохи еллінізму досягнуло значного розвитку, з одного боку воно включало в себе грецьку філософію та лікарське мистецтво, а з іншого досвід лікування та знання народів Єгипту, Індії, Месопотамії. Таким чином, за результатами дослідження можемо стверджувати, що досвід функціонування Александрійського музею доводить визначальну роль держави в процесі ефективної організації науки та освіти.

Використана література

1. Історія медицини та фармації: навч. посіб. для студентів вищ.фармац. навч. закл. та фармац. ф-тів ВНЗ МОЗ України / А. А. Котвіцька, В. В. Горбаньов, Н. Б. Гавриш та ін. – Х.: НФаУ: Золоті сторінки, 2016. – 168 с.
2. Лурье, С.Я. Архимед / С. Я. Лурье. – М.: Изд-во АН СССР, 1945. – 272 с.
3. Семенченко, В. Ф. История фармации: учеб. пособие / В. Ф. Семенченко. – М.: Альфа-М, 2010. – 592 с.
4. Сорокина, Т. С. История медицины: учебник / Т. С. Сорокина. – 12-е изд., стер. – М.: Академия, 2016. – 560 с.

РОЛЬ ФУНДАМЕНТАЛЬНИХ ДИСЦИПЛІН У ФОРМУВАННІ КЛІНІЧНОГО МИСЛЕННЯ СТУДЕНТА-МЕДИКА

Лупальцов В. І., Ягнюк А. І.

Зміни у соціально-економічній державній структурі України в ХХІ столітті пред'явили нові умови щодо підготовки лікарів, а саме необхідність забезпечити якість підготовки фахівця медичного профілю адаптованого до Європейського і світового стандарту, які були б конкурентоспроможними на ринку праці. Це пов'язано й з тим, що у медицину приходять все більше складна техніка, а її освоєння стає все більш важливим, що визначає потребу в досить швидкому зростанні рівня технічної грамотності [1].

Фундаментальні дисципліни є своєрідним містком між середньою освітою та вищою медичною освітою, тому отримані шкільні базові знання повинні отримувати свій розвиток на всіх етапах навчання в медуніверситеті. Студенти через брак знань з фундаментальних наук, зокрема з фізики, досить часто не можуть з'ясувати та розуміти суті нових лікувальних та діагностичних методик (позитрон-емісійна та ядерно-магнітнорезонансна томографія, електронний парамагнітний резонанс, доплер-томографія, лапароскопічна, ендоскопічна та лазерна хірургія та пр.) [2]. Тому на сучасному етапі розвитку медична освіта потребує інтеграції з фундаментальними дисциплінами на основі отриманих у школі теоретичних системних знань. Це дасть можливість студенту більш мотивовано і якісно вивчати і засвоювати навчальні дисципліни медичного профілю [3].

Саме фундаменталізація освіти покликана забезпечити професійну затребуваність та мобільність фахівця-медика в умовах висококонкурентного професійного середовища [4].

Історично сформована система отримання медичної освіти в нашій країні передбачає тісний взаємозв'язок підготовки лікаря з клінікою, отримання практичних навичок, в тому числі і виконання тих чи інших маніпуляцій, вміння виконання яких, часом вкрай

необхідно при наданні кваліфікованої медичної допомоги. Для майбутнього лікаря велике значення має кругозір, загальна інтелектуальна здатність до зіставлення та аналізу фактів, що зветься «клінічне мислення».

Основою розвитку цих кваліфікаційних рис у студента можуть стати достатні знання за такими фундаментальними дисциплінами як хімія, фізика, екологія та ін. Фундамент теоретичних знань за цими напрямками закладається ще в середній школі. Там же знаходиться і головне джерело проблем слабкої підготовки і низького вихідного рівня знань вчорашніх школярів-абітурієнтів вищих медичних навчальних закладів, що підтверджується досить низькими балами ЗНО з профільних предметів у значної кількості першокурсників. З огляду на цей значний розрив між рівнем шкільної підготовки та вимогами ВУЗу до знань абітурієнтів виникає потреба організації довузівської навчання з фундаментальних дисциплін.

Для досягнення необхідного рівня якості медичної освіти необхідна інтеграція теоретичних курсів з фундаментальних розділів в процес викладання клінічних дисциплін і напрацювання практичних навичок. Це сформує у студента здатність використовувати природні наукові знання в реальних медичних ситуаціях: і як лікар інтерпретувати отримані результати, і як дослідник – аналізувати їх. Студент повинен відчувати не тільки нинішній стан і проблеми охорони здоров'я, а й систематизувати нову інформацію, в чому йому важливою підмогою може бути активна форма навчання. Адже наука не стоїть на місці, методики діагностики та лікування хворих постійно доповнюються, тому сучасні вимоги до підготовки студентів повинні характеризуватися особливою системою педагогічної майстерності зі створенням мотивів до самостійної пізнавальної діяльності, доповнюючи традиційну систему медичної освіти, що ґрунтується на нозологічному принципі навчання, розробкою конкретних методики посилення взаємозв'язку між фундаментальною та фаховою підготовкою майбутнього лікаря.

Таким чином у навчальний процес з клінічних дисциплін повинна бути впроваджена цілісна методична система вивчення фундаментальних теоретичних дисциплін та їх елементів як необхідна компонента для більш кращого опанування вивчаємої патології та пов'язаних з нею методик інструментальної діагностики і практичних навичок.

Використана література

1. Лупальцов В. И. Перспективные направления развития внутривузовской подготовки студентов медиков на додипломном этапе. / В.И. Лупальцов // Word city. – № 6. – С.35–37.
2. Стучинська Н. В. Фундаментальна природничо-наукова підготовка майбутніх лікарів у контексті сучасної освітньої парадигми./ Н.В. Стучинська //Зб. наук. праць Кам'янець-Подільського нац. ун-ту. Серія педагогічна. – Вип. 14, Частина II. – С. 105–106.
3. Балахонов А. В. Фундаментализация высшего медицинского образования. / А. В. Балахонов// Вестник С.-Петербург. ун-та. – 2006, – Вып. 1. – С.136–141.
4. Понамарьов О. С. Фундаментализация освіти в контексті моделі фахівця XXI століття. // Фундаментализация вищої освіти – необхідна умова випуску конкурентноспроможних фахівців: Матеріали міжнародної науково-методичної конференції, 11–13 квітня 2001 р. – Харків: НТУ «ХП», 2001 – С. 278–285.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Isaac Adaora Precious	– Intern at the teaching hospital Port Harcourt, Rivers. Nigeria
Ndiok Nduonyi Emmanuel	– студентка 5-го курсу VI медичного факультету, Харківський національний медичний університет
Onuchukwu C. Victor	– студент 6-го курсу VI медичного факультету, Харківський національний медичний університет
Альков Володимир Андрійович	– к.іст.н., старший викладач кафедри суспільних наук, Харківський національний медичний університет
Астапова Яна Валеріївна	– магістрант Української інженерно-педагогічної академії, практикант кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету
Барковська Оксана Яківна	– асистент кафедри соціальної фармації, Національний фармацевтичний університет
Богомаз Володимир Михайлович	– к.мед.н., доцент, доцент кафедри внутрішніх хвороб стоматологічного факультету, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
Борвінко Ельвіра Вікторівна	– к.мед.н., доцент, професор кафедри соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я, ДЗ «Дніпропетровська Медична Академія МОЗ України»
Василевська Надія Станіславівна	– асистент кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я та медичного права, Одеський національний медичний університет
Васильєв Костянтин Костянтинович	– д.мед.н., професор, професор кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я та медичного права, Одеський національний медичний університет
Васильєв Юрій Костянтинович	– к.мед.н., доцент, доцент кафедри громадського здоров'я, Сумський державний університет
Васильєва Олена Геннадіївна	– к.мед.н., кафедра педіатрії, Сумський державний університет
Вашев Олег Єгорович	– к.мед.н., доцент, професор кафедри соціальної і гуманітарної політики, Харківський регіональний інститут державного управління Національної академії державного управління при Президентові України
Вашева Анастасія Олегівна	– студентка 6-го курсу II медичного факультету, Харківський національний медичний університет

Веретельник Олена Анатоліївна	– асистент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, Харківський національний медичний університет
Водолаженко Марія Олександрівна	– асистент кафедри медичної та біоорганічної хімії, Харківський національний медичний університет
Волошко Алла Миколаївна	– завідувач відділу культури Богодухівської районної державної адміністрації Харківської області
В'юн Валерій Васильович	– к.мед.н., доцент, доцент кафедри дитячої хірургії та дитячої анестезіології, Харківський національний медичний університет
Гавриш Наталія Борисівна	– к. н. із соц. комунікацій, старший викладач кафедри соціальної фармації, Національний фармацевтичний університет
Галаніна Юлія В'ячеславівна	– студентка 4-го курсу II медичного факультету, Харківський національний медичний університет
Галань Наталія Володимирівна	– к.філос.н., асистент кафедри соціальної медицини, організації охорони здоров'я і медичного правознавства, ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Гаркавенко Катерина Олександрівна	– студентка 6-го курсу II медичного факультету, Харківський національний медичний університет
Глоба Наталія Сергіївна	– асистент кафедри фізіології, Харківський національний медичний університет
Горбаньов Валерій Вікторович	– к.іст.н., асистент кафедри соціальної фармації, Національний фармацевтичний університет
Григоров Микола Миколайович	– асистент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, Харківський національний медичний університет
Григорова Ірина Анатоліївна	– д.мед.н., професор, завідувач кафедри неврології №1, Харківський національний медичний університет
Гриценко Людмила Олександрівна	– викладач кафедри соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я, ДЗ «Дніпропетровська Медична Академія МОЗ України»
Громов Анатолій Анатолійович	– к.екон.н., доцент, доцент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, Харківський національний медичний університет
Грузева Тетяна Степанівна	– д.мед.н., професор, завідувач кафедри соціальної медицини та громадського здоров'я, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

Гузь Анатолій Гаврилович	– к.мед.н., доцент, доцент кафедри загальної хірургії №2, Харківський національний медичний університет
Демочко Ганна Леонідівна	– к.іст.н., доцент кафедри суспільних наук, Харківський національний медичний університет
Децик Орина Зенонівна	– д.мед.н., професор, завідувач кафедри соціальної медицини, організації охорони здоров'я і медичного правознавства, ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Єфремова Олеся Адамівна	– асистент кафедри медичної генетики, Харківський національний медичний університет
Завада Оксана Олександрівна	– к.фарм.н., асистент кафедри медичної та біоорганічної хімії, Харківський національний медичний університет
Завгородній Ігор Володимирович	– д.мед.н., професор, професор кафедри гігієни та екології № 2 , Харківський національний медичний університет
Заярський Микола Іванович	– к.мед.н., доцент, доцент кафедри соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я, ДЗ «Дніпропетровська Медична Академія МОЗ України»
Зіменковський Андрій Борисович	– д.мед.н., професор, завідувач кафедри клінічної фармації, фармакотерапії та медичної стандартизації , Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Зінчук Андрій Миколайович	– к.мед.н., доцент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, Харківський національний медичний університет
Золотарьова Жанна Миколаївна	– к.мед.н., доцент, доцент кафедри соціальної медицини, організації охорони здоров'я і медичного правознавства , ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Іванова Лариса Анатоліївна	– провідний спеціаліст Інформаційно-аналітичного відділу, Харківський регіональний інститут державного управління Національної академії державного управління при Президентіві України
Ільїн Вадим Геннадійович	– асистент кафедри суспільних наук, Харківський національний медичний університет
Іншакова Ганна Вадимівна	– асистент кафедри соціальної медицини та громадського здоров'я, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
Ісаєва Інна Миколаївна	– к.мед.н., доцент кафедри фізіології, Харківський національний медичний університет

Калініченко Ольга Василівна	– к.філол.н., доцент, доцент кафедри української мови, основ психології та педагогіки, Харківський національний медичний університет
Кармазіна Ірина Станіславівна	– к.біол.н., доцент кафедри фізіології, Харківський національний медичний університет
Кий-Кокарева Вікторія Григоріївна	– к. н. з держ. упр., викладач кафедри соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я, ДЗ «Дніпропетровська Медична Академія МОЗ України»
Кириченко Михайло Петрович	– к.мед.н., доцент, доцент кафедри фізіології, Харківський національний медичний університет
Котвицька Алла Анатоліївна	– д.фарм.н., професор, в.о. ректора, Національний фармацевтичний університет
Кравченко Валерій Іванович	– к.екон.н., доцент, доцент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, Харківський національний медичний університет
Крут Катерина Олегівна	– здобувач кафедри загальноправових дисциплін, Харківський національний університет внутрішніх справ
Крюков Олексій Ігоревич	– д. н. з держ. упр., професор, професор кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, Харківський національний медичний університет
Крячкова Лілія Вікторівна	– д.мед.н., доцент, професор кафедри соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я, ДЗ «Дніпропетровська Медична Академія МОЗ України»
Кубарева Інна Валеріївна	– к.фарм.н., доцент, завідувач кафедри соціальної фармації, Національний фармацевтичний університет
Лапшин В'ячеслав Васильович	– к.мед.н., доцент, доцент кафедри дитячої хірургії та дитячої анестезіології, Харківський національний медичний університет
Лехан Валерія Микитівна	– д.мед.н., професор, завідувач кафедри соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я, ДЗ «Дніпропетровська Медична Академія МОЗ України»
Лінніков Святослав Валерійович	– старший викладач кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я та медичного права, Одеський національний медичний університет
Лісовий Володимир Миколайович	– д.мед.н., професор, член-кореспондент Національної академії медичних наук України, заслужений лікар України ректор Харківського національного медичного університету
Лук'янова Лариса Володимирівна	– к.фарм.н., доцент кафедри медичної та біоорганічної хімії, Харківський національний медичний університет

Лупальцов Володимир Іванович	– д.мед.н., член-кореспондент НАМНУ, професор, завідувач кафедри хірургії №3, Харківський національний медичний університет
Макаренко Ольга Володимирівна	– д.мед.н., доцент, професор кафедри соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я, ДЗ «Дніпропетровська Медична Академія МОЗ України»
Макаров Володимир Олександрович	– к.хім.н., доцент, завідувач кафедри медичної та біоорганічної хімії, Харківський національний медичний університет
Мартиненко Наталія Миколаївна	– к.іст.н., доцент, доцент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, Харківський національний медичний університет
Матвєєва Світлана Леонидівна	– к.мед.н., доцент, доцент кафедри фтизіатрії та пульмонології, Харківський національний медичний університет
Машейко Альона Миколаївна	– викладач кафедри соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я, ДЗ «Дніпропетровська Медична Академія МОЗ України»
Мельник Роман Михайлович	– асистент кафедри соціальної медицини, організації охорони здоров'я і медичного правознавства, ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Мельниченко Олександр Анатолійович	– д. н. з держ. упр., професор, професор кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, Харківський національний медичний університет
Мирошниченко Яна Миколаївна	– лікар-інтерн 1-го року навчання за спеціальністю «Патологічна анатомія», старший лаборант кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, Харківський національний медичний університет
Митрофанюк Валерія Андріївна	– студентка 6-го курсу І медичного факультету, Харківський національний медичний університет
Михайлова Ганна Вікторівна	– лаборант кафедри медичної генетики, Харківський національний медичний університет
Міщенко Марина Михайлівна	– асистент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, Харківський національний медичний університет
Міщенко Олександр Миколайович	– к.мед.н., доцент, доцент кафедри психіатрії, наркології та медичної психології, Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна
М'якіна Олександр Володимирович	– к.мед.н., доцент, доцент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, Харківський національний медичний університет
Нестеренко Анастасія Костянтинівна	– к.філол.н., викладач кафедри української мови, основ психології та педагогіки, Харківський національний медичний університет

Огнєв Віктор Андрійович	– д.мед.н., професор, завідувач кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, Харківський національний медичний університет
Омаров Азад Енвер огли	– к. н. з держ. упр., докторант навчально-наукового-виробничого центру, Національний університет цивільного захисту, м. Харків
Омельченко Олена Олександрівна	– студентка 4-го курсу II медичного факультету, Харківський національний медичний університет
Панчишин Наталія Ярославівна	– к.мед.н., доцент, доцент кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з медичною статистикою, ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»
Петренко Григорій Дмитрович	– д.мед.н., професор, професор кафедри загальної хірургії №2, Харківський національний медичний університет
Петрова Зоя Петрівна	– к.біол.н., доцент
Петюніна Валентина Миколаївна	– к.фарм.н., доцент, доцент кафедри медичної та біоорганічної хімії, Харківський національний медичний університет
Погорелова Ольга Олександрівна	– асистент кафедри фтизіатрії та пульмонології, Харківський національний медичний університет
Подпрядова Анна Анатоліївна	– аспірант кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, Харківський національний медичний університет
Помогайбо Катерина Георгіївна	– аспірант кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, Харківський національний медичний університет
Пучкова Ганна Валеріївна	– к.ю.н., в.о завідувача кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я та медичного права, Одеський національний медичний університет
Ривак Тетяна Богданівна	– к.фарм.н., доцент кафедри клінічної фармації, фармакотерапії та медичної стандартизації, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Робак Ігор Юрійович	– д.іст.н., професор, завідувач кафедрою суспільних наук, Харківський національний медичний університет
Рудко Ігор Васильович	– асистент кафедри стоматології навчально-наукового інституту післядипломної освіти, ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Савельєва Олена Валеріївна	– асистент кафедри медичної та біоорганічної хімії, Харківський національний медичний університет

Сатурська Ганна Степанівна	– д.мед.н., доцент, завідувач кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з медичною статистикою, ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»
Семененко Олена Володимирівна	– асистент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, Харківський національний медичний університет
Сидоренко Микола Олександрович	– к.мед.н., доцент, в.о. завідувача кафедри гігієни та екології № 2 , Харківський національний медичний університет
Сипливий Василь Олексійович	– д.мед.н., професор, завідувач кафедрою загальної хірургії №2, Харківський національний медичний університет
Сирова Ганна Олегівна	– д.фарм.н., професор, завідувач кафедри медичної та біоорганічної хімії, Харківський національний медичний університет
Сирова Ганна Олегівна	– д.фарм.н., професор, професор кафедри медичної та біоорганічної хімії, Харківський національний медичний університет
Сокол В'ячеслав Костянтинович	– к.мед.н., доцент, доцент кафедри судової медицини, медичного правознавства ім. засл. проф.М.С.Бокаріуса, Харківський національний медичний університет
Сокол Костянтин Михайлович	– к.мед.н., професор, професор кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, Харківський національний медичний університет
Стовбан Ірина Василівна	– к.мед.н., доцент, доцент кафедри соціальної медицини, організації охорони здоров'я і медичного правознавства , ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Теренда Наталія Олександрівна	– к.мед.н., доцент, доцент кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з медичною статистикою, ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»
Тесленко Ольга Олександрівна	– к.мед.н., доцент, доцент кафедри неврології №1, Харківський національний медичний університет
Тимошенко Дар'я Василівна	– студентка 2-го курсу IV медичного факультету, Харківський національний медичний університет
Тихонова Людмила Володимирівна	– к.мед.н., доцент, доцент кафедри неврології №1, Харківський національний медичний університет
Трегуб Вікторія Леонідівна	– лікар-терапевт, КЗОЗ «Харківська міська поліклініка №26»

Трегуб Євгеній Сергійович	– студент 6-го курсу I медичного факультету, Харківський національний медичний університет
Трегуб Павло Олегович	– асистент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, Харківський національний медичний університет
Удовиченко Наталія Миколаївна	– к. н. з держ. упр., доцент, доцент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, Харківський національний медичний університет
Усенко Світлана Георгіївна	– к.мед.н., доцент, доцент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, Харківський національний медичний університет
Федушак Андрій Львович	– к.мед.н., доцент, доцент кафедри клінічної фармації, фармакотерапії та медичної стандартизації, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Філіпов Олексій Андрійович	– студент 5-го курсу III медичного факультету, Харківський національний медичний університет
Хабаль Олексій Володимирович	– студент 6-го курсу I медичного факультету, Харківський національний медичний університет
Хворостінко Тетяна Богданівна	– студентка 1-го курсу I медичного факультету, Харківський національний медичний університет
Хміль Ольга Богданівна	– старший лаборант кафедри медичної генетики, Харківський національний медичний університет
Черненко Інна Іванівна	– к.мед.н., старший викладач кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, Харківський національний медичний університет лікар-невролог вищої категорії, Обласний госпіталь ветеранів війни, м. Харків
Чернобай Лариса Володимирівна	– к.біол.н., доцент кафедри фізіології, Харківський національний медичний університет
Чир Маріна Іванівна	– студентка 6-го курсу, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
Чумак Любов Ігорівна	– к.мед.н., доцент, доцент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, Харківський національний медичний університет
Чухно Інна Анатоліївна	– к. н. з держ. упр., доцент, доцент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, Харківський національний медичний університет
Швець Ольга Миколаївна	– аспірант кафедри фтизіатрії та пульмонології, Харківський національний медичний університет

Шевченко Ольга Станіславна	– д.мед.н., професор, завідувач кафедри фтизіатрії та пульмонології, Харківський національний медичний університет
Ягнюк Андрій Іванович	– к.мед.н., доцент, доцент кафедри хірургії №3, Харківський національний медичний університет
Яценко Аліна Юріївна	– студентка 1-го курсу IV медичного факультету, Харківський національний медичний університет

Лісовий В. М., Петрова З. П., Огнєв В. А.

Наукова спадщина та життєвий шлях видатного українського соціал-гігієніста і демографа С. А. Томіліна 5

ІСТОРІЯ МЕДИЦИНИ ТА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Альков В. А.

Харківська Олександрівська лікарня в імперську добу: проблема доступності 17

Астапова Я. В., Волошко А. М.

З історії медицини Богодухівського району Харківської області..... 18

Васильєв К. К.

Историк медицины и социальный гигиенист

Людмила Иосифовна Грабовская (1916–1990) 21

Васильєв Ю. К., Васильєва Е. Г.

Индексы сезонных колебаний младенческой смертности:

Харьков (1885–1887 гг., 1927 г.) и Сумская область (2008–2016 гг.)..... 24

Демочко Г. Л.

Життєвий шлях С. А. Томіліна 25

Децик О. З., Стовбан І. В., Галань Н. В.

Жінки-медики Галичини наприкінці ХІХ – на початку ХХ сторіччя:

Софія Окуневська-Морачевська, Володимира Крушельницька, Софія

Парфанович..... 27

Ільїн В. Г.

Роль КПРС у розвитку охорони здоров'я в повоєнному Харкові

(1945–1991 рр.) 29

Калініченко О. В., Хворостінко Т. Б.

Гірка правда 31

Кубарєва І. В., Гавриш Н. Б.

Внесок професора М. А. Ангарської в розвиток лікознавства

(до 110-ї річниці від дня народження) 32

Martynenko N. M.

Grube Wilhelm Fedorovych: steps of professor's carrier 34

Martynenko N. M.

Sergii Arkadiyovych Tomilin and his contribution to social hygiene 36

Мирошніченко Я. М., Філіпов О. А.

Андрій Дмитрович Адо – видатний радянський вчений, імунолог, біолог 38

М'якина О. В.

Мартин Ілліч Шеїн – засновник медичної термінології..... 39

Мякина А. В., Кириченко М. П.

Научная деятельность И. Н. Оболенского в Харькове..... 40

<i>Мякина А. В.</i>	
Первая медико-хирургическая школа в Украине.....	41
<i>Робак І. Ю.</i>	
Доктор Й. С. Сицяно: харківський медик і революціонер-терорист	42
<i>Семененко О. В.</i>	
Харківський період діяльності видатного хірурга академіка О. О. Шалімова ...	44
<i>Сипливий В. А., Гузь А. Г., Петренко Г. Д.</i>	
Береснев Александр Васильевич (1929–2011)	45
<i>Сирова Г. О., Петюніна В. М., Водолаженко М. О.</i>	
Видатні вчені-медики В. Я. Данилевський, В. М. Коган-Ясний та С. Г. Генес..	47
<i>Усенко С. Г., Хабаль О. В.</i>	
Сергій Іванович Георгіївський – видатний організатор, вчений, педагог.....	49
<i>Федущак А. Л., Зіменковський А. Б.</i>	
Вища медична освіта у Львові в часи Другої світової війни.....	49
<i>Черненко І. І.</i>	
Харківський обласний госпіталь ветеранів війни: від початку до сучасності....	52
<i>Яценко А. Ю., Калініченко О. В.</i>	
Деякі чинники перебудови в системі охорони здоров'я	54
ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	
<i>Заярський М. І., Кий-Кокарєва В. Г., Грищенко Л. О.</i>	
Деякі аспекти щодо організаційних засад системи громадського здоров'я в Україні	56
<i>Крюков О. І., Омаров А. Е.</i>	
Проблеми екологічної безпеки та громадське здоров'я в сучасному світі	58
<i>Міщенко М. М., Міщенко О. М., Веретельник О. А.</i>	
Сучасні напрямки розвитку соціальної медицини.....	59
<i>Нестеренко А. К., Тимошенко Д. В.</i>	
Роль пам'яті в анатомії психологічної нестабільності	60
<i>Podryadova A. A.</i>	
Main aspects of quality of life in patients who have adult myocardial infarction	62
<i>Сирова Г. О., Макаров В. О., Лапшин В. В.</i>	
Перші кроки формування медичного світогляду.....	63
<i>Сокол К. М., Сидоренко М. О., Завгородній І. В.</i>	
Проблема дефіциту та надлишкової ваги – проблема громадського здоров'я XXI століття	65
<i>Сокол К. М., Сокол В. К.</i>	
Екологічні техногенні катастрофи та надзвичайні ситуації на території України та Харківській області.....	67
<i>Сокол К. М., Сокол В. К.</i>	
Основні аспекти організації моніторингу здоров'я населення.....	68
<i>Шевченко О. С., Погорєлова О. О.</i>	
Проблеми організації хіміопрофілактики у вогнищах туберкульозної інфекції	70

ДОКАЗОВА МЕДИЦИНА ТА БІОСТАТИСТИКА

<i>Григорова І. А., Григоров М. М., Тесленко О. О.</i> Визначення ендотеліальної дисфункції у хворих на ішемічний інсульт та методи її корекції	72
<i>Григорова І. А., Григоров М. М., Тихонова Л. В.</i> Сучасне лікування когнітивних розладів у хворих на черепно-мозкову травму	73
<i>Ривак Т. Б., Зіменковський А. Б.</i> Доказово-обґрунтований підхід до лікування псоріазу	74

ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ, ЙОГО АНАЛІЗ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ

<i>В'юн В. В., Міщенко М. М., Міщенко О. М.</i> Медико-соціальні аспекти дитячих посттравматичних стресових розладів.....	76
<i>Децик О. З., Золотарьова Ж. М., Рудко І. В.</i> Динаміка захворюваності і смертності населення внаслідок раку губи і ротової порожнини в Україні.....	77
<i>Ефремова О. А., Хміль О. Б., Михайлова А. В.</i> Реабілітація пацієнтів с фенілкетонуриєю	78
<i>Матвеева С. Л., Галаніна Ю. В., Омельченко О. О.</i> Стратегія «Зупинимо туберкульоз».....	79
<i>Мельниченко О. А.</i> Здоров'я як одна з найважливіших потреб населення	81
<i>Міщенко М. М., Міщенко О. М.</i> Медико-соціальні проблеми підліткової наркотизації суспільства	84
<i>Огнєв В. А., Мельниченко О. А.</i> Доступність якісних медичних послуг для різних верств населення залежно від рівня їхнього життя.....	85
<i>Potogaybo E. G.</i> Use of the method of assessing the life quality for a comprehensive assessment of the obese children health status.....	87
<i>Potogaybo E. G.</i> Socio-psychological dysfunctions in obese children and the main methods of their correction	88
<i>Tregub Y. S., Zinchuk A. M.</i> The optimal strategy for screening for prostate cancer: how can cancer be overtreated?.....	89
<i>Трегуб П. О., Трегуб В. Л.</i> Основні фактори розвитку хронічного панкреатиту серед населення	91
<i>Усенко С. Г., Митрофанюк В. А.</i> Динаміка стану здоров'я дітей в Україні за 2000–2010 рр.	92
<i>Чернобай Л. В., Ісаєва І. М., Кармазіна І. С., Глоба Н. С.</i> Трансляційна медицина: перехрестя між теорією та практикою.....	93
<i>Chumak L. I., Ndiok N. E., Isaac A. P.</i> HIV prevalence in Nigeria	95

Швець О. М.

Ефективність лікування хіміорезистентного туберкульозу
в Харківській області 96

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ

Децик О. З., Мельник р. М., Золотарьова Ж. М.

Проблемні питання організації догляду за дітьми
в системі паліативної допомоги 98

Onychukwu C. V., Zinchuk A. M.

Typical ethical issues of doctors in developing countries (Nigeria) 99

Potogaybo E. G.

The main activities of general practitioner in the treatment of obese patients 100

Пучкова Г. В., Лінніков С. В.

Сучасна система паліативної допомоги як пріоритет
системи охорони здоров'я 102

Машейко А. М., Макаренко О. В.

Аналіз економічної доступності препаратів для системної протимікробної
хіміотерапії стрептококового тонзилофарингіту для малозабезпечених верств
населення 104

Мирошниченко Я. Н., Огнев В. А.

Организация оказания медицинской помощи больным с острым нарушением
мозгового кровообращения 107

Теренда Н. О., Сатурська Г. С., Панчишин Н. Я.

Медико-соціальне обґрунтування моделі профілактики та надання інтенсивної
медичної допомоги хворим на інфаркт міокарда 109

ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ВПРОВАДЖЕННЯ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

Василевська Н. С.

Особливості правового регулювання загальнообов'язкового державного
соціального страхування медичних працівників 112

Громов А. А.

К вопросу о медицинском страховании в условиях реформирования системы
здравоохранения в Украине 115

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ УПРАВЛІННЯ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Богомаз В. М., Чир М. І.

Контент-аналіз схвальних відгуків пацієнтів про роботу поліклінік
при опитуванні електронною поштою 117

Vashev O. Ye., Vasheva A. O., Ivanova L. A.

Current trends of medical care in EU countries 118

Лехан В. М., Крячкова Л. В., Борвінко Е. В.

Проблеми медичного обслуговування внутрішньо переміщених осіб 120

Удовиченко Н. М.

Інституційне забезпечення публічного управління розвитком
медичного туризму в Україні 122

Кравченко В. І.

Ціноутворення медичних послуг та компенсаторні заходи щодо забезпечення соціальної та економічної ефективності роботи закладів охорони здоров'я.... 125

Мельниченко О. А., Чухно І. А.

Належна економічна умотивованість працівників сфери охорони здоров'я як фактор підвищення якості медичних послуг..... 127

ПРАВОВІ АСПЕКТИ ДІЯЛЬНОСТІ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Крут К. О.

Характеристика спеціальних принципів громадського контролю у сфері охорони здоров'я..... 130

Усенко С. Г., Гаркавенко К. О.

Правовые аспекты грудного вскармливания..... 132

МЕДИЧНА ОСВІТА: ІСТОРІЯ І СУЧАСНІСТЬ

Астапова Я. В., Чухно І. А.

Професійна взаємодія: інтерактивні методи навчання майбутніх лікарів..... 134

Завада О. О., Лук'янова Л. В., Савельєва О. В.

Сучасні аспекти підготовки студентів спеціальності «Технології медичної діагностики та лікування» 135

Інишкова Г. В., Грузєва Т. С.

Навчання біостатистиці: сучасні компоненти змістовно-структурної моделі . 137

Котвіцька А. А., Барковська О. Я., Гавриш Н. Б.

Дослідження історичних періодів становлення та розвитку навчально-виробничих практик у фармацевтичному вищому навчальному закладі 139

Котвіцька А. А., Горбаньов В. В.

Александрійський Мусейон – центр медичної й фармацевтичної освіти та науки епохи еллінізму 140

Лупальцов В. І., Ягнюк А. І.

Роль фундаментальних дисциплін у формуванні клінічного мислення студента-медика..... 142

Відомості про авторів 144

Lined writing area consisting of 30 horizontal lines.

Наукове видання

**Історична спадщина та сучасні аспекти
забезпечення громадського здоров'я в Україні**

Матеріали науково-практичної конференції
з нагоди 140-річчя від дня народження С. А. Томіліна (1877–1952),
видатного соціал-гігієніста та демографа,
завідувача кафедри соціальної гігієни Харківського медичного інституту

м. Харків, 25 жовтня 2017 р.

Відповідальний за випуск проф. В. А. Огнєв

Формат А5. Ризографія. Ум. друк. арк. 9,0.
Тираж 100 прим. Зам. № 17-33498.

Редакційно-видавничий відділ
ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022
izdatknmu@mail.ru, izdat@knmu.kharkov.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.